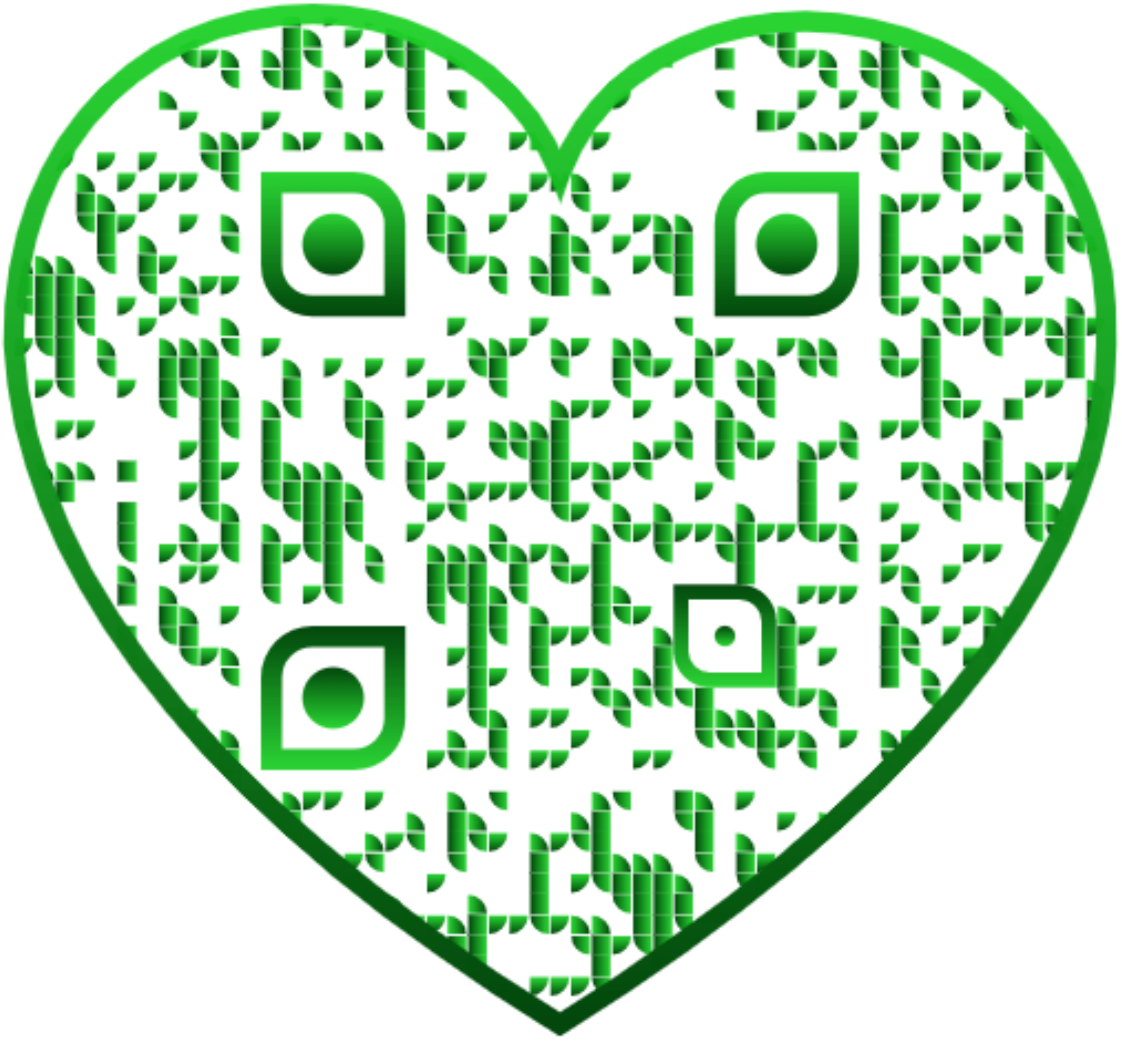
FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM

ADAPTADO À REALIDADE BRASILEIRA

TRADUÇÃO DA 9ª EDIÇÃO

POTTER | PERRY
STOCKERT | HALL

ELSEVIER



Fundamentos de Enfermagem

NONA EDIÇÃO

Patricia A. Potter, RN, MSN, PhD, FAAN

Director of Research
Patient Care Services
Barnes-Jewish Hospital
St. Louis, Missouri

Patricia A. Stockert, RN, BSN, MS, PhD

President, College of Nursing
Saint Francis Medical Center College of Nursing
Peoria, Illinois

Anne Griffin Perry, RN, MSN, EdD, FAAN

Professor Emerita
School of Nursing
Southern Illinois University Edwardsville
Edwardsville, Illinois

Amy M. Hall, RN, BSN, MS, PhD, CNE

Chair and White Family Endowed Professor of Nursing
Dunigan Family Department of Nursing and Health Sciences
University of Evansville
Evansville, Indiana

EDITOR DE SEÇÃO

Wendy R. Ostendorf, RN, MS, EdD, CNE

Professor of Nursing
Neumann University
Aston, Pennsylvania

ELSEVIER

Sumário

Capa

Folha de rosto

Copyright

Revisão científica e adaptação

Colaboradores

Revisores

Dedicatória

Prefácio ao estudante

Prefácio ao professor

Prefácio da edição brasileira

Agradecimentos

Conteúdo especial

Unidade I: Enfermagem e Ambiente de Cuidados de Saúde

1: A Enfermagem Hoje

A enfermagem como profissão

Influências históricas

Influências contemporâneas

Tendências na enfermagem

Educação do bacharel em enfermagem ou enfermeiro

Prática de enfermagem

Organizações profissionais de enfermagem

2: O Sistema de Saúde

Regulação e reforma do cuidado de saúde

Ênfase no bem-estar da população

Serviços e estabelecimentos de cuidado à saúde

Questões e mudanças na prestação de serviços de saúde

Melhoria dA qualidade e dO desempenho

O futuro do cuidado de saúde

3: Prática de Enfermagem na Comunidade

Atenção à saúde na comunidade

Enfermagem de saúde da comunidade

Enfermagem na comunidade

Avaliação da comunidade

Mudança na saúde dos pacientes

4: Fundamentos Teóricos da Prática de Enfermagem

Teoria

Teorias compartilhadas

Teorias de enfermagem selecionadas

Relação entre teoria e desenvolvimento do conhecimento em enfermagem

5: Prática Baseada em Evidências

A necessidade da prática baseada em evidências

Pesquisa de enfermagem

O processo de pesquisa

A relação entre pbe, pesquisa e melhoria da qualidade

Unidade II: Cuidado Durante Toda A Vida

6: Saúde e Bem-estar

Documentos do healthy people (Pessoas Saudáveis)

Definição de saúde

Modelos de saúde e doença

Variáveis que influenciam as crenças e as práticas de saúde

Promoção de saúde, bem-estar e prevenção de doenças

Fatores de risco

Modificação dos fatores de risco e mudança de comportamentos de saúde

Doença

Cuidar de si mesmo

7: Cuidar na Prática de Enfermagem

Visões teóricas sobre cuidar

Percepções dos pacientes sobre o cuidar

Ética do cuidado

Cuidar na prática de enfermagem

O desafio de cuidar

8: Cuidados com o Sobrevivente de Câncer

Os efeitos do câncer sobre a qualidade de vida

Câncer e famílias

Implicações para a enfermagem

Componentes dos cuidados de sobrevivência

9: Consciência Cultural

Disparidades de saúde

Cultura

Competência cultural

Medidas essenciais

10: Cuidados às Famílias

A família

Tendências atuais e formas de família

Impacto de doença e acidentes

Abordagens de enfermagem e família: visão geral

Enfermagem e família

Processo de enfermagem na família

Implementação de cuidados centrados na família

11: Teorias do Desenvolvimento

Teorias do desenvolvimento

12: Da Concepção à Adolescência

Estágios de crescimento e desenvolvimento

Seleção de um sistema de desenvolvimento para enfermagem

Vida intrauterina

Transição da vida intrauterina para a extrauterina

Recém-nascido

Lactente

Crianças de um a três anos de idade

Pré-escolares

Crianças em idade escolar e adolescentes

Crianças em idade escolar

Adolescentes

13: Adultos Jovens e de Meia-idade

Adultos jovens

Adultos de meia-idade

14: Idosos

Variabilidade entre idosos

Mitos e estereótipos

Atitudes das enfermeiras em relação aos idosos

Tarefas de desenvolvimento para idosos

Serviços de saúde comunitários e institucionais

Avaliação das necessidades dos idosos

Abordagem às preocupações de saúde dos idosos

Idosos e a instituição de cuidados agudos

Idosos e cuidados restauradores

Unidade III: Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem

15: Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem

Julgamento clínico na prática de enfermagem

Pensamento crítico definido

Níveis de pensamento crítico em enfermagem

Competências do pensamento crítico

Um modelo de pensamento crítico para tomar uma decisão clínica

Síntese do pensamento crítico

Desenvolvendo as habilidades do pensamento crítico

Gerenciamento do estresse

16: Histórico de Enfermagem

Uma abordagem do pensamento crítico para avaliação

A entrevista centrada no paciente

História de saúde de enfermagem

17: Diagnóstico de Enfermagem

História do diagnóstico de enfermagem

Tipos de diagnósticos de enfermagem

Pensamento crítico e processo diagnóstico de enfermagem

Mapeamento conceitual no diagnóstico de enfermagem

Fontes de erros diagnósticos

Documentação e informática

Diagnóstico de enfermagem: aplicação ao planejamento dos cuidados

18: Planejamento dos Cuidados de Enfermagem

Estabelecimento de prioridades

Pensamento crítico na definição dos objetivos e resultados esperados

Pensamento crítico no planejamento dos cuidados de enfermagem

Sistemas para o planejamento dos cuidados de enfermagem

Consultando outros profissionais de saúde

19: Implementando os Cuidados de Enfermagem

Intervenções padrões de enfermagem

Pensamento crítico na implementação

Processo de implementação

Cuidados diretos

Cuidados indiretos

Alcançando os objetivos do paciente

20: Avaliação de Enfermagem

Pensamento crítico na avaliação de enfermagem

Normas para elaborar a avaliação

21: Gerenciamento dos Cuidados de Enfermagem

Construção de uma equipe de enfermagem

Competências de liderança para estudantes de enfermagem

Unidade IV: Normas Profissionais na Prática de Enfermagem

22: Ética e Valores

Termos básicos da ética na saúde

Código de ética do profissional de enfermagem

Valores

Ética e filosofia

Ponto de vista da enfermagem

Questões éticas nos cuidados de saúde

23: Implicações Legais para a Prática de Enfermagem

Limites legais da enfermagem

Questões estatutárias federais na prática de enfermagem

Questões estatuárias estaduais da prática de enfermagem

Questões de direito civil e direito comum na prática de enfermagem

Gestão de riscos e garantia de qualidade

24: Comunicação

Comunicação e prática de enfermagem

Elementos do processo de comunicação

Formas de comunicação

Relacionamentos profissionais em enfermagem

Elementos da comunicação profissional

Processo de enfermagem

25: Educação em Saúde do Paciente

Padrões da educação em saúde do paciente

Objetivos da educação em saúde

Ensino e aprendizagem

Domínios da aprendizagem

Princípios básicos da aprendizagem

Processo de enfermagem

26: Registro e Informática

Finalidade do prontuário do paciente

Comunicação interprofissional dentro do prontuário

Confidencialidade

Padrões

Diretrizes para o registro de qualidade

Métodos de registro

Formulários de manutenção de registros mais comuns

Sistemas de classificação da acuidade

Registro no contexto de cuidados domiciliares

Registro no contexto de cuidados domiciliares de longo prazo

Registro da comunicação com profissionais e de eventos únicos

Informática e gerenciamento da informação no cuidado de saúde

Unidade V: Fundamentos para Prática de Enfermagem

27: Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

28: Imobilidade

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento em enfermagem

Processo de enfermagem

29: Prevenção e Controle de Infecção

Base de conhecimento científico

O processo infeccioso

Base de conhecimento de enfermagem

Processo de enfermagem

30: Sinais Vitais

Diretrizes para a verificação dos sinais vitais

Temperatura corporal

Processo de enfermagem

Pulso

Respiração

Pressão arterial

Promoção da saúde e sinais vitais

Registro dos sinais vitais

31: Avaliação de Saúde e Exame Físico

Objetivos do exame físico

Preparação para o exame

Organização do exame

Técnicas de avaliação física

Inspeção geral

Pele, cabelo e unhas

Cabeça e pescoço

Tórax e pulmões

Coração

Sistema vascular

Mamas

Abdome

Genitália feminina e aparelho reprodutor

Genitália masculina

Reto e ânus

Sistema musculoesquelético

Sistema neurológico

Após o exame

32: Administração de Medicamento

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Raciocínio crítico

Processo de enfermagem

Administração de medicamento

33: Terapias Complementares e Alternativas

Abordagens complementares, alternativas e integrativas à saúde

Terapias acessíveis à enfermagem

Terapias que exigem treinamento específico

O papel da enfermagem holística

Unidade VI: Base Psicossocial para a Prática de Enfermagem

34: Autoconceito

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento em enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

35: Sexualidade

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento em enfermagem

Pensamento crítico

O processo de enfermagem

36: Saúde Espiritual

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento em enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

37: A Experiência de Perda, Morte e Luto

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

38: Estresse e Enfrentamento

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

Unidade VII: Bases Fisiológicas para a Prática da Enfermagem

39: Atividade Física e Exercício

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

40: Higiene

Base do conhecimento científico

Base do conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

41: Oxigenação

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

42: Equilíbrios Hídrico, Eletrolítico e Acidobásico

Base de conhecimento científico

Base do conhecimento científico

Raciocínio crítico

Processo de enfermagem

43: Sono

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

44: Controle da Dor

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

45: Nutrição

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

46: Eliminação Urinária

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento da enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

47: Eliminação Intestinal

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

48: Integridade Cutânea e Cuidados de Feridas

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

49: Alterações Sensoriais

Base de conhecimento científico

Base de conhecimentos de enfermagem

Pensamento crítico

Processo de enfermagem

50: Cuidados com o Paciente Cirúrgico

Base de conhecimento científico

Base de conhecimento em enfermagem

Pensamento crítico

Fase cirúrgica pré-operatória

Transporte para a sala de cirurgia

Unidade de cuidados pré-anestésicos

Fase cirúrgica intraoperatória

Fase cirúrgica pós-operatória

Glossário

Índice

Copyright

© 2017 Elsevier Editora Ltda.
Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19/02/1998.
Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora, poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.
ISBN: 978-85-352-8701-1
ISBN versão eletrônica: 978-85-352-8826-1

FUNDAMENTALS OF NURSING, NINTH EDITION
Copyright © 2017 by Elsevier Inc.
Previous editions copyrighted 2013, 2009, 2005, 2001, 1997, 1993, 1989, and 1985.

This adapted translation of Fundamentals Of Nursing, Ninth Edition, by Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Patricia A. Stockert, Amy M. Hall Frieden was undertaken by Elsevier Editora Ltda and is published by arrangement with Elsevier Inc.

Esta tradução adaptada de Fundamentals Of Nursing, Ninth Edition, by Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Patricia A. Stockert, Amy M. Hall Frieden foi produzida por Elsevier Editora Ltda e publicada em conjunto com Elsevier Inc.
ISBN: 978-0-323-32740-4

NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Capa

Studio Creamcrackers

Editoração Eletrônica
Thomson Digital

Elsevier Editora Ltda.
Conhecimento sem Fronteiras

Rua Sete de Setembro, n° 111 – 16° andar
20050-006 – Centro – Rio de Janeiro – RJ

Rua Quintana, n° 753 – 8° andar
04569-011 – Brooklin – São Paulo – SP

Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 026 53 40
atendimento1@elsevier.com

Consulte nosso catálogo completo, os últimos lançamentos e os serviços exclusivos no site www.elsevier.com.br

Nota

Como as novas pesquisas e a experiência ampliam o nosso conhecimento, pode haver necessidade de alteração dos métodos de pesquisa, das práticas profissionais ou do tratamento médico. Tanto médicos quanto pesquisadores devem sempre basear-se em sua própria experiência e conhecimento para avaliar e empregar quaisquer informações, métodos, substâncias ou experimentos descritos neste texto. Ao utilizar qualquer informação ou método, devem ser criteriosos com relação a sua própria segurança ou a segurança de outras pessoas, incluindo aquelas sobre as quais tenham responsabilidade profissional.
Com relação a qualquer fármaco ou produto farmacêutico especificado, aconselha-se o leitor a cercar-se da mais atual informação fornecida (i) a respeito dos procedimentos descritos, ou (ii) pelo fabricante de cada produto a ser administrado, de modo a

certificar-se sobre a dose recomendada ou a fórmula, o método e a duração da administração, e as contraindicações. É responsabilidade do médico, com base em sua experiência pessoal e no conhecimento de seus pacientes, determinar as posologias e o melhor tratamento para cada paciente individualmente, e adotar todas as precauções de segurança apropriadas.

Para todos os efeitos legais, nem a Editora, nem autores, nem editores, nem tradutores, nem revisores ou colaboradores, assumem qualquer responsabilidade por qualquer efeito danoso e/ou malefício a pessoas ou propriedades envolvendo responsabilidade, negligência etc. de produtos, ou advindos de qualquer uso ou emprego de quaisquer métodos, produtos, instruções ou ideias contidos no material aqui publicado.

O Editor

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ
P893f
9. ed.
Potter, Patricia A.
Fundamentos da enfermagem / Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry ; tradução
Adilson Dias Salles … [et al.]. -- 9. ed. -- Rio de Janeiro : Elsevier, 2017.
: il. ; 27 cm.
Tradução de: Fundamentals of nursing
Inclui bibliografia e índice
ISBN: 978-85-352-8701-1

1. Enfermagem. I. Perry, Anne Griffin. II. Salles, Adilson Dias. III. Título.
17-40978 CDD: 610.73
CDU: 616-083

CÓPIA NÃO AUTORIZADA É CRIME
ABDR
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIREITOS REPROGRÁFICOS
RESPEITE O DIREITO AUTORAL

Revisão científica e adaptação

Ivone Evangelista Cabral (Caps. 1-10, 21-33, 36, glossário e índice)
Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)
Pós-Doutorado pela McGill University
Doutora e Mestre em Enfermagem pela UFRJ
Pesquisadora do CNPq

Marcia Tereza Luz Lisboa (Caps. 11-20, 34, 35, 37-50)
Professora Associada do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ
Membro da Diretoria do Núcleo de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador e do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem da EEAN-UFRJ
Mestre pela Boston University
Doutora em Enfermagem pela EEAN-UFRJ

Tradutores

Adilson Dias Salles (Caps. 15-23)
Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da UFRJ
Professor Associado do Instituto de Ciências Biomédicas do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ
Pesquisador do Departamento de Antropologia do Museu Nacional da UFRJ

Andrea Adelcorso (Cap. 24)
Graduada em Língua e Literatura Inglesas, modalidade Tradução, pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo
Sócia Diretora da Del›Cor Traduções Técnicas

Andréa Favano (Caps. 30 e 45)
Especialização em Tradução de Inglês pela Universidade Gama Filho
Cirurgiã-dentista graduada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)
Bacharelado em Letras/Tradutor Intérprete Inglês-Português pelo Centro Universitário Ibero-Americano (UNIBERO)

Flor de Letras Editorial (Caps. 39-41, 48 e 50)
Empresa Especializada em Revisão e Tradução Técnicas

Fernanda Gurgel Zogaib (Cap. 36)
Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Biologia Humana e Experimental da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (BHEx/UERJ)
Especialista em Anatomia Humana pela Universidade Estácio de Sá (UNESA)
Graduada em Educação Física e Desportos pela UERJ

Fernando Diniz Mundim (Caps. 44 e 46)
Professor Adjunto do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRJ

Jose Eduardo Figueiredo (Caps. 32 e 42)
Chefe da Emergência Pediátrica do Hospital das Clínicas de

Jacarepaguá, RJ
Médico de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Leticia Carrão Silva (Caps. 33-35)
Mestre em Sanidade, Segurança Alimentar e Ambiental no Agronegócio pelo Instituto Biológico, São Paulo
Médica Veterinária pela Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu

Luiz Claudio de Queiroz (Caps. 26-28)
Tradutor Técnico Inglês-Português

Luiz Euclydes Trindade Frazão Filho (Cap. 31)
Tradutor/intérprete pela Universidade Estácio de Sá e pela Brasillis Idiomas

Mariana Villanova Vieira (Cap. 49)
Tradutora técnica pela UERJ

Renata Medeiros (Caps. 25, 29 e 43)
Mestra em Medicina Veterinária (Higiene Veterinária e Processamento Tecnológico de POA) pela Universidade Federal Fluminense (UFF)
Doutora em Vigilância Sanitária (Toxicologia) pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (INCQS/FIOCRUZ)

Silvia Spada (Caps. 6-14, 37-38)
Especialista em Tradução pela USP
Bacharel em Letras pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da USP

Sueli Toledo Basile (Cap. 47)
Tradutora Inglês/Português pelo Instituto Presbiteriano Mackenzie e Cell – LEP

Tatiana Ferreira Robaina (Ìndice e glossário)
Doutorado em Ciências pela UFRJ
Mestre em Patologia pela UFF
Especialista em Estomatologia pela UFRJ

Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel)

Veronica Mannarino (Caps. 1-5)
Graduada e Mestre em Engenharia de Produção pela PUC-RJ
Intérprete de Conferências formada pelo Brasillis Idiomas
Sócia-diretora da Soar Soluções Linguísticas

Colaboradores

Michelle Aebersold PhD, RN, Clinical Associate Professor, Director—Clinical Learning Center, School of Nursing, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan

Katherine N. Ayzengart MSN, RN, Associate Faculty, Nursing, MiraCosta College, Oceanside, California

Brenda Battle RN, BSN, MBA, Vice President, Care Delivery Innovation, Urban Health Initiative and Chief Diversity and Inclusion Officer, University of Chicago Medicine and Biological Sciences, Chicago, Illinois

Janice C. Colwell RN, MS, CWOCN, FAAN, Advanced Practice Nurse, Surgery, University of Chicago Medicine, Chicago, Illinois

Maureen F. Cooney DNP, FNP-BC
Adjunct Associate Professor of Nursing, FNP Program, Lienhard School of Nursing, College of Health Professions, Pace University, Pleasantville, New York
Nurse Practitioner, Pain Medicine, Westchester Medical Center, Valhalla, New York

Cheryl A. Crowe RN, MS, Assistant Professor, Saint Francis Medical Center College of Nursing, Peoria, Illinois

Alice E. Dupler JD, APRN-ANP, Esq.
Associate Professor, School of Nursing & Human Physiology, Gonzaga University, Spokane, Washington
Corresponding Secretary, Executive Board of Directors, The American Association of Nurse Attorneys, Birmingham, Alabama

Margaret Ecker RN, MS, Director of Nursing Quality (Retired), Kaiser Permanente Los Angeles Medical Center, Los Angeles, California

Antoinette Falker DNP, RN, CMSRN, CBN, GCNS-BC
Adjunct Faculty, Nursing Department, Webster University, Webster Groves, Missouri
Clinical Nurse Specialist, Trauma, Geriatric Trauma, Acute Care Surgery, Bariatric Services, Barnes-Jewish Hospital, St. Louis, Missouri

Jane Fellows MSN, CWOCN, Wound/Ostomy CNS, Advanced Clinical Practice, Duke University Health System, Durham, North Carolina

Linda Felver PhD, RN, Associate Professor, School of Nursing, Oregon Health & Science University, Portland, Oregon

Susan Fetzer RN, GSWN, MSN, MBA, PhD, Associate Professor, College of Health and Human Services, University of New Hampshire, Durham, New Hampshire

Victoria N. Folse PhD, APN, PMHCNS-BC, LCPC, Director and Professor, Caroline F. Rupert Endowed Chair of Nursing, School of Nursing, Illinois Wesleyan University, Bloomington, Illinois

Kay E. Gaehle PhD, MSN, BSN, Associate Professor, School of Nursing, Primary Care Department, Southern Illinois University Edwardsville, Edwardsville, Illinois

Lorri A. Graham RN, Assistant Professor, Nursing, Saint Francis Medical Center College of Nursing, Peoria, Illinois

Tara Hulsey PhD, RN, CNE, FAAN, Dean and E. Jane Martin Professor, School of Nursing, West Virginia University, Morgantown, West Virginia

Noël Kerr PhD, RN, CMSRN, Assistant Professor, School of Nursing, Illinois Wesleyan University, Bloomington, Illinois

Mary Koithan PhD, RN, CNS-BC, FAAN, Anne Furrow Professor and Associate Dean, Professional and Community Engagement, College of Nursing, University of Arizona, Tucson, Arizona

Gayle L. Kruse RN, ACHPN, GCNS-BC, APN Instructor, Graduate Department, Saint Anthony College of Nursing, Rockford, Illinois

Jerrilee LaMar PhD, RN, CNE, Associate Professor of Nursing, Dunigan Family Department of Nursing and Health Sciences, University of Evansville, Evansville, Indiana

Kathryn Lever MSN, WHNP-BC, Associate Professor of Nursing, College of Education and Health Sciences, University of Evansville, Evansville, Indiana

Erin H. McCalley RN, BSN, MS, CCRN, CCNS, Clinical Nurse Specialist, Nursing Education and Practice, Stanford Health Care, Stanford, California

Emily L. McClung MSN, RN, PhD(c), Nursing Instructor, Hiram College, Hiram, Ohio

Judith A. McCutchan RN, ASN, BSN, MSN, PhD, Adjunct Nursing Faculty, Dunigan Family Department of Nursing and Health Sciences, University of Evansville, Evansville, Indiana

Patricia A. O'Connor RN, MSN, CNE, Assistant Professor, College of Nursing, Saint Francis Medical Center College of Nursing, Peoria, Illinois

Jill Parsons PhD, RN, Associate Professor of Nursing, MacMurray College, Jacksonville, Illinois

Beverly J. Reynolds RN, EdD, CNE, Professor, Graduate Program, Saint Francis Medical Center College of Nursing, Peoria, Illinois

Kristine Rose BSN, MSN, Assistant Professor, Nursing Education, Saint Francis Medical Center College of Nursing, Peoria, Illinois

Patsy L. Ruchala DNSc, RN, Professor and Director, Orvis School of Nursing, University of Nevada, Reno, Reno, Nevada

Matthew R. Sorenson PhD, APN, ANP-C
Associate Professor/Associate Director, School of Nursing, DePaul University, Chicago, Illinois
Clinical Scholar, Physical Medicine and Rehabilitation, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois

Donna L. Thompson MSN, CRNP, FNP-BC, CCCN-AP

Continence Nurse Practitioner, Division of Urogynecology, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, Pennsylvania
Continence Nurse Practitioner, Urology Health Specialist, Drexel Hill, Pennsylvania
Continence Consultant/Owner, Continence Solutions, LLC, Media, Pennsylvania

Jelena Todic MSW, LCSW, Doctoral Student, Social Work, University of Texas at Austin, Austin, Texas

Colaboradores das edições anteriores

Jeanette Adams, PhD, MSN, APRN, CRNI

Paulette M. Archer, RN, EdD

Myra. A. Aud, PhD, RN

Marjorie Baier, PhD, RN

Sylvia K. Baird, RN, BSN, MM

Karen Balakas, PhD, RN, CNE

Lois Bentler-Lampe, RN, MS

Janice Boundy, RN, PhD

Anna Brock, PhD, MSN, MEd, BSN

Sheryl Buckner, RN-BC, MS, CNE

Jeri Burger, PhD, RN

Linda Cason, MSN, RN-BC, NE-BC, CNRN

Pamela L. Cherry, RN, BSN, MSN, DNSc

Rhonda W. Comrie, PhD, RN, CNE, AE-C

Eileen Costantinou, MSN, RN

Ruth M. Curchoe, RN, MSN, CIC

Marinetta DeMoss, RN, MSN

Christine R. Durbin, PhD, JD, RN

Martha Keene Elkin, RN, MS, IBCLC

Leah W. Frederick, MS, RN CIC

Mimi Hirshberg, RN, MSN

Steve Kilkus, RN, MSN

Judith Ann Kilpatrick, RN, DNSc

Lori Klingman, MSN, RN

Karen Korem, RN-BC, MA

Anahid Kulwicki, RN, DNS, FAAN

Joyce Larson, PhD, MS, RN

Kristine M. L'Ecuyer, RN, MSN, CCNS

Ruth Ludwick, BSN, MSN, PhD, RNC

Annette G. Lueckenotte, MS, RN, BC, GNP, GCNS

Frank Lyerla, PhD, RN

Deborah Marshall, MSN

Barbara Maxwell, RN, BSN, MS, MSN, CNS

Elaine K. Neel, RN, BSN, MSN

Wendy Ostendorf, BSN, MS, EdD

Dula Pacquiao, BSN, MA, EdD

Nancy C. Panthofer, RN, MSN

Elaine U. Polan, RNC, BSN, MS

Debbie Sanazaro, RN, MSN, GNP

Marilyn Schallom, RN, MSN, CCRN, CCNS

Carrie Sona, RN, MSN, CCRN, ACNS, CCNS

Marshelle Thobaben, RN, MS, PHN, APNP, FNP

Ann B. Tritak, EdD, MA, BSN, RN

Janis Waite, RN, MSN, EdD

Mary Ann Wehmer, RN, MSN, CNOR

Pamela Becker Weilitz, RN, MSN(R), BC, ANP, M-SCNS

Joan Domigan Wentz, BSN, MSN

Katherine West, BSN, MSEd, CIC

Terry L. Wood, PhD, RN, CNE

Rita Wunderlich, PhD, RN

Valerie Yancey, PhD, RN

Revisores

Colleen Andreoni DNP, FNP-BC, ANP-BC, CEN, Assistant Professor and Department Chair, Health Promotion & Risk Reduction, Marcella Niehoff School of Nursing, Loyola University Chicago, Chicago, Illinois

Suzanne L. Bailey PMHCNS-BC, CNE, Associate Professor of Nursing, University of Evansville, Evansville, Indiana

Lisa Boggs BSN, RN
ER Staff Nurse, Mercy Hospital, Lebanon, Missouri
Teaching Assistant, Sinclair School of Nursing, University of Missouri—Columbia, Columbia, Missouri

Leigh Ann Bonney PhD, RN, CCRN, Assistant Professor, College of Nursing, Saint Francis Medical Center College of Nursing, Peoria, Illinois

Anna M. Bruch RN, MSN, Nursing Professor, Illinois Valley Community College, Oglesby, Illinois

Jeanie Burt MSN, MA, CNE, Carr College of Nursing, Harding University, Searcy, Arkansas

Pat Callard DNP, RN, CNL, CNE, Assistant Professor of Nursing, College of Graduate Nursing, Director, Interprofessional Education, Phase II, Pomona, California

Susan M.S. Carlson MS, RN, APRN-BC, NPP, Associate Professor, Monroe Community College, Rochester, New York

Tracy Colburn MSN, RN, C-EFM, Assistant Professor of Nursing, Lewis and Clark Community College, Godfrey, Illinois

Barbara Coles PhD(c), RN-BC, Registered Nurse, James A. Haley VA Hospital, University of South Florida, Tampa, Florida

Dorothy Diaz MSN, RN-BC, Caregiver Support Coordinator, James A. Haley VA Hospital, Tampa, Florida

Holly J. Diesel PhD, RN, Associate Professor, Goldfarb School of Nursing, Barnes-Jewish College, St. Louis, Missouri

Dawna Egelhoff MSN, RN, Associate Professor, Lewis and Clark Community College, Godfrey, Illinois

Amber Essman MSN, APRN, FNP-BC, CNE, Assistant Professor, Chamberlain College of Nursing, Columbus, Ohio

Margie L. Francisco EdD, MSN, Nursing Professor, Illinois Valley Community College, Oglesby, Illinois

Linda Garner PhD, RN, CHES, Assistant Professor, Department of Nursing, Southeast Missouri State University, Cape Girardeau, Missouri

Amy S. Hamlin PhD, MSN, FNP-BC, APN, Professor of Nursing, Austin Peay State University, Clarksville, Tennessee

Nicole M. Heimgartner RN, MSN, COI, Associate Professor of Nursing, Kettering College, Kettering, Ohio

Mary Ann Jessee MSN, RN, Assistant Professor, School of Nursing, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee

Kathleen C. Jones MSN, RN, CNS, Associate Professor of Nursing, Walters State Community College, Morristown, Tennessee

Lori L. Kelley RN, MSN, MBA, Associate Professor of Nursing, Aquinas College, Nashville, Tennessee

Shari Kist PhD, RN, CNE, Assistant Professor, Goldfarb School of Nursing, Barnes-Jewish College, St. Louis, Missouri

Laura Szopo Martin MSN, RN, CNE, Professor, College of Southern Nevada, Las Vegas, Nevada

Angela McConachie DNP, FNP-C, Instructor, Goldfarb School of

Nursing, Barnes-Jewish College, St. Louis, Missouri

Tammy McConnell MSN, APRN, FNP-BC, Associate Professor of Nursing, Admission and Progression Coordinator, Clinical Coordinator, Greenville Technical College, Greenville, South Carolina

Janis Longfield McMillan RN, MSN, CNE, Nursing Faculty, Coconino Community College, Flagstaff, Arizona

Pamela S. Merida MSN, RN, Assistant Professor, Nursing, St. Elizabeth School of Nursing, Lafayette, Indiana

Jeanie Mitchel RN, MSN, MA, Nursing Professor, South Suburban College, South Holland, Illinois

Katrin Moskowitz BSN, MSN, FNP, Family Nurse Practitioner, Bristol Hospital Multispecialty Group, Bristol, Connecticut

Cindy Mulder RNC, MS, MSN, WHNP-BC, FNP-BC, Instructor, The University of South Dakota, Vermillion, South Dakota

Cathlin Buckingham Poronsky PhD, APRN, FNP-BC, Assistant Professor, Director of the Family Nurse Practitioner Program, Marcella Niehoff School of Nursing, Loyola University Chicago, Chicago, Illinois

Beth Hogan Quigley MSN, RN, CRNP, Family and Community Health Department Advanced Senior Lecturer, University of Pennsylvania School of Nursing, Philadelphia, Pennsylvania

Cherie R. Rebar PhD, MBA, RN, FNP, COI, Director, Division of Nursing, Chair, Prelicensure Nursing Programs, Professor, Kettering College, Kettering, Ohio

Anita K. Reed MSN, RN, Department Chair, Adult and Community Health Practice, St. Elizabeth School of Nursing, Saint Joseph's College, Lafayette, Indiana

Rhonda J. Reed MSN, RN, CRRN, Learning Resource Center Director—Technology Coordinator, Indiana State University, Terre Haute, Indiana

Carol A. Rueter RN, PhD(c), Bereavement Coordinator/Clinical Instructor, James A. Haley VA Hospital, University of South Florida, Tampa, Florida

Susan Parnell Scholtz RN, PhD, Associate Professor of Nursing, Moravian College, Bethlehem, Pennsylvania

Gale P. Sewell PhD(c), MSN, RN, CNE, Associate Professor, University of Northwestern, St. Paul, Minneapolis

Cynthia M. Sheppard RN, MSN, APN-BC, Assistant Professor of Nursing, Schoolcraft College, Livonia, Michigan

Elaine R. Shingleton RN, MSN, OCN, Service Unit Manager, Oncology/Infusion, The Permanente Medical Group, Walnut Creek, California

Crystal D. Slaughter DNP, APN, ACNS-BC, Assistant Professor, College of Nursing, Saint Francis Medical Center College of Nursing, Peoria, Illinois

Mindy Stayner RN, MSN, PhD, Professor, Northwest State Community College, Archbold, Ohio

Laura M. Streeter, Coordinator, Clinical Simulation Learning Center, University of Missouri—Columbia, Columbia, Missouri

Estella J. Wetzel MSN, APRN, FNP-C
Family Nurse Practitioner, Integrated Care, Scioto Paint Valley Mental Health Clinic, Chillicothe, Ohio
Clark State Community College, Springfield, Ohio

Laura M. Willis MSN, RN, FNP, Assistant Professor, Coordinator of Service Learning, Kettering College, Kettering, Ohio

Lea Wood MSN, BSN-RN, Coordinator, Clinical Simulation Learning Center, University of Missouri—Columbia, Columbia, Missouri

Damien Zsiros MSN, RN, CNE, CRNP, The Pennsylvania State University, Lemont Furnace, Pennsylvania

Dedicatória

Eu tive uma sorte incrível de ter uma carreira que me permitiu desenvolver amizades duradouras com enfermeiras profissionais incríveis. Dedico este livro a uma dessas enfermeiras incríveis, Coreen Vlodarchyk. Ela é uma enfermeira exemplar e líder que me permitiu seguir uma direção diferente na minha carreira, oferecendo apoio entusiástico e irrestrito.

Patricia A. Potter

Para todos os docentes de enfermagem e profissionais enfermeiros que trabalham todos os dias em prol do avanço da enfermagem clínica. O compromisso de vocês com a educação em enfermagem e com a prática da enfermagem inspira todos nós a sermos os guardiões dessa disciplina. Eu também quero agradecer a todos os revisores e colaboradores deste livro. Um grande agradecimento para os meus coautores. Juntos, desafiamos e apoiamos uns aos outros para produzir uma obra melhor.

Também quero agradecer a minha família pelo apoio afetuoso. Um agradecimento especial aos meus netos, Cora Elizabeth Bryan, Amalie Mary Bryan, Pastor Charles Bryan e Noelle Anne Bryan, que sempre dizem as coisas como elas são.

Anne Griffin Perry

Para meu marido, Drake, e minhas filhas, Sara e Kelsey. Obrigada pelo amor e paciência durante o tempo investido na escrita, revisão e edição dessa nova edição de *Fundamentos*. O apoio de vocês tornou esse esforço possível para mim! E a todos os enfermeiros e à faculdade de enfermagem, especialmente a faculdade de Saint Francis Medical Center College of Nursing, obrigada a vocês pelo trabalho árduo, pelo carinho, pela compaixão e pela forma de trabalhar com os pacientes diariamente. O compromisso de vocês com a enfermagem e com a educação em enfermagem é a base que torna os enfermeiros os profissionais mais confiáveis!

Patricia A. Stockert

Para Debbie, Suzanne, Melissa, Donna, Joan, Cindy, Jerrilee, Theresa e Kathy. O entusiasmo de vocês é interminável em ajudar a formar futuros profissionais, enfermeiras e enfermeiros, e me inspira o tempo todo. Eu estimo sua amizade e apoio. Para

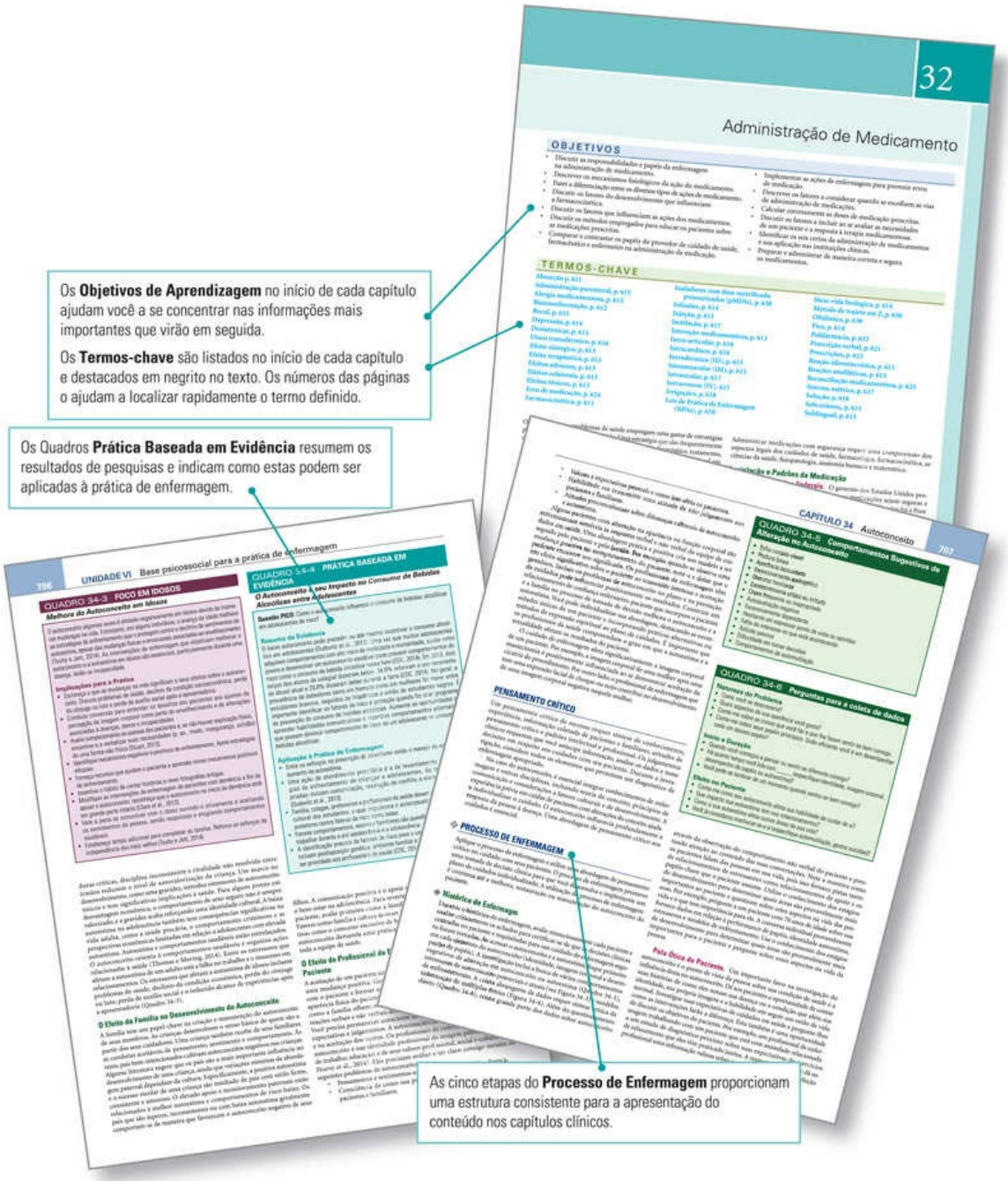
Patti, Anne e Pat pela sua amizade, apoio e busca pela excelência. E para Greg, o amor da minha vida, pelo apoio e incentivo a abrir minhas asas e crescer pessoal e profissionalmente.

Amy M. Hall

Prefácio ao estudante

Fundamentos de Enfermagem fornece todos os conceitos essenciais de enfermagem e habilidades de que você precisa como enfermeira em início de carreira em um formato visualmente atraente e fácil de usar. Sabemos como você é ocupada e como seu tempo é precioso. Ao iniciar sua educação em enfermagem, é muito importante que você tenha um recurso com todas as informações de que necessita a fim de se preparar para as aulas, atividades em sala de aula, práticas clínicas e provas — e muito mais. Escrevemos este livro para atender a todas essas necessidades. Este livro foi concebido para ajudá-lo a ter sucesso neste processo e prepará-lo para estudos mais avançados. Além de uma leitura agradável e com muitas fotografias coloridas e desenhos, nós incorporamos vários recursos para ajudá-lo a estudar e aprender. Tornamos mais fácil para você extrair o conteúdo importante dele.

Confira os seguintes recursos especiais de aprendizagem:



Os **Objetivos de Aprendizagem** no início de cada capítulo ajudam você a se concentrar nas informações mais importantes que virão em seguida.

Os **Termos-chave** são listados no início de cada capítulo e destacados em negrito no texto. Os números das páginas o ajudam a localizar rapidamente o termo definido.

Os Quadros **Prática Baseada em Evidência** resumem os resultados de pesquisas e indicam como estas podem ser aplicadas à prática de enfermagem.

As cinco etapas do **Processo de Enfermagem** proporcionam uma estrutura consistente para a apresentação do conteúdo nos capítulos clínicos.

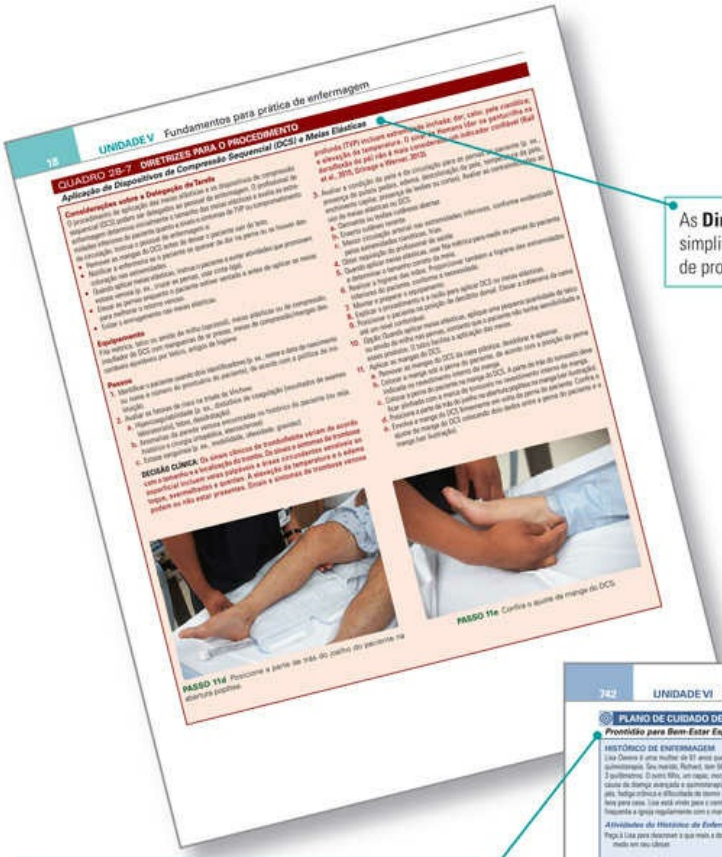
Os Quadros **Aspectos Culturais do Cuidado** o preparam para o cuidado de pacientes de populações diversas.

Os Quadros **Foco no Idoso** o preparam para lidar com as necessidades especiais dos idosos.

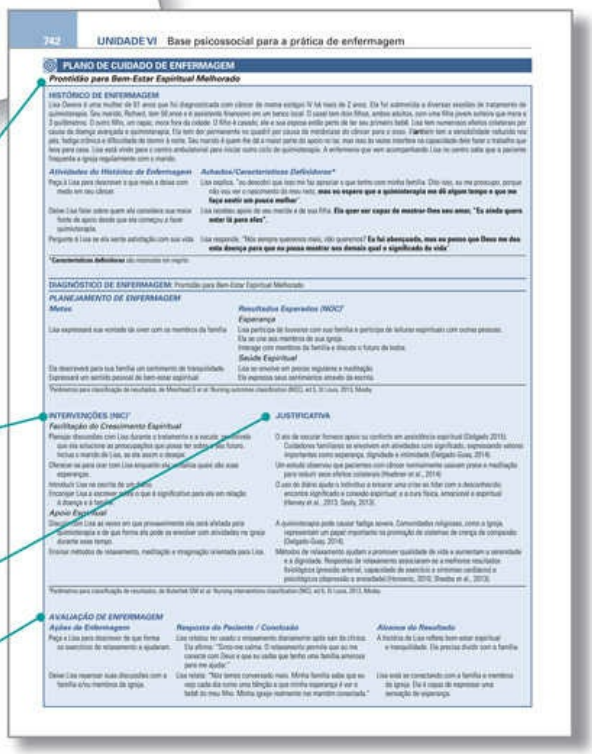
Os Quadros **Educação em Saúde do Paciente** enfatizam as informações importantes a serem passadas para o paciente.

Os Quadros de **Questões de Avaliação em Enfermagem** o auxiliam a como fazer perguntas adequadamente quando for entrevistar um paciente.

O exclusivo **Modelo de Pensamento Crítico** mostra claramente como aplicar o pensamento crítico durante as etapas do processo de enfermagem para ajudá-lo a fornecer o melhor atendimento aos seus pacientes.



As **Diretrizes para os Procedimentos** fornecem instruções simplificadas, passo a passo, para a realização de procedimentos mais básicos.



Plano de Cuidado de Enfermagem demonstra como deve ser a abrangência de um plano de cuidado de um paciente. Cada plano o ajudará a compreender o processo de avaliação, a associação dos achados do histórico com as características definidoras na formulação do diagnóstico de enfermagem, identificação de metas e resultados esperados, a seleção de intervenções de enfermagem e o processo de evolução do cuidado.

As terminologias **Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Intervention Classification [NIC])** e **Classificação de Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification [NOC])** são usadas nos planos de cuidado para ampliar seus conhecimentos sobre os conceitos de enfermagem.

As **Justificativas** de cada intervenção no plano de cuidado demonstram a evidência que fundamenta as abordagens do cuidado de enfermagem.

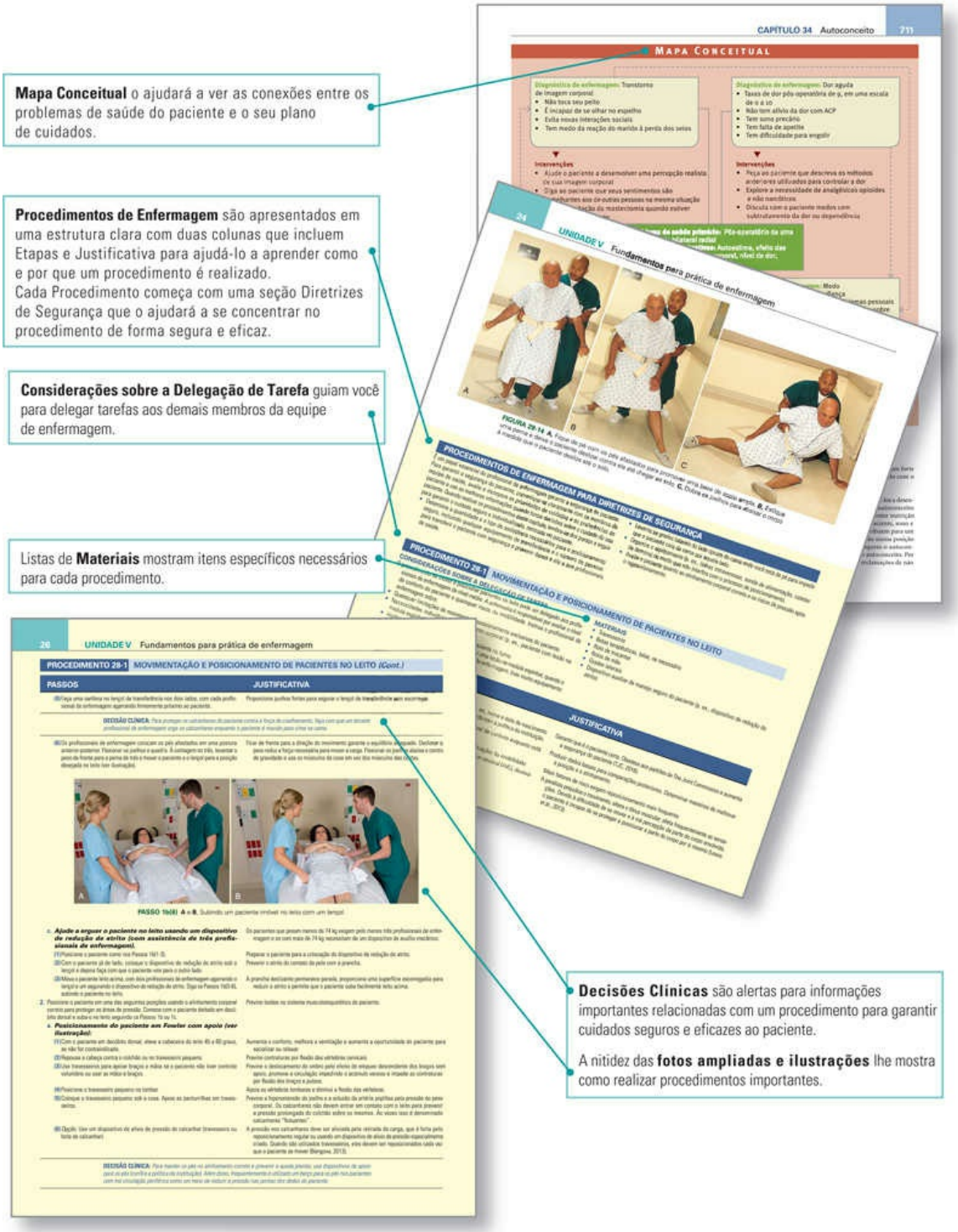
A seção **Avaliação de Enfermagem** explica como avaliar e determinar se os cuidados do paciente foram alcançados.

Mapa Conceitual o ajudará a ver as conexões entre os problemas de saúde do paciente e o seu plano de cuidados.

Procedimentos de Enfermagem são apresentados em uma estrutura clara com duas colunas que incluem Etapas e Justificativa para ajudá-lo a aprender como e por que um procedimento é realizado.
Cada Procedimento começa com uma seção Diretrizes de Segurança que o ajudará a se concentrar no procedimento de forma segura e eficaz.

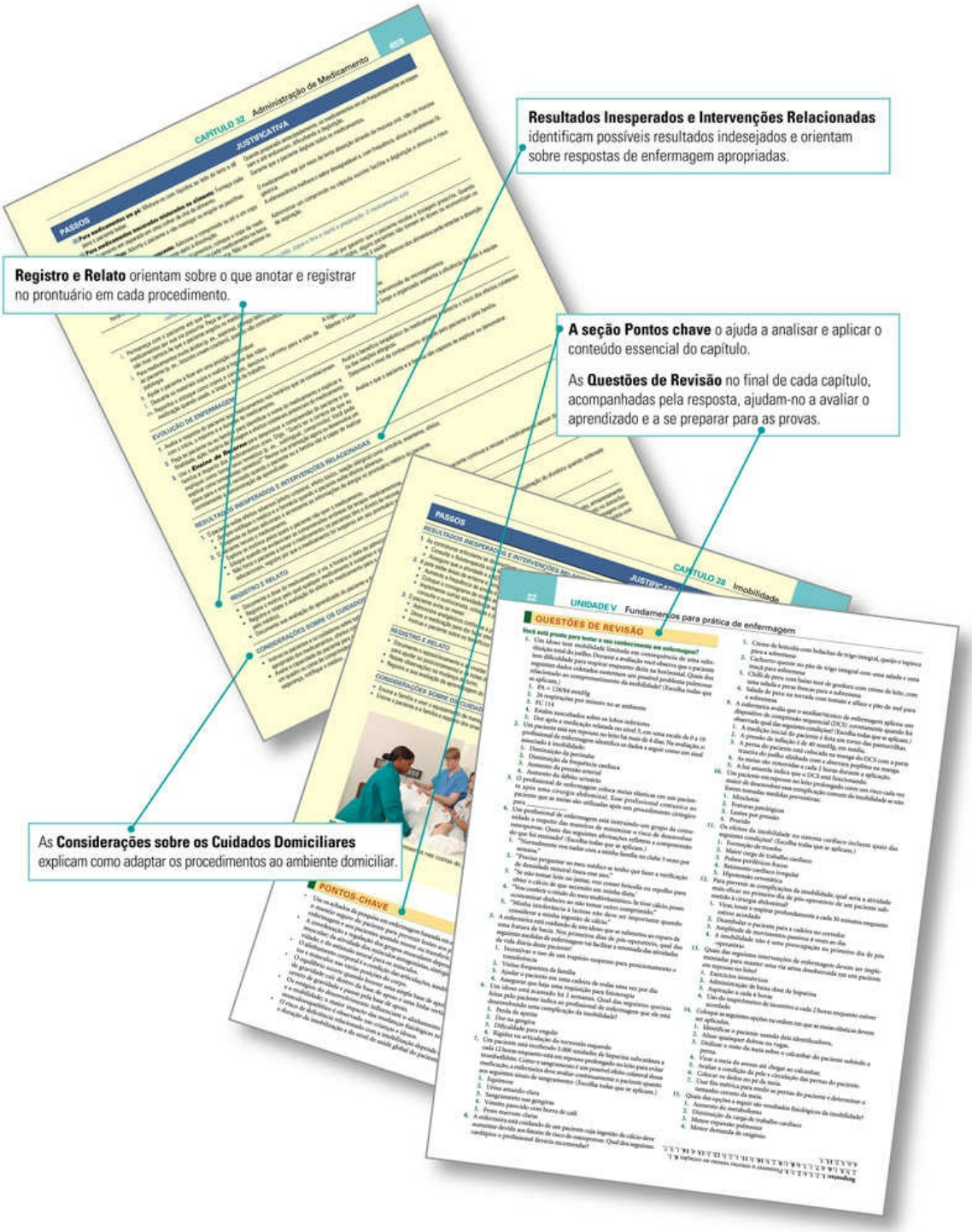
Considerações sobre a Delegação de Tarefa guiam você para delegar tarefas aos demais membros da equipe de enfermagem.

Listas de **Materiais** mostram itens específicos necessários para cada procedimento.



Decisões Clínicas são alertas para informações importantes relacionadas com um procedimento para garantir cuidados seguros e eficazes ao paciente.

A nitidez das **fotos ampliadas e ilustrações** lhe mostra como realizar procedimentos importantes.



Resultados Inesperados e Intervenções Relacionadas identificam possíveis resultados indesejados e orientam sobre respostas de enfermagem apropriadas.

Registro e Relato orientam sobre o que anotar e registrar no prontuário em cada procedimento.

A seção Pontos chave o ajuda a analisar e aplicar o conteúdo essencial do capítulo.

As **Questões de Revisão** no final de cada capítulo, acompanhadas pela resposta, ajudam-no a avaliar o aprendizado e a se preparar para as provas.

As **Considerações sobre os Cuidados Domiciliares** explicam como adaptar os procedimentos ao ambiente domiciliar.

Prefácio ao professor

A profissão de enfermagem está sempre respondendo a mudanças dinâmicas e desafios contínuos. Atualmente, os enfermeiros precisam ter uma base ampla de conhecimentos para trabalhar no cuidado. E o mais importante, precisam saber como aplicar as melhores evidências na prática a fim de garantir os melhores resultados para seus pacientes. O papel da enfermeira inclui assumir a liderança na preservação das práticas de enfermagem e demonstrar a sua contribuição aos cuidados de saúde do seu país. As enfermeiras do futuro, portanto, deverão ser pensadoras críticas, defensoras do paciente, tomadoras de decisões clínicas e educadoras do paciente dentro de um amplo espectro de serviços de prestação de cuidados.

A nona edição de **Fundamentos de Enfermagem** foi revisada e atualizada com o intuito de preparar os estudantes de hoje para os desafios de amanhã. Este livro é destinado aos estudantes iniciantes em todos os tipos de programas de formação de enfermagem. A cobertura abrangente dos tópicos proporciona conceitos de enfermagem fundamental, procedimentos e técnicas da prática de enfermagem, bem como uma estrutura sólida para áreas de estudo mais avançadas.

Fundamentos de Enfermagem apresenta uma abordagem contemporânea à prática de enfermagem, discutindo todo o escopo do cuidado primário, agudo e restaurador. Esta nova edição continua abordando uma série de questões-chave da prática atual, com ênfase no cuidado centrado no paciente e na prática baseada em evidências. Esta última é uma das iniciativas mais importantes na área da saúde atualmente. O foco maior na aplicação de evidências atuais nos procedimentos e planos de cuidado do paciente ajuda os estudantes a compreenderem como as últimas descobertas de estudos científicos recentes podem orientar a sua tomada de decisão clínica.

Características-chave

Desenvolvemos cuidadosamente esta nona edição pensando no estudante. Elaboramos este livro para acolher o novo estudante de enfermagem, para compartilhar o nosso amor pela profissão e para promover a aprendizagem e o conhecimento. As principais características do livro são:

- Os alunos apreciarão um texto **com estilo claro e envolvente**. A narrativa se dirige ao leitor, tornando este livro mais uma ferramenta de instrução ativa do que uma referência passiva. Os alunos descobrirão que mesmo os conceitos técnicos e teóricos mais complexos são apresentados em uma linguagem de fácil compreensão.
- **Cobertura abrangente e leitura fácil** de todo o conteúdo de enfermagem fundamental.
- O **formato atraente e funcional** trará ao estudante o apelo visual dos dias de hoje. O texto claro e agradável, com subtítulos em destaque, tornam o conteúdo fácil de ler e acompanhar. Cada elemento especial é consistentemente marcado em cores para que os alunos possam identificar facilmente as informações importantes.
- Centenas de **fotografias ampliadas, nítidas e totalmente coloridas,** bem como desenhos, reforçam e esclarecem os principais conceitos e técnicas.
- O formato do **processo de enfermagem** fornece uma estrutura organizacional consistente para os capítulos clínicos.
- **Recursos de aprendizagem** ajudam a identificar, analisar e aplicar conteúdos importantes de cada capítulo e incluem Objetivos, Termos-chave, Pontos-chave, Aplicação Clínica, e Questões de Revisão.
- **Promoção da saúde, cuidado agudo e cuidado contínuo** abordam a prática de hoje em diversos ambientes de cuidado.
- **Promoção da saúde/bem-estar** é usada de forma consistente ao longo do texto.

- **Consciência cultural**, **cuidado do idoso** e **educação em saúde do paciente** são destacados ao longo dos capítulos e em Quadros especiais.
- Os Quadros de **Diretrizes de Procedimentos** fornecem instruções mais ágeis e detalhadas para a realização de procedimentos básicos.
- Os **Mapas Conceituais** em cada capítulo clínico mostram a associação entre vários diagnósticos de enfermagem para um paciente com um diagnóstico médico selecionado e a relação entre as intervenções de enfermagem.
- Os **Planos de Cuidados de Enfermagem** orientam os alunos sobre como avaliar e analisar as características definidoras que indicam os diagnósticos de enfermagem. Os planos incluem as classificações NIC e NOC para familiarizar os alunos com esta importante nomenclatura. As seções de avaliação dos planos mostram aos alunos como avaliar e, em seguida, determinar os resultados do cuidado.
- O **modelo de pensamento crítico** estrutura todos os capítulos clínicos e mostra como elementos de pensamento crítico, incluindo o conhecimento, as atitudes de pensamento crítico e os padrões profissionais e intelectuais são integrados em todo o processo de enfermagem para a tomada de decisões clínicas.
- **Mais de 50 procedimentos de enfermagem** são apresentados em um formato simples, de duas colunas, com passos e justificativas de suporte que são muitas vezes apoiados por pesquisas atuais, baseadas em evidências.
- **Considerações na Delegação de Tarefas** orientam quando é adequado delegar tarefas a outros membros da equipe de enfermagem.
- **Resultados Inesperados e Intervenções Relacionadas** estão destacados nos procedimentos de enfermagem para ajudar os estudantes a antecipar e responder adequadamente a eventuais problemas enfrentados durante a execução dos procedimentos.
- **Conteúdo especial** ajudam os estudantes a localizar conteúdos específicos no livro, incluindo Procedimentos, Diretrizes de

Procedimentos, Planos de Cuidados de Enfermagem e Mapas Conceituais.

Novidades desta edição

- Os últimos diagnósticos **NANDA 2015-2017** foram incluídos para atualização do conteúdo.
- **Novos Procedimentos** abrangem a Prevenção de Quedas em Instituições de Saúde.
- Os Quadros **Prática Baseada em Evidências** de cada capítulo foram atualizados para refletir tópicos atuais de pesquisa e tendências.
- Tanto o Saúde das Pessoas 2020 (**Healthy People 2020)** quanto as Metas Nacionais de Segurança do Paciente 2017 da ***Joint Commission*** são abordados nesta nova edição, promovendo a importância da pesquisa atual.
- **Capítulo 28 (Imobilidade) e Capítulo 39 (Atividade e Exercício)** foram reorganizados para reduzir a redundância, melhorar a clareza e aumentar o foco clínico de ambos os capítulos.
- **Capítulo 9 (Consciência Cultural)** foi completamente reescrito e revisado para melhor abordar este tema para os estudantes.

Nota dos Revisores Técnicos: Relatório do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2010) aponta que a categoria de enfermagem é majoritariamente representada por mulheres, com aproximadamente 87,2%. Os homens na profissão correspondem a 12,8%. Ademais, a enfermagem moderna, implantada por Florence Nightingale, foi concebida para ser exercida por mulheres devido à natureza do cuidado, como uma expressão do trabalho feminino. Sendo assim, na edição brasileira, optou-se pela expressão enfermeira para referir-se ao professional de enfermagem, ao longo do livro-texto.

Prefácio da edição brasileira

***A edição brasileira oferece ao estudante de enfermagem*, de um modo didático,** os conceitos de enfermagem fundamental que favorecem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, tão importantes para a formação de um profissional generalista nos termos definidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem. Cada capítulo possui **Objetivos de Aprendizagem** e termos-chave que orientarão o leitor no processo de compreensão sobre o que será abordado no texto. Resultados de pesquisas são rigorosamente revisados para compor quadros de prática baseada em evidências e como essas evidências podem fazer a diferença no exercício profissional de enfermagem.

Na edição brasileira, teve-se a cautela de observar quais as implicações para a prática e como essas evidências se articulavam com a legislação do exercício profissional, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde.

As cinco etapas do **Processo de Enfermagem,** que fornecem uma estrutura consistente para o desenvolvimento dos conteúdos nos capítulos clínicos, tiveram sua linguagem adequada às normas da prática profissional de enfermagem no país, particularmente aquelas que estavam disponíveis até o mês de dezembro de 2016.

As **Diretrizes para o Procedimento** fornecem o passo a passo da realização dos procedimentos mais comuns na enfermagem, tendo sido adaptadas em consonância com a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem no Brasil.

Nesse sentido, a obra *Fundamentos de Enfermagem* representou, para os revisores de conteúdo, mais do que uma possibilidade de adequação da linguagem semântica traduzida da versão em inglês

para o português brasileiro; foi uma oportunidade de adaptar os textos às circunstâncias da prática profissional da enfermagem no país. Cada procedimento se inicia com **Diretrizes de Segurança** que alertam quanto à forma segura e eficaz de realização em conformidade com os padrões de segurança do paciente. Ainda no que diz respeito à segurança do paciente, as **Decisões Clínicas** são verdadeiros alertas contendo informações sobre cuidados seguros e eficazes para o paciente.

A obra reúne características ímpares quando comparada com outros textos cujos conteúdos são semelhantes. A extensa revisão da literatura de cada capítulo permite que o aluno mantenha contato com o conhecimento científico de maior grau de evidência disponível nas revistas científicas. Foram incorporadas novas práticas de cuidados, nem sempre disponíveis no país, como, por exemplo, a medida da temperatura corporal com dispositivos eletrônicos mais sensíveis do que os tradicionais termômetros com colunas de mercúrio, ainda amplamente utilizados no Brasil. Enquanto esses termômetros foram proscritos na prática clínica hospitalar dos Estados Unidos e no Canadá, aqui permanecem em franco uso.

As **Considerações sobre a Delegação de Tarefas** contribuem para o repensar da prática de enfermagem dentro de um modelo de divisão técnica e social do trabalho, com implicações para a segurança do paciente e do próprio profissional.

Esses aspectos destacados entre muitos contidos na obra torna a nona edição de *Fundamentos de Enfermagem* um livro-texto capaz de atender às demandas da formação de enfermeiros no Brasil.

Ivone Evangelista Cabral

Marcia Tereza Luz Lisboa

Agradecimentos

Acreditamos que a nona edição de *Fundamentos de Enfermagem* continua a preparar o estudante de enfermagem para exercer a profissão em ambientes de cuidado de saúde desafiadores. A colaboração neste projeto nos permite ser criativos, visionários e pensar sobre as necessidades de aprendizagem dos alunos. Cada edição é uma nova aventura para todos nós da equipe de autores, pois tentamos criar o melhor livro para os enfermeiros em início de carreira. Cada um de nós gostaria de agradecer pelo profissionalismo, apoio e compromisso, em especial às seguintes pessoas:

- Os profissionais da equipe editorial e de produção da Mosby/Elsevier, incluindo:
  - Tamara Myers, Executive Content Strategist, por sua visão, organização, profissionalismo, energia e apoio nos auxiliando a desenvolver um livro que oferece uma abordagem atualizada para concepção, organização e apresentação de *Fundamentos da Enfermagem*. Sua abordagem foi motivar e apoiar a equipe de escritores para que pudessem ser criativos e inovadores, mantendo as características de um livro didático de alta qualidade.
  - Jean Sims Fornango, Gerente de Desenvolvimento de Conteúdos de **Fundamentos de Enfermagem**, por seu profissionalismo e compromisso com a excelência. Suas habilidades editoriais e de publicação proporcionam uma visão para organizar e desenvolver o manuscrito assegurando que todas as partes do livro e materiais auxiliares sejam criativos, estimulantes e modernos. Ela, assim como o restante da equipe, acrescenta um valor extra compartilhando sua energia e espírito.
  - Tina Kaemmerer, como nossa Especialista Senior de

Desenvolvimento de Conteúdo de **Fundamentos de Enfermagem**. Ela se dedica a manter a equipe de escritores organizada e focada, realizando um trabalho considerável nos bastidores para garantir a precisão e a consistência na forma como apresentamos o conteúdo do livro. Ela tem uma energia ilimitada e está sempre disposta a ir além.

- Jodi Willard, Gerente Sênior de Projeto, realiza milagres. Ela é uma editora de produção incrível e talentosa que aplica paciência, humor e atenção aos detalhes. É uma honra trabalhar com Jodi devido a seu profissionalismo e capacidade de coordenar as múltiplas facetas envolvidas na conclusão de um produto final de excelência.
- StoryTrack, St. Louis, Missouri, por sua excelente fotografia.
- Universidade Maryville, que nos permitiu usar o novo *Myrtle E. and Earl E. Walker Hall* para novas fotografias.
- Nossos colaboradores clínicos e professores revisores, que partilharam a sua experiência e conhecimento sobre a prática de enfermagem e as tendências dentro dos cuidados de saúde de hoje, ajudando-nos a apresentar informações precisas e atuais. Suas contribuições nos permitiram desenvolver um livro que incorpora padrões elevados para a prática profissional de enfermagem por meio da palavra impressa.
- E um reconhecimento especial aos nossos colegas profissionais do Southern Illinois University – Edwardsville, Saint Francis Medical Center College of Nursing, e à University of Evansville.

Acreditamos que **Fundamentos de Enfermagem**, agora na sua nona edição, é um livro que informa e ajuda a modelar padrões de excelência na prática de enfermagem. A excelência de enfermagem pertence a todos nós e estamos felizes por ter a oportunidade de continuar com o trabalho que amamos.

Patricia A. Potter

Anne Griffi Perry

Patricia A. Stockert

Amy M. Hall

Conteúdo especial

Prática Baseada em Evidências

A Dor em Crianças Hospitalizadas, 683
A Eficácia da Educação Individualizada do Paciente no Autocontrole da Diabetes, 333
Adesão a um Pacote de Cuidados com Ventilação na Redução da Pneumonia Associada à Ventilação, 889
Adesão do Profissional de Saúde à Higiene das Mãos, 458
Aplicação da Teoria do Desenvolvimento ao Cuidado de Bebês, 136
Aumentando os Cuidados, 82
Avaliação da Alfabetização em Saúde, 212
Avaliação da Depressão Pós-parto, 161
Avaliação da Dor em Pacientes que não Verbalizam, 1016
Comportamentos de Risco de Saúde Associados à Vacina do Papilomavírus Humano, 712
Comunicação Interprofi ssional Segura e Efi caz, 320
Contraturas do Paciente e Tratamentos para Reduzir as Futuras Contraturas em Pacientes sob Risco, 405
Cuidados Omitidos, 271
Deficiência Visual e Qualidade de Vida, 1237
Detecção do Câncer da Mama, 573
Diagnóstico de Enfermagem – Validação e Confiabilidade, 225
Educação sobre Cuidados para o Cuidador Familiar, 127
Efeito dos Sistemas de Apoio à Decisão Clínica nos Resultados do Paciente, 363
Efeitos das Roupas sobre as Medições de Pressão Arterial, 519
Efeitos dos Procedimentos de Enfermagem na Segurança e Satisfação do Paciente, 383

Envolvimento do Trabalho dos Enfermeiros, 277
Espiritualidade e Doença Crônica, 728
Estratégias de Promoção de Saúde, 70
Fatores para Diminuir as Infecções do Trato Urinário, 1114
Habilidades de Segurança e Cuidado Centrado no Paciente, 9
Higiene do Sono em Pacientes Hospitalizados, 1000
Impacto das Terapias de Meditação sobre Estressores Relacionados com a Doença, 773
Impacto dos Ambientes de Trabalho Estressantes sobre um Pensamento e uma Tomada de Decisão, 204
Lesão de Pele Associada à Umidade, 1212
Medo de Recidiva entre Sobreviventes de Câncer, 92
Melhora da Qualidade Centrada na Equidade, 112
Mídia Social e Responsabilidade Legal, 304
O Autoconceito e seu Impacto no Consumo de Bebidas Alcoólicas entre Adolescentes, 698
Polifarmácia em Idosos, 186
Prática Fundamentada em Teoria no Gerenciamento de Pacientes com Câncer, 49
Práticas de Relatórios de Fim de Turno e Satisfação do Paciente, 23
Práticas Interdisciplinares, 257
Precisão na Determinação de Colocação de Sondas de Alimentação, 1070
Prevenção de Tromboembolismo Venoso no Paciente Pós-cirúrgico, 1285
Prevenindo as Infecções da Corrente Sanguínea Associadas à Linha Central (CLABSI), 949
Programas de Prevenção de Violência na Escola, 155
Promovendo Manejo Seguro dos Pacientes e Prevenção de Lesão em Enfermeiros e seus Pacientes, 795
Promover a Tomada de Decisões Informada em um Ambiente Comunitário, 32
Reconhecimento de Problemas da Pele Periostomal, 1159
Reduzindo as Infecções Hospitalares Utilizando Técnicas de Banho, 829

Reduzindo os Erros durante a Administração de Medicamento, 610
Referências Trocadas de Enfermagem, 249
Sofrimento Moral, 295
Uso de Drogas Antimuscarínicas para Controlar as Secreções Respiratórias, 756

Educação em Saúde do Paciente

Quadro 6-4 Modificações do Estilo de Vida, **73**
Quadro 10-6 Família Cuidadora:Tensáo no Papel de Cuidador, **128**
Quadro 14-5 Adaptaçáo de Instruções para Idosos com Limitações em Alfabetismo em Saúde, **183**
Quadro 25-6 Ensinar o Paciente com Problemas de Letramento ou Dificuldade de Aprendizagem, **345**
Quadro 27-9 Prevençáo de Acidentes Elétricos, **382**
Quadro 27-10 Uso Correto do Extintor de Incêndio na Residência, **382**
Quadro 28-6 Instruindo o Paciente com Osteoporose, **416**
Quadro 29-15 Prevençáo e Controle de Infecções, **458**
Quadro 30-12 Promoção de Saúde, **502**
Quadro 31-8 Avaliaçáo do Cabelo e do Couro Cabeludo, **543**
Quadro 31-10 Avaliação das Unhas, **544**
Quadro 31-12 Avaliaçáo Ocular, **546**
Quadro 31-13 Avaliação do Ouvido, **551**
Quadro 31-14 Avaliaçáo do Nariz e dos Seios da Face, **553**
Quadro 31-15 Avaliação da Boca e da Faringe, **554**
Quadro 31-16 Avaliação do Pescoço, **558**
Quadro 31-17 Avaliaçáo dos Pulmões, **559**
Quadro 31-18 Avaliação Cardíaca, **567**
Quadro 31-19 Avaliação Vascular, **570**
Quadro 31-23 Avaliação da Mama Feminina, **577**
Quadro 31-24 Avaliação Abdominal, **580**
Quadro 31-25 Avaliaçáo da Genitália e do Aparelho Reprodutor Femininos, **583**
Quadro 31-26 Avaliação da Genitália Masculina, **584**
Quadro 31-28 Avaliação Anal e Retal, **587**

Quadro 31-29 Promoçáo da Saúde para Prevenir a Osteoporose nas Mulheres, **589**
Quadro 31-32 Avaliação Neurológica, **596**
Quadro 32-9 Autoadministraçáo de Insulina, **623**
Quadro 33-2 Visualização Criativa, **685**
Quadro 34-8 Alterações no Autoconceito, **704**
Quadro 35-9 Usando um Preservativo Corretamente, **720**
Quadro 36-6 Técnicas de Meditação, **737**
Quadro 37-6 Autocuidados de Manutençáo, **753**
Quadro 38-6 Controle do Estresse, **773**
Quadro 39-11 Segurança com as Muletas, **798**
Quadro 40-14 Cuidados com as Lentes de Contato, **837**
Quadro 41-6 Prevenção de Infecções Respiratórias Recorrentes, **883**
Quadro 42-8 Terapia Intravenosa Domiciliar, **957**
Quadro 43-9 Hábitos de Higiene do Sono, **998**
Quadro 44-16 Analgesia Controlada pelo Paciente, **1031**
Quadro 45-9 Segurança Alimentar, **1065**
Quadro 46-8 Orientando os Pacientes quanto a Exercícios dos Músculos Pélvicos (Exercícios de Kegel), **1110**
Quadro 47-11 Educaçáo dos Pacientes (Clientes) para Realizar os Cuidados da Ostomia, **1159**
Quadro 48-8 Superfícies de Redistribuição de Pressão, **1199**
Quadro 49-7 Uso Efetivo de um Aparelho Auditivo, **1244**
Quadro 50-8 Instruções Pós-operatórias para um Paciente Cirúrgico Ambulatorial, **1278**

Mapas Conceituais

Capítulo 16: Mapa Conceitual para o Sr. Lawson: Avaliação, **220**
Capítulo 17: Mapa Conceitual para o Sr. Lawson: Diagnóstico de Enfermagem, **233**
Capítulo 18: Mapa Conceitual para o Sr. Lawson: Planejamento, **250**
Capítulo 19: Mapa Conceitual para o Sr. Lawson: Implementação, **259**
Capítulo 27: Mapa Conceitual para a Srta. Cohen, **378**
Capítulo 29: Mapa conceitual para o Sra. Andrews, **446**

Capítulo 34: Mapa Conceitual para a Sra. Johnson, **703**
Capítulo 35: Mapa Conceitual para o Sr. Clements, **719**
Capítulo 36: Mapa Conceitual para Lisa Owens, **735**
Capítulo 37: Mapa Conceitual para a Sra. Allison, **752**
Capítulo 38: Mapa Conceitual para Sandra, **772**
Capítulo 39: Mapa Conceitual para a Sra. Smith, **792**
Capítulo 40: Mapa Conceitual para a Sra. White, **825**
Capítulo 41: Mapa Conceitual para o Sr. Edwards, **882**
Capítulo 42: Mapa Conceitual para a Sra. Beck, **946**
Capítulo 43: Mapa Conceitual para Julie Arnold, **997**
Capítulo 44: Mapa Conceitual para a Sra. Mays, **1024**
Capítulo 45: Mapa Conceitual para a senhora Cooper, **1061**
Capítulo 46: Mapa Conceitual para a Sra. Grayson, **1109**
Capítulo 47: Mapa Conceitual para o Sr. Johnson, **1153**
Capítulo 48: Mapa Conceitual para a Sra. Stein, **1195**
Capítulo 49: Mapa Conceitual para a Srta. Long, **1241**
Capítulo 50: Mapa Conceitual para a Sra. Campana, **1282**

Plano de Cuidados de Enfermagem

Ansiedade, **248**
Complacência Ineficaz das Vias Aéreas, **881**
Comprometimento da Mobilidade Física, **415**
Conhecimento Deficiente, **1268**
Conhecimento Deficiente: Procedimento Cirúrgico, **342**
Constipação, **1150**
Déficit de Autocuidado para Banho, **826**
Desesperança, **750**
Disfunção Sexual, **718**
Dor Aguda, **1022**
Enfrentamento Ineficaz, **771**
Hipertermia, **487**
Incontinência Urinária de Estresse, **1108**
Insônia, **996**
Integridade Cutânea Comprometida, **1193**
Intolerância à Atividade, **792**

Nutriçáo Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais, **1063**
Prontidáo para Bem-Estar Espiritual Melhorado, **734**
Risco de Infecção, **445**
Risco de Lesão, **1243**
Risco de Quedas, **377**
Transtorno de Imagem Corporal, **702**
Volume Hídrico Deficiente, **945**

Guia de Procedimentos

Quadro 28-7 Aplicaçáo de Dispositivos de Compressáo Sequencial (DCS) e Meias Elásticas, **418**
Quadro 29-11 Cuidado de um Paciente sob Precauções de Isolamento, **453**
Quadro 29-12 Colocaçáo de um Tipo Cirúrgico de Máscara, **456**
Quadro 30-9 Palpaçáo na Medida da Pressáo Sistólica, **500**
Quadro 30-10 Medida Eletrônica de Pressáo Arterial, **501**
Quadro 32-14 Administrando Medicamentos através de um Tubo Enteral (Sonda Nasogástrica, Tubo em G, Tubo em J ou Sonda de Alimentaçáo de Pequeno Calibre), **628**
Quadro 32-16 Administrando Medicamentos Nasais, **630**
Quadro 32-17 Administrando Medicamentos Otológicos, **632**
Quadro 32-18 Administrando Medicamentos Vaginais, **632**
Quadro 32-19 Administrando Supositórios Retais, **634**
Quadro 32-22 Misturando Dois Tipos de Insulina em uma Seringa, **639**
Quadro 37-11 Cuidados com o Corpo após a Morte, **759**
Quadro 39-8 Ajudando os Pacientes a se Exercitarem, **794**
Quadro 40-9 Fornecendo a Higiene Bucal, **831**
Quadro 40-10 Cuidados com a Prótese Dentária, **834**
Quadro 40-12 Lavar o Cabelo do Paciente Acamado, **835**
Quadro 40-16 Arrumando um Leito Ocupado, **841**
Quadro 40-17 Arrumando um Leito Desocupado, **844**
Quadro 41-9 Aplicaçáo de uma Cânula Nasal ou Máscara de Oxigênio, **892**

Quadro 44-11 Massagem, **1026**
Quadro 45-13 Obtendo o Aspirado Gastrointestinal para Mensuração de pH, Sondas de Alimentação de Orifício Pequeno:Alimentação Intermitente e Contínua, **1069**
Quadro 46-11 Uso da Ultrassonografia Vesical para a Medida do Resíduo Pós-miccional, **1115**
Quadro 46-12 Aplicando um Cateter em Preservativo, **1117**
Quadro 47-4 Realizaçáo de um Teste de Guáiaco para Sangue Oculto nas Fezes, **1149**
Quadro 47-9 Auxiliando o Paciente na Comadre e Fora da Mesma, **1156**
Quadro 47-10 Remoção Digital de Fezes, **1158**
Quadro 48-12 Aplicando uma Atadura, **1209**

Procedimentos

Alimentações Enterais através de Sondas Nasoentéricas, de Gastrostomia ou Jejunostomia, Administrando (Procedimento 45-3), **1082**
Amostra de Urina do Jato Médio (Urina Limpa), Coleta de (Procedimento 46-1), **1120**
Analgesia Controlada pelo Paciente (Procedimento 44-1), **1038**
Aspiração (Procedimento 41-1), **899**
Assepsia Cirúrgica das Mãos (Procedimento 29-3), **468**
Bandagem Elástica, Aplicando uma (Procedimento 48-6), **1228**
Banho e Cuidado Perineal (Procedimento 40-1), **846**
Campo Estéril, Preparação do (Procedimento 29-2), **465**
Capote Estéril, Colocando e Calçando a Luva Fechada (Procedimento 29-4), **471**
Cateter de Demora, Cuidados Quanto a um (Procedimento 46-3), **1132**
Cateter Direito (Intermitente) ou de Demora, Inserçáo e Remoçáo de um (Procedimento 46-2), **1123**
Cateter Fechado, Irrigaçáo por um (Procedimento 46-4), **1134**
Contençáo Física, Aplicaçáo de (Procedimento 27-2), **393**
Cuidado de Pacientes com Sondas ToráCicas (Procedimento 41-3),

914
Cuidados Bucais no Paciente Inconsciente ou Debilitado, Realizando (Procedimento 40-3), 857
Cuidados com as Unhas e os Pés, Realizando os (Procedimento 40-2), 854
Curativo de Acesso Intravenoso Periférico, Trocando um (Procedimento 42-4), 979
Curativos Secos e Úmidos, Aplicando (Procedimento 48-3), 1218
Descompressáo Gástrica, Inserçáo e Manutençáo de uma Sonda Nasogástrica para a (Procedimento 47-2), 1166
Desenvolvimento de Lesáo por Pressáo, Avaliaçáo para o (Procedimento 48-1), 1213
Enema de Limpeza, Administração de um (Procedimento 47-1), 1162
Equipamento De Oxigênio Domiciliar, Utilizando o (Procedimento 41-4), 919
Exercícios Pós-operatórios, Demonstração dos (Procedimento 50-1), 1289
Higiene das Mãos (Procedimento 29-1), 463
Inaladores com Dose Metrificada ou Pó Seco, Usando (Procedimento 32-3), 655
Injeções a partir de Frascos e Ampolas, Preparando (Procedimento 32-4), 658
Injeções, Administrando (Procedimento 32-5), 662
Irrigação da Ferida, Realizando a (Procedimento 48-5), 1226
Lesões por Pressão, Tratando as (Procedimento 48-2), 1216
Luvas, Abrir a Embalagem de (Procedimento 29-5), 473
Medicamentos Intravenosos em Paralelo, Dispositivos de Infusáo Intravenosa Intermitente e Bombas Infusoras com Seringa, Administrando (Procedimento 32-7), 671
Medicamentos Oftálmicos, Administrando (Procedimento 32-2), 652
Medicamentos Orais, Administrando (Procedimento 32-1), 647
Medicamentos por Bolo Intravenoso, Administrando (Procedimento 32-6), 667
Monitoramento da Glicose Sanguínea (Procedimento 45-4), 1086
Movimentaçáo e Posicionamento de Pacientes no Leito

(Procedimento 28-1), **424**
Ostomia, Dispositivo Coletor de (Procedimento 47-3), **1171**
Precauções de Aspiração (Procedimento 45-1), **1075**
Pressão Arterial, Medida da (Procedimento 30-5), **517**
Pressáo Negativa, Implementaçáo da Terapia de Feridas por (Procedimento 48-4), **1223**
Prevenção de Quedas nos Cuidados de Saúde (Procedimento 27-1), **388**
Pulsos Radial e Apical, Avaliação dos (Procedimento 30-2), **509**
Respiração, Avaliação da (Procedimento 30-3), **513**
Saturação de Oxigênio, Medida da (Oximetria de Pulso) (Procedimento 30-4), **515**
Sistema Intravenoso, Manutençáo do (Procedimento 42-3), **973**
Sonda Nasoentérica de Orifício Pequeno para Alimentações Enterais, Inserindo e Removendo uma (Procedimento 45-2), **1077**
Técnicas de Transferência Seguras e Efetivas, Usando (Procedimento 39-1), **802**
Temperatura Corporal, Medida da (Procedimento 30-1), **504**
Terapia Intravenosa, Iniciando a (Procedimento 42-1), **959**
Velocidade do Fluxo Intravenoso, Regulando a (Procedimento 42-2), **969**
Via Aérea Artificial, Cuidado de uma (Procedimento 41-2), **907**

UNIDADE I
Enfermagem e Ambiente de Cuidados de Saúde

Capítulo 1: A Enfermagem Hoje

Capítulo 2: O Sistema de Saúde

Capítulo 3: Prática de Enfermagem na Comunidade

Capítulo 4: Fundamentos Teóricos da Prática de Enfermagem

Capítulo 5: Prática Baseada em Evidências

A Enfermagem Hoje

OBJETIVOS

- Discutir o desenvolvimento do papel da enfermagem profissional.
- Descrever os programas educacionais disponíveis para a formação profissional de enfermeiros.
- Descrever os papéis e as oportunidades da carreira de enfermagem.
- Discutir a influência das mudanças sociais, históricas, políticas e econômicas sobre as práticas de enfermagem.

TERMOS-CHAVE

Enfermeiro de prática avançada, p. 4
American Nurses Association (ANA), p. 2
Cuidador profissional, p. 3
Enfermeiro obstétrico, p. 4
Enfermeiro anestesista, p. 4
Enfermeiro clínico especialista, p. 4
Código de ética, p. 2
Educação continuada, p. 10
Genômica, p. 8
Educação em serviço, p. 10

Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), p. 2
Enfermeiro administrador, p. 5
Enfermeiro docente, p. 5
Enfermeiro clínico, p. 4
Enfermeiro pesquisador, p. 5
Enfermagem, p. 2
Advogado/defensor do paciente, p. 3
Organização profissional, p. 11
Educação de Enfermagem com Qualidade e Segurança (QSEN), p. 8
Enfermeiro profissional, p. 10

A enfermagem é uma arte e uma ciência. Como profissional de enfermagem, você vai aprender a prestar cuidados aos pacientes com arte e compaixão e respeitar a dignidade e a personalidade de cada paciente. Como ciência, a prática de enfermagem baseia-se em um conjunto de conhecimentos que muda continuamente com as novas descobertas e inovações. Quando se integra a arte e a ciência da enfermagem à sua prática, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes chega a um nível de excelência que beneficia pacientes e seus familiares.

A enfermagem como profissão

Uma variedade de oportunidades está disponível na carreira em enfermagem, incluindo prática clínica, educação, pesquisa, gerenciamento, administração e até empreendedorismo. É importante que os estudantes entendam o escopo da prática profissional de enfermagem, e como a enfermagem influencia a vida dos pacientes, de suas famílias e de suas comunidades.

O paciente é o centro da sua prática. O paciente inclui indivíduos, famílias ou comunidades. Pacientes têm uma variedade ampla de necessidades de cuidados de saúde, conhecimentos, experiências e expectativas; mas é isso o que torna a enfermagem ao mesmo tempo desafiadora e gratificante. Fazer a diferença na vida dos pacientes é uma experiência enriquecedora (p. ex., ajudar um paciente terminal a aliviar sua dor, ajudar uma jovem mãe a aprender a cuidar de seu filho e descobrir maneiras que possibilitem que idosos permaneçam independentes em suas casas). A enfermagem proporciona gratificação pessoal e profissional todos os dias. Este capítulo apresenta a visão contemporânea da avaliação da enfermagem e de sua prática e as influências históricas, práticas, sociais e políticas na disciplina de enfermagem.

A enfermagem não é simplesmente uma coleção de procedimentos, e você não será simplesmente uma pessoa treinada para desempenhar tarefas específicas. A enfermagem é uma profissão. Nenhum fator em particular diferencia um trabalho de uma profissão, mas a diferença é importante quando se considera como praticá-la. Para agir profissionalmente, você administra a qualidade dos cuidados centrados no paciente de maneira segura, prudente e com conhecimento. Você é responsável e responde por si mesmo, seus pacientes e seus pares.

Grupos que advogam em favor dos cuidados de saúde reconhecem a importância do papel da enfermagem profissional de qualidade nos serviços de saúde de uma nação. Um programa com esse objetivo é o *Future of Nursing: Campaign for Action* (Futuro da Enfermagem:

Campanha pela Ação), da Robert Wood Johnson Foundation (RWJF, 2014a). Esse programa é uma campanha multifuncional para transformar o serviço de saúde por meio da enfermagem, e é uma resposta à publicação *The Future of Nursing* (O Futuro da Enfermagem), do Institute of Medicine (IOM, 2010). Juntas, essas iniciativas preparam a força de trabalho profissional com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças e necessidades de cuidados complexos da população num sistema de saúde em mudança.

A Ciência e a Arte da Prática de Enfermagem

Uma vez que a enfermagem é ao mesmo tempo uma arte e uma ciência, a prática de enfermagem exige uma combinação de conhecimentos atuais e padrões de práticas com as abordagens mais eficazes e compassivas nos cuidados de pacientes. As necessidades de cuidados de saúde dos pacientes são multidimensionais e mudam constantemente. Portanto, seus cuidados refletirão as necessidades e valores da sociedade e dos padrões profissionais de cuidado e desempenho, atenderão às necessidades de cada paciente e integrarão descobertas baseadas em evidências para oferecer o mais alto nível de cuidado.

A enfermagem tem um conjunto de conhecimentos específico; entretanto, é essencial que se socialize na profissão e a exercite para compreendê-la totalmente, aplicar esse conhecimento e desenvolver *expertise* profissional. A *expertise* clínica exige tempo e comprometimento. De acordo com Benner (1984), um enfermeiro especialista passa por cinco níveis de proficiência quando está adquirindo e desenvolvendo competências de enfermagem generalistas ou especializadas (Quadro 1-1).

Quadro 1-1 Benner: do Recém-graduado/Novato ao Especialista

- **Recém-graduado/Novato:** um estudante de enfermagem iniciante ou qualquer enfermeiro numa situação em que não há nenhum

nível de experiência anterior (p. ex., um enfermeiro experiente em salas de cirurgia escolhe agora a prática de saúde no domicílio). O aluno aprende a partir de um conjunto específico de normas e procedimentos, que normalmente são progressivos e lineares.

- **Iniciante avançado:** um enfermeiro que já teve algum nível de experiência com a situação. Essa experiência pode ser de natureza puramente observacional, mas o enfermeiro é capaz de identificar aspectos significativos ou princípios de cuidados de enfermagem.
- **Competente:** um enfermeiro que já está na mesma posição clínica há 2 ou 3 anos. Esse enfermeiro entende a organização e os cuidados específicos exigidos pelo tipo de paciente (p. ex., pacientes cirúrgicos, oncológicos ou ortopédicos). Ela ou ele é um profissional competente capaz de antecipar os cuidados de enfermagem e estabelecer metas de longo prazo. Nesta fase o enfermeiro normalmente já teve experiência com todos os tipos de procedimentos psicomotores exigidos para esse grupo específico de pacientes.
- **Proficiente:** um enfermeiro com mais de 2 ou 3 anos de experiência na mesma posição clínica. Esse enfermeiro percebe a situação clínica de um paciente como um todo, é capaz de avaliar toda uma situação, e pode transferir prontamente os conhecimentos adquiridos das múltiplas experiências prévias a uma situação. Esse enfermeiro concentra sua atenção no gerenciamento de tratamentos, em vez de se concentrar no gerenciamento e execução de procedimentos.
- **Especialista:** um enfermeiro com experiência variada que tem um entendimento intuitivo de um problema clínico em potencial ou existente. Esse enfermeiro é capaz de se concentrar no problema e focar nas dimensões múltiplas da situação. Ele é capaz de identificar tanto problemas centrados no paciente como problemas relacionados ao sistema de saúde ou mesmo as necessidades do enfermeiro recém-graduado/novato.

Informações retiradas de Benner P: *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*, Menlo Park, CA, 1984, Addison-Wesley.

A *expertise* na prática de enfermagem clínica é um comprometimento com a aplicação de conhecimentos, ética, estética e experiência clínica. Sua capacidade de interpretar situações clínicas e tomar decisões complexas é a base dos cuidados de enfermagem e a base para o avanço da prática de enfermagem e para o desenvolvimento da ciência da enfermagem (Benner, 1984; Benner et al., 1997; 2010). A competência de pensamento crítico é fundamental para a enfermagem (Cap. 15). Ao prestar cuidados de enfermagem você precisa fazer julgamentos clínicos e tomar decisões sobre as necessidades de cuidados de saúde de seus pacientes, baseados em conhecimento, experiência, atitudes baseadas em pensamento crítico e padrões de cuidado. O uso de competências de pensamento crítico e reflexões o ajudam a adquirir e interpretar conhecimentos científicos, integrar conhecimento com experiências clínicas e a se tornar um aprendiz por toda a vida (Benner et al., 2010).

Utilize as competências de pensamento crítico em sua prática. Isso inclui integrar conhecimentos de ciências básicas e enfermagem, aplicar conhecimento de experiências passadas e presentes, aplicar atitudes baseadas em pensamento crítico aplicadas a uma situação clínica, e implementar padrões profissionais e intelectuais. Quando você presta cuidados bem pensados com compaixão e de forma atenciosa, você proporciona a cada paciente o melhor da ciência e arte dos cuidados de enfermagem (Cap. 7).

Escopo e Padrões de Prática

Ao prestar cuidados, é essencial oferecer um serviço específico de acordo com os padrões de prática, e seguir o Código de Ética (ANA, 2015). A prática profissional inclui conhecimentos de ciências sociais e comportamentais, ciências biológicas e fisiológicas e teorias de enfermagem.

Além disso, a prática de enfermagem incorpora valores éticos e sociais, autonomia profissional e um senso comunitário e de comprometimento (ANA, 2010b). A definição da ***American Nurses Association*** **(ANA)** a seguir ilustra o comprometimento constante dos enfermeiros na prestação de cuidados que promovem o bem-estar de

pacientes e comunidades (ANA, 2010a). A **enfermagem** é *a proteção, promoção e otimização da saúde e de capacidades; prevenção de doenças e acidentes; alívio do sofrimento por meio do diagnóstico e tratamento das reações humanas; e a advocacia (defesa) do direito de indivíduos, famílias, comunidades e populações terem acesso aos cuidados de saúde* (ANA, 2010b). O ***Conselho Internacional de Enfermeiras*** (CIE, 2014) tem outra definição: *a enfermagem abrange assistência autônoma e colaborativa a indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou sãos, e em todos os cenários. A enfermagem inclui a promoção de saúde, a prevenção de doenças e o cuidado de pessoas doentes, com deficiência ou em fim de vida. Advocacia (defesa), promoção de um ambiente seguro, pesquisa, participação na modelagem de políticas públicas e no gerenciamento de pacientes e dos sistemas de saúde, e educação também são papéis-chave da enfermagem*. Ambas as definições apoiam o destaque e a importância da enfermagem em proporcionar à comunidade global cuidados de saúde seguros e centrados no paciente.

Desde 1960 a ANA define o escopo da enfermagem e os Padrões de Prática e Padrões de Desempenho Profissional (ANA, 2010b). É importante conhecer e aplicar essas normas na sua prática (Quadro 1-2). A maioria das escolas de enfermagem e ambientes de prática publicou cópias do escopo e dos padrões de prática de enfermagem. O escopo e os padrões de prática orientam os enfermeiros a fazerem contribuições significativas e visíveis para melhorar a saúde e bem-estar de todos os indivíduos, comunidades e populações (ANA, 2010b).

Quadro 1-2 Padrões de Prática de Enfermagem da ANA

1. **Histórico de enfermagem:** o enfermeiro reúne informações abrangentes, pertinentes à saúde do paciente ou sua situação.
2. **Diagnóstico:** o enfermeiro analisa a informação coletada para determinar o diagnóstico ou os problemas.
3. **Identificação de resultados:** o enfermeiro identifica resultados esperados para um plano individualizado que é elaborado

para o paciente ou para a situação.

4. **Planejamento de enfermagem:** o enfermeiro elabora um plano que prescreve estratégias e alternativas para obter os resultados esperados.
5. **Implementação:** o enfermeiro implementa o plano identificado.
   - 5a. **Coordenação de tratamentos:** o enfermeiro coordena a distribuição dos cuidados.
   - 5b. **Educação em saúde e promoção de saúde:** o enfermeiro usa estratégias para promover a saúde e um ambiente seguro.
   - 5c. **Consultas:** o enfermeiro, seja graduado, especialista ou clínico generalista, realiza consultas para influenciar o plano identificado, aumentar as habilidades dos demais, e promover mudanças.
   - 5d. **Tratamento e autoridade prescritiva:** o enfermeiro de clínica geral utiliza de autoridade prescritiva, procedimentos, referências, tratamentos e terapias de acordo com as leis e regulamentos estaduais e federais.
6. **Avaliação de enfermagem:** o enfermeiro avalia o progresso no caminho para obtenção de resultados.

Copyright© American Nurses Association: *Nursing scope and standards of practice*, 2. ed., Silver Springs, MD, 2010, The Association. Reimpresso com permissão. Todos os direitos reservados.

Padrões de Prática

Os Padrões de Prática descrevem um nível qualificado de cuidado de enfermagem. Os níveis de cuidado são demonstrados por meio de um modelo de pensamento crítico conhecido como o processo de enfermagem: histórico de enfermagem, diagnóstico, identificação de resultados e planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (ANA, 2010b).

O processo de enfermagem é a base da tomada de decisões clínicas e inclui todas as ações significativas que são tomadas por enfermeiros

no cuidado de pacientes (Unidade III).

Padrões de Desempenho Profissional

Os Padrões de Desempenho Profissional da ANA (Quadro 1-3) descrevem o que esperar de um nível de comportamento competente para o papel profissional (ANA, 2010b). Os padrões proporcionam um método que garante aos pacientes o recebimento de cuidados com alto padrão de qualidade, que os enfermeiros obrigatoriamente devem saber o que é necessário para prestar cuidados de enfermagem e que medidas precisam ser tomadas para determinar se o cuidado de enfermagem atende esses padrões.

Quadro 1-3 Padrões de Desempenho da Prática Profissional, de acordo com a ANA

1. **Ética:** o enfermeiro trabalha de maneira ética.
2. **Educação:** o enfermeiro obtém conhecimento e competências que se refletem nas práticas de enfermagem vigentes.
3. **Pesquisa e prática baseada em evidências:** o enfermeiro integra evidências e resultados de pesquisas à prática.
4. **Qualidade da prática:** o enfermeiro contribui para a qualidade da prática da enfermagem.
5. **Comunicação:** o enfermeiro se comunica de maneira efetiva com todas as áreas da prática.
6. **Liderança:** o enfermeiro demonstra liderança no ambiente de prática profissional e na profissão.
7. **Colaboração:** o enfermeiro colabora com o consumidor/usuário do sistema de saúde, sua família e outros, ao conduzir a prática de enfermagem.
8. **Avaliação da prática profissional:** o enfermeiro avalia sua própria prática de acordo com as normas e diretrizes de prática profissional, estatutos importantes, regras e regulamentos.
9. **Recursos:** o enfermeiro usa os recursos apropriados para planejar e proporcionar serviços de enfermagem que sejam

seguros, efetivos e com responsabilidade financeira.

10. **Saúde ambiental:** o enfermeiro trabalha de maneira ambientalmente segura e saudável.

Copyright© American Nurses Association: *Nursing scope and standards of practice*, 2. ed., Silver Springs, MD, 2010, The Association. Reimpresso com autorização. Todos os direitos reservados.

Código de Ética

O **código de ética** é o ideal filosófico de certo e errado que define os princípios que devem ser adotados para cuidar dos pacientes. Também é importante que se incorpore seus próprios valores e ética à sua prática. Ao incorporar esses valores, você entende que tipo de enfermeiro será e como você vai atuar no âmbito da disciplina (ANA, 2015). Pergunte-se como sua ética, seus valores e sua prática se comparam com os padrões estabelecidos. A ANA tem uma série de publicações sobre ética e direitos humanos na enfermagem. O *Código de Ética Comentado e Interpretado* (*The Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements*) orienta o cumprimento das responsabilidades da enfermagem que proporcionam cuidado de enfermagem de qualidade. Ele também delineia as obrigações éticas da profissão (ANA, 2015). O Capítulo 22 apresenta uma análise do código de ética de enfermagem e os princípios éticos da prática cotidiana.

Papéis e Responsabilidades Profissionais

Você é responsável por obter e manter os conhecimentos e procedimentos específicos para várias funções e responsabilidades profissionais. Enfermeiros prestam cuidado e conforto aos pacientes em todos os cenários de cuidados de saúde. A preocupação dos enfermeiros em atender às necessidades dos pacientes permanece a mesma, independentemente de concentrar os cuidados na promoção da saúde e prevenção de doenças, gerenciamento de doenças e controle dos sintomas, apoio à família ou cuidados em fim de vida.

Autonomia e Responsabilidade

Autonomia é um elemento essencial na enfermagem profissional que envolve iniciar intervenções de enfermagem independentes, sem prescrição médica. Apesar de a profissão de enfermagem regulamentar a responsabilidade do profissional por meio de auditorias de enfermagem e padrões de prática, o profissional também precisa comprometer-se com a profissão ao responsabilizar-se pelo cumprimento dessas diretrizes. Por exemplo, quando se implementam, de maneira independente, os exercícios de tosse e de respiração profunda para um paciente recém-operado. Com a continuidade do tratamento do paciente, surge uma complicação, o paciente apresenta febre e a ferida cirúrgica fica com secreção amarelo-esverdeada. Você colabora com outros profissionais de saúde para desenvolver o melhor plano de tratamento para a infecção da ferida cirúrgica desse paciente. Com mais autonomia vem mais responsabilidade e comprometimento. Comprometimento significa ser responsável profissionalmente e legalmente pelo tipo e qualidade de cuidado de enfermagem prestado. Deve-se permanecer atualizado e competente na enfermagem, nos conhecimentos científicos e procedimentos técnicos.

Cuidador Profissional

Como **cuidador profissional** você ajuda os pacientes a manter e a recuperar sua saúde, gerenciar a doença e seus sintomas e obter um nível máximo de funcionalidade e independência por todo o processo de cura. Você promove a cura utilizando habilidades psicomotoras e interpessoais. A cura envolve mais do que obter um maior bem-estar físico. Você precisa atender a todas as necessidades de saúde de um paciente, tomando medidas que restabelecem o bem-estar emocional, espiritual e social do paciente. Como cuidador profissional, você ajuda os pacientes e famílias a estabelecer e alcançar objetivos realistas.

Advogado ou Defensor

Como um **advogado/defensor do paciente** você protege os direitos

humanos e legais de seu paciente e ajuda a fazer valer esses direitos, caso necessário. Como defensor, você age em benefício e assegura os direitos de saúde de seu paciente (Emrich et al., 2013). Por exemplo, você fornece informações adicionais para ajudar um paciente a decidir se deve ou não aceitar um tratamento, ou você encontra um intérprete para ajudar os membros da família a comunicar suas preocupações. Você precisa às vezes defender os direitos de seu paciente de tomar decisões sobre cuidados de saúde de maneira geral manifestando-se contra políticas ou ações que ponham seus pacientes em perigo ou em conflito com seus direitos (Wilson et al., 2013).

Educador/Docente

Como educador você explica os conceitos e fatos sobre saúde, descreve os motivos para atividades de cuidados rotineiras, demonstra procedimentos, como atividades de autocuidado, reforça o aprendizado ou comportamento do paciente e avalia o progresso da aprendizagem do paciente. Parte da educação em saúde do paciente é informal e não planejada. Por exemplo, numa conversa casual você responde perguntas sobre o motivo de uma infusão intravenosa, ou uma questão de saúde como deixar de fumar, ou mudanças necessárias no estilo de vida. Outras atividades educativas são planejadas e mais formais, como quando você ensina o paciente a autoadministrar injeções de insulina. Sempre utilize métodos de ensino que se adequem às capacidades e necessidades de seu paciente e que incorporem outros recursos, como a família, no planejamento de ensino (Capítulo 25).

Comunicador

O papel de comunicador é primordial no relacionamento enfermeiro-paciente. Permite que se conheça os pacientes, incluindo suas forças, fraquezas e necessidades. A comunicação é essencial para todas as funções e atividades da enfermagem. Você irá se comunicar rotineiramente com os pacientes e suas famílias, outros enfermeiros e profissionais de saúde, pessoal de apoio e a comunidade. Sem

comunicação clara é impossível defender seus pacientes ou dar conforto e apoio emocional, cuidar efetivamente, tomar decisões com os pacientes e famílias, proteger os pacientes das ameaças ao bem-estar, coordenar e gerenciar o cuidado ao paciente, assistir à reabilitação dos pacientes ou realizar a educação em saúde com o paciente (Emrich et al., 2013). A comunicação de qualidade é um fator crítico para atender às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades (Cap. 24).

Gerente

O ambiente de saúde atual é acelerado e complexo. Gerentes de enfermagem precisam criar um ambiente que incentive o cuidado colaborativo centrado no paciente, para prover cuidado seguro e de qualidade com resultados positivos para o paciente. Um gerente coordena as atividades dos membros da equipe de enfermagem para prestar cuidados de enfermagem e tem responsabilidades com recursos humanos e políticas orçamentárias dentro de um órgão ou serviço de enfermagem específico. Um gerente utiliza o estilo de liderança apropriado para criar um ambiente de assistência aos pacientes e equipe que reflita a missão e os valores da organização de saúde (Cap. 21).

Desenvolvimento da Carreira

As inovações na saúde, a expansão do sistema de saúde e dos ambientes de prática e as necessidades crescentes dos pacientes criaram novas funções na enfermagem. Hoje, a maioria dos enfermeiros trabalha em ambientes hospitalares, seguido de ambientes na comunidade, cuidados ambulatoriais e em ambiente domiciliar ou de cuidados prolongados.

A enfermagem proporciona uma oportunidade de se comprometer com o aprendizado e o desenvolvimento da carreira por toda a vida. Em virtude das crescentes oportunidades educacionais para enfermeiros, do crescimento da enfermagem como profissão e de uma maior preocupação com o enriquecimento profissional, a enfermagem

oferece diferentes oportunidades de carreira. Seu caminho profissional é ilimitado. Pode-se trocar de funções mais de uma vez, na carreira. Aproveite as diferentes oportunidades da prática clínica e profissionais. Exemplos de oportunidades na carreira incluem Enfermeiros de Prática Avançada (EPA), enfermeiros-pesquisadores, enfermeiros gerenciadores de risco, enfermeiros de melhoria de qualidade, consultores e empresários.

Enfermeiro

A maioria dos enfermeiros presta cuidados diretos aos pacientes em ambiente de cuidados agudos. Entretanto, com as mudanças contínuas nos serviços de saúde e sistema de reembolso, haverá um crescimento nas atividades diretas de cuidados prestados no domicílio e uma necessidade crescente de atividades de promoção da saúde na comunidade.

Eduque pacientes e famílias sobre como manter sua saúde e como adotar atividades de autocuidado. Ao colaborar com outros membros da equipe de saúde, concentre-se nos cuidados de retorno dos pacientes ao domicílio para um estado funcional ótimo.

No hospital, você pode escolher trabalhar num ambiente médico-cirúrgico ou se concentrar numa área de prática especializada, como pediatria, cuidados intensivos ou emergência. A maioria das especialidades de enfermagem exige alguma experiência de enfermeiro médico-cirúrgico e educação continuada ou em serviço. Muitas vezes exige-se dos enfermeiros de unidades de tratamento intensivo e de emergências que tenham certificação em suporte avançado de vida e cuidados intensivos, ou enfermagem em emergência, ou enfermagem em traumas.

Enfermeiro de Prática Avançada

O **Enfermeiro de Prática Avançada (EPA)** atua com mais independência. Um EPA possui conhecimentos avançados em fisiopatologia, farmacologia, semiologia e semiotécnica, certificação e *expertise* em uma área de prática especializada (AACN, 2011). Há

quatro funções essenciais de um EPA: enfermeiro clínico especialista (ECE), enfermeiro "practitioner" com certificação (CNP), enfermeiro obstétrico (EO) e enfermeiro anestesista (EA). A preparação educacional para qualquer uma das quatro funções é de no mínimo uma dos seis grupos populacionais, que se seguem: adulto-gerontologia, pediatria, neonatologia, saúde da mulher/relacionada a gênero, família/indivíduo no ciclo de vida, e saúde mental e psiquiátrica. O EPA atua como clínicos, educadores, gerentes de caso, consultores e pesquisadores dentro de sua área de prática para planejar ou melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem de pacientes e famílias.

No Brasil, o debate sobre enfermagem de prática avançada é relativamente recente. Cassiani e Zug (2014) defendem que a formação e profissionalização de enfermeiros da prática avançada na América Latina sejam priorizadas, como possibilidade para promover de forma eficaz e implementar amplamente a Cobertura Universal de Saúde e o Acesso Universal de Saúde, proporcionando cuidados de saúde primários de qualidade no campo da Atenção Primária à Saúde. Nessa modalidade de prática, para Zanetti, 2015, a formação dos enfermeiros precisa contemplar conhecimento especializado com base em evidências científicas nos campos da enfermagem e da saúde, habilidades e competências para a tomada de decisão em situações complexas em diversos cenários de prática, que seja eficaz e de menor custo à população; bem como aprender o exercício da liderança de equipes interdisciplinares. A autora destaca o mestrado profissional como a etapa da formação que pode atender essa demanda de qualificação.

Fonte: CASSIANI, S. H. B.; ZUG, K. E. Promovendo o papel da prática avançada de enfermagem na América Latina. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 67, n. 5, p. 675-76, set.-out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/pt_0034-7167-reben-67-05-0677.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

ZANETTI, M. L. Prática avançada de enfermagem: estratégias

para formação e construção do conhecimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Editorial, v. 23, n. 5, p. 779-80. set.-out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00779.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

Enfermeiro Clínico Especialista

Um **enfermeiro clínico especialista (ECE)** é um enfermeiro de prática avançada que possui *expertise* clínica em uma área especializada (Fig. 1-1). A especialidade pode ser identificada pelo grupo populacional (p. ex., geriatria), ambiente de prática (p. ex., cuidados intensivos), uma doença em particular (p. ex., diabetes), um tipo de cuidado (p. ex., reabilitação), ou um tipo de problema (p. ex., dor) (National CNS Competency Task Force, 2010). Alguns exemplos de ambientes de prática de um EEC incluem a comunidade; cuidados agudos, reparadores e paliativos.

FIGURA 1-1 Enfermeiro especialista analisa um caso difícil de um paciente (iStock.com/Sturti).

Enfermeiro “Practitioner”

Um **enfermeiro “Practitioner”** (NP, sigla em inglês para *nurse practitioner*) é um enfermeiro de prática avançada que presta cuidados de saúde a um grupo de pacientes, geralmente em ambientes externos ao hospital, no ambulatório, ou na comunidade. NPs prestam cuidados a pacientes com problemas complexos e utilizam uma abordagem mais holística que a de médicos. O NP presta cuidados integrais, gerenciando diretamente os cuidados médicos e de enfermagem de pacientes saudáveis ou com doenças crônicas. Um NP estabelece um relacionamento colaborativo profissional-paciente e trabalha com um grupo específico de pacientes ou com pacientes de todas as idades e necessidades de saúde.

Enfermeiro obstétrico

Um **enfermeiro obstétrico (EO)** é um enfermeiro de prática avançada que é também qualificado em obstetrícia com certificação expedida pela sociedade/associação de especialistas (American College of Nurse-Midwives, nos Estados Unidos). A prática da enfermagem obstétrica envolve prestar cuidados com autonomia para mulheres durante a gravidez, trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido, sem risco. Inclui serviços ginecológicos como esfregaço Papanicolaou (Pap) de rotina, planejamento familiar e tratamento de infecções vaginais menos complexas.

Enfermeiro anestesista

Um **enfermeiro anestesista (EA)** é um enfermeiro de prática avançada com formação avançada em programa de enfermagem credenciado em anestesiologia. Antes de candidatar-se a um programa de enfermagem de anestesiologia, um enfermeiro deve ter ao menos um ano de experiência em emergência ou cuidados intensivos. Enfermeiros-anestesistas aplicam anestesias cirúrgicas sob a orientação e supervisão de um médico anestesiologista com conhecimentos avançados de anestesia cirúrgica.

No Brasil, o enfermeiro brasileiro não se especializa em anestesia, porque é uma prática privativa do profissional médico, definida pela Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013, inciso VI do artigo 4°: "execução de sedação profunda, bloqueios anestésicos e anestesia geral".

Exceção a essa regra está prevista na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (n. 7.498, de 25 de junho de 1986). O artigo 11, inciso II, parágrafo único, alínea "c" define que as enfermeiras obstétricas, sempre que necessário, podem aplicar anestesia local para a realização de episiotomia e episiorrafia.

O enfermeiro obstétrico, que exerce atividades de enfermagem na área de obstetrícia, é aquele que possui certificado de especialista em Enfermagem Obstétrica, emitido por Escolas e Faculdades reconhecidas pelo Ministério da Educação e por Sociedade de Especialista. A revisão integrativa de Winck e Bruggemann (2010) destaca três campos de responsabilidades desse profissional: a ética, civil e penal. Na primeira, prevalece o princípio da dignidade humana e do direito da mulher à informação, assegurando que a assistência prestada seja livre de danos, com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Na segunda, consiste em responder pelos danos, arcando com as consequências dos atos lesivos da prática. Quando no exercício liberal da prática de enfermagem, esse enfermeiro tem suas relações com a parturiente reguladas pelo Código Brasileiro de Defesa do Consumidor. Quanto à responsabilidade penal, constitui contravenção penal com pena culminada em prisão simples ou multa, exercer profissão ou anunciar que a exerce sem preencher as condições legais que a lei determina, ou seja, sem a devida capacidade legal. Essa prerrogativa compreende que, além da capacidade técnica, os títulos devem estar devidamente registrados e a inscrição efetuada no órgão disciplinador do exercício.

Fonte: Lei n. 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O. M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 3, p. 464-469, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de setembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300019>.

Enfermeiro Docente

O **enfermeiro docente** trabalha principalmente em escolas de enfermagem, desenvolvimento de pessoal em departamentos de organizações de saúde e departamentos de educação em saúde de pacientes. Enfermeiros docentes precisam ter experiência em prática clínica para que possam desenvolver habilidades práticas e conhecimento teórico. Um docente de um programa de enfermagem forma alunos para que se tornem enfermeiros profissionais. Docentes de enfermagem são responsáveis pelo ensino das práticas de enfermagem atuais, tendências, teorias e procedimentos necessários em sala de aula, laboratórios e ambientes clínicos. Docentes de enfermagem normalmente têm diplomas de pós-graduação tais como mestrado ou doutorado em enfermagem ou relacionado ao campo. Geralmente têm uma especialidade clínica específica, administrativa ou de pesquisa e experiência clínica avançada.

Enfermeiros docentes de desenvolvimento de equipe em departamentos de organizações de saúde implementam programas educacionais para enfermeiros da própria instituição. Esses programas incluem orientação de pessoal recém-contratado, cursos de cuidados críticos, apoio à capacitação em procedimentos clínicos, treinamento de segurança e instruções sobre uso de novos materiais ou procedimentos. Esses enfermeiros frequentemente participam do desenvolvimento de novos procedimentos e políticas de enfermagem.

O objetivo principal do enfermeiro docente num departamento de educação em saúde de pacientes de uma instituição, como uma clínica de tratamento de feridas, é orientar e treinar os pacientes e suas famílias em como autogerenciar sua condição ou deficiência e fazer escolhas positivas, ou mudar seus comportamentos para promover a saúde deles. Os enfermeiros educadores normalmente são especializados e têm certificação, como um certificado de educador em diabetes (CED), ou estomaterapeuta, e atendem somente uma população específica de pacientes.

Enfermeiro Administrador

É o **enfermeiro administrador** que gerencia a assistência a pacientes e a prestação de serviços de enfermagem específicos dentro de uma instituição de saúde. A administração de enfermagem começa com a posição de coordenador de cuidados clínicos. A experiência e qualificação adicional às vezes levam a uma posição de gerência intermediária, como um gerente de enfermagem, ou uma área específica de assistência a pacientes, ou supervisor interno, ou até uma posição de gerência superior, como diretor associado ou diretor de serviços de enfermagem.

Posições de gerência em enfermagem exigem no mínimo um diploma de bacharel em enfermagem, e posições executivas de enfermagem geralmente exigem um diploma de mestrado. Posições de executivos-chefes e vice-presidentes em enfermagem em grandes organizações de saúde frequentemente exigem formação em nível de doutorado. Enfermeiros administradores normalmente têm diplomas de mestrado em administração em enfermagem, administração hospitalar (AH), saúde pública (SP), ou em administração de negócios (master business administration – MBA).

Nas organizações de saúde de hoje, os diretores são responsáveis por mais de uma unidade de enfermagem. Frequentemente gerenciam um serviço ou uma linha de produtos em particular, como medicamentos ou cardiologia. Vice-presidentes de enfermagem ou executivos-chefes de enfermagem frequentemente são responsáveis por todas as funções clínicas de um hospital. Isto pode incluir todos os

auxiliares que fornecem e apoiam os serviços de assistência a pacientes. O enfermeiro administrador precisa ter competências administrativas e gerenciais e entender todos os aspectos da enfermagem e de assistência a pacientes. As funções dos administradores incluem orçamento, recursos humanos, planejamento estratégico de programas e serviços, avaliação de funcionários e desenvolvimento de funcionários.

Enfermeiro Pesquisador

O **enfermeiro pesquisador** conduz práticas e pesquisas baseadas em evidências para melhorar o cuidado de enfermagem e ampliar as definições e expandir o escopo da prática de enfermagem (Cap. 5). Normalmente trabalha em ambiente acadêmico, hospitalar, ou órgão de serviço profissional independente ou comunitário. A formação preferida que se exige é o doutorado, ou ao menos um diploma de mestrado em enfermagem.

Escassez de Profissional de Enfermagem

Há uma escassez permanente de enfermeiros qualificados para preencher vagas em aberto (AACN, 2014; IOM, 2010). Essa escassez afeta todos os aspectos da enfermagem, incluindo cuidados aos pacientes, administração e formação em enfermagem; mas também representa desafios e oportunidades para a profissão (Tanner e Bellack, 2010). Investem-se muitos dólares do sistema de saúde em estratégias de recrutamento e retenção de uma força de trabalho de enfermagem com boa formação, pensamento crítico, motivada e dedicada (Benner et al., 2010). Há uma relação direta entre os cuidados prestados pelo enfermeiro e os resultados positivos com pacientes, redução nas taxas de complicação e retorno mais rápido do paciente ao estado funcional ótimo (Aiken, 2010, 2013a,b).

Organizações profissionais de enfermagem preveem que o número de enfermeiros continuará a diminuir (AACN, 2011; Aiken, 2010; 2013a). Com menos enfermeiros disponíveis, é importante que você aprenda a usar o seu tempo de contato com o paciente de maneira

eficiente e profissional. Gerenciamento do tempo, comunicação terapêutica, educação do paciente e a implementação compassiva de procedimentos à beira do leito são apenas algumas dentre as muitas competências essenciais que o enfermeiro precisa adquirir. É importante que seus pacientes deixem o ambiente de cuidados de saúde com uma imagem positiva da enfermagem e com a sensação de que receberam assistência de qualidade. Os pacientes nunca devem sentir que estão sendo apressados. Eles precisam sentir que são importantes, que estão envolvidos nas tomadas de decisões e que suas necessidades foram atendidas. Se determinado aspecto dos cuidados de um paciente exige 15 minutos de contato, você gasta o mesmo tempo para prestar cuidados organizados e compassivos do que quando se apressa para prestar cuidados de enfermagem sem a mesma organização.

Influências históricas

Enfermeiros sempre responderam e sempre responderão às necessidades dos seus pacientes. Em tempos de guerra, eles responderam ao atender às necessidades dos feridos nas zonas de combate e hospitais militares nos Estados Unidos e no exterior. Quando as comunidades enfrentam crises na saúde como surtos de doenças ou recursos de saúde insuficientes, os enfermeiros implementam programas comunitários de vacinação e triagem, tratamentos clínicos e atividades de promoção da saúde. Nossos pacientes são mais vulneráveis quando estão feridos, doentes ou em fim de vida.

Hoje, os enfermeiros trabalham ativamente para determinar as melhores práticas em várias áreas, como o manejo de cuidados com a pele, controle da dor, manejo alimentar, e cuidados de indivíduos no curso da vida. Enfermeiros pesquisadores são líderes em ampliar conhecimentos em enfermagem e outras disciplinas de saúde. Seu trabalho fornece evidências de prática para assegurar que enfermeiros tenham as melhores evidências disponíveis para apoiar suas práticas (Cap. 5).

Conhecimentos sobre a história da profissão de enfermagem aumentam sua capacidade de entender a origem intelectual e social da disciplina. Apesar de não ser prático descrever todos os aspectos históricos da enfermagem profissional, os próximos parágrafos destacam o papel de algumas lideranças e os acontecimentos da enfermagem mais significantes.

Florence Nightingale

Em *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*, Florence Nightingale estabeleceu a primeira filosofia da enfermagem baseada na manutenção e recuperação da saúde (Nightingale, 1860). Ela viu o papel da enfermagem como o de ser "responsável pela saúde de alguém" baseado no conhecimento de que é preciso "deixar o corpo

em determinado estado para que ele não adoeça ou se recupere da doença" (Nightingale, 1860). Naquele mesmo ano, ela organizou e desenvolveu o primeiro programa de treinamento de enfermeiras, o Treinamento Nightingale da Escola de Enfermeiras do Hospital St. Thomas, em Londres (Nightingale Training School for Nurses no St. Thomas' Hospital).

Nightingale foi a primeira enfermeira e epidemiologista. Suas análises estatísticas relacionavam saneamento deficiente à cólera e à disenteria. Ela foi voluntária durante a Guerra da Crimeia em 1853 e percorria os hospitais de campanha à noite levando sua lâmpada; assim, ficou conhecida como a "Dama da Lâmpada". As instalações sanitárias, alimentação e higiene básica dos hospitais de campanha eram mínimas e deficientes. Finalmente, atribuiu-se a ela a tarefa de organizar e melhorar a qualidade das instalações sanitárias. Como resultado, as taxas de mortalidade do Hospital de Campanha em Scutari, Turquia, caíram de 42,7% para 2,2% em seis meses (Donahue, 2011).

Da Guerra Civil ao Início do Século XX

A Guerra Civil (1860 a 1865) estimulou o crescimento da enfermagem nos Estados Unidos. Clara Barton, fundadora da Cruz Vermelha Americana, tratava dos soldados nos campos de batalha, limpando seus ferimentos, atendendo às suas necessidades básicas e confortando-os na morte. Mother Bickerdyke organizava serviços de ambulância e andava pelos campos de batalha abandonados, à noite, procurando por soldados feridos. Harriet Tubman era atuante no movimento *Underground Railroad* e ajudou a libertar mais de 300 escravos (Donahue, 2011). A primeira enfermeira afro-americana profissional foi Mary Mahoney. Ela preocupava-se com o efeito da cultura nos serviços de saúde e, como líder reconhecida em enfermagem, criou a consciência da diversidade cultural e respeito pelo indivíduo, independentemente da origem, raça, cor ou religião.

A enfermagem hospitalar expandiu-se no final do século XIX. Entretanto, a enfermagem na comunidade não cresceu significativamente até 1893, quando Lillian Wald e Mary Brewster

abriram o *Henry Street Settlement*, o qual concentrou-se em atender às necessidades de saúde dos pobres que viviam em cortiços na cidade de Nova Iorque (Donahue, 2011).

Século XX

No início do século XX, evolui um movimento para se desenvolver um conjunto de conhecimentos científicos de enfermagem, baseados em pesquisas. Enfermeiros começaram a assumir funções ampliadas e avançadas. Mary Adelaide Nutting, que se tornou a primeira professora de enfermagem na Columbia Teacher's College, em 1906, foi fundamental para levar a formação em enfermagem para as universidades (Donahue, 2011).

Conforme se desenvolvia a educação em enfermagem, a prática de enfermagem também se expandia, e foram criados os Corpos de Enfermagem do Exército e da Marinha. Em torno da década de 1920, a especialização em enfermagem teve início. Foram criados os cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica. Na última metade do século, foram criadas organizações de especialistas em enfermagem.

Século XXI

Hoje a profissão enfrenta muitos desafios. Enfermeiros assistenciais e enfermeiros docentes estão revendo suas práticas e currículos de educação em enfermagem para atender às necessidades da sociedade, que mudam continuamente, com uma população que envelhece, o bioterrorismo, as novas infecções e a gestão de desastres. Avanços na tecnologia e informática (Cap. 26), o alto nível de acuidade exigida para a assistência aos pacientes hospitalizados e a alta precoce das instituições de saúde exigem que enfermeiros em todos os ambientes tenham um conhecimento sólido e atualizado para trabalhar.

Organizações de enfermagem e a RWJF (Robert Wood Johnson Foundation) estão atualmente envolvidas em programas de apoio a pesquisadores de enfermagem, em busca de soluções para diminuir a escassez de enfermeiros e melhorar a saúde da população da nação (RWJF, 2014a,b). A enfermagem está assumindo um papel de

liderança nos padrões e políticas de desenvolvimento para responder às necessidades da população agora e no futuro.

Influências contemporâneas

Muitas forças externas afetam a enfermagem, incluindo a necessidade de autocuidado pelos enfermeiros, a *Affordable Care Act* (ACA – Lei de Cuidado de Saúde Acessível) e os custos crescentes do sistema de saúde, mudanças demográficas da população, direitos humanos e o número crescente de pessoas sem cobertura dos serviços de saúde.

Importância do Autocuidado para os Enfermeiros

Você não pode empenhar todo o seu esforço em oferecer cuidados compassivos a outras pessoas quando se sente esgotado ou não se sente bem cuidado por si mesmo. Enfermeiros também vivenciam sofrimentos e perdas. Muitas vezes, mesmo antes de um enfermeiro ter a chance de se recuperar de uma situação de esgotamento emocional, encontra outra história humana difícil. Enfermeiros que trabalham em ambientes de cuidado intensivo frequentemente são testemunhas de sofrimento concentrado e prolongado, diário, que podem produzir sentimentos de frustração, raiva, culpa, tristeza ou ansiedade. Estudantes de enfermagem relatam sentirem-se inicialmente hesitantes e desconfortáveis em suas primeiras visitas a pacientes terminais e ao identificarem sentimentos de tristeza, ansiedade e desconforto.

A exposição frequente, intensa ou prolongada a sofrimento e perda leva os enfermeiros ao risco de desenvolver fadiga compassiva. Fadiga compassiva é um termo utilizado para descrever um estado de exaustão e de estresse traumático secundário (Potter et al., 2013a). Acontece sem aviso e frequentemente é resultado da doação de altos níveis de energia e compaixão, por um período prolongado, àqueles que sofrem, muitas vezes sem ver melhoras de prognósticos nos pacientes (Potter et al., 2010). Estresse traumático secundário é o trauma que os profissionais de saúde vivenciam quando testemunham e cuidam daqueles que sofreram traumas. Exemplos incluem um enfermeiro oncológico que cuida de pacientes submetidos

a cirurgias e quimioterapia de longo prazo para tratar um câncer, ou um marido que testemunha a deterioração de sua esposa, ao longo dos anos, por conta da doença de Alzheimer.

Burnout (exaustão) é um estado que ocorre quando as demandas percebidas ultrapassam os recursos percebidos (Potter et al., 2013a). É um estado de esgotamento físico e mental que frequentemente afeta os profissionais de saúde por causa da natureza do seu ambiente de trabalho. Ao longo do tempo, doar-se em ambientes que frequentemente exigem cuidados intensos às vezes resulta em exaustão emocional, ou leva o enfermeiro a se sentir irritado, agitado ou incapaz de se concentrar e de se envolver com os pacientes (Potter et al., 2013b). Isso acontece com frequência em situações onde há falta de apoio social, pressões organizacionais sobre a equipe e inabilidade do enfermeiro em praticar o autocuidado. A fadiga compassiva resulta tipicamente em sentimentos de desespero, na diminuição da habilidade de sentir prazer em atividades anteriormente agradáveis e em um estado de hipervigilância e ansiedade.

A fadiga compassiva causa impactos na saúde e bem-estar de enfermeiros e na qualidade da assistência oferecida aos pacientes. Enfermeiros vivenciam mudanças no desempenho de tarefas e em suas vidas pessoais, demandas maiores e um desejo de abandonar a profissão ou sua especialidade. Além disso, esses fatores afetam a capacidade de uma instituição em manter uma equipe cuidadosa e competente e a satisfação dos pacientes. Quando instituições de saúde fazem intervenções para ajudar os enfermeiros a lidar com a fadiga compassiva, as taxas de retenção de enfermeiros e de satisfação no trabalho aumentam. Programas institucionais que proporcionam oportunidades de validar as experiências dos cuidadores e oportunidades de se conversar sobre os desafios da assistência de enfermagem são intervenções básicas para começar a lidar com esses fatores e suas implicações na prática profissional de enfermagem. Intervenções mais complexas incluem programas específicos que ensinam enfermeiros a lidar com os desafios dos cuidados, para contrabalançar o estresse relacionado com a assistência (Potter et al., 2010).

Quando um enfermeiro vivencia relacionamentos com pacientes que sejam continuamente estressantes, ele frequentemente se descompromete (Slatten et al., 2011). Esse descomprometimento pode também ocorrer quando o estresse percebido vem do relacionamento enfermeiro-médico ou enfermeiro-enfermeiro. Não é incomum que enfermeiros vivenciando fadiga compassiva tornem-se raivosos ou cínicos ou que tenham dificuldades em se relacionar com pacientes e colegas de trabalho (Young et al., 2011).

A fadiga compassiva pode contribuir para a chamada *violência lateral*. Profissionais de saúde nem sempre expressam suas preocupações com pacientes e evitam ativamente os conflitos em ambientes clínicos (Lyndon et al., 2011). Entretanto, a violência lateral às vezes acontece em interações enfermeiro-enfermeiro e inclui comportamentos como omissão de informações, comentários sarcásticos e expressões não verbais de desaprovação, como levantar as sobrancelhas ou fazer caretas. Enfermeiros recém-formados e inexperientes em uma unidade têm maiores probabilidades de enfrentar problemas com violência lateral ou horizontal (Lachman, 2014).

Todos os enfermeiros precisam ser resilientes para lidar com fatores prejudiciais que contribuem para a fadiga compassiva e violência lateral. Habilidades para lidar com estresse e conflito, de fazer conexões com colegas para dividir histórias difíceis, e de autocuidado, entre outras, são úteis para lidar com situações difíceis e contribuir para a assistência segura e efetiva (Mahon e Nicotera, 2011).

Entretanto, intervenções isoladas das instituições de saúde não são suficientes. Os enfermeiros precisam ser autoconscientes, para que percebam suas próprias vulnerabilidades a estresse traumático secundário e exaustão (ver Capítulo 38). Participar de atividades de promoção de saúde também é efetivo na identificação e gerenciamento de fatores prejudiciais que levam à fadiga compassiva. O Capítulo 6 fornece um guia para identificar intervenções efetivas que ajudam os enfermeiros a identificar e gerenciar fatores de risco à saúde relativos a estresse decorrentes da prestação de cuidados prolongada.

A Lei de Cobertura dos Cuidados de Saúde (*Affordable Care Act – ACA*) e os Custos Crescentes do Sistema de Saúde

A ACA afeta a forma como os serviços de saúde são pagos e prestados (Cap. 2). Haverá mais ênfase na promoção de saúde, prevenção de doenças e manejo de enfermidades no futuro. A ACA impacta em como e onde são oferecidos os cuidados de enfermagem. Mais serviços de enfermagem estarão em ambientes da comunidade. Consequentemente, mais enfermeiros serão necessários à prática em centros de assistência comunitária, escolas e centros para idosos. Isso exigirá que os enfermeiros estejam mais aptos a avaliar recursos, identificar falhas nos serviços e ajudar os pacientes a se adaptarem para retornar em segurança para suas comunidades.

Preços exorbitantes de sistemas de saúde apresentam desafios à profissão de enfermagem, ao consumidor/usuário e à oferta do sistema de saúde. Como enfermeiro, você é responsável por oferecer aos pacientes assistência da melhor qualidade de uma maneira eficiente e economicamente viável. O desafio é utilizar os recursos de saúde e do paciente com sabedoria. O Capítulo 2 resume os motivos da alta dos custos dos sistemas de saúde e suas implicações para a enfermagem.

Mudanças Demográficas

O *U.S. Census Bureau* (2014) continua a prever um crescimento contínuo da população, com aumento da população com mais de 65 anos. Essa mudança tão somente já exige a expansão dos recursos de saúde. Para efetivamente atender a todas as necessidades da população em expansão e que envelhece, é preciso haver mudanças no modo que o atendimento é prestado, especialmente em áreas de serviço ambulatorial, na comunidade e domicílio (Caps. 2 e 3). A população ainda está se deslocando das áreas rurais para os centros urbanos, e mais pessoas vivem com doenças crônicas e prolongadas (RWJF, 2014b).

Sem Cobertura de Assistência à Saúde

Desemprego, subemprego, baixa remuneração, doenças mentais, desabrigo e o aumento dos custos do sistema de saúde são fatores que contribuem para o crescimento da população sem cobertura de assistência à saúde. Cuidar dessa população é uma questão global; os fatores sociais, políticos e econômicos de um país afetam o acesso tanto ao sistema de saúde como aos recursos para fornecer e pagar esses serviços (Huicho et al., 2010). Além disso, o número de pacientes sem cobertura de assistência à saúde que exigem cuidados paliativos no domicílio está crescendo. Esse é um grupo de pacientes cujo estado físico não melhora e cujas necessidades de atendimento de saúde aumentam. Consequentemente, o custo de saúde domiciliar continua a aumentar, a ponto de alguns pacientes abandonarem todos os serviços paliativos por conta dos custos (Fernandes et al., 2010).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) regula todas as ações e serviços de saúde, executados de forma isolada ou em conjunto, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, no território nacional. A iniciativa privada assume caráter complementar, como um participante do SUS (parágrafo 2°, art. 4°).

A saúde, como um direito fundamental do ser humano, requer do Estado o provimento das condições para o exercício desse direito. O Estado, em parceria com as pessoas, família, empresas e sociedade em geral, deve garantir a saúde, por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais. Tais políticas devem assumir caráter abrangente e integral para reduzir riscos de doenças e outros agravos, bem como estabelecer as condições necessárias ao acesso universal e igualitário das pessoas às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Os objetivos do Sistema Único de Saúde no Brasil são três. O primeiro compreende a identificação e divulgação dos condicionantes e determinantes da saúde, por meio de estudos e pesquisas. O segundo diz respeito à formulação de política de saúde destinada a promover e assegurar, nos campos

sociais e econômicos, o acesso universal, igualitário às ações e aos serviços de saúde, bem como as iniciativas de redução de riscos de doenças e de outros agravos. No terceiro objetivo, o SUS presta a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde é o nome atribuído ao Sistema Nacional de Saúde, congregando o setor público e privado da saúde no Brasil. Cabe à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) regular essas relações e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) o estabelecimento das condições necessárias para o funcionamento de ambos os setores na prestação de serviços de saúde aos Usuários do Sistema.

A pessoa que usa os serviços prestados pelo SUS recebe a denominação Usuário, e não um Consumidor de serviços (o cliente na linguagem das ciências econômicas). Essas terminologias possuem distinção quando se visualiza a legislação de proteção do direito do consumidor e a lei orgânica da saúde. Na primeira, consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza um serviço como destinatário final; na segunda, o cidadão é aquela pessoa que tem o direito de receber do Estado o investimento em saúde como resultado dos impostos pagos ao erário público, ao tempo em que participa do controle social do Sistema. Saúde é um direito fundamental de todos previsto no Art. 196 da Constituição Federal, "e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Fonte: Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

SLAIBI, M. C. B. G. O direito fundamental à saúde. Direito à

Saúde. S/d, v. 12, n. 3, p. 227-233. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3/v12n3a03.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

Tendências na enfermagem

A enfermagem é uma profissão dinâmica que cresce e evolui conforme mudam a sociedade e os estilos de vida, conforme mudam as prioridades de saúde e as tecnologias, e conforme os próprios enfermeiros mudam. As filosofias e definições de enfermagem vigentes têm um foco holístico, que responde às necessidades da pessoa como um todo, em todas as dimensões, na saúde e na doença e em interação com a família e a comunidade. Além disso, continua a haver uma consciência crescente da segurança do paciente em todos os ambientes de atendimento de cuidados em saúde.

Prática Baseada em Evidências

Hoje o público em geral é mais informado sobre suas necessidades de cuidados de saúde, o custo do sistema de saúde e a incidência de erros médicos dentro de instituições de saúde. Sua prática precisa ser baseada em evidências disponíveis, não somente de acordo com sua formação e experiência e com as políticas e procedimentos das instituições de saúde (Cap. 5). As instituições de saúde podem mostrar a cada parte interessada do sistema de saúde (p. ex., pacientes, seguradoras e órgãos governamentais) seu comprometimento em reduzir erros médicos e na melhoria da segurança dos pacientes ao implementar práticas baseadas em evidências (National Quality Forum, 2010). Além disso, muitos hospitais estão obtendo a certificação *Magnet Recognition* (Reconhecimento Magneto), que reconhece a excelência da prática de enfermagem (ANCC, 2014). Um componente de excelência de prática é a qualidade da assistência, que é obtida ao se implementar as práticas baseadas em evidências (Cap. 2).

Educação de Enfermagem com Qualidade e Segurança

A RWJF patrocinou a iniciativa de **Educação de Enfermagem com**

Qualidade e Segurança (QSEN, sigla em inglês para *Quality and Safety Education for Nurses*) em resposta ao relatório elaborado pela IOM sobre qualidade e segurança no cuidado de pacientes (Barton et al., 2009). A QSEN responde ao desafio de preparar enfermeiros com competência necessária para melhorar continuamente a qualidade do cuidado em seus ambientes de trabalho (Tabela 1-1). A QSEN engloba as competências para o cuidado centrado no paciente, o trabalho em equipe e em colaboração, a prática baseada em evidências, a melhoria da qualidade, segurança e a comunicação informacional (Cronenwett et al., 2007). Para cada competência há conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas (KSA para knowledge, skills and attitudes), ou CHAs. Os CHAs são elementos integrados num programa de formação em enfermagem (Jarzemsky et al., 2010). Conforme você ganha experiência na prática clínica, você encontrará situações em que sua educação o ajuda a fazer a diferença ao melhorar o cuidado ao paciente (Quadro 1-4).

Tabela 1-1

Educação de Enfermagem com Qualidade e Segurança

Competências	Definição com Exemplos
Cuidado centrado no paciente	Reconhecimento do paciente ou representante como fonte de controle e parceiro pleno no cuidado integral e coordenado, baseado no respeito pelas preferências, valores e necessidades do paciente.
	Exemplos: envolva família e amigos nos cuidados. Obtenha as preferências e valores do paciente. Ofereça assistência com respeito pela diversidade da experiência humana.
Trabalho em equipe e colaboração	Ação efetiva dentro de equipes de enfermagem e interprofissionais, promovendo a comunicação aberta, o respeito mútuo e a tomada de decisões compartilhada, para se alcançar qualidade no cuidado do paciente.
	Exemplos: reconheça as contribuições de outros membros da equipe de saúde e dos membros da família do paciente. Discuta estratégias efetivas de comunicação e resolução de conflitos. Participe de métodos de planejamento de enfermagem que apoiem o trabalho de equipe eficaz.
Prática baseada em evidências	Integração das melhores evidências atuais com a experiência clínica, com as preferências do paciente/família e com os valores na prestação de cuidados de saúde otimizados.
	Exemplos: demonstre conhecimento dos métodos científicos básicos. Avalie as forças e fraquezas da base científica para a prática. Avalie a importância da leitura regular de periódicos especializados.
Melhoria da	Utilização de informações para monitorar os resultados do processo de cuidado e uso de

qualidade	métodos que melhoram o planejamento e o teste de mudanças que melhoram continuamente a qualidade e a segurança dos sistemas de saúde.
	Exemplos: utilize ferramentas tais como diagramas e mapas de fluxo para tornar explícito o processo de cuidar. Avalie como variações indesejáveis nos resultados afetam o cuidado. Identifique lacunas entre as práticas locais e as melhores práticas.
Segurança	Minimização de riscos de se prejudicar os pacientes e profissionais tanto pela efetividade do sistema quanto pelo desempenho individual.
	Exemplos: examine os fatores humanos, os princípios básicos de planejamento de enfermagem e as práticas inseguras mais comuns. Valorize seu próprio papel em prevenir erros.
Informática	Utilização de informação e tecnologia para comunicar, gerenciar conhecimento, diminuir erros e apoiar a tomada de decisões.
	Exemplos: examine um registro de saúde/prontuário eletrônico. Proteja o sigilo das informações médicas confidenciais em registros eletrônicos de saúde.

Adaptado de Cronenwett L et al.: Quality and safety education for nurses, *Nurs Outlook* 57:122, 2007.

Quadro 1-4

Prática baseada em evidências

Habilidades de Segurança e Cuidado Centrado no Paciente

Questão PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e Resultados [*outcomes*]): As estratégias de ensino centradas na comunicação interprofissional desenvolvem habilidades relacionadas ao trabalho de equipe e colaboração entre recém-graduados?

Resumo das Evidências

As necessidades de cuidados dos pacientes são cada vez mais complexas, e essa é uma tendência esperada também para o futuro. A Associação Americana de Escolas/Faculdades de Enfermagem (AACN, sigla em inglês para American Association of Colleges of Nursing) (AACN, 2008) endossou um novo conjunto de diretrizes paralelas às Competências QSEN (Educação de Enfermagem com Qualidade e Segurança) para direcionar a preparação de bacharéis em enfermagem a prestar assistência a pacientes com segurança e

qualidade (Barton et al., 2009). A educação de profissionais de saúde deve preparar todos os alunos para "trabalharem juntos deliberadamente" em prol de um sistema de saúde melhor e mais seguro. Colaboração e trabalho em equipe são competências essenciais para a oferta de um cuidado centrado no paciente que seja efetivo e seguro (Headrick et al., 2012).

Alunos precisam mais do que sala de aula e experiência clínica para entender a complexidade da colaboração e trabalho em equipe efetivos. A instituição do conteúdo QSEN nos currículos das escolas permite que os alunos pratiquem o trabalho de equipe e a colaboração em simulações clínicas seguras (Barnsteiner et al., 2013). Para que o trabalho em equipe e a colaboração sejam bem-sucedidos, deve haver comunicação clara e efetiva entre todas as profissões de saúde. Eventos adversos, omissão de assistência e desentendimentos são acontecimentos sérios, hoje em dia, nos ambientes de cuidados de saúde.

Uma parceria clínica/acadêmica proporciona aulas coerentes e ambientes de clínica para que os estudantes incorporem com segurança e desde cedo o trabalho em equipe e a colaboração na prática clínica (Didion et al., 2013). Comunicação imprecisa entre profissionais de saúde leva a eventos graves (Barnsteiner et al., 2013). Estratégias de ensino interdisciplinares são um método efetivo para corrigir essas falhas (Robinson et al., 2010).

Aplicações à Prática de Enfermagem

- Comunique com clareza e precisão quando preparar planos terapêuticos multidisciplinares (Robinson et al., 2010).
- Crie reuniões rotineiras multidisciplinares para discutir problemas, de tal maneira que toda a equipe de saúde esteja atenta aos objetivos clínicos (Didion et al., 2013).
- Estabeleça simulações de comunicação para aumentar os conhecimentos do profissional sobre a especialidade de outras disciplinas de saúde (Headrick et al., 2012; Didion et al., 2013).
- Reconheça que a comunicação eletrônica pode ser rápida, mas em determinadas situações pode não ser efetiva (Robinson et al.,

2010). Quando questões de cuidados de pacientes estão em jogo, uma reunião multidisciplinar centrada e bem organizada é mais efetiva que uma série de e-mails com várias pessoas copiadas (Robinson et al., 2010).

- Normalmente, leva-se o mesmo tempo para se comunicar e colaborar ineficientemente do que para se comunicar com eficiência.

Independentemente dessa diferença estar na obtenção de evidências para implementar assistência na convalescência, na identificação de uma questão de segurança, ou na revisão das informações sobre o paciente para identificar tendências nos resultados, cada uma dessas situações exige habilidades em atendimento centrado no paciente, segurança ou comunicação informacional. Apesar de não estar no escopo deste livro apresentar a iniciativa QSEN por completo, os capítulos clínicos subsequentes vão lhe oferecer a oportunidade de entender como construir competências em uma ou mais dessas áreas.

Impacto das Tecnologias Emergentes

Muitas tecnologias emergentes têm o potencial de mudar rapidamente a prática da enfermagem. Algumas delas ajudam enfermeiros a utilizar ferramentas de obtenção de dados não invasivas e mais precisas; implementar práticas baseadas em evidências; coletar e analisar as tendências dos dados de resultados de pacientes; e utilizar sistemas de apoio às decisões clínicas. O registro de saúde eletrônico ou prontuário eletrônico (PE) oferece um método eficiente de registro e gerenciamento das informações de saúde do paciente (Cap. 26). Além disso, o registro eletrônico de pedidos médico/profissional de saúde (REP) é uma chave para a segurança do paciente (Houston, 2014).

Três conjuntos de competências são necessários para responder a essas tecnologias emergentes (Houston, 2013). Primeiramente, você precisa utilizar a tecnologia para facilitar a mobilidade, comunicação e relacionamentos. Funções de telessaúde e telemedicina,

videoconferências e simulações oferecem oportunidades para enfermeiros, profissionais de saúde, pacientes e famílias de se comunicarem sobre questões de saúde específicas. Em segundo lugar, você precisa desenvolver a capacidade de adquirir e distribuir conhecimento. Prática baseada em evidências, sistemas de apoio a decisões clínicas e raciocínio baseado em casos são todos métodos para aumentar a aquisição e distribuição de informações. Finalmente, você deve entender e utilizar a genômica. O uso efetivo de informação genômica de maneira confidencial, ética e culturalmente apropriada ajuda os profissionais de saúde e pacientes a tomar decisões de saúde informadas (Houston, 2013).

Genômica

A genética é o estudo da herança, ou de como os traços passam de geração para geração. Os genes carregam instruções de como fazer proteínas, que por sua vez dirigem as atividades das células e as funções do corpo que influenciam traços tais como a cor de cabelos e de olhos. **Genômica** é um termo novo que descreve o estudo de todos os genes de uma pessoa e as interações desses genes entre si e com o ambiente da pessoa (CDC, 2015). Utilizar informação genômica permite que os profissionais de saúde determinem como mudanças genômicas contribuem para as condições do paciente e influenciam nas decisões de tratamento (Miaskowski e Aouizerat, 2012). Por exemplo, quando um membro da família tem câncer de cólon antes dos 50 anos, é provável que outros membros da família tenham o risco de desenvolver esse câncer. Saber disso é importante para os membros da família, que precisarão de uma colonoscopia antes dos 50 anos e repetir colonoscopias com mais frequência do que um paciente que não tenha esse risco. Nesse caso, enfermeiros são essenciais na identificação dos fatores de risco dos pacientes, por meio de coleta de dados, e no aconselhamento de pacientes sobre o significado dessas descobertas genômicas, tanto para os pacientes em particular quanto para suas famílias.

Percepção Pública da Enfermagem

A enfermagem é uma profissão de saúde fundamental. Como profissionais de saúde na linha de frente da assistência à saúde, os enfermeiros trabalham em todos os contextos do sistema de saúde e constituem a força de trabalho mais numerosa dentre os trabalhadores de saúde. São essenciais para prestar cuidado de saúde habilitado, especializado e competente; melhorar o estado de saúde da população e assegurar atendimento seguro e de qualidade (ANA, 2010b).

Consumidores do sistema de saúde estão mais informados do que nunca; com a internet, os consumidores têm acesso a mais informação sobre assistência e cuidados de saúde. Por exemplo, *Hospital Compare* é um website orientado ao consumidor que permite que as pessoas selecionem vários hospitais e comparem diretamente as informações das medidas de desempenho em determinados problemas tais como infarto, insuficiência cardíaca, pneumonia e cirurgia (CMS, 2014). Essas informações podem ajudar os consumidores a tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde.

Os consumidores também podem acessar o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers Systems* (HCAHPS – Sistema de Avaliação dos Profissionais de Saúde por Pacientes Hospitalares) para obter informação sobre a visão dos pacientes sobre o tratamento de saúde. Apesar de muitos hospitais colherem informações sobre a satisfação do paciente, o HCAHPS ajuda os consumidores a obter comparações válidas sobre a visão dos pacientes de todos os hospitais. Essas informações objetivam permitir que os pacientes façam comparações de "maçãs com maçãs" para apoiar sua escolha (HCAHPS, 2015).

Publicações como *To Err Is Human* (Errar É Humano) (IOM, 2000) descrevem estratégias para que Governo, profissionais de saúde, indústria e consumidor reduzam erros médicos evitáveis. Quando assistir um paciente, perceba como sua abordagem de tratamento influencia a opinião pública. Sempre aja de maneira competente e profissional.

Impacto da Enfermagem sobre a Política e as

Políticas de Saúde

Influência política ou poder político são conhecidos como a habilidade de influenciar ou persuadir um indivíduo que exerce um cargo político a utilizar o poder daquele cargo para atingir um resultado desejado. O envolvimento de enfermeiros na política vem recebendo ênfase maior no currículo dos enfermeiros, nas organizações profissionais e nos ambientes de cuidados em saúde. Organizações profissionais de enfermagem e conselhos regionais de enfermagem contratam lobistas para pressionar as legislaturas estaduais e o Congresso dos Estados Unidos a melhorarem a qualidade do cuidado em saúde (Mason et al., 2012).

A ANA trabalha pela melhoria dos padrões de saúde e disponibilidade dos serviços de saúde para todas as pessoas, incentiva os altos padrões de enfermagem, estimula e promove o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e melhora seu bem-estar econômico e geral. Os propósitos da ANA são irrestritos por considerações de nacionalidade, raça, crença, estilo de vida, cor, gênero ou idade.

Enfermeiros são ativos na política social e nas arenas políticas. Os enfermeiros e suas organizações profissionais fazem *lobby* para que as leis relativas à saúde atendam às necessidades dos pacientes, particularmente dos sem acesso aos serviços de saúde. Por exemplo, os enfermeiros que atuam em comunidades fazem visitas domiciliares a recém-nascidos de mães de alto risco (p. ex., adolescentes, pessoas de baixo nível educacional ou desamparados medicamente). Essas visitas resultam em menos internações de emergência, menos infecções em recém-nascidos, menos atrasos de desenvolvimento e mortalidade infantil reduzida (Mason et al., 2012).

Você pode influenciar decisões políticas em todos os níveis governamentais. Uma maneira de se envolver é participar dos esforços locais e nacionais (Mason et al., 2012). Esses esforços são críticos para exercer cedo a influência dos enfermeiros no processo político. Quando os enfermeiros se tornam estudantes conscientes das necessidades sociais, ativistas políticos para atender a essas necessidades e generosamente contribuem com o seu tempo e

dinheiro com as organizações de enfermagem e com candidatos que trabalham em favor de um bom sistema de saúde universal, o futuro de fato será brilhante (Mason et al., 2012).

No Brasil há várias formas de os enfermeiros influírem na formulação de políticas e na política de saúde, com destaque para sua participação em conselhos de saúde (distrital, municipal, estadual e nacional) como um trabalhador de saúde, usuário do Sistema Único de Saúde ou gestor público. Essa possibilidade é prevista na Lei Orgânica da Saúde, n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Além disso, as organizações de enfermagem, formadas pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a Federação Nacional de Enfermagem (FNE) e o Conselho Profissional de Enfermagem (Sistema Cofen-Coren), constituem-se em espaços de defesa da profissão de enfermagem. Do mesmo modo, essas organizações atuam proativamente na advocacia em saúde em favor de uma política de saúde universalmente acessível aos usuários, com equidade, gestão descentralizada, controle social e integralidade de cuidados, princípios fundamentais do SUS. O engajamento dos enfermeiros nessas organizações é essencial para o êxito dessas defesas e para a formação de novas lideranças políticas.

Fonte: Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da sáude social. Publicada no Diário Oficial da União - Seção 1 - 31/12/1990, página 25694. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html>.

VENTURA, C. A. A.; MELLO, D. F.; ANDRADE, R. D.; MENDES, I. A. C. Aliança da Enfermagem com o Usuário na Defesa do SUS. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2012, nov.-dez.; v. 65, n. 6, p. 893-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a02v65n6.pdf>. Acesso em: 15

de setembro de 2016.

Educação do bacharel em enfermagem ou enfermeiro

A enfermagem exige uma quantidade significativa de educação formal. As questões de padronização da educação em enfermagem e o início da prática continuam sendo uma enorme controvérsia. Muitos enfermeiros concordam que a educação em enfermagem é importante para a prática e que a educação precisa responder às mudanças no cuidado de saúde trazidas pelos avanços científicos e tecnológicos. Muitos cursos de enfermagem estão disponíveis para um indivíduo que pretende ser enfermeiro. Além disso, a educação em enfermagem em nível de pós-graduação, educação continuada e educação em serviço estão disponíveis para enfermeiros graduados.

Atualmente, nos Estados Unidos, a maneira mais usual de se tornar um **enfermeiro profissional** é pela conclusão de uma graduação em nível de bacharelado ou associado. Graduados em qualquer dos dois programas são elegíveis para prestar o *National Council Licensure Examination for Registered Nurses* (NCLEX-RN® – Exame de Licenciamento do Conselho Nacional para Enfermeiros Licenciados) para se tornar enfermeiro no estado em que exercer sua prática profissional.

O programa de associado nos Estados Unidos é de 2 anos, normalmente oferecido por uma universidade ou uma escola/faculdade isolada. Esse programa concentra-se nas ciências básicas e nos cursos teóricos e clínicos relativos à prática de enfermagem.

O programa em nível de bacharelado normalmente inclui 4 anos de estudo numa faculdade/escola isolada ou universidade. Concentra-se nas ciências básicas, cursos teóricos e clínicos e cursos de ciências sociais, artes e humanas que sustentam teorias de enfermagem. No Canadá, a formação de Bacharel em Ciência da Enfermagem (BScN) ou Bacharel em Enfermagem (BN) é equivalente à formação de Bacharel em Ciência da Enfermagem (BSN) nos Estados Unidos. Os

Fundamentos do Bacharelado em Enfermagem Profissional (AACN, 2008) delineiam conhecimentos fundamentais, prática e valores, atitudes, qualidades pessoais e comportamento profissional para o enfermeiro bacharel e orientam o corpo docente no tocante à estrutura e avaliação do currículo. Normas publicadas por organizações de programas de credenciamento de enfermagem normalmente especificam competências essenciais para o enfermeiro profissional que deveriam estar no currículo de enfermagem. Além disso, uma das recomendações do IOM é que 80% dos enfermeiros sejam formados como bacharéis de enfermagem até 2020 (IOM, 2010) (ver Capítulo 2). Assim, enfermeiros com formação associada frequentemente voltam a estudar para obter sua formação como bacharel.

No Brasil, a formação associada, em parte, corresponde à formação técnico-profissionalizante de técnico em enfermagem. No entanto, o tempo de duração do curso é mensurado em carga horária mínima de 1.200 horas e não em anos, sendo ministrado por escolas e cursos técnico-profissionalizantes. A preparação para o exercício profissional do técnico em enfermagem pode ocorrer no nível do ensino médio depois de a formação geral do educando ser concluída, porém de modo facultativo. O bacharel em enfermagem é um curso superior de graduação oferecido por escolas/faculdades, com uma carga horária mínima de 4.000 horas integralizadas em cinco anos.

Fonte: LIMA, E. C.; APPOLINÁRIO, R. S. A educação profissionalizante em enfermagem no Brasil: desafios e perspectivas. *Rev. Enferm*. UERJ, Rio de Janeiro, 2011, abr./jun.; v. 19, n. 2, p. 311-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a23.pdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2016.

FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. *Rev. Bras. Enferm.* 2013, v. 66, n. esp, p. 95-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea13.pdf>. Acesso em: 13 de setembro de 2016.

Pós-graduação

Depois de obter o bacharelado em enfermagem, você pode buscar educação em nível de pós-graduação que leve a uma formação de mestre ou doutor em muitas áreas de pós-graduação, incluindo enfermagem. Ao concluir um curso de pós-graduação, um enfermeiro pode, por exemplo, receber um diploma de mestre em enfermagem. A formação em nível de pós-graduação capacita na prática clínica avançada com competências altamente qualificadas em ciência e teoria da enfermagem. A pós-graduação enfatiza os conhecimentos avançados em ciências básicas e na prática clínica baseada em pesquisa. Uma formação em nível de mestrado em enfermagem é importante para as funções de enfermeiro docente e enfermeiro administrador, e é exigida para um enfermeiro de prática avançada.

Formação em Nível de Doutorado

Programas de doutorado profissionais em enfermagem (DSN ou DNSc) preparam o pós-graduado para utilizar descobertas científicas na enfermagem clínica. Outros programas de doutorado preparam enfermeiros para pesquisas mais rigorosas e desenvolvimento teórico e conferem o doutoramento em enfermagem (*pesquisa orientada para formar Doctor of Philosophy* – PhD). Recentemente a AACN recomendou o Doutorado Profissional em Enfermagem (DPP) como a formação final exigida como preparação de todos os Enfermeiros de Prática Avançada. O DPP é um doutorado centrado na prática. Ele proporciona competências para se obter conhecimentos avançados por meio da formulação e interpretação da prática baseada em evidências (Chism, 2010).

A necessidade de profissionais com formação em nível de doutorado está aumentando. Funções clínicas em expansão e a demanda contínua por corpo docente de enfermagem bem preparado, enfermeiros administradores e enfermeiros de prática avançada nos ambientes clínicos e novas áreas de especialidade em enfermagem, tais como informática em enfermagem, são apenas algumas das razões para o crescimento do número de enfermeiros com formação de

doutorado.

Educação Continuada e Educação em Serviço

A enfermagem é uma profissão baseada em conhecimento. Habilidades no manejo da informática e na tomada de decisões clínicas são qualidades exigidas e esperadas pelos consumidores dos serviços de saúde. Programas de educação continuada ajudam os enfermeiros a atualizar suas habilidades em enfermagem, ganhar novos conhecimentos e teorias e obter novas habilidades que reflitam as mudanças no sistema de saúde (Hale et al., 2010). A **educação continuada** envolve programas educacionais formais e organizados oferecidos por universidades, hospitais, associações de enfermagem, organizações profissionais de enfermagem e instituições educacionais e de saúde. Um exemplo é um programa de assistência para idosos com demência oferecido por uma universidade ou um programa em práticas de medicação seguras oferecidas por um hospital. A educação continuada atualiza seus conhecimentos sobre as últimas pesquisas e desenvolvimentos da prática, ajuda-o a se especializar em determinada área de prática e lhe ensina novos procedimentos e técnicas (Hale et al., 2010). Em alguns estados a educação continuada é exigida para que os enfermeiros mantenham seu registro profissional.

Programas de **educação em serviço** são treinamentos ou instruções oferecidas por uma instituição ou órgão de saúde. Um programa de educação em serviço é realizado dentro da instituição e é concebido para aumentar conhecimentos, habilidades e competências de enfermeiros e outros profissionais de saúde contratados pela instituição. Frequentemente, os programas de educação em serviço concentram-se em novas tecnologias como, por exemplo, utilizar corretamente as seringas descartáveis recém- lançadas. Muitos programas de educação em serviço são concebidos para suprir determinadas habilidades exigidas por uma organização. Por exemplo, um hospital pode oferecer um programa de educação em serviço sobre princípios seguros para administrar quimioterapia ou um programa sobre sensibilização cultural.

Prática de enfermagem

Você terá a oportunidade de praticar numa série de ambientes, em muitas funções dentro desses ambientes, e com profissionais de outras profissões de saúde. Os padrões de prática, de desempenho e código de ética dos enfermeiros da ANA são parte do reconhecimento da importância da prática de enfermagem para o sistema de saúde e as implicações da prática de enfermagem no tocante às tendências dos cuidados de saúde. Leis estaduais e municipais para a prática de enfermagem estabelecem as diretrizes legais para a prática, e as organizações profissionais estabelecem normas de prática como critérios para os cuidados de enfermagem.

Leis da Prática de Enfermagem

Nos Estados Unidos, os *State Boards of Nursing* (Conselhos Estaduais de Enfermagem) inspecionam as conformidades com as legislações dos Estados. Os Estados regulamentam o âmbito da prática de enfermagem e protegem a saúde, a segurança e o bem-estar do público em geral. Essa proteção visa inclusive a resguardar o público de enfermeiros não qualificados ou perigosos. Apesar de cada estado definir seu próprio âmbito de prática de enfermagem, a maioria tem legislações semelhantes. A definição da prática de enfermagem publicada pela ANA representa o âmbito da prática de enfermagem como é definida na maioria dos estados. Entretanto, na última década muitos estados revisaram suas regulamentações para refletir a autonomia crescente da enfermagem e a expansão do papel dos enfermeiros na prática. Por exemplo, a regulamentação estadual expandiu seu escopo para incluir exigências educacionais mínimas, certificações e manuais de prática para enfermeiros "practitioners" de prática avançada, tais como enfermeiros clínicos e enfermeiras anestesistas com certificação. A expansão do escopo de prática inclui procedimentos exclusivos às funções de prática avançada (p. ex., avaliação avançada, autoridade para prescrever determinados

medicamentos e procedimentos diagnósticos, e alguns procedimentos invasivos).

Registro e Certificação

Registro

Nos Estados Unidos, todos os conselhos de enfermagem exigem que os candidatos a enfermeiro registrado passem no exame NCLEX-RN®. Independentemente da formação educacional, o exame para registro profissional de enfermeiro é exatamente o mesmo em todos os estados dos Estados Unidos. Isso oferece uma base de conhecimento mínima padronizada para enfermeiros. Outras exigências para o registro, tais como a verificação de antecedentes criminais, variam de estado para estado.

Certificação

Para além da certificação NCLEX-RN®, o enfermeiro pode escolher trabalhar para obter a certificação em uma área de prática específica de enfermagem. São estabelecidas exigências mínimas de prática, de acordo com a certificação almejada pelo enfermeiro. Organizações nacionais de enfermagem tais como a ANA têm muitos tipos de certificação para melhorar a carreira do enfermeiro, tais como certificações em cirurgia médica ou enfermagem geriátrica. Depois de passar no exame inicial, você mantém sua certificação por meio de educação continuada e prática clínica ou administrativa.

Organizações profissionais de enfermagem

Uma **organização profissional** lida com questões que concernem àqueles que praticam a profissão. Além das organizações educacionais discutidas previamente, há uma série de organizações por especialidade. Por exemplo, algumas organizações concentram-se em áreas específicas tais como cuidados críticos, prática avançada, enfermagem materno-infantil e pesquisa de enfermagem. Essas organizações buscam melhorar as normas de prática, ampliar os papéis dos enfermeiros e fomentar o bem-estar destes dentro das áreas de especialidade. Além disso, organizações profissionais oferecem programas educacionais e publicam revistas especializadas.

Como aluno, você teve a oportunidade de pertencer a organizações tais como a National Student Nurses Association (NSNA – Associação Nacional de Alunos de Enfermagem) nos Estados Unidos ou a Canadian Student Nurses Association (CSNA – Associação Canadense de Alunos de Enfermagem) no Canadá. Essas organizações atuam em questões importantes para alunos de enfermagem, tais como desenvolvimento de carreira e preparação para o licenciamento. A NSNA frequentemente coopera com organizações profissionais em atividades e programas.

No Brasil, a Associação Brasileira de Enfermagem, que existe desde 1926, prevê em suas disposições estatutárias que o aluno de cursos de técnico em enfermagem e de cursos de graduação em enfermagem pode filiar-se a ela. (Parágrafo 2° do art. 6°). Trata-se de uma entidade de classe de âmbito nacional que se destina a representar, patrocinar e defender, em caráter exclusivo, os interesses dos profissionais de enfermagem, da população brasileira relativos à saúde, à seguridade social e à cidadania (art. 2°). Além disso, é a organização de enfermagem pioneira no país, que atuou

de forma decisiva na criação das demais organizações de enfermagem. Por meio de suas publicações, cartas, declarações e programas de educação continuada etc., tem-se empenhado na qualificação da educação em enfermagem, pesquisa em enfermagem e da prática profissional nos cenários de cuidados em saúde.

Fonte: Associação Brasileira de Enfermagem. Aprovado em 03 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/home/Estatuto_ABEn_2016_1.PDF>. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

Pontos-chave

- A enfermagem responde às necessidades de cuidados de saúde da sociedade, que por sua vez são influenciadas por variáveis econômicas, sociais e culturais de uma época em particular.
- Mudanças na sociedade, tais como melhorias tecnológicas, novos padrões demográficos, consumismo, promoção de saúde e movimentos de direitos humanos e da mulher, levaram a mudanças na enfermagem.
- As definições de enfermagem refletem mudanças na prática de enfermagem e também ajudam a ocasionar mudanças ao identificar o domínio da prática de enfermagem e orientar a pesquisa, a prática e a educação.
- Normas de enfermagem estabelecem as orientações para implementar e avaliar o cuidado de enfermagem.
- Organizações profissionais de enfermagem lidam com questões concernentes a grupos de especialidade dentro da profissão de enfermagem.
- Enfermeiros estão se tornando mais sofisticados politicamente e, consequentemente, são capazes de aumentar a influência da enfermagem nas políticas e práticas do sistema de saúde.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Você está preparando uma apresentação para os colegas de turma relativa ao encontro de coordenação de atendimento clínico para um paciente com câncer terminal. Como parte da preparação, você pede aos colegas que leiam o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Seu professor pergunta à turma por que esse documento é importante. Qual das afirmações a seguir descreve melhor este código?
   1. Melhora os autocuidados.
   2. Protege a confidencialidade do paciente.
   3. Assegura cuidados idênticos para todos os pacientes.
   4. Define os princípios de certo e errado ao se prover assistência ao paciente.
2. Uma mulher de 18 anos está na unidade de emergência com febre e tosse. A enfermeira mede seus sinais vitais, ausculta seu pulmão e seu coração, determina seu nível de conforto e coleta amostras de sangue e saliva para análise. Qual padrão de prática foi executada?
   1. Diagnóstico
   2. Avaliação
   3. Histórico de enfermagem
   4. Implementação
3. Um paciente na unidade de emergência apresentou dispneia e sibilos à ausculta pulmonar. A enfermeira administra o tratamento prescrito de nebulização imediatamente e em 4 horas. Que padrão de prática foi executado?
   1. Planejamento de enfermagem
   2. Avaliação
   3. Histórico de enfermagem
   4. Implementação
4. Um enfermeiro está cuidando de um paciente com doença pulmonar em fase terminal. O paciente quer ir para casa para receber oxigênio e ficar confortável. A família quer submeter o paciente a um novo procedimento cirúrgico. O enfermeiro

explica os riscos e os benefícios da cirurgia para a família e discute com ela os desejos do paciente. Em relação ao paciente, o enfermeiro está agindo como:

1. Educador
2. Defensor
3. Cuidador
4. Gerente de caso

5. O enfermeiro investe tempo com o paciente e sua família revendo o procedimento de troca de curativo para a ferida do paciente. O cônjuge do paciente demonstra como trocar o curativo. O enfermeiro está atuando em que papel de enfermagem?
   1. Educador
   2. Defensor
   3. Cuidador
   4. Gerente de caso
6. O exame para enfermeiro registrado é exatamente o mesmo em todos os estados dos Estados Unidos. Esse exame:
   1. Garante cuidado de enfermagem seguro para todos os pacientes.
   2. Assegura padrão de cuidado de enfermagem para todos os pacientes.
   3. Assegura que assistência honesta e ética seja oferecida.
   4. Estabelece padrões de conhecimentos mínimos para a prática de um Enfermeiro Registrado.
7. A enfermagem contemporânea exige que o enfermeiro tenha conhecimentos e competências para uma série de funções e responsabilidades profissionais. Quais das opções a seguir são exemplos? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Cuidador
   2. Autonomia e responsabilidade
   3. Defensor do paciente
   4. Promoção de saúde
   5. Lobista
8. Associe a especialidade de enfermagem clínica geral com a

afirmação sobre a função

1. Enfermeiro clínico especialista 2. Enfermeiro anestesista 3. Enfermeiro clínico 4. Enfermeiro obstétrico	a. oferece assistência independente, incluindo atendimento ginecológico e na gravidez b. Clínico especialista numa área de prática especializada, como a prestação de cuidados a diabetes em adultos c. Oferece cuidados gerais, usualmente num ambiente de cuidados primário, gerenciando diretamente o cuidado de pacientes saudáveis ou que vivam as condições crônicas d. Oferece cuidados e serviços sob a supervisão de um anestesiologista

9. A reforma do sistema de saúde trará mudanças na ênfase do atendimento. Quais dos seguintes modelos é esperado na reforma do sistema de saúde?
   1. Mudança de um modelo de doenças agudas para um modelo de promoção de saúde e prevenção de doenças.
   2. Mudança de um modelo de prevenção de doenças para um modelo de promoção de saúde.
   3. Mudança de um modelo de doenças agudas para um modelo de gerenciamento de doenças.
   4. Mudança de um modelo de assistência a doenças crônicas para um modelo de prevenção de doenças.
10. Um enfermeiro se encontra com um nutricionista e um fisioterapeuta para desenvolver um plano de cuidado interdisciplinar que se concentre na melhoria nutricional e de mobilidade do paciente. Esse é um exemplo de qual competência da Educação de Enfermagem com Qualidade e Segurança (QSEN)?
   1. Cuidado centrado no paciente
   2. Segurança
   3. Trabalho em equipe e em colaboração
   4. Informática
11. Um enfermeiro de cuidados críticos está utilizando um sistema de apoio a decisões computadorizado para posicionar

corretamente seus pacientes ventilados mecanicamente, de forma a reduzir a pneumonia causada por secreções respiratórias acumuladas. Esse é um exemplo de qual competência da Educação de Enfermagem com Qualidade e Segurança (QSEN)?

1. Cuidado centrado no paciente
2. Segurança
3. Trabalho em equipe e em colaboração
4. Informática

12. Como o conhecimento da genômica afeta as decisões sobre o cuidado do paciente?
13. Os enfermeiros da unidade de tratamento intensivo notam um aumento da incidência de lesão por pressão em seus pacientes. Um enfermeiro consultor decide comparar dois tipos diferentes de tratamento. O primeiro é o procedimento atualmente utilizado para avaliar o risco de lesão por pressão. O segundo utiliza um novo instrumento de coleta de dados para identificar pacientes de risco. Dada essa informação, o enfermeiro consultor é um exemplo de que carreira?
    1. Enfermeiro clínico especialista
    2. Enfermeiro administrador
    3. Enfermeiro docente
    4. Enfermeiro pesquisador
14. Enfermeiros de um hospital de tratamento intensivo estão frequentando um programa educacional da unidade para aprender a utilizar um novo aparelho de alívio de pressão para pacientes com risco de lesão por pressão. Que tipo de educação é essa?
    1. Educação continuada
    2. Pós-graduação
    3. Educação em serviço
    4. Educação para Enfermeiros Profissionais
15. Quais dos seguintes recursos de internet podem ajudar os consumidores a comparar medidas de qualidade de atendimento? (Selecione todas que se aplicam.)

1. *WebMD*
2. *Hospital Compare*
3. Certificação Reconhecimento Magneto
4. *Hospital Consumer Assessment of Healthcare* (Avaliação dos Cuidados de Saúde por Pacientes Hospitalares)
5. O *website* da *American Hospital Association*

Respostas: 1. 4; **2.** 3; **3.** 4; **4.** 2; **5.** 1; **6.** 4; **7.** 1, 2, 3, 4; **8.** 1b, 2d, 3c, 4a; **9.** 1; **10.** 3; **11.** 4; **12. 13.** 4; **14.** 3; **15.** 2, 4.

Referências

Aiken LH. Economics of nursing. *Policy Politics Nurs*. 2010;9(93):73.

Aiken LH. The impact of research on staffing: an interview with Linda Aiken, Part 1. *Nurs Econ*. 2013;31(5):216.

Aiken LH. The impact of research on staffing: an interview with Linda Aiken, Part 2. *Nurs Econ*. 2013;31(5):216.

American Association of Colleges of Nursing (AACN) *Essentials of baccalaureate education for professional nursing*. Washington, DC: The Association; 2008.

American Association of Colleges of Nursing (AACN) *Essentials of master's education for advanced practice nursing*. Washington, DC: The Association; 2011.

American Association of Colleges of Nursing (AACN) Nursing shortage. news release. Washington, DC: The Association; 2014: Accessed May 2015 *http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/nursing-shortage*.

American Nurses Association (ANA) *Nursing's social policy statement: the essence of the profession*. Silver Spring, MD: American Nurses Publishing; 2010.

American Nurses Association (ANA) *Nursing: scope and standards of practice*. ed 2 Silver Spring, MD: The Association; 2010.

American Nurses Association (ANA) *Guide to the code of ethics for nurses: interpretation and application*. Silver Spring, MD: The Association; 2015.

American Nurses' Credentialing Center (ANCC): *Magnet Recognition Program Model*, 2014, http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/New-Magnet-Model. Accessed May 2015.

Benner P. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.

Benner P, et al. The social fabric of nursing knowledge. *Am J Nurs*. 1997;97(7):16.

Benner P, et al. *Educating nurses: a call for radical transformation*. Stanford, CA: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 2010.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Genomics and health frequently asked questions*, 2015, http://www.cdc.gov/genomics/public/faq.htm. Accessed May 2015.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): *Hospital compare*, Updated December 2014, http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/hospitalQualityInits/HospitalCompare.html. Accessed May 2015.

Chism LA. *The doctor of nursing practice: a guidebook for role development and professionals' issues*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2010.

Cronenwett L, et al. Quality and safety education for nurses. *Nurs Outlook*. 2007;57:122.

Donahue MP. *Nursing: the finest art—an illustrated history*. ed 3 St Louis: Mosby; 2011.

Fernandes R, et al. Home-based palliative care services for underserved populations. *J Palliat Med*. 2010;13(4):413.

Hale MA, et al. Continuing education needs of nurses in a voluntary continuing nursing education state. *J Cont Educ Nurs*. 2010;41(3):107.

Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS): *CAHPS Survey®*, April 2015 update, http://www.hcahpsonline.org/home.aspx. Accessed May 2015.

Houston C. The impact of emerging technology on nurse care: warp speed ahead. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2):1.

Houston C. Technology in the health care workplace: benefits, limitations, and challenges. In: Houston CJ, ed. *Professional issues in nursing: challenges and opportunities,*. ed 3 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Huicho L, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bull World Health Organ*. 2010;88:357.

Institute of Medicine (IOM) *To err is human*. Washington, DC: The Institute; 2000.

Institute of Medicine (IOM) *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington DC: National Academies Press; 2010.

International Council of Nurses (ICN): *ICN definition of nursing*, 2014, http://icn.ch/definition.htm. Accessed May 2015.

Jarzemsky P, et al. Incorporating quality and safety education for nurses' competencies in simulation scenario design. *Nurse Educ*. 2010;35(2):90.

Lachman VD. Ethical issues in the disruptive behaviors of incivility, bullying, and horizontal/lateral violence. *Medsurg Nurs*. 2014;23(1):56.

Mahon NM, Nicotera AM. Nursing and conflict communication: avoidance as a preferred strategy. *Nurs Adm Q*. 2011;35(2):152.

Mason DJ, et al. *Policy & politics in nursing and health care*. ed 6 Philadelphia: Saunders; 2012.

National CNS Competency Task Force, Core Competencies, National Association of Clinical Nurse Specialists *Core competencies*. Philadelphia: The Association; 2010.

National Quality Forum (NQF) *Safe practices for better healthcare—2010 update: a consensus report*. Washington, DC: NQF; 2010: Accessed May 2015 *http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthca*
_2010_Update.aspx.

Nightingale F. *Notes on nursing: what it is and what it is not*. London: Harrison and Sons; 1860.

Robert Wood Johnson Foundation (RWJF). *Future of nursing: campaign for action is chalking up successes that will improve patient care*, 2014a, http://www.rwjf.org/en/library/articles-and-news/2014/06/campaign-for-action-is-chalking-up-successes-that-will-improve-p.html. Accessed May 2015.

Robert Wood Johnson Foundation (RWJF). *More newly licensed nurse practitioners choosing to work in primary care, federal study finds*, RWJF, Human Capital Blog, June 10, 2014b, http://www.rwjf.org/en/culture-of-health/2014/06/more_newly_licensed.html. Accessed May 2015.

Tanner CA, Bellack JP. Our faculty for the future. *J Nurs Educ*. 2010;49(3):123.

US Census Bureau, Population Division: *2014 National population projections*, 2014, http://www.census.gov/population/projections/data/national/2014.html. Accessed May 2015.

Referências de pesquisa

Barnsteiner J, et al. Diffusing QSEN competencies across schools of nursing: The AACN/RWIF faculty development institutes. *J Prof Nurs*. 2013;29:68.

Barton AJ, et al. A national Delphi to determine developmental progression of quality and safety competencies in nursing education. *Nurs Outlook*. 2009;57(6):313.

Didion J, et al. Academic/clinical partnership and collaboration in quality, safety, and education for nurse education. *J Prof Nurs*. 2013;29:88.

Emrich IA, et al. Clinical ethics and patient advocacy: the power of communication in health care. *HEC Forum*. 2013;26:111.

Headrick LA, et al. Results of an effort to integrate quality and safety into nursing school curricula and foster joint learning. *Health Aff*. 2012;31(2):2669.

Lyndon A, et al. Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(2):91.

Miaskowski C, Aouizerat BE. Biomarkers: symptoms, survivorship, and quality of life. *Semin Oncol Nurs*. 2012;28(2):129.

Potter PA, et al. Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2010;14(5):E56.

Potter PA, et al. Developing a systemic program for compassion fatigue. *Nurs Adm Q*. 2013;37(4):326.

Potter PA, et al. Evaluation of a compassion fatigue resilience program for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(2):180.

Robinson FP, et al. Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nurs Forum*. 2010;45(3):206.

Slatten LA, et al. Compassion fatigue and burnout: what managers should know. *Health Care Manag (Frederick)*. 2011;30(4):325.

Wilson F, et al. Autonomy and choice in palliative care: time for a new model?. *J Adv Nurs*. 2013;70(5):1020.

Young J, et al. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses. *Crit Care Nurs Q*. 2011;34(3):227.

O Sistema de Saúde

OBJETIVOS

- Explicar a estrutura do sistema de saúde dos Estados Unidos.
- Comparar os diversos métodos de financiamento dos cuidados de saúde.
- Discutir os diferentes tipos de ambientes nos quais é prestada uma variedade de cuidados de saúde.
- Discutir as funções dos enfermeiros nos diferentes cenários de cuidados de saúde.
- Explicar o impacto das iniciativas de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde.
- Discutir as implicações das mudanças do sistema de saúde sobre a enfermagem.
- Discutir as oportunidades para a enfermagem no âmbito das mudanças no sistema de prestação de cuidados de saúde.
- Explicar a relação entre a prática baseada em evidências e a melhoria de desempenho.
- Descrever os componentes de um programa de melhoria de qualidade.

TERMOS-CHAVE

Cuidados intensivos, p. 17
Centros de convivência diária, p. 21
Vida diária assistida, p. 21
Capitação, p. 15
Grupos por diagnósticos relacionados (GDR), p. 15
Planejamento de alta, p. 18
Instituições de cuidados prolongados, p. 20
Globalização, p. 25
Cuidado domiciliar, p. 19
***Hospice*, p. 22**
Redes de atenção integrado (RAIs), p. 16
Cuidado gerenciado, p. 15
***Medicaid*, p. 15**
***Medicare*, p. 15**
Conjunto Mínimo de Dados (CMD), p. 21
Informática na enfermagem, p. 25
Resultados sensíveis à enfermagem, p. 24
Cuidado centrado no paciente, p. 24
Recompensa por desempenho, p. 23
Melhoria do desempenho (MD), p. 26
Atenção primária de saúde, p. 17
Organizações de revisão de padrões profissionais (PSRO, sigla em inglês para Professional standards review organizations), p. 15
Sistema de pagamento prospectivo (SPP), p. 15
Melhoria da qualidade (MQ), p. 26
Reabilitação, p. 20
Grupos de utilização de recursos (GUR), p. 15
Cuidado *Respite*, p. 21
Cuidado restaurador, p. 19

Instituição de enfermagem especializada, p. 20
Comitês de revisão de utilização (RU), p. 15
Populações vulneráveis, p. 25
Reformulação do trabalho, p. 18

O sistema de saúde dos Estados Unidos é complexo e está constantemente mudando. Uma grande variedade de serviços de diferentes disciplinas de profissionais de saúde está disponível, mas o acesso aos serviços é frequentemente muito difícil para quem tem seguros de saúde limitados. Pacientes sem seguro de saúde representam um desafio para o sistema de saúde e para a enfermagem, porque eles têm maior propensão a faltar ou adiar o tratamento para doenças agudas e crônicas, e morrer prematuramente (Kovner e Knickman, 2011). O desenvolvimento contínuo de novas tecnologias e medicamentos, que encurtam o tempo de internação (TDI), também aumenta os custos dos tratamentos de saúde. Portanto, as instituições de saúde estão gerenciando o cuidado de saúde mais como um negócio do que como organizações de prestação de serviços públicos. Os desafios para as lideranças dos cuidados de saúde, hoje, incluem a redução dos custos de saúde, mantendo cuidado de alta qualidade para os pacientes, maior acesso e cobertura para mais pessoas, e o encorajamento de comportamentos saudáveis (Kovner e Knickman, 2011). Os profissionais de saúde estão dando alta hospitalar mais cedo aos pacientes, o que resulta em mais pacientes com necessidade de casas de repouso ou cuidado domiciliar. O enfermeiro enfrenta grandes desafios para evitar desigualdades de cuidado nos ambientes de cuidados de saúde, de tal forma que as pessoas permaneçam saudáveis e bem em suas residências e comunidades.

Enfermagem é a disciplina do cuidar. Os valores da profissão de enfermagem estão fundamentados na ajuda às pessoas para recuperar, manter ou melhorar a saúde; prevenir doenças e encontrar conforto e dignidade. O sistema de saúde do novo milênio é menos orientado ao

serviço como um bem público e mais orientado aos negócios por causa de iniciativas de redução de custos, o que frequentemente causa tensão entre o cuidado e os aspectos dos cuidados de saúde como um negócio (Kovner e Knickman, 2011). O Institute of Medicine (IOM) defende que haja um sistema de saúde que seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e igualitário (IOM, 2001). A National Priorities Partnership é um grupo de 52 organizações de uma série de disciplinas de saúde que se uniram para trabalhar em prol da transformação do cuidado de saúde, objetivando pessoas saudáveis, comunidades saudáveis e cuidado melhor e mais acessível (National Priorities Partnership, 2014). O grupo estabelece as seguintes prioridades nacionais:

- Trabalhar com as comunidades para promover o uso amplo das melhores práticas, para permitir a vida saudável e o bem-estar.
- Promover as práticas de prevenção, tratamento e intervenção mais efetivas para as principais causas de mortalidade, iniciando com as doenças cardiovasculares.
- Assegurar cuidado centrado na pessoa e na família.
- Tornar o cuidado mais seguro.
- Promover comunicação efetiva e coordenação do cuidado.
- Tornar o cuidado de qualidade acessível a pessoas, famílias, empregadores e governos.

O IOM (2011) impulsiona uma visão para um sistema de cuidado de saúde transformado. O sistema de saúde do futuro torna o cuidado de qualidade acessível a todas as populações, concentra-se no bem-estar e prevenção de doenças, melhora os resultados de saúde e proporciona cuidado compassivo por toda a vida. Transformações no cuidado de saúde estão mudando a prática de enfermagem. A enfermagem continua a abrir caminhos para a mudança e para manter os valores de cuidado ao paciente, ao mesmo tempo que enfrenta os desafios dos novos papéis e responsabilidades. Essas mudanças desafiam os enfermeiros a oferecerem cuidado baseado em evidências e integral e a continuarem no papel de defensor do paciente (Singleton, 2010). De acordo com o relatório da IOM (IOM, 2011), os enfermeiros precisam ser transformados ao:

- Completar toda a sua educação e treinamento profissional.
- Alcançar níveis educacionais e de treinamento mais altos por meio de um sistema educacional de qualidade que proporcione formação progressiva contínua.
- Estabelecerem parcerias com os médicos e outros profissionais de saúde para reformar o sistema de saúde.
- Melhorar a infraestrutura de coleta de dados e informações para um planejamento da força de trabalho e implementação de políticas efetivas.

Regulação e reforma do cuidado de saúde

Na maior parte do século XX, havia poucos incentivos para controlar os custos do cuidado de saúde. Seguradoras ou empresas terceirizadas pagavam tudo o que os profissionais de saúde prescreviam para o cuidado e tratamento de um paciente. Conforme os custos de saúde continuaram a aumentar sem controle, abordagens regulatórias e competitivas tinham que controlar os gastos de cuidado à saúde. O governo federal, o maior consumidor de cuidado de saúde, que pagava pelos programas ***Medicare*** e ***Medicaid***, criou **organizações de revisão de padrões profissionais (PSRO)** para revisar qualidade, quantidade e custos do cuidado hospitalar. Hospitais qualificados a operar com *Medicare* tinham **comitês de revisão de utilização (RU)** para revisar admissões e identificar e eliminar o abuso dos serviços com o diagnóstico e tratamentos prescritos por médicos que atendiam pacientes pelo *Medicare*.

Um dos fatores mais significativos que impactavam os pagamentos do sistema de saúde era o **sistema de pagamento prospectivo (SPP)**. Estabelecido pelo Congresso em 1983, o SPP eliminava reembolsos baseados em custos. Hospitais que atendiam pacientes beneficiados pelo *Medicare* já não podiam cobrar os custos que quisessem para o cuidado ao paciente. Em vez disso, o SPP agrupou os custos de serviços intra-hospitalares do paciente do *Medicare* em **grupos por diagnósticos relacionados (GDR)**. Cada grupo tem um valor de reembolso fixo com ajustes de acordo com a gravidade, custos rurais/urbanos/regionais e custos na orientação/ensino do paciente. Os hospitais recebem um valor estabelecido em dólares para cada paciente, baseado no GDR classificado, independentemente do nível de serviços e do uso de serviços do paciente. A maioria dos profissionais de saúde (p. ex., redes de cuidado de saúde ou organizações de cuidado gerenciados) agora recebe pagamentos fixos estipulados, ou capitados. **Capitação** significa que os profissionais

recebem um valor fixo por paciente ou cadastrado num plano de saúde (Sultz e Young, 2014). A capitação tem por objetivo construir um plano de pagamentos para diagnósticos selecionados ou procedimentos cirúrgicos contendo os melhores padrões de cuidado com os menores custos.

A capitação e o pagamento prospectivo influenciam a maneira como os profissionais de saúde prestam cuidado em todos os tipos de serviços. Hoje, muitos usam os GRD para estabelecer a reabilitação e os **grupos de utilização de recursos (GUR)** no cuidado prolongado. Em todos os serviços, os profissionais de saúde tentam gerenciar os custos de forma que as organizações continuem rentáveis. Por exemplo, quando pacientes ficam hospitalizados por períodos longos, os hospitais têm de absorver as parcelas dos custos que não são reembolsáveis. Isso simplesmente aumenta a pressão para assegurar que os pacientes sejam gerenciados efetivamente e tenham alta o mais rápido possível, dentro do razoável. Assim, os hospitais começaram a aumentar as atividades de planejamento de alta, e os períodos de internação hospitalar começaram a diminuir. Uma vez que os pacientes têm alta o mais rápido possível, serviços de cuidado domiciliar agora oferecem cuidados tecnológicos complexos, incluindo ventilação mecânica e nutrição parenteral prolongada.

Cuidado gerenciado é o termo que descreve os sistemas de cuidados de saúde em que um profissional ou sistema de saúde recebe um pagamento tipo capitação, predeterminado para cada paciente inscrito no programa. Nesse caso, a organização de cuidado gerenciado assume o risco financeiro, além de proporcionar cuidado ao paciente. O foco do cuidado da organização muda do cuidado à doença individual para o cuidado de prevenção, intervenção precoce e cuidado ambulatorial. Se as pessoas se mantêm saudáveis, os custos de cuidado médico caem. Sistemas de cuidado gerenciado concentram-se na contenção ou redução de custos, aumento da satisfação dos pacientes e na melhoria do estado de saúde ou funcional dos indivíduos (Sultz e Young, 2014). A Tabela 2-1 resume os tipos mais comuns de planos de saúde.

Tabela 2-1

Exemplos de Planos de Saúde

Tipo	Definição	Características
Organização de cuidado gerenciado (MCO, sigla em inglês para *Managed care organization*)	Oferece serviços completos de prevenção e tratamento para um grupo específico ou pessoas que se inscrevem voluntariamente. As estruturas incluem uma série de modelos.	Concentra-se na manutenção da saúde e cuidados primários.Todo o atendimento é prestado por um médico da atenção primária.É necessário encaminhamento para ter acesso a um especialista ou hospitalização. Pode utilizar a capitação.
Organização de profissionais de saúde preferenciais (PPO, sigla em inglês para *Preferred provider organization*)	Tipo de plano de cuidado gerenciado que limita a escolha do segurado a uma lista de hospitais, médicos e profissionais "preferenciais". O segurado arca com mais despesas próprias se usar um profissional não listado.	Há acordo contratual entre um conjunto de profissionais e um ou mais compradores (empregadores que contratam diretamente ou por meio de planos de saúde). As companhias que contratam serviços de saúde abrangentes têm desconto. O foco é a manutenção da saúde.
Medicare	Um programa administrado na esfera federal por meio do Fundo Commonwealth ou dos Centros de Serviços dos Programas *Medicare* e *Medicaid* (CMS); um programa nacional dos Estados Unidos que financia seguro de saúde para pessoas com idade de 65 anos ou mais. A parte A proporciona proteção básica para custos de cuidados médicos, cirúrgicos e psiquiátricos baseados nos grupos por diagnósticos relacionados (GDR); também oferece cuidado limitado pelas casas de repouso especializadas, *hospice* e cuidado domiciliar. A parte B é um seguro médico voluntário; cobre médicos, alguns outros serviços profissionais de saúde específicos, e alguns serviços ambulatoriais. A parte C é uma prestação de cuidado gerenciado que oferece escolha a três planos de saúde. A parte D é um programa voluntário de Melhoria de Medicamentos Prescritos (Sultz e Young, 2014).	O pagamento do plano é deduzido do pagamento mensal da Previdência Social. Cobre os serviços de profissionais de enfermagem. Não cobre o custo integral de determinados serviços tais como instituições de enfermagem especializadas. Encoraja-se a contratação de seguro complementar.
Medicaid	Programa financiado pelo governo federal e operado pelos estados, que oferece: (1) seguro de saúde para famílias de baixa renda; (2) cuidado de saúde para pessoas de	Financia grande parte do cuidado a crianças pobres, seus pais,

	baixa renda com deficiências que exigem cuidados prolongados nas instituições de longa permanência (ILP); e (3) cobertura complementar de cuidado de ILP para idosos e beneficiários do *Medicare* em casas de repouso. Cada estado determina as elegibilidades e benefícios.	mulheres grávidas e adultos deficientes em condições de pobreza extrema. Reembolsa enfermeiras obstétricas e outros enfermeiros de prática avançada (varia de acordo com o estado). Reembolsa os recursos gastos com casas de repouso.
Seguros privados	Planos tradicionais de tarifas por serviço. O pagamento é calculado depois do paciente receber os serviços, com base no número de serviços utilizados.	As apólices normalmente são caras. A maior parte das apólices tem franquias que devem ser pagas pelos pacientes antes dos pagamentos do seguro.
Seguro para Cuidados Prolongados (LTC, sigla em inglês para *Long-Term Care insurance*)	Seguro complementar para cobertura de serviços de ILP. As apólices proporcionam um valor estabelecido em dólares por tempo indeterminado ou por no mínimo dois anos.	Muito caro. Frequentemente tem uma carência mínima para elegibilidade; paga por enfermagem especializada, cuidado intermediário ou cuidado de custódia e cuidado domiciliar.
Programa Estadual de Seguro de Saúde Infantil (SCHIP, sigla em inglês para *State Children's Health Insurance Program*)	Programa financiado pelo governo federal e operado pelos estados que oferece cobertura de saúde para crianças não seguradas. Cada estado determina a elegibilidade da participação e os benefícios.	Cobre crianças que não sejam pobres o suficiente para utilizar o *Medicaid*.

Em 2011 o National Quality Forum (NQF – Fórum Nacional de Qualidade) revisou e definiu uma lista de 29 "Eventos Proibidos" que são devastadores e podem ser prevenidos. Os "Eventos Proibidos" são organizados em sete categorias: cirúrgico, produto ou serviço, proteção ao paciente, gerenciamento de cuidado, ambiental, radiológico e crítico. The Joint Comission (TJC) rotula os "Eventos Proibidos" como eventos sentinela e exige uma análise da causa- -raiz

após o evento. Muitos estados agora exigem notificação obrigatória desses eventos quando ocorrem (AHRQ PSNet, 2012). Em 2007, o programa *Medicare* decidiu que não mais pagaria por custos médicos associados a esses erros. Na cultura atual de segurança do paciente e qualidade, as organizações de saúde estão implementando processos para eliminar os "Eventos Proibidos".

A maior parte da reforma de saúde aconteceu em 2010 quando foi promulgada a lei denominada Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA – Lei de Proteção aos Pacientes e de Cuidados com Custos Acessíveis) (Lei Pública n. 111-148). Uma reforma de saúde dessa magnitude não acontecia nos Estados Unidos desde a década de 1960, quando os programas *Medicare* e *Medicaid* viraram lei. Prevê-se que a implementação das mudanças propostas pela PPACA será um processo longo e vai mudar o sistema de saúde atual (Kovner e Knickman, 2011). A PPACA concentra-se nos objetivos maiores de aumentar o acesso aos sistemas de serviços de saúde para todos, reduzindo os custos de cuidado de saúde e aumentando a qualidade do cuidado de saúde. Exemplos de cláusulas-chave da lei incluem (Kovner e Knickman, 2011; Sultz e Young, 2014):

- Exige-se de todos os indivíduos que tenham algum tipo de seguro de saúde a partir de 2014 ou paguem uma multa por meio do código fiscal.
- A elegibilidade pública ao programa, incluindo o programa estadual *Medicaid* e o seguro de saúde infantil, foi expandida. Pagamentos médicos de cuidado primário aumentaram de forma a se equipararem com os pagamentos do programa *Medicare*.
- Os estados vão criar centrais de seguros de saúde por meio das quais indivíduos e donos de pequenas empresas poderão adquirir seguros de saúde mais em conta. Essas centrais também vão prestar informações de consumo aos indivíduos e pequenos empregadores, para ajudá-los a decidir entre as apólices de seguros alternativas.
- Serão implementadas regulações de seguro que evitem que as companhias seguradoras privadas neguem cobertura de seguros por qualquer motivo e cobrem prêmios mais altos de acordo com o

estado de saúde ou gênero.

- Uma sanção financeira será aplicada a empregadores com mais de 50 empregados, caso não ofereçam plano de saúde para seus funcionários.
- Filhos adultos com até 26 anos, independentemente de serem estudantes, têm permissão de cobertura de seguro de saúde dos pais.

Ênfase no bem-estar da população

O sistema de cuidado de saúde dos Estados Unidos enfrenta muitas questões, tais como custos crescentes, maior acesso aos serviços, população crescente e melhoria na qualidade dos resultados de saúde. Consequentemente, a ênfase da indústria de saúde, hoje, é sair do gerenciamento de doenças para o gerenciamento da saúde da comunidade e do ambiente.

A Pirâmide dos Serviços de Saúde desenvolvida pelo Core Functions Project (Projeto de Funções Essenciais) serve de modelo para melhorar o cuidado de saúde dos cidadãos dos Estados Unidos (Fig. 2-1). A pirâmide mostra que os serviços de saúde fundamentados na população fornecem a base para os serviços de prevenção. Esses serviços incluem atenção primária em saúde, secundária e terciária. Realizações nas camadas inferiores da pirâmide contribuem para a melhoria do cuidado de saúde oferecido pelas camadas superiores. O cuidado de saúde nos Estados Unidos está indo ao encontro de práticas que enfatizam o gerenciamento de saúde em vez do gerenciamento da doença. A ênfase no bem-estar e saúde das populações e no ambiente melhora a qualidade de vida (Stanhope e Lancaster, 2012). A premissa é que a longo prazo a promoção da saúde reduza os custos do cuidado de saúde. Uma perspectiva de bem-estar concentra-se na saúde das populações e comunidades onde elas vivem, em vez de simplesmente encontrar a cura para a doença de um indivíduo. A expectativa de vida dos americanos é de 78,7 anos, com crescimento estável no século passado. Simultaneamente ao aumento da expectativa de vida, as mortes de adultos relacionadas com doenças coronarianas e derrames continuam numa tendência decrescente de longo prazo, e há uma tendência decrescente de mortalidade infantil desde 1900 (Murphy et al., 2013). A redução nas taxas de mortalidade foi atribuída aos avanços de saneamento e prevenção de doenças infecciosas (p. ex., com foco na água, esgoto, vacinação e superlotação de moradias); educação do paciente (p. ex., hábitos de nutrição, diminuição do uso de tabaco, controle da pressão

arterial); e programa de prevenção de acidentes (p. ex., leis de uso de cinto de segurança, de assentos automotivos para crianças e de capacetes).

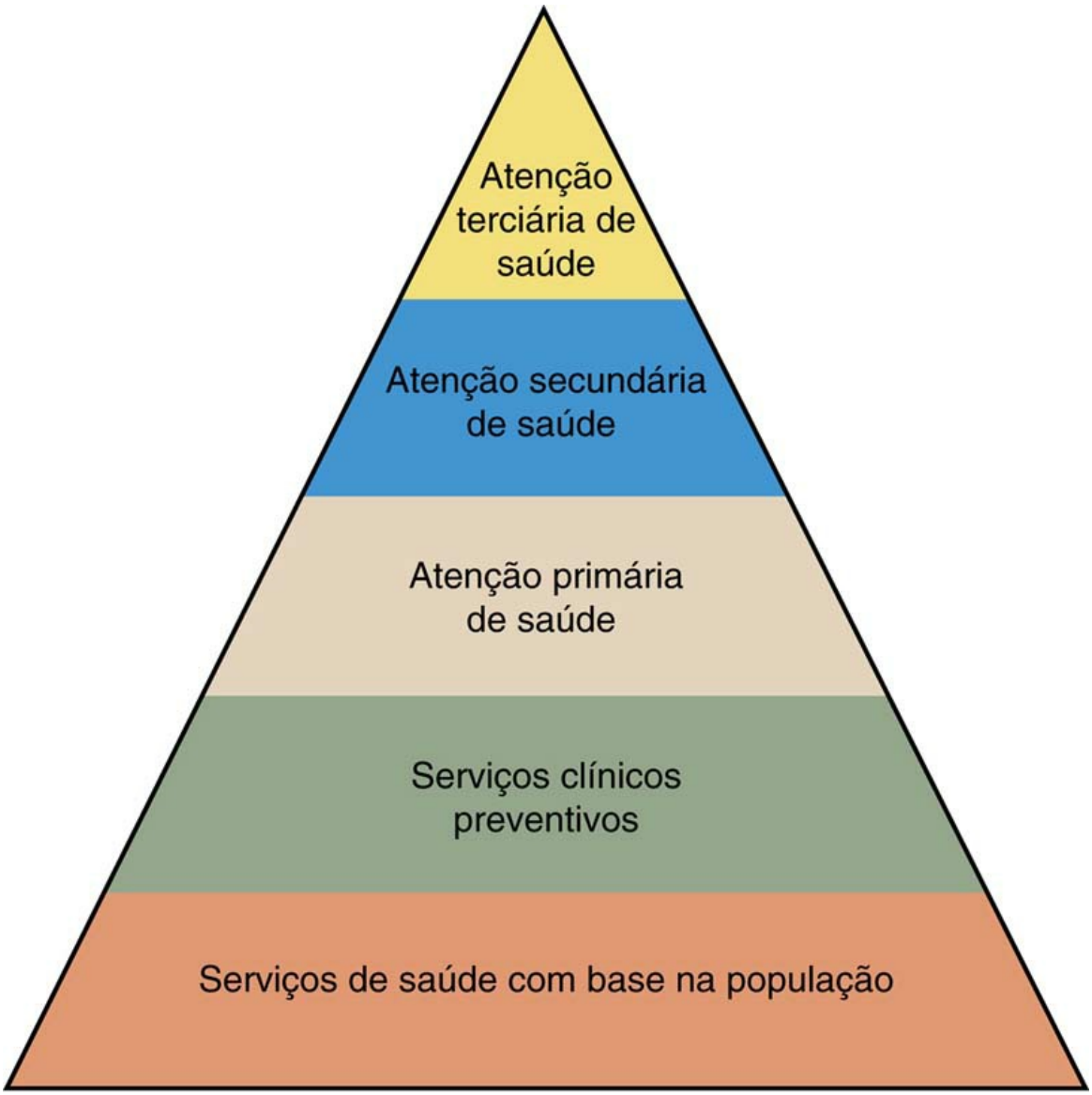


FIGURA 2-1 Pirâmide dos serviços de saúde. US Public Health Service: *The core functions project*, Washington, DC, 1994/atualização 2000, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (Fonte: Stanhope M, Lancaster J: *Public health nursing: population-centered health care in the community*, reimpressão revisada, 8. ed., St Louis, 2014, Mosby.)

Serviços e estabelecimentos de cuidado à saúde

Atualmente o sistema de saúde dos Estados Unidos tem cinco níveis de cuidado para os quais os profissionais de saúde prestam serviços: prevenção de doenças, promoção de saúde e atenção primária de saúde, secundária e terciária. Os serviços de saúde nos quais esses níveis de atenção são oferecidos incluem os de prevenção, atenção primária, secundária, terciária, cuidados restauradores e de cuidado contínuo (Quadro 2-1). Sistemas de saúde maiores têm **redes de atenção integradas (RAIs)** que incluem uma rede de instituições, profissionais e serviços organizada para oferecer cuidado contínuo a uma população de pacientes em um estabelecimento específico, por preços no estilo capitação. Um sistema integrado reduz a duplicação de serviços em níveis ou instituições de atenção à saúde diferentes, e assegura que os pacientes recebam cuidado nos locais mais apropriados.

Quadro 2-1 Exemplos de Serviços de Atenção à Saúde

Atenção Primária (Promoção de Saúde)

- Cuidado pré-natal e do bebê
- Aconselhamento nutricional
- Planejamento familiar
- Aulas de exercícios, yoga e meditação

Cuidado Preventivo

- Exames preventivos de pressão arterial e câncer
- Vacinação
- Aconselhamentos de saúde mental e prevenção de crises

- Legislação de interesse comunitário (p. ex., uso de cinto de segurança, *air-bags*, capacetes para ciclistas, não digitar ao dirigir)

Atenção Secundária nos Cuidados Intensivos

- Atenção emergencial
- Cuidado médico-cirúrgico intensivo
- Procedimentos radiológicos para problemas agudos (p. ex., raios X, tomografia computadorizada)

Atenção Terciária

- Tratamento intensivo
- Tratamento semi-intensivo

Cuidado Restaurador

- Reabilitação cardiovascular e pulmonar
- Reabilitação ortopédica
- Medicina do esporte
- Programas de tratamento a lesões na coluna vertebral
- Cuidado domiciliar

Cuidado Contínuo

- Vida diária assistida
- Centros psiquiátricos e de cuidados diários de idosos

Houve mudanças específicas para cada serviço de saúde por causa da reforma do sistema de saúde. Por exemplo, muitos profissionais de saúde agora colocam mais ênfase no bem-estar, direcionando mais recursos para o cuidado de prevenção e atenção primária. Enfermeiros são particularmente importantes como defensores dos pacientes, no sentido de manter a continuidade do tratamento por todos os níveis de atenção. Eles têm a oportunidade de atuar como líderes nas comunidades e sistemas de saúde. A habilidade de encontrar estratégias para melhor atender às necessidades dos pacientes em

todos os níveis de cuidado é fundamental para a melhoria do sistema de saúde.

Agências de cuidado à saúde buscam credenciamento e certificações para demonstrar qualidade e segurança no cuidado de saúde e para avaliar o desempenho da organização com base em padrões estabelecidos. O credenciamento é concedido para toda a organização; programas ou serviços específicos dentro de uma organização recebem certificações (TJC, 2013).

A TJC credencia organizações de saúde ao longo de toda a cadeia de cuidado de saúde, incluindo hospitais e cuidado ambulatorial, cuidado de longo prazo, cuidado domiciliar e agências de saúde comportamental. Outras agências de credenciamento têm um foco específico, tais como a Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF – Comissão de Credenciamento de Instituições de Reabilitação) e o Community Health Accrediting Program (CHAP – Programa de Credenciamento de Saúde Comunitária). Há credenciamentos com foco em doenças específicas para a maior parte das doenças crônicas. Processos de levantamento para credenciamento e certificação ajudam as organizações a identificar problemas e desenvolver soluções para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado e dos serviços de saúde.

Cuidado de Saúde Preventivo e Atenção Primária

A **atenção primária de saúde** concentra-se nos resultados de melhoria de saúde para uma população inteira. Inclui os cuidados primários e educação em saúde, nutrição adequada, atenção materno-infantil, planejamento familiar, vacinação e controle de doenças. A atenção primária exige colaboração entre os profissionais de saúde, lideranças em cuidados de saúde, e membros da comunidade. Essa colaboração precisa estar concentrada na melhoria da igualdade dos cuidados de saúde, em tornar os sistemas de saúde centrados nas pessoas, em formar líderes de cuidado de saúde confiáveis e responsáveis, e em promover e proteger a saúde das comunidades (OMS, 2015). Em instituições onde pacientes recebem cuidados preventivos e atenção primária, tais como escolas, consultórios médicos, clínicas de saúde

ocupacionais, centros de saúde comunitários e casas de repouso, a promoção da saúde é uma questão primordial (Tabela 2-2). Os programas de promoção da saúde reduzem os custos totais do cuidado em saúde ao diminuir a incidência de doenças e diminuir complicações, reduzindo, assim, a necessidade de se utilizar recursos mais caros de cuidado à saúde. Em contrapartida, o cuidado preventivo é mais focado em doenças e na redução e controle dos fatores de risco de doenças, por meio de ações como vacinação e programas de saúde ocupacionais. O Capítulo 3 traz uma discussão mais completa da atenção primária de saúde na comunidade.

Tabela 2-2
Serviços de Saúde na Atenção Preventiva e Primária

Tipo de Serviço	Propósito	Programas/Serviços Disponíveis
Saúde escolar	São programas abrangentes que incluem princípios de promoção da saúde por todo o currículo escolar. Dão ênfase a gerenciamento de programas, colaboração interdisciplinar e princípios de saúde comunitária.	Habilidades de vida positivas Planejamento nutricional Exames de saúde Condicionamento físico Aconselhamento Prevenção de doenças transmissíveis Intervenção em crises
Saúde ocupacional	É um programa abrangente concebido para a promoção de saúde e prevenção de acidentes ou doenças no ambiente de trabalho. Objetiva aumentar a produtividade do trabalhador, diminuir o absenteísmo e reduzir o uso de cuidado médico dispendioso.	Monitoramento ambiental Coleta de dados e avaliação física Exames de saúde Educação para a saúde Controle de doenças transmissíveis Aconselhamento
Consultórios médicos	Oferecem cuidado de saúde primário (diagnóstico e tratamento). Muitos concentram-se na promoção de práticas de saúde. Enfermeiros profissionais frequentemente se associam a um médico para gerenciar determinada população de pacientes (p. ex., diabetes, artrite).	Exames físicos de rotina Exames de saúde Diagnóstico Tratamento de males agudos e crônicos
Clínicas de	Oferecem serviços de enfermagem com foco na promoção e	Cuidado do dia

enfermagem	educação em saúde, gerenciamento e coleta de dados de pacientes com doenças crônicas e apoio a autocuidado e cuidadores.	Avaliação de riscos de saúde Aconselhamento para o bem-estar Exames pré-admissionais Gerenciamento do cuidado nas doenças crônicas e agudas
Enfermagem em cuidado pastoral e de atenção comunitária	Enfermeiros que habitam uma vizinhança prestam serviços a pacientes idosos ou sem condições de deixar suas casas. Suprem carências deixadas pelos sistemas de saúde tradicionais.	Desempenho de pequenas tarefas Transporte Cuidado *Respite* Auxílio em tarefas domésticas Saúde espiritual
Centros de saúde comunitários	São clínicas ambulatoriais que oferecem atenção primária para uma população de pacientes específica (p. ex., cuidados com bebês, saúde mental, diabetes) que vive numa comunidade específica. Frequentemente são associadas a um hospital, escola de medicina, igreja ou outra organização comunitária.	Avaliação física Triagem de saúde Gerenciamento de doenças Educação em saúde Aconselhamento

Atenção Secundária e Terciária

Na atenção secundária e terciária, o diagnóstico e o tratamento de doenças são tradicionalmente os serviços mais comuns. No gerenciamento dos cuidados, esses serviços hoje são oferecidos em instituições de atenção primária. Por exemplo, muitos cirurgiões, hoje, fazem cirurgias simples em anexos cirúrgicos do consultório. O gerenciamento de doenças é o serviço mais comum e mais caro do sistema de cuidado à saúde. Doenças crônicas causam deficiências, menor qualidade de vida e maiores custos de cuidado à saúde (CDC, 2015). Frequentemente, pacientes com doenças crônicas precisam ser atendidos por um especialista, incorrendo em custos de tratamento mais altos.

Pessoas que não possuem seguros de saúde frequentemente demoram mais para buscar tratamento; assim, elas geralmente estão mais doentes e precisam de mais cuidado de saúde. Consequentemente, a atenção secundária e a terciária (também chamadas de **cuidados intensivos**) são mais caras. Adultos jovens que fazem 19 anos também têm risco de ficar sem seguro, caso não

consigam frequentar uma faculdade, tenham uma independência financeira instável e tenham dificuldades de encontrar emprego com benefícios de assistência médica (Kirzinger et al., 2013). Com a aprovação da lei PPACA, em 2010, o número de adultos jovens com acesso à cobertura de seguros privados de saúde ou seguros de saúde patrocinados pelo empregador cresceu (Kirzinger et al., 2013). Pessoas nessa faixa etária também têm menos probabilidade de consultar um médico regularmente e acompanhar um problema, caso não tenham seguro de saúde. Com o advento de tecnologias mais avançadas e cuidado gerenciado, os médicos hoje fazem pequenas cirurgias em anexos cirúrgicos do consultório, em vez de utilizar o hospital. O custo para o paciente é menor no consultório, porque as despesas gerais das instalações são menores.

Hospitais

Unidades de emergência de hospitais, unidades de pronto-atendimento, unidades de tratamento intensivo e unidades de internação médico-cirúrgicas proporcionam níveis de atenção secundária e terciária. Cuidado de qualidade e seguro é o foco da maioria das organizações que prestam cuidados intensivos, e a satisfação do paciente com os serviços de saúde proporcionados é importante. A satisfação do paciente se torna uma prioridade num local movimentado e estressante como a unidade de internação. Os pacientes têm expectativas de receber um tratamento cortês e respeitoso, e querem ser envolvidos nas decisões do tratamento cotidiano. Como enfermeiro, você desempenhará um papel-chave em levar respeito e dignidade para o paciente. Enfermeiros de cuidados intensivos precisam estar atentos para entender logo as necessidades e expectativas do paciente, de forma a estabelecer parcerias efetivas que em última instância aumentem o nível do cuidado de enfermagem prestado.

Em virtude do cuidado gerenciado, o número de dias de internação de um paciente é limitado de acordo com seu GDR na admissão. Você deve, portanto, utilizar os recursos de maneira eficiente para ajudar os pacientes a se recuperarem com êxito e voltarem a suas casas. Para

conter custos, muitos hospitais reformularam as unidades de internação. Por causa da **reformulação do trabalho**, há mais serviços disponíveis em unidades de internação, minimizando, assim, a necessidade de transferência e transporte de pacientes por muitas áreas de diagnóstico e tratamento.

Pacientes hospitalizados estão agudamente enfermos e precisam de atenção terciária de saúde, abrangente e especializada. Os serviços oferecidos variam consideravelmente dependendo do hospital. Alguns pequenos hospitais rurais oferecem somente serviços limitados de emergência e diagnóstico e serviços genéricos de internação. Por outro lado, grandes centros médicos urbanos oferecem serviços de diagnóstico abrangentes e atualizados, cuidado em traumas e de emergência, intervenções cirúrgicas, unidades de tratamento intensivo (UTIs), serviços de internação e instalações de reabilitação. Hospitais maiores também oferecem equipes profissionais especializadas, tais como serviço social, fisioterapia respiratória, fisioterapia e terapia ocupacional e fonoaudiologia. Em hospitais, o objetivo é proporcionar a melhor qualidade possível de cuidado, de forma que os pacientes tenham alta mais cedo, mas em segurança, para ir para casa ou para outra instituição de saúde que vai lidar adequadamente com as necessidades de saúde remanescentes.

O planejamento de alta começa no momento em que um paciente é internado na instituição de saúde. Você desempenha um papel importante no **planejamento de alta** em um hospital, onde a continuidade do cuidado é importante. Para obter continuidade de cuidado, use as habilidades de pensamento crítico e aplique o processo de enfermagem (Unidade III). Para antecipar e identificar as necessidades de um paciente, trabalhe com todos os membros da equipe interdisciplinar de saúde. A equipe tem a liderança no desenvolvimento de um plano de cuidado de saúde que transfere o paciente do hospital para outro nível de cuidado de saúde, como a residência do paciente ou uma casa de repouso. O planejamento de alta é um processo centralizado, coordenado e interdisciplinar que assegura que um paciente tenha um plano de cuidado continuado depois de deixar a unidade de saúde.

Como os pacientes deixam os hospitais assim que suas condições físicas permitem, eles frequentemente permanecem com necessidades de cuidado de saúde quando vão para casa ou para outra instituição. Por exemplo, um paciente cirúrgico requer tratamento da cicatrização em seu domicílio, após a cirurgia. Um paciente que teve um derrame requer treinamento para se locomover. Os pacientes e suas famílias se preocupam em como irão assistir às necessidades não atendidas e lidar com elas no longo prazo. Ajude-os, antecipando e identificando as necessidades persistentes dos pacientes antes que eles recebam alta e coordenando os membros da equipe de saúde para conseguir um plano de alta apropriado.

Alguns pacientes têm mais necessidade de um plano de alta por causa dos riscos que apresentam (p. ex., pacientes com recursos financeiros limitados, apoio familiar limitado e deficiência permamente ou doenças crônicas). Entretanto, qualquer paciente a receber alta de uma instituição de saúde com limitações funcionais persistentes, ou que tem de seguir restrições ou terapias de recuperação, precisa de planejamento de alta. Todos os profissionais que assistem um paciente com um problema de saúde específico participam do planejamento de alta. O processo é de fato interdisciplinar. Por exemplo, pacientes com diabetes que visitam um centro de gerenciamento do diabetes exigem um esforço de grupo de um enfermeiro educador de diabetes, um nutricionista e um médico para assegurar que eles voltem para casa com as informações corretas para lidarem com sua condição. Um paciente que teve um derrame não terá alta hospitalar até que a equipe tenha estabelecido planos com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais para iniciar um programa de reabilitação.

O planejamento de alta efetivo frequentemente exige encaminhamento para várias especialidades de saúde. Em muitas instituições exige-se um pedido do profissional de saúde para um encaminhamento, especialmente no planejamento de determinadas terapias (p. ex., fisioterapia). É melhor que pacientes e suas famílias participem dos processos de encaminhamento, de maneira que estejam logo envolvidos em qualquer tomada de decisão necessária.

Algumas dicas para o êxito do processo de encaminhamento incluem:

- Faça o encaminhamento o mais rápido possível.
- Forneça o máximo de informações possível sobre o paciente ao profissional de saúde que vai receber o encaminhamento. Isso evita duplicação de esforços e omissão de informações importantes.
- Envolva o paciente e a família do cuidador no processo de encaminhamento, inclusive na escolha do encaminhamento necessário. Explique os serviços que serão executados pelo novo profissional, o motivo do encaminhamento e o que esperar dos serviços encaminhados.
- Descubra o que o profissional que receberá o paciente recomenda para o cuidado dele/dela e inclua suas descobertas no plano de tratamento assim que for possível.

Forneça informações sobre os recursos comunitários disponíveis para melhorar os resultados de longo prazo dos pacientes com limitações. O planejamento de alta depende da educação abrangente do paciente e da família (Cap. 25). Pacientes e cuidadores precisam saber o que fazer quando chegam em casa, como fazê-lo e o que observar caso surjam problemas. Os pacientes precisam das seguintes orientações antes de deixar o serviço de saúde:

- Administração de medicamentos segura e efetiva.
- Uso do equipamento médico de forma apropriada e segura.
- Orientação sobre possíveis interações entre os alimentos e a medicação e aconselhamento sobre nutrição e mudanças na dieta.
- Técnicas de reabilitação para apoiar a adaptação ou a independência funcional no ambiente.
- Acesso aos recursos comunitários disponíveis e apropriados.
- Quando e como obter tratamento adicional.
- As responsabilidades do paciente e da família nas necessidades contínuas de saúde e os procedimentos necessários para levar a cabo essas responsabilidades.
- Quando ele/ela deve notificar o profissional de saúde sobre mudanças funcionais ou novos sintomas.

Cuidado Intensivo

Uma UTI ou unidade de tratamento intensivo é uma unidade hospitalar na qual os pacientes recebem estreito acompanhamento e cuidado médico intensivo. UTI tem tecnologias avançadas tais como monitores cardíacos computadorizados e ventilação mecânica. Apesar de muitos desses aparelhos também estarem presentes em enfermarias comuns, os pacientes internados em UTIs são monitorados e mantidos em diversos aparelhos. A equipe médica e de enfermagem têm conhecimentos específicos sobre os princípios e técnicas de cuidados críticos. Uma UTI é o local de cuidado à saúde mais dispendioso porque normalmente cada enfermeiro cuida de um ou dois pacientes de cada vez e por causa de todos os tratamentos e procedimentos exigidos por um paciente na UTI.

Instituições Psiquiátricas

Pacientes que sofrem de problemas emocionais e comportamentais, tais como depressão, comportamento violento e desordens alimentares, frequentemente precisam de aconselhamento especial e tratamento em instituições psiquiátricas. As instalações psiquiátricas podem estar em hospitais, clínicas ambulatoriais independentes ou hospitais particulares de saúde mental, e oferecem serviços de internação e ambulatoriais, dependendo da gravidade do problema. Os pacientes podem dar entrada nessas instalações de maneira voluntária ou involuntária. A hospitalização envolve estadias relativamente curtas com o propósito de estabilizar os pacientes antes de transferi-los para centros de tratamento ambulatorial. Pacientes com problemas psiquiátricos recebem um plano de tratamento interdisciplinar abrangente que envolve os pacientes e suas famílias. A medicina, a enfermagem, o serviço social e a terapia ocupacional trabalham juntas para desenvolver um plano de cuidado que permita que os pacientes retornem aos estados funcionais dentro da comunidade. Na alta das instalações de internação, os pacientes normalmente são encaminhados para acompanhamento em clínicas ou aconselhamento.

Hospitais Rurais

O acesso a cuidado de saúde em áreas rurais tem sido um problema sério. A maioria dos hospitais rurais vivenciou uma carência grave de profissionais de atenção primária. Muitos faliram. Em 1989 a Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA – Lei Geral de Reconciliação Orçamentária) orientou o U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS – Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA) a criar um novo organismo de cuidado à saúde, o hospital rural de atenção primária (HRAP). O Balanced Budget Act (Lei de Responsabilidade Fiscal) de 1997 mudou a denominação dos hospitais rurais para Critical Access Hospital (CAH – Hospitais de Acesso Crítico), caso alguns critérios fossem cumpridos (DHHS CMS, 2012). Um CAH está localizado em uma área rural e oferece cuidado emergencial 24 horas, com no máximo 25 leitos de internação, para oferecer cuidado temporário de até 96 horas para pacientes com enfermidades agudas ou pacientes feridos que necessitam ser estabilizados até que sejam transferidos para um estabelecimento maior e mais bem equipado. Os CAH também contam com serviços básicos de radiologia e laboratório. A equipe do CAH é formada por médicos, profissionais de enfermagem ou médicos assistentes. Com a reforma da saúde, mais sistemas de saúde de grandes centros estão se ramificando e estabelecendo parcerias com hospitais rurais, ou mesmo incorporando-os. Os hospitais rurais oferecem uma base de encaminhamento para os centros médicos terciários maiores. Com o desenvolvimento de tecnologias avançadas, tais como telemedicina, os hospitais rurais aumentaram o acesso a consultas a especialistas. Enfermeiros que trabalham em hospitais rurais ou clínicas têm de ter competência em avaliação física, tomada de decisões clínicas e cuidados de emergência. Ter uma cultura de prática baseada em evidências (PBE) é importante em hospitais rurais, de tal maneira que os enfermeiros atuem utilizando as melhores evidências, para alcançar os melhores resultados com pacientes e um ambiente de qualidade e segurança (Newhouse e Morlock, 2011). Enfermeiros de Prática Avançada (p. ex., enfermeiros "*practitioners*" e enfermeiros clínicos especialistas) utilizam protocolos clínicos para estabelecer acordos

colaborativos com médicos da equipe, de forma a assegurar que eles ofereçam cuidado seguro e baseado em evidências.

Cuidado Restaurador

Pacientes em recuperação de doenças agudas ou crônicas ou de deficiências frequentemente exigem serviços adicionais para retornarem aos níveis funcionais anteriores ou alcançar um novo nível funcional limitado por sua doença ou deficiência. Os objetivos do **cuidado restaurador** são ajudar os indivíduos a recuperar ao máximo seu estado funcional e aumentar a qualidade de vida pela promoção da independência e autocuidados. Com a ênfase na alta rápida dos hospitais, os pacientes normalmente necessitam de algum nível de cuidado restaurador. Por exemplo, alguns pacientes precisam de cuidados contínuos na cicatrização de feridas e gerenciamento de exercícios e atividades até que tenham se recuperado o suficiente no pós-operatório para retomar as atividades normais do cotidiano de maneira independente.

A intensidade dos cuidados tem crescido nas instalações de cuidado restaurador ou de restauração porque os pacientes deixam o hospital mais cedo. A equipe de cuidado restaurador é um grupo interdisciplinar de profissionais de saúde, que inclui um paciente e sua família ou outras pessoas importantes ao tratamento. Em instalações restaurativas, os enfermeiros reconhecem que seu êxito depende da colaboração efetiva e pronta com pacientes e suas famílias. Pacientes e famílias precisam entender claramente os objetivos da recuperação física, a justificativa de quaisquer limitações físicas e o propósito e risco associado às terapias. Pacientes e famílias têm maior probabilidade de seguir os planos de tratamento e atingir a funcionalidade ótima se forem envolvidos nos cuidados restaurativos.

Cuidado Domiciliar

Cuidado domiciliar é a prestação de serviços e provisão de equipamentos de saúde, profissionais e profissionais de apoio para pacientes e famílias em seu domicílio, para a manutenção da saúde,

educação, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento de doenças, cuidados paliativos e reabilitação. A enfermagem é um serviço que a maioria dos pacientes utiliza no cuidado domiciliar. Entretanto, o cuidado domiciliar também inclui serviços médicos e sociais, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, terapia respiratória e nutricionista. Um serviço de cuidado domiciliar também coordena o acesso e a entrega a material de saúde domiciliar ou equipamentos médicos permanentes, que são produtos médicos adaptados para uso domiciliar.

A promoção e educação em saúde são tradicionalmente os objetivos primários do cuidado domiciliar, apesar de que hoje a maioria dos pacientes recebe cuidado domiciliar porque precisa de cuidados de enfermagem. Exemplos de cuidado de enfermagem domiciliar incluem o monitoramento de sinais vitais; avaliação; administração de alimentação parenteral ou enteral, medicamentos e terapia de sangue ou intravenosa (IV); cuidados de cicatrização ou respiratórios. O foco é no paciente e na independência da família. Enfermeiros cuidam da recuperação e estabilização da doença no domicílio e identificam problemas relacionados a estilo de vida, segurança, ambiente, dinâmica familiar e práticas de cuidado à saúde. Agências autorizadas de cuidado domiciliar normalmente recebem reembolsos dos serviços prestados por meio do governo (através de programas como *Medicare* e *Medicaid* nos Estados Unidos), companhias seguradoras e pagamento de particulares. O governo tem normas rígidas para reembolso de cuidado domiciliar. Uma agência não pode simplesmente cobrar o que quiser por um serviço e esperar receber reembolso integral. Os programas governamentais estabelecem os valores de reembolso para a maioria dos serviços profissionais.

Enfermeiros prestam cuidado individualizado no cuidado domiciliar. Eles têm uma carga de trabalho e ajudam os pacientes a se adaptarem a limitações físicas permanentes ou temporárias de tal maneira que sejam capazes de enfrentar uma rotina doméstica cotidiana mais normal. O cuidado domiciliar exige conhecimentos sólidos em muitas áreas, tais como dinâmica familiar (Cap. 10), práticas culturais (Cap. 9), valores espirituais (Cap. 36) e princípios de

comunicação (Cap. 24).

Reabilitação

A **reabilitação** restabelece uma pessoa ao seu melhor potencial físico, mental, social, vocacional e econômico possível. Os pacientes precisam de reabilitação após doença física ou mental, lesões ou vícios em substâncias químicas. Serviços de reabilitação especializados, tais como programas de reabilitação cardiovasculares, neurológicos, osteomusculares, pulmonares e mentais, ajudam os pacientes e famílias a se adaptarem às mudanças de estilo de vida necessárias e aprenderem a funcionar com as limitações de suas doenças. Centros de reabilitação de toxicodependentes ajudam os pacientes a se libertarem das drogas e retornarem à comunidade.

Os serviços de reabilitação incluem fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e serviços sociais. Idealmente, a reabilitação se inicia no momento em que um paciente entra numa instituição de saúde para iniciar um tratamento. Por exemplo, alguns programas ortopédicos hoje fazem os pacientes iniciarem a fisioterapia antes da intervenção de reparação articular, para melhorar sua recuperação no período pós-cirúrgico. Em princípio, a reabilitação normalmente se concentra na prevenção de complicações relacionadas a doenças ou lesões. Conforme as condições se estabilizam, ela ajuda a maximizar a funcionalidade do paciente e seu nível de independência.

A reabilitação ocorre em muitos ambientes de saúde, incluindo agências especializadas em reabilitação, instalações ambulatoriais e domicílios. Com frequência, pacientes que necessitam reabilitação de longo prazo (p. ex., pacientes que tiveram derrames ou lesões na coluna vertebral) têm deficiências graves que afetam sua habilidade de executar as atividades cotidianas. Quando os serviços de reabilitação ocorrem em ambientes ambulatórios, os pacientes recebem tratamento em momentos específicos durante a semana, mas permanecem em suas casas no restante do tempo. Os profissionais de saúde usam estratégias de reabilitação específicas para o ambiente domiciliar. Enfermeiros e outros membros da equipe de saúde visitam residências e ajudam pacientes e famílias a aprenderem a se adaptar à

doença ou lesões.

Instituições de Cuidados Prolongados

Uma **instituição de cuidados prolongados** oferece cuidado médico, de enfermagem, ou de segurança para pacientes se recuperando de doenças agudas ou àqueles com doenças crônicas ou deficiências. Instituições de cuidado prolongado incluem cuidado intermediário e serviços de enfermagem especializados. Algumas incluem cuidado de longo prazo e unidades de cuidado autonômas. Até determinada época, as instituições de cuidados prolongados só atendiam idosos. Entretanto, em virtude dos hospitais darem alta mais cedo, há uma necessidade maior de instalações de cuidados intermediários para pacientes de todas as idades. Por exemplo, profissionais de saúde transferem um paciente jovem que sofreu uma lesão cerebral traumática em consequência de um acidente de carro para uma instituição de cuidados prolongados, para receber cuidado de reabilitação ou de apoio até que a alta para a residência seja uma opção segura.

Uma instituição de cuidados intermediários ou **instituição de enfermagem especializada** oferece cuidado habilitado de uma equipe de enfermeiros. Esse cuidado normalmente inclui a administração de fluidos intravenosos, cuidados com a cicatrização, gerenciamento de ventilação mecânica de longo prazo e reabilitação física. Os pacientes recebem cuidado de apoio extensivo até que estejam aptos para voltar para a comunidade ou para o cuidado domiciliar. Instituições de cuidados prolongados oferecem cobertura de enfermagem dia e noite. Enfermeiros que trabalham numa instituição de enfermagem especializada precisam de conhecimentos de enfermagem similares aos de enfermeiros que trabalham em instituições com internação de cuidados intensivos, além de experiência com princípios de enfermagem gerontológica (Cap. 14).

Cuidado Contínuo

O cuidado contínuo descreve uma série de serviços de saúde, pessoais

e sociais, que são oferecidos por um período prolongado. Os serviços são para pessoas deficientes, ou que nunca foram funcionalmente independentes, ou que sofrem de doença terminal. A necessidade de serviços de saúde para cuidados contínuos está crescendo nos Estados Unidos. As pessoas estão vivendo mais, e muitos daqueles que têm necessidades de saúde contínuas não têm familiares para cuidar deles direto. O declínio do número de filhos que uma família opta por ter, o envelhecimento dos cuidadores e o aumento do número de divórcios e novos casamentos complicam esse problema. O cuidado contínuo está disponível em ambientes institucionais (p. ex., centros de enfermagem ou casas de repouso, lares coletivos e retiros de aposentados), comunidades (centros de cuidados diurnos e de idosos) ou no domicílio (p. ex., cuidado domiciliar, refeições em domicílio e *hospices*) (Meiner, 2011).

Centros ou Instituições de Enfermagem

A linguagem do cuidado de longo prazo é confusa e está sempre mudando. A casa de repouso foi a instituição dominante para o cuidado de longo prazo (Meiner, 2011). Com a promulgação da lei OBRA de 1987, *instituição de enfermagem* se tornou o termo para casas de repouso e outras instituições que ofereciam cuidado de longo prazo. Hoje, *centro de enfermagem* é o termo mais apropriado. Um centro de enfermagem típico oferece cuidado intermediário e de segurança 24 horas por dia, incluindo por exemplo serviços de enfermagem, reabilitação, nutricionais, recreativos, sociais e religiosos para residentes de todas as idades com doenças crônicas ou debilitantes. Em alguns casos os pacientes permanecem nos centros de enfermagem somente para obter serviços de hotelaria, como hospedagem, alimentação e lavanderia. A maioria das pessoas que residem em centros de enfermagem é idosa. Um centro de enfermagem é o domicílio temporário ou permanente dos residentes, com entorno o mais parecido possível com um lar (Sorrentino e Remmert, 2012). A filosofia do cuidado é de oferecer uma abordagem planejada, sistemática e interdisciplinar aos cuidados de enfermagem, para ajudar os residentes a atingir e manter os maiores níveis de

funcionalidade.

Os centros de enfermagem são uma das indústrias mais bem regulamentadas dos Estados Unidos. Essa regulamentação melhorou o nível dos serviços exigidos dos centros de enfermagem (Quadro 2-2). Uma das áreas da regulamentação que merecem menção especial é a dos direitos dos residentes.

Quadro 2-2 Principais Exigências Regulatórias Definidas pela Lei de Conciliação Orçamentária Geral (OBRA, sigla em inglês para *Omnibus Budget Reconciliation Act*) de 1987

- Direitos dos residentes
- Direitos de admissão, transferência e alta
- Comportamento dos residentes e práticas da instituição
- Qualidade de vida
- Avaliação do residente
- Qualidade do cuidado
- Serviços de enfermagem
- Serviços alimentares
- Serviços médicos
- Serviços de reabilitação especializada
- Serviços dentários
- Serviços farmacêuticos
- Controle de infecção
- Ambiente físico
- Administração

Fonte: Health Care Financing Administration, Department of Health and Human Services: *Requirements for states and long-term care facilities*, 42 CFR 483 Subpart B (483.1-75), 2014, http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2011-title42-vol5/pdf/CFR-2011-title42-vol5-part483.pdf. Acesso: 09 jul. 2015.

As instituições de enfermagem têm de reconhecer os residentes como participantes ativos e tomadores de decisão em seu cuidado e sua vida dentro do ambiente institucional (Meiner, 2011). Isso também significa que os familiares são parceiros ativos no planejamento do cuidado dos residentes.

A coleta de dados funcional interdisciplinar dos residentes é a pedra angular da prática clínica dentro dos centros de enfermagem (Meiner, 2011). A regulamentação governamental exige que a equipe avalie de maneira abrangente cada residente e tome decisões de planejamento de cuidado dentro de um período determinado. A habilidade funcional de um residente (p. ex., habilidades de desempenhar tarefas cotidianas) e o bem-estar físico e psicossocial de longo prazo são os objetivos. A equipe deve preencher o Instrumento de Avaliação do Residente (Resident Assessment Instrument – RAI) para todos os residentes. O RAI é composto do **Conjunto Mínimo de Dados (CMD)** (Quadro 2-3), Protocolos de Avaliação de Residentes e manuais de utilização de cada estado. A informação coletada provê um banco de dados nacional das instituições de enfermagem, que permite que os formuladores de políticas públicas possam entender melhor as necessidades de cuidado de saúde de longo prazo da população. O CMD é um excelente recurso para enfermeiros determinarem as melhores intervenções para apoiar as necessidades de saúde dessa população crescente.

Quadro 2-3 Conjunto Mínimo de Dados e Exemplos de Protocolos de Avaliação de Residentes

Conjunto Mínimo de Dados

- História do residente
- Padrões cognitivos, de comunicação/audição e de visão
- Funcionalidades físicas e problemas estruturais

- Humor, comportamento e padrões de atividades
- Bem-estar psicossocial
- Continência vesical e intestinal
- Condições de saúde
- Diagnóstico de doenças
- Estado oral/nutricional e dentário
- Condições de pele
- Uso de medicamentos
- Procedimentos e tratamentos especiais

Protocolos de Avaliação do Residente (Exemplos)

- Delírios
- Quedas
- Lesões por pressão
- Uso de drogas psicotrópicas

Vida Diária Assistida ou Longa Permanência (ILP)

A vida diária assistida é uma das indústrias que mais crescem nos Estados Unidos. Há aproximadamente 31.000 instituições de vida assistida que abrigam mais de 971.000 pessoas nos Estados Unidos (NCAL, 2014). A **vida diária assistida ou instituição de longa permanência (ILP)** oferece um ambiente de longo prazo atraente com um ambiente semelhante a um lar e maior autonomia dos residentes. Os residentes precisam de alguma assistência nas atividades de vida diária, mas permanecem relativamente independentes dentro de um ambiente parcialmente protegido. Um grupo de residentes vive junto, mas cada residente tem seu próprio quarto e divide refeitórios e áreas de atividade social. Normalmente as pessoas mantêm todos os seus pertences pessoais em suas residências. As instalações vão desde construções semelhantes a hotéis, com centenas de unidades, até casas coletivas modestas que abrigam poucos idosos. A vida diária assistida oferece ao mesmo tempo independência, segurança e privacidade

(Touhy e Jett, 2012). Essas instalações promovem a saúde física e psicossocial (Fig. 2-2). As instalações do serviço incluem lavanderia, assistência com refeições e cuidados pessoais, supervisão 24 horas e organização doméstica (NCAL, 2014). Algumas instituições oferecem assistência na administração de medicamentos. Serviços de enfermagem nem sempre estão disponíveis diretamente, mas enfermeiros de cuidado domiciliar podem visitar os pacientes nessas instalações.

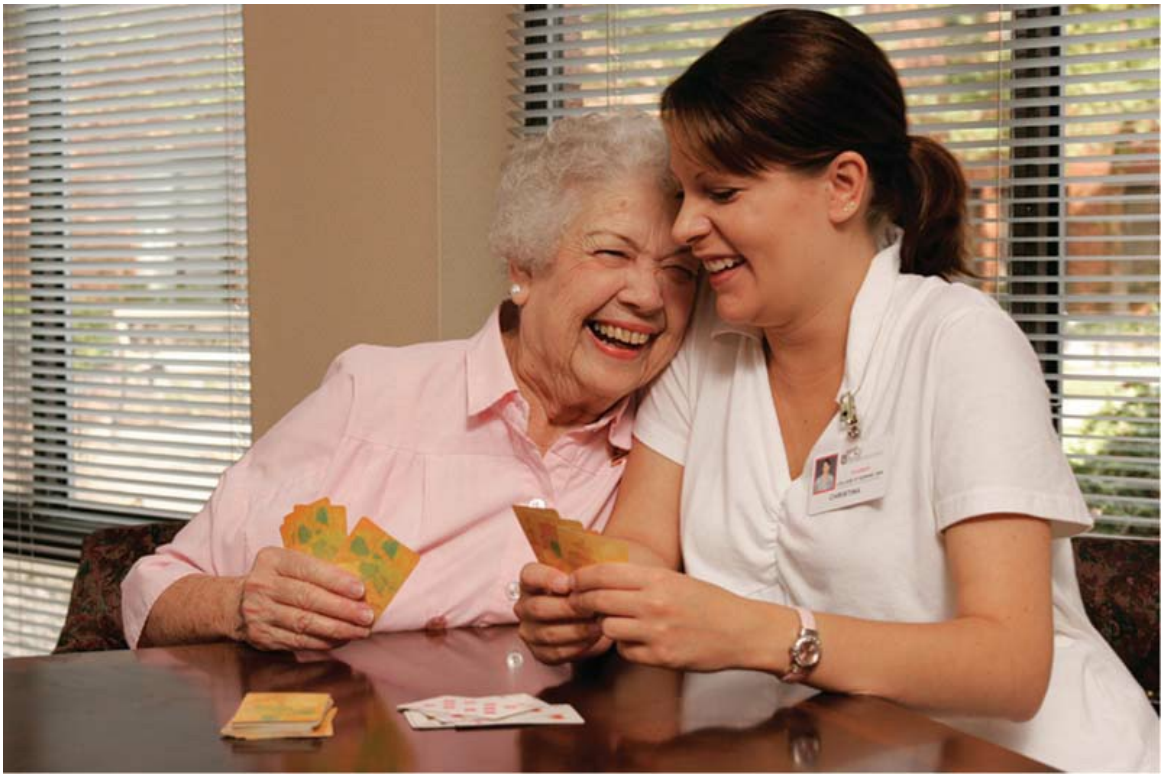


FIGURA 2-2 Proporcionar serviços de enfermagem em instituições de vida diária assistida promove a saúde física e psicossocial.

Infelizmente, a maioria dos residentes das instalações de vida diária assistida paga as instituições com os seus próprios recursos. A média nacional das mensalidades é de US$3.500 por uma unidade particular (NCAL, 2014). Sem um valor máximo de mensalidades estabelecido pelo governo, e pouca regulamentação, essas instituições nem sempre são uma opção para indivíduos com recursos financeiros limitados.

Cuidados *Respite*

A necessidade de cuidado para familiares dentro de uma residência cria grandes problemas físicos e emocionais para familiares cuidadores, especialmente se as pessoas de quem eles cuidam têm limitações físicas ou cognitivas. Um cuidador da família não somente tem a responsabilidade de oferecer cuidado a um ente querido, mas normalmente precisa manter um emprego em tempo integral, cuidar da família e dar conta também da rotina cotidiana. O **cuidado*respite*** é um serviço que proporciona alívio de curto prazo ou uma "pausa" para as pessoas que oferecem cuidado domiciliar para um indivíduo que está doente, deficiente ou frágil (Meiner, 2011). O cuidado *respite* é oferecido no domicílio, em centros de apoio ou instituições de saúde que oferecem cuidado durante a noite. O cuidador da família consegue deixar seu domicílio para desempenhar tarefas ou para um compromisso social enquanto uma pessoa responsável fica na casa para cuidar do ente querido. Há poucos programas formais de cuidado *respite* nos Estados Unidos, em razão do custo. Atualmente, o programa *Medicare* não cobre cuidado *respite*, e o programa *Medicaid* tem exigências rígidas para elegibilidade e os serviços (Sultz e Young, 2014).

Centros de Convivência Diária

Os **centros de convivência** oferecem uma variedade de serviços de saúde e sociais para populações específicas de pacientes na comunidade que moram sozinhos ou com a família. Os serviços oferecidos durante o dia permitem que os familiares mantenham seus estilos de vida e empregos e ainda proporcionem cuidado domiciliar para seus parentes (Meiner, 2011). Centros de convivência são associados a um hospital ou casa de repouso ou existem como centros independentes. Frequentemente os pacientes precisam de cuidado de saúde contínuo (p. ex., fisioterapia ou aconselhamento) enquanto suas famílias ou apoiadores trabalham. Os centros normalmente operam cinco dias por semana em horário comercial e normalmente cobram por diária. Centros de convivência permitem que os pacientes

continuem com mais independência ao morar em casa e, portanto, reduzem potencialmente os custos de cuidado de saúde ao adiar ou evitar a ida de um idoso para um centro de enfermagem. Enfermeiros que trabalham em centros de convivência oferecem continuidade entre o cuidado prestado em casa e no centro. Por exemplo, enfermeiros garantem que os pacientes continuem a tomar a medicação prescrita e administram tratamentos específicos. O conhecimento das necessidades e recursos de uma comunidade é essencial para se proporcionar o apoio adequado ao paciente (Touhy e Jett, 2012).

Hospice

Um ***hospice*** é um sistema de cuidado centrado na família que permite que os pacientes vivam com conforto, independência e dignidade enquanto aliviam as dores de doenças terminais. O foco desses centros é nos cuidados paliativos e não no tratamento curativo (Caps. 33 e 44). O cuidado do ***hospice*** pode ser feito no domicílio do paciente, na internação *hospice* ou em um *hospice* independente. A equipe interdisciplinar do *hospice* trabalha continuamente com o profissional de saúde do paciente para desenvolver e manter um plano de cuidado individualizado direcionado ao paciente. Muitos programas de *hospice* oferecem cuidado temporário, que é importante para manter a saúde do cuidador principal e da família.

Coordenação de Cuidado

Um problema que muitos pacientes enfrentam nos complexos sistemas de cuidado à saúde atuais é a falta de coordenação de cuidado e serviços. A reforma do sistema de saúde estimulou o desenvolvimento de dois modelos que se concentram na coordenação de cuidado médico para pacientes e famílias. No primeiro, organizações responsáveis pelos cuidados de saúde foram criadas para coordenar o cuidado prestado na atenção primária, por médicos especialistas, hospitais e outros profissionais de saúde, com o objetivo de oferecer cuidado coordenado de alta qualidade (Colpas, 2013).

Uma organização responsável pelos cuidados de saúde trabalha arduamente para assegurar que os pacientes recebam cuidado correto no momento correto, sem duplicação de serviços ou incidência de erros médicos (CMS, 2012). Numa organização responsável pelos cuidados de saúde, todos os profissionais de saúde são responsáveis pela qualidade e custo do cuidado oferecido aos pacientes. Enfermeiros são peças-chave nessa organização, atuando como líderes e coordenadores de cuidado (Amara et al., 2013). O segundo modelo de cuidado criado para melhorar a coordenação da atenção é baseado na casa de saúde centrada no paciente (CSCP). O objetivo da CSCP é tornar o cuidado aos pacientes mais eficiente, efetivo, contínuo, abrangente, centrado no paciente e coordenado (Kovner e Knickman, 2011; NCQA, 2014). A CSCP utiliza tecnologia, trabalho em equipe e comunicação efetiva com pacientes para tornar o cuidado culturalmente sensível e acessível, para reunir dados clínicos, promover a participação do paciente na tomada de decisões e monitorar os resultados dos pacientes (NCQA, 2014). O profissional de saúde principal no cuidado à saúde funciona como o polo do CSCP (Sultz e Young, 2014). Relatórios indicam que os pacientes em uma CSCP têm maior acesso a cuidado e que a CSCP ajuda a diminuir disparidades para pacientes de baixa renda (NCQA, 2014).

Questões e mudanças na prestação de serviços de saúde

O clima no cuidado de saúde hoje influencia tanto os profissionais de saúde quanto os consumidores. Como aqueles que oferecem cuidado de saúde são os mais qualificados para mudar o sistema de saúde, você precisa participar integral e efetivamente em todos os aspectos do cuidado de saúde. Uma vez que você enfrenta questões de como manter a qualidade do cuidado de saúde ao mesmo tempo que se reduzem custos, você precisa adquirir conhecimentos, habilidades e valores necessários para praticar de forma competente e eficiente. Também é mais importante do que nunca colaborar com outros profissionais de saúde para desenvolver novas abordagens para prestar serviços de saúde.

Escassez de Enfermeiros

Hoje, há mais de 3,1 milhões de enfermeiros nos Estados Unidos, o que torna a enfermagem a maior profissão de cuidado de saúde do país (American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2011). Apesar de quase 57% dos enfermeiros trabalharem em hospitais médico-cirúrgicos, eles estão envolvidos no cuidado de saúde em todos os níveis, incluindo atenção primária e cuidados preventivos (AACN, 2011). A despeito do grande número de enfermeiros no exercício da prática profissional, projeta-se uma escassez de enfermeiros crítica nos Estados Unidos. Espera-se que essa escassez piore com a necessidade maior de serviços para atender a geração *baby-boomer* que envelhece (AACN, 2014). O Departamento de Trabalho dos Estados Unidos (2013) lista a enfermagem como uma das profissões que mais crescerão até 2022, prevendo que por volta desse ano haverá 1,05 milhão de vagas abertas para enfermeiros. A idade da força de trabalho de enfermagem está aumentando, com mais de 55% da força de trabalho com idade superior a 50 anos (AACN, 2014). Um fator que contribui para a escassez é o crescimento

lento no número de matrículas em escolas de enfermagem, frequentemente devido à carência de corpo docente de enfermagem, limitação de espaço e disponibilidade de instalações clínicas.

Competências

A Pew Health Professions Commission (Comissão de Profissões de Saúde Pew), um grupo nacional e interdisciplinar de líderes nos cuidados de saúde, recomendou 21 competências para os profissionais de saúde no século XXI (Pew Health Professions Commission, 1998). As competências enfatizam a importância do serviço público, cuidado de saúde nas comunidades, e o desenvolvimento de comportamentos eticamente responsáveis. Ao lidar com o desafio contínuo que o sistema de saúde enfrenta, o IOM (2001) identificou cinco comeptências inter-relacionadas que são essenciais para os trabalhadores da saúde no século XXI (Quadro 2-4). Mudar a ênfase para prevenção e gerenciamento coloca importância acentuada nas competências de gerenciamento e coordenação do cuidado, educação do paciente, saúde pública e cuidado transicional (IOM, 2011). O IOM também identificou 10 regras de desempenho importantes para um sistema de saúde seguir atendendo melhor às necessidades dos pacientes (Quadro 2-5) (IOM, 2003). As competências do profissional de saúde são ferramentas excelentes para medir o quão bem um enfermeiro pratica a enfermagem e serve como guia para o desenvolvimento de uma carreira profissional em enfermagem. Um consumidor de cuidado de saúde espera que os padrões de cuidado e prática de enfermagem em qualquer estabelecimento de saúde sejam apropriados, seguros e efetivos. Organizações de saúde asseguram cuidado de qualidade ao estabelecer políticas, procedimentos e protocolos que sejam baseados em evidências e sigam padrões de credenciamento nacionais. Sua responsabilidade é de seguir as políticas e procedimentos e conhecer as normas de prática mais atuais. Competência contínua é responsabilidade sua. Você também é responsável por obter a educação continuada necessária, seguindo um código de ética estabelecido e recebendo certificações em áreas de especialidade.

Quadro 2-4 Competências do Instituto de Medicina para o Século XXI

Proporcione Cuidado Centrado no Paciente

- Reconheça e respeite as diferenças de valores, preferências e necessidades dos pacientes.
- Alivie a dor e o sofrimento.
- Coordene o cuidado contínuo.
- Comunique-se efetivamente com os pacientes e eduque-os.
- Compartilhe a tomada de decisões e o gerenciamento.
- Defenda a prevenção de doenças e a promoção de saúde.

Trabalhe em Equipes Interdisciplinares

- Coopere, colabore e se comunique.
- Integre o cuidado de maneira a assegurar que seja contínuo e confiável.

Utilize a Prática Baseada em Evidências

- Integre as melhores pesquisas com a prática clínica e os valores dos pacientes.
- Participe em atividades de pesquisa sempre que possível.

Dedique-se à Melhoria da Qualidade

- Identifique erros e riscos no cuidado.
- Pratique utilizando princípios básicos do planejamento de segurança.
- Meça a qualidade relativa à estrutura, processo e resultados.
- Planeje e teste intervenções para mudar processos.

Utilize a Informática

- Utilize a tecnologia da informação para se comunicar, gerenciar conhecimentos, reduzir erros e apoiar a tomada de decisões.

Adaptado do Institute of Medicine (IOM): *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington, DC, 2001, National Academies Press; e Institute of Medicine: *Health professions education: a bridge to quality,* Washington, DC, 2003, National Academies Press.

Quadro 2-5 Regras de Desempenho em um Sistema de Saúde Reformulado

1. O cuidado baseia-se em relacionamentos de cura contínuos.
2. O cuidado é individualizado e baseia-se nos valores e necessidades do paciente.
3. O paciente é a origem do controle, participando da tomada de decisões compartilhada.
4. O conhecimento é partilhado e a informação flui livremente.
5. A tomada de decisões baseia-se em evidências; e o cuidado, nos melhores conhecimentos científicos disponíveis.
6. A segurança é uma propriedade do sistema e concentra-se na redução de erros.
7. A transparência é necessária por meio do compartilhamento de informações com pacientes e famílias.
8. As necessidades dos pacientes antecedem o planejamento.
9. O desperdício decresce continuamente.
10. A cooperação e a comunicação entre os clínicos são prioridade.

Adaptado do Institute of Medicine (IOM): *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century,* Washington, DC, 2001, National Academies Press; e Institute of Medicine: *Health professions education: a bridge to quality,* Washington, DC, 2003, National Academies Press.

Qualidade e Segurança no Cuidado de Saúde

Enfermeiros desempenham um papel importante para a qualidade e segurança do cuidado de saúde (Quadro 2-6). Cuidado de saúde de qualidade é "o quanto se aumenta em probabilidade a obtenção dos resultados esperados do cuidado à saúde para indivíduos e

populações de maneira consistente com o conhecimento profissional" (IOM, 2001). Segurança é uma parte importantíssima da qualidade de cuidado de saúde. O NQF (2014) aprovou medidas de desempenho para: melhorar a transparência do cuidado de saúde no que concerne à segurança e à qualidade; assegurar que o cuidado de saúde é mais seguro; cuidado à responsividade dos profissionais de saúde; e gerar informação que ajude as pessoas a tomar decisões de saúde informadas. Exemplos de práticas NQF incluem higiene das mãos, trabalho em equipe, treinamento, prevenção de gripes, prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central, prevenção da infecção do trato urinário relacionada com o uso do cateter, prevenção de lesão por pressão, prevenção de quedas e reconciliação medicamentosa (NQF, 2010). Os profissionais de saúde definem a qualidade dos seus serviços medindo os resultados de saúde que mostram as alterações no estado de saúde do paciente. Exemplos de resultados monitorados são: taxas de reinternação de pacientes que sofreram cirurgias, estado de saúde funcional de pacientes após a alta (p. ex., capacidade para retornar ao trabalho e período de tempo até o retorno) e índices de infecções após cirurgia. Você desempenha um papel importante na coleta e análise de informações de resultados de qualidade.

Quadro 2-6

Prática baseada em evidências

Práticas de Relatórios de Fim de Turno e Satisfação do Paciente

Questão PICO: A prática de relatórios de passagem de turno junto ao leito do paciente, *versus* relatórios tradicionais, melhora a satisfação do paciente adulto hospitalizado?

Resumo das Evidências

O relatório de passagem de turno é uma atividade de enfermagem

importante que permite que enfermeiros compartilhem informações sobre pacientes de tal maneira que o cuidado de enfermagem possa ser proporcionado de forma segura e competente.

Historicamente, os relatórios de passagem de turno aconteciam no posto de enfermagem ou numa sala de reuniões e não incluíam os pacientes (Radtke, 2013). Dentre os esforços para melhorar a comunicação entre enfermeiros, o relatório de enfermagem mudou-se para junto ao leito do paciente, e inclui o paciente. O relatório de passagem de turno ou junto ao leito permite que os pacientes recebam informações sobre seus cuidados e façam perguntas (Dempsey et al., 2014). A satisfação do paciente com a comunicação enfermeiro-paciente é um fator-chave nos levantamentos de satisfação do paciente. A troca de turno junto ao leito é reconhecida pelos pacientes como uma atividade que melhora a comunicação enfermeiro-paciente e envolve o paciente na tomada de decisões relacionada ao seu cuidado (Cairns et al., 2013; Dempsey et al., 2014; Radtke, 2013). A melhoria da comunicação enfermeiro-paciente tem um efeito direto na melhoria da satisfação do paciente (Dempsey et al., 2014).

Aplicação a Cuidado de Enfermagem

- Utilize um relatório-padrão para assegurar que todas as informações do paciente pertinentes são comunicadas para o enfermeiro do próximo turno.
- Responda a todas as perguntas do paciente durante o relatório de troca de turno junto ao leito.
- Utilize o relatório de passagem de turno junto ao leito como um momento de dar a seus pacientes informações relativas à alta (Dempsey et al., 2014).
- Encoraje os pacientes a participar da tomada de decisões relativa a seu cuidado.

Programas de **recompensa por desempenho** e relatórios públicos das informações qualitativas de hospitais foram criados para

promover cuidado de saúde de qualidade, efetivo e seguro por parte dos médicos e das organizações de saúde. Esses programas são estratégias para a melhoria da qualidade que premiam a excelência por meio de incentivos financeiros para motivar mudanças com o intuito de alcançar melhorias mensuráveis. Os enfermeiros desempenham um papel importante no auxílio aos hospitais para conseguirem as mensurações em prol da qualidade, eficiência e satisfação do paciente. Frequentemente você é o profissional dos cuidados que assegura que as mensurações de desempenho aconteçam. Algumas organizações de saúde usam cartões de pontuação para relatar informações sobre os seus indicadores-chave de desempenho. Esses *cartões* são comunicados publicamente de tal forma que os consumidores de cuidado de saúde possam utilizar as informações para escolher serviços de saúde.

Mais e mais instituições de saúde estão focadas na melhoria dos processos como uma maneira de melhorar a qualidade e a segurança. Muitas usam estratégias como Seis Sigma, Lean Seis Sigma, ou Mapeamento do Fluxo de Valor. Seis Sigma é uma abordagem orientada por dados para melhoria de processos que reduz as variações nos processos. Por exemplo, uma enfermaria cria um projeto para coletar informações sobre o processo de administração da primeira dose de um quimioterápico prescrito. A auditoria revela atrasos no transporte da droga da farmácia para a enfermaria. Utilizando o Seis Sigma, a informação coletada é analisada e identificam-se os passos desnecessários do processo. Com base nessa análise, o processo é racionalizado para reduzir o tempo do pedido até a administração da droga. O Lean Seis Sigma e o Mapeamento do Fluxo de Valor são outros dois métodos para melhoria de processos pelo estudo de cada passo de um processo para determinar se o passo adiciona valor e reduz os tempos, custos e recursos da organização de saúde (Carey, 2010). O objetivo de ambos é eliminar passos desnecessários e custosos que não adicionam valor, de forma a reduzir desperdícios.

Planos de saúde por todos os Estados Unidos dependem do Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS – Conjunto

de Informações e Dados sobre a Efetividade de Cuidado de Saúde) como uma mensuração de qualidade. O National Committee for Quality Assurance (NCQA – Comitê Nacional para Garantia de Qualidade) criou o HEDIS para coletar diversos dados, de forma a medir a qualidade do cuidado e dos serviços oferecidos por planos de saúde diferentes. É o banco de dados escolhido para os *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS – Centros dos Serviços *Medicare* e *Medicaid*). O HEDIS compara o desempenho dos planos de saúde com medições por oito domínios de cuidados nas áreas-chave de qualidade e efetividade do cuidado, acesso a cuidado e satisfação do paciente com o plano de saúde e os médicos (NCQA, 2015). Para fins de credenciamento, o TJC exige que as organizações de saúde determinem o quanto a organização atende às necessidades e expectativas dos pacientes. As organizações estão utilizando resultados tais como satisfação de consumidores para reformular como eles gerenciam e oferecem o cuidado, com vistas na melhoria da qualidade no longo prazo.

Satisfação dos Pacientes

Todas as organizações de saúde importantes medem certos aspectos da satisfação dos pacientes. O Hospital Consumer of Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS – Consumidor Hospitalar de Avaliações dos Sistemas e Profissionais de Saúde) é um levantamento padronizado desenvolvido para medir as percepções do paciente de sua experiência hospitalar (HCAHPS, 2013). O HCAHPS foi desenvolvido pelo CMS e pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ – Agência de Pesquisa e Qualidade em Cuidado de Saúde) como uma maneira dos hospitais coletarem e relatarem publicamente dados com fins de comparação. O levantamento é feito com uma amostragem aleatoriamente selecionada de adultos que tenham tido alta hospitalar entre 48 horas e seis semanas atrás. O levantamento telefônico faz perguntas aos pacientes sobre a comunicação com enfermeiros e médicos, responsividade da equipe do hospital, gerenciamento de dor, comunicação sobre medicamentos, planejamento de alta, limpeza e tranquilidade do ambiente, satisfação

global e a disposição para recomendar o hospital (HCAHPS, 2013).

Cuidado de saúde centrado no paciente e na família é uma abordagem para os serviços de cuidado de saúde que constrói relacionamentos entre os profissionais de cuidado de saúde, pacientes e família. Essa abordagem leva a resultados melhorados e a mais satisfação do paciente e da família (IPFCC, 2010). Identificar as expectativas, conhecimentos, preferências, crenças culturais e valores do paciente e sua família é parte importante do cuidado centrado no paciente (IPFCC, 2010; QSEN, 2014). Conceitos de **cuidado centrado no paciente** incluem respeito e dignidade, compartilhamento de informações, participação no cuidado e nas decisões de cuidado e colaboração (IPFCC, 2010). Ao aprender cedo as expectativas do paciente com relação à informação, conforto e disponibilidade da família e amigos, você é capaz de planejar melhor a assistência. Pergunte sobre as expectativas do paciente logo que ele dá entrada num estabelecimento de saúde, durante o cuidado contínuo e quando o paciente recebe alta. Pesquisas normalmente ajudam a explicar a relação entre expectativas e satisfação dos pacientes. Melhorar os relacionamentos por meio de ações de enfermagem, tais como perguntar sobre as expectativas dos pacientes, explicar os cuidados, ser atencioso e prestativo, envolver os pacientes no cuidado e proporcionar cuidado oportuno, aumenta a satisfação do paciente (Jeffs et al., 2013; Reck, 2013). Um Conselho Deliberativo do Paciente e sua Família é uma estratégia efetiva na obtenção de feedbacks para desenvolver cuidado centrado no paciente e sua família (IPFCC, 2010).

O Programa Reconhecimento Magneto (*Magnet Recognition*)

O American Nurses Credentialing Center (ANCC – Centro Americano de Credenciamento de Enfermeiros) criou o Programa Reconhecimento Magneto (*Magnet Recognition*) para reconhecer as organizações de saúde que alcançam a excelência na prática de enfermagem (ANCC, 2014b). Nos Estados Unidos, aproximadamente 7% das organizações de saúde foram agraciadas com a certificação

Magneto (ANCC, 2013). Organizações de saúde que se candidatam à certificação Magneto devem demonstrar ter cuidado de pacientes com qualidade, excelência na enfermagem e serem inovadoras na prática profissional. O ambiente de trabalho profissional precisa permitir que os enfermeiros pratiquem com um sentimento de empoderamento e autonomia para prestar cuidado de enfermagem de qualidade. O modelo Magneto reformulado tem cinco componentes impactados por questões globais que desafiam a enfermagem atualmente (ANCC, 2014a). Os cinco componentes são: Liderança Transformacional; Empoderamento Estrutural; Prática Profissional Exemplar; Novos Conhecimentos, Inovação e Melhorias; e Resultados Empíricos de Qualidade (Quadro 2-7). As instituições obtêm a certificação Magneto através de um processo de avaliação que exige que elas apresentem evidências que demonstrem a conquista das 14 forças de magnetismo. A certificação Magneto exige que os enfermeiros coletem dados sobre indicadores de qualidade ou resultados específicos, sensíveis à enfermagem, e comparem seus resultados com um banco de dados regional, estadual ou nacional, para demonstrar a qualidade do cuidado.

Quadro 2-7 Modelo e Forças do Magnetismo

Componentes do Modelo Magneto	Forças do Magnetismo
Liderança Transformacional — Uma visão para o futuro e os sistemas e recursos para alcançar a visão são criados por líderes de enfermagem.	• Qualidade da Liderança de Enfermagem • Estilo de Gerenciamento
Empoderamento Estrutural — Estruturas e processos proporcionam um ambiente inovador no qual se desenvolve e se empodera a equipe, e a prática profissional prospera.	• Estrutura Organizacional • Políticas e Programas de Recursos Humanos • Comunidade e Organização de Saúde • Imagem da Enfermagem •

	Desenvolvimento Profissional
Prática Profissional Exemplar — Estabelece-se sólida prática profissional e demonstram-se as conquistas da prática.	• Modelos de Cuidado Profissional • Discussões e Recursos • Autonomia • Enfermeiros como Educadores • Relacionamento Interdisciplinar
Novos Conhecimentos, Inovações e Melhorias — Contribui-se para a profissão com novos modelos de cuidado, uso dos conhecimentos existentes, geração de novos conhecimentos e contribuições para a ciência da enfermagem.	• Melhoria da Qualidade
Resultados Empíricos de Qualidade — O foco é na estrutura e nos processos, e na demonstração de resultados positivos clínicos, da força de trabalho, do paciente e da organização.	• Qualidade do Cuidado

Adaptado do American Nurses Credentialing Center (ANCC): *Magnet program overview*, 2014b, http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview. Acesso em 1° de julho de 2015.

Resultados Sensíveis à Enfermagem

Resultados sensíveis à enfermagem são resultados de pacientes e características da força de trabalho da enfermagem que estão diretamente relacionados a cuidado de enfermagem, tais como mudanças nos sintomas, estado funcional, segurança, distúrbios psicológicos, satisfação com o trabalho do enfermeiro, dedicação do enfermeiro em horas diárias e custos dos pacientes. Como enfermeiro, você assume a responsabilidade e a responsividade de alcançar e aceitar as consequências desses resultados. A American Nurses Association desenvolveu o National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI – Banco de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem) para medir e avaliar resultados sensíveis à enfermagem, com o propósito de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado (NDNQI, 2015) (Quadro 2-8). O NDNQI divulga trimestralmente os resultados do desempenho de enfermagem no atendimento nas enfermarias. Essa iniciativa

proporciona um banco de dados para que os hospitais comparem seu desempenho com o desempenho nacional da enfermagem. A avaliação dos resultados dos pacientes e das características da força de trabalho de enfermagem permanece importante para a enfermagem e o sistema de cuidado de saúde. O Capítulo 5 descreve métodos de mensuração de resultados.

Quadro 2-8 Indicadores de Qualidade da Enfermagem

- Quedas de pacientes/quedas com lesões
- Quedas em ambientes ambulatoriais
- Lesões por pressão — adquiridas no hospital, adquiridas na unidade
- Índices de incidência de lesão por pressão a partir do prontuário eletrônico (RSE)
- Diferenças de qualificação (enfermeiro resgistrado [ER], técnicos de enfermagem [TE], auxiliares de enfermagem (AE) — unidades hospitalares, departamento de emergência (DE), unidades perioperatórias e perinatais.
- Horas de enfermagem por paciente, por dia
- Horas de cuidado de enfermagem em DE e unidades perioperativas e perinatais
- Levantamento sobre satisfação do enfermeiro no trabalho e escala no ambiente de prática
- Educação e certificação dos enfermeiros
- Intervenção na avaliação da dor/ciclo de reavaliação da dor
- Índices de reinternação hospitalar
- Agressões físicas/abuso sexual
- Limitações físicas
- Rotatividade de enfermeiros
- Pneumonias e infecções adquiridas no hospital associadas à ventilação, infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateter

venoso central e infecções do trato urinário relacionadas com o uso do cateter.

Dados da National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI): *Turn nursing quality insights into improved patient experiences*, 2015. http://pressganey.com/ourSolutions/performance-and-advanced-analytics/clinical-business-performance/nursing-quality-ndnqi. Acesso em 1° de julho de 2015.

Por causa da importância dos resultados sensíveis à enfermagem, a AHRQ financiou diversas pesquisas de enfermagem que investigam a relação entre os níveis da equipe de enfermagem e resultados adversos em pacientes. Essas pesquisas encontraram uma correlação entre o quanto mais alto é o nível de qualificação dos enfermeiros na equipe hospitalar e o quanto menores são os resultados negativos de pacientes. Por exemplo, a incidência de pneumonia adquirida no hospital foi muito sensível aos enferneiros presentes na equipe hospitalar (AHRQ/USDHHS, 2008). Adicionando-se apenas 30 minutos de cuidados pelos enfermeiros por paciente por dia à equipe hospitalar, reduziu-se enormemente a incidência de pneumonia em pacientes no pós-operatório. Essas pesquisas também descobriram que aumentar o nível de qualificação dos enfermeiros entre o pessoal de enfermagem também gerou um impacto positivo na satisfação dos enfermeiros. Pesquisas futuras irão investigar como a carga de trabalho dos enfermeiros afeta a segurança dos pacientes e como as condições de trabalho afetam a segurança medicamentosa. Medir e monitorar os resultados sensíveis à enfermagem revelam as intervenções que melhoram os resultados dos pacientes. Serviços de saúde e enfermeiros utilizam resultados sensíveis à enfermagem para melhorar a carga de trabalho dos enfermeiros, aumentar a segurança dos pacientes e desenvolver políticas sólidas de saúde e de prática de enfermagem.

A Informática na Enfermagem e Avanços Tecnológicos

O Quality and Safety Education for Nurses (QSEN – Educação de

Enfermagem de Qualidade e de Segurança) identificou a informática como uma competência dos enfermeiros (QSEN, 2014). A **informática na enfermagem** "utiliza informação e tecnologia para comunicar, gerenciar conhecimentos, mitigar erros e apoiar a tomada de decisão" (QSEN, 2014).

Dados são peças individualmente distintas da realidade. Exemplos de dados que os enfermeiros coletam e utilizam para oferecer cuidado de saúde seguro incluem a pressão arterial de um paciente ou a medição da ferida de um paciente. Enfermeiros obtêm *informações* quando organizam, estruturam ou interpretam dados. Você utiliza informação quando observa tendências na pressão arterial de um paciente nas últimas 24 horas ou quando avalia as mudanças no tamanho de uma ferida nas últimas três semanas. O conhecimento se desenvolve quando você combina e identifica relações entre diferentes peças de informação. Por exemplo, você sabe que a dieta exerce um papel importante no controle da pressão arterial e cicatrização de feridas. Você utiliza esses conhecimentos para educar os pacientes sobre o risco de desenvolver pressão alta, para limitar o seu consumo de sal, e para educar os pacientes com feridas sobre a importância de adotar uma dieta equilibrada que inclua quantidades adequadas de proteínas, vitaminas e minerais. Conhecimento e capacitação em informática também proporcionam a competência para acessar boas fontes eletrônicas de informação de saúde para planejar e coordenar o cuidado ao paciente (QSEN, 2014). O foco da informática na enfermagem não é a tecnologia ou o computador, mas sim a organização, análise e disseminação de informação (ANA, 2008). O Capítulo 26 traz uma revisão completa de como a informática na enfermagem melhora a forma com que os enfermeiros oferecem cuidado de saúde, por meio do prontuário eletrônico.

Avanços na tecnologia estão sempre evoluindo. As pessoas trabalham, se divertem e veem o mundo de maneira muito diferente, graças a esses avanços. Avanços tecnológicos influenciam onde e como você oferece cuidado aos pacientes e o ajuda a prestar cuidados baseados em evidências (Simpson, 2012). Equipamentos sofisticados, como aparelhos eletrônicos de infusão IV, telemetria cardíaca (um

aparelho que monitora os batimentos cardíacos do paciente onde quer que ele esteja na enfermaria) e sistemas de dispensação de medicamentos computadorizados (Cap. 32) são apenas alguns poucos exemplos que mudaram o cuidado de saúde. A tecnologia torna seu trabalho mais fácil de muitas maneiras, mas ela não substitui o julgamento de enfermagem. Por exemplo, é responsabilidade sua, ao gerenciar a terapia IV do paciente, monitorar a infusão para se certificar de que está sendo feita a tempo e sem complicações. Um aparelho de infusão eletrônica fornece uma taxa de infusão constante, mas você deve se certificar de que calculou a taxa corretamente. O aparelho aciona o alarme se a infusão fica mais lenta, e é importante que você responda ao alarme e solucione o problema. A tecnologia não substitui seu olhar crítico e julgamento clínico. Surgem desafios quando as tecnologias criam sistemas ou usos de cuidado ineficientes ou necessitam de reparos.

A telemedicina ou telessaúde é uma tecnologia emergente que é utilizada para melhorar os resultados dos pacientes. Na telemedicina, os profissionais de saúde e enfermeiros utilizam prontuários eletrônicos e videoteleconferências para prestar cuidado de saúde de um lugar remoto (Mullen-Fortino et al., 2012). Sinais vitais e outros tipos de avaliação fisiológica são transmitidos para o monitoramento do estado de saúde do paciente (Radhakrishanan e Jacelon, 2012). A educação em saúde do paciente e da família e a aquisição de competências de autocuidado do paciente são outros exemplos de intervenções feitas por meio da telessaúde ou telemedicina. Descobriu-se que telessaúde é uma ferramenta efetiva para promover autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca (Radhakrishanan e Jacelon, 2012) e que melhorou os índices de sobrevivência de pacientes em UTI (Mullen-Fortino et al., 2012).

A tecnologia também afeta a maneira como nos comunicamos com os outros. Computadores pessoais, telefones celulares e tablets nos permitem comunicar e partilhar informações ou dados com outras pessoas, em diferentes formatos, por todo o mundo. As pessoas esperam receber informações precisas com o desenvolvimento das tecnologias. Gerenciar a comunicação, a informação e os dados é

atividade desafiadora no cuidado de saúde. Agências de saúde utilizam dados para mensurar seus resultados e melhorar o cuidado do paciente. Órgãos de credenciamento, seguradoras privadas e os programas *Medicare*/*Medicaid*, todos exigem a coleta e a divulgação de dados precisos. Além disso, você precisa de informações precisas e atualizadas para tomar as melhores decisões sobre o cuidado do paciente. Portanto, é mister que você ajude as agências de cuidado de saúde a desenvolver uma maneira efetiva de gerenciar a coleta, interpretação e distribuição da informação.

Os enfermeiros precisam desempenhar um papel na avaliação final e implementação de novos avanços tecnológicos. Você utiliza tecnologia e informática para melhorar a efetividade do cuidado de enfermagem, aumentar a segurança, e melhorar os resultados dos pacientes. E o mais importante, é essencial que você se lembre de que o foco do cuidado de enfermagem não é a máquina ou a tecnologia, e sim o paciente. Portanto, você precisa constantemente se conectar com e atender seus pacientes e se assegurar de que a dignidade e direitos deles são preservados em todos os níveis de cuidado.

Globalização do Cuidado de Saúde

Globalização, a crescente conectividade da economia, cultura e tecnologia mundiais, é uma das forças de reformulação do sistema de saúde (Oulton, 2012). Avanços na comunicação, principalmente através da internet, permitem que enfermeiros, pacientes e outros profissionais de saúde conversem com pessoas no mundo todo sobre questões de saúde. Comunicação melhorada, viagens aéreas mais acessíveis e diminuições de restrições de comércio estão tornando mais fácil para as pessoas praticar o "turismo de saúde". Turismo de saúde é viajar para outras nações para buscar cuidado de saúde.

Muitos problemas afetam o estado de saúde das pessoas em todo o mundo. Por exemplo, a pobreza é ainda mais letal que qualquer doença e é a causa de morte mais frequente no mundo, atualmente. Ela aumenta as disparidades dos serviços de saúde nas populações vulneráveis (Finkelman e Kenner, 2010). Nações e comunidades que vivenciam a pobreza têm acesso limitado a vacinas, água limpa e

cuidado médico básico. O crescimento da urbanização também está afetando a saúde global, atualmente. Conforme as cidades se tornam mais densamente povoadas, problemas de poluição, barulho, superlotação, água inadequada, descarte impróprio de resíduos e outros riscos ambientais se tornam mais aparentes. Crianças, mulheres e idosos são as **populações vulneráveis** mais ameaçadas pela urbanização. Enfermeiros trabalham para melhorar a saúde de todas as populações (Finkelman e Kenner, 2010). Apesar da globalização do comércio, viagens e cultura, mais disponibilidade dos serviços de saúde, tornou-se mais comum a propagação de doenças transmissíveis, tais como ebola, tuberculose e várias síndromes respiratórias agudas. Por fim, os resultados das mudanças ambientais globais e os desastres afetam a saúde. Mudanças no clima e desastres naturais ameaçam o abastecimento de alimentos e frequentemente permitem que doenças infecciosas se alastrem mais rapidamente.

Você precisa entender como a comunicação mundial e a globalização do cuidado de saúde influenciam a prática de enfermagem. Os consumidores de cuidado de saúde exigem qualidade e serviços, e se tornaram mais informados. Eles frequentemente já pesquisaram na internet sobre suas preocupações de saúde e condições médicas. Também usam a internet para escolher seus profissionais de saúde. Como resultado da globalização, os profissionais de saúde têm de tornar seus serviços mais acessíveis. Por causa dos avanços da comunicação, enfermeiros e outros profissionais de saúde praticam para além das fronteiras estaduais e nacionais. Em resposta à escassez de enfermeiros no início da década de 2000, as instituições de saúde contrataram enfermeiros do mundo todo para trabalhar nos Estados Unidos. Foi um esforço para continuar a oferecer cuidado de saúde seguro e de qualidade. Essa tendência ainda é esperada, para se preencher vagas de enfermagem. A migração de enfermeiros de seus países de origem para outros países frequentemente deixa o país natal com recursos insuficientes para atender às próprias necessidades de saúde (Nichols et al., 2010). A contratação de enfermeiros de outras nações exigiu dos hospitais americanos que entendessem e trabalhassem melhor com enfermeiros

de outras culturas e com necessidades diferentes.

Como uma liderança do cuidado de saúde, permaneça atento ao que acontece em sua comunidade, nação e ao redor do mundo. O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), sediado na Suíça, representa a enfermagem em todo o mundo. A missão do CIE é representar a enfermagem no mundo, melhorando a profissão e influenciando a política de saúde. Ele procura cumprir sua missão melhorando a saúde dos indivíduos, populações e sociedades (ICN, 2015). Os objetivos do CIE são: unir a enfermagem, melhorar a profissão de enfermagem e influenciar as políticas de saúde em todo o mundo (ICN, 2015). O foco principal do cuidado de enfermagem ajuda os enfermeiros a lidar com as questões apresentadas pela globalização. Enfermeiros e a profissão de enfermagem são capazes de superar essas questões trabalhando juntos para melhorar a educação de enfermeiros em todo o mundo, manter enfermeiros e recrutar pessoas para atuarem como enfermeiros, e sendo defensores das mudanças que irão melhorar o cuidado de saúde. Esteja preparado para questões futuras de cuidado de saúde. A globalização influenciou muitas outras indústrias. Como líder, a enfermagem tem de assumir o controle e ser proativa no desenvolvimento de soluções antes que alguém fora da enfermagem assuma o controle.

Melhoria dA qualidade e dO desempenho

Toda organização de saúde reúne dados sobre uma série de resultados de mensurações de saúde de maneira a calibrar e melhorar a qualidade do cuidado. Esse é o foco do gerenciamento de resultados. Exemplos de dados de qualidade incluem índices de queda, número de erros médicos, incidência de lesões por pressão e índices de infecção. Organizações de saúde promovem esforços de maneira ativa para melhorar o cuidado e os resultados de pacientes, particularmente com respeito à redução de erros médicos e ao aumento da segurança dos pacientes. Dados de qualidade são resultados tanto das iniciativas de melhoria da qualidade (MQ) quanto das iniciativas de melhoria do desempenho (MD). **Melhoria da qualidade (MQ)** é uma abordagem para o estudo e melhoria contínua dos processos de serviços de saúde para satisfazer as necessidades dos pacientes e outros, e informar a política de saúde. O programa de MQ de uma instituição concentra-se na melhoria dos processos associados a cuidado de saúde (p. ex., administração de medicamentos ou prevenção de quedas). Mensurações de desempenho analisam o que uma instituição faz e o quão bem ela o faz. Com a **melhoria do desempenho (MD)**, uma organização analisa e avalia o desempenho atual e utiliza os resultados para desenvolver ações focadas de melhoria. Atividades de MD comumente são projetos clínicos concebidos em resposta a problemas clínicos identificados e desenhados para utilizar descobertas de pesquisa para melhorar a prática clínica (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014).

Dados de MQ informam sobre como os processos funcionam dentro de uma organização e, portanto, oferecem informações sobre como fazer mudanças nas PBE (Cap. 5). Quando se implementa um projeto de pesquisa, PBE e MQ podem informar sobre oportunidades de pesquisa. Melhorias de ciclo rápido são mensuradas através da MQ e frequentemente identificam lacunas nas evidências. Similarmente, a

revisão de literatura da PBE frequentemente identifica lacunas em evidências científicas. Quando se implementa um projeto de MQ, consideram-se informações de pesquisa e PBE que objetivam melhorar ou entender melhor a prática, identificando-se, assim, processos dignos de serem avaliados. A seguir, um exemplo de como os três processos podem se fundir para melhorar a prática de enfermagem. Uma enfermaria apresentou aumento no número de quedas de pacientes nos últimos meses. Dados de MQ identificam o tipo de paciente que cai, hora do dia das quedas e possíveis fatores de desencadeamento (p. ex., esforços para chegar ao banheiro, medicações múltiplas ou confusão dos pacientes). Uma análise completa de dados de MQ leva os clínicos a fazer uma revisão da literatura e implementar as melhores evidências disponíveis para prevenir quedas de pacientes para o tipo de paciente da unidade. Uma vez que a equipe aplica a evidência em um protocolo de prevenção de quedas, eles (os clínicos) implementam o protocolo (neste caso, concentrando esforços de cuidado em abordagens noturnas) e avaliam seus resultados. Problemas recorrentes com quedas levam a equipe a conduzir pesquisas específicas ao problema.

Programas de Melhoria da Qualidade

Um programa de MQ bem organizado concentra-se em processos ou sistemas que contribuem para resultados de pacientes, da equipe ou do sistema. Uma abordagem sistemática assegura que todos os funcionários apoiam uma filosofia contínua de MQ. Uma cultura organizacional em que todos os membros da equipe entendem suas responsabilidades frente à manutenção e melhoria da qualidade é fundamental. No cuidado de saúde, comumente muitos indivíduos estão envolvidos num único processo de cuidado. Por exemplo, a administração de medicamentos envolve o enfermeiro que prepara e administra medicamentos, o profissional de saúde que prescreve a medicação, o farmacêutico que prepara a dosagem, o secretário que comunica os novos pedidos e o transportador que entrega os medicamentos. Todos os membros da equipe de saúde trabalham juntos nas atividades de MQ. Como um membro da equipe de

enfermagem, você participa reconhecendo tendências na prática, identificando quando problemas recorrentes acontecem e criando oportunidades de melhoria da qualidade do cuidado.

O processo de MQ começa no nível da equipe, onde os problemas são definidos pela equipe. Isso exige membros de equipe que conheçam as normas ou manuais de prática que definem qualidade. Comitês de MQ da unidade revisam serviços ou atividades considerados os mais importantes ao se oferecer cuidados de qualidade para os pacientes. Para identificar a maior oportunidade de se melhorar a qualidade, os comitês consideram atividades de grande volume (que representem mais do que 50% da atividade de uma unidade), de alto risco (com potencial de trauma ou morte) e áreas com problemas (potenciais para paciente, equipe ou instituições). Os National Patient Safety Goals (Objetivos Nacionais de Segurança de Pacientes) anuais da TJC proporcionam outro foco para os comitês de MQ explorarem e identificarem áreas com problemas (TJC, 2015). Às vezes, o problema é apresentado ao comitê sob a forma de um evento sentinela (ou seja, uma ocorrência inesperada envolvendo morte ou sérios danos físicos ou psicológicos). Uma vez que o comitê defina o problema, aplica-se um modelo formal para explorar e solucionar questões de qualidade. Há muitos modelos para MQ e MD. Um modelo é o ciclo PDSA:

*P*lanejar — Revisar dados disponíveis para entender as condições de prática existentes ou problemas, para identificar as necessidades de mudança.

*D*eterminar o que fazer — Selecionar uma intervenção na base dos dados revisados e implementar a mudança.

*D*isposição para estudar *study* — Estudar (avaliar) os resultados das mudanças.

*A*gir — Se a mudança no processo for bem-sucedida, com resultados positivos, aja sobre as práticas incorporando-as à atuação diária da unidade.

Seis Sigma ou Lean é outro modelo de MQ. Nesse modelo, as organizações avaliam os processos cuidadosamente para reduzir custos, melhorar a qualidade e as receitas e fomentar o trabalho de

equipe ao utilizar os talentos dos funcionários existentes e recursos mínimos. Numa organização enxuta, todos os funcionários são responsáveis e responsivos na integração das metodologias e ferramentas de MQ ao trabalho diário (DelliFraine et al., 2014; Kimsey, 2010).

Algumas organizações utilizam um modelo de MQ chamado de melhoria de ciclo rápido ou evento de melhoria rápida (EMR). EMR são muito intensos, normalmente eventos que duram a semana toda, em que um grupo se reúne para avaliar um problema com o objetivo de fazer mudanças radicais nos processos atuais (Kimsey, 2010). As mudanças são implementadas num espaço de tempo muito curto. Os efeitos das mudanças são mensurados rapidamente, os resultados são avaliados e outras mudanças são feitas, caso necessário. O uso do EMR é apropriado quando há um problema grave que afeta enormemente a segurança dos pacientes e precisa ser resolvido rapidamente (DelliFraine et al., 2014).

Uma vez que um comitê de MQ faça uma mudança da prática, é importante comunicar os resultados à equipe em todos os departamentos organizacionais apropriados. Mudanças de prática provavelmente não serão duráveis se o comitê de MQ falhar ao informar as descobertas e resultados das intervenções. Discussões regulares sobre as atividades de MQ em reuniões da equipe, boletins e memorandos são boas estratégias de comunicação. Frequentemente, estudos de MQ revelam informações que motivam uma mudança em toda a organização. Uma organização é responsável por responder ao problema com os recursos apropriados. Revisões de políticas e procedimentos, modificações nos padrões de cuidado e implementação de novos serviços de apoio são exemplos de maneiras como a organização responde.

O futuro do cuidado de saúde

Qualquer discussão sobre o sistema de saúde deve começar com a questão da mudança. A mudança é frequentemente assustadora, mas ela também cria oportunidades de melhoria. A questão primordial na concepção e prestação de serviços de saúde é assegurar a saúde e o bem-estar da população. O cuidado de saúde nos Estados Unidos e em todo o mundo não é perfeito. Frequentemente os pacientes não têm seguro ou têm coberturas insuficientes, e não têm acesso aos serviços necessários. Entretanto, organizações de cuidados de saúde estão tentando se tornar mais bem preparadas para lidar com os desafios. Cada vez mais elas mudam a maneira de prover serviços, reduzindo custos desnecessários, melhorando o acesso ao cuidado e tentando prover cuidados de alta qualidade aos pacientes. A enfermagem profissional é um agente importante no futuro do cuidado de saúde. As soluções necessárias para melhorar a qualidade do cuidado de saúde dependem amplamente da participação ativa dos enfermeiros.

No Brasil, o sistema de saúde brasileiro recebe a denominação Sistema Único de Saúde (SUS), desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Os artigos 196 a 200, seção II, da Saúde determinam que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Essas ações e serviços possuem relevância pública integrada por uma rede regionalizada e hierarquizada, porém gerenciada sob a lógica de um sistema único. As diretrizes dessa organização envolvem os seguintes princípios: da descentralização com direção única nas esferas dos governos federal, estadual e municipal; o atendimento integral de saúde, priorizando-se as atividades preventivas sem prejuízo para os

serviços assistenciais e a participação da comunidade. O financiamento do Sistema Único de Saúde é garantido, precipuamente, pelos recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A iniciativa privada participa do sistema único de modo complementar sendo por ele regulado. Como competências do SUS destacam-se: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A regulamentação do SUS ocorreu por meio de duas Leis Orgânicas de Saúde, a de n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e a Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde.

Fonte:

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 de setembro de 2016.

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 de setembro de 2016.

Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 16 de setembro de 2016.

Pontos-chave

- Custos crescentes e reembolsos reduzidos estão forçando as instituições de saúde a prestar serviços de saúde de maneira mais eficiente, sem sacrificar a qualidade.
- O sistema de reembolsos prospectivos do programa *Medicare* baseia o pagamento em cálculo do GDR.
- Níveis de cuidado de saúde descrevem a variedade de serviços e estabelecimentos em que o cuidado de saúde está disponível para pacientes em todos os estados de saúde e de doença.
- A promoção de saúde acontece em casa, no trabalho e em ambientes comunitários.
- Enfermeiros enfrentam os desafios de manter as populações saudáveis e bem em suas próprias casas e comunidades.
- Programas de saúde baseados na comunidade que são bem-sucedidos constroem relacionamentos com a comunidade e incorporam fatores culturais e ambientais.
- Pacientes hospitalizados estão agudamente doentes, exigindo uma melhor coordenação de serviços, antes da alta.
- O objetivo da reabilitação é permitir que os indivíduos retornem para um nível funcional normal ou quase normal após uma doença, lesão ou dependência química que afetem o indivíduo física ou mentalmente.
- Agências de cuidado de saúde domiciliar oferecem uma ampla

variedade de serviços de saúde com ênfase no paciente e na independência da família.

- Os planos de alta têm início na admissão de um paciente à unidade de saúde e ajudam na transição do cuidado de saúde de um ambiente para outro.
- Organizações de saúde são avaliadas com base em resultados tais como prevenção de complicações, resultados funcionais do paciente e satisfação do paciente.
- Os enfermeiros precisam permanecer informados e proativos sobre as questões do sistema de saúde para proporcionar cuidado de qualidade ao paciente e influenciar a saúde positivamente.
- Proporcionar cuidado centrado no paciente e na família é um componente-chave para a satisfação do paciente.
- Uma análise completa de dados de MQ leva os clínicos a entender os processos de trabalho e as necessidades de mudança de prática.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Um centro comunitário está apresentando um programa liderado por enfermeiros sobre Proteção do Paciente e Lei de Cuidados a Custos Acessíveis (*Affordable Care Act*). Que afirmação feita por um participante indica a necessidade de treinamento adicional?
    1. "Minha pequena empresa agora vai ter de oferecer seguro de saúde aos 75 empregados ou pagar uma multa."
    2. "Enquanto meu filho for um estudante em tempo integral em uma faculdade, vou poder mantê-lo no meu seguro de saúde até que ele faça 26 anos."
    3. "Eu me inscrevi na central de seguros do estado (*state health insurance exchange*) dentro do prazo assinalado para que eu tenha o seguro de saúde assegurado."

    4. “Uma vez que agora fui diagnosticado com diabetes, meu plano de saúde não pode me cobrar prêmios mais altos.”
2. Que atividade desempenhada por um enfermeiro está relacionada com a manutenção de competências na prática de enfermagem?
    1. Perguntar a outro enfermeiro sobre como mudar as configurações de uma bomba de infusão.
    2. Ir regularmente às reuniões de equipe.
    3. Participar como membro do conselho profissional de enfermagem.
    4. Frequentar um curso de revisão para se preparar para um exame de certificação.
3. Um paciente diz a um enfermeiro que está cadastrado numa organização de profissionais preferenciais (OPP), mas não sabe do que se trata. Qual é a melhor explicação sobre uma OPP para o enfermeiro?
    1. Esse plano de saúde é para pessoas que não podem pagar por seu próprio seguro de saúde.
    2. Esse plano de saúde é operado pelo governo para oferecer cuidado de saúde para idosos.
    3. Esse plano de saúde lhe dá uma lista de médicos e hospitais à sua escolha.
    4. Esse é um plano que cobra uma taxa por serviço, em que você pode escolher qualquer médico ou hospital.
4. Quais das afirmações seguintes são exemplos de um enfermeiro participando de atividades de atenção primária em saúde? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Oferecer educação nutricional ou pré-natal para uma mulher grávida durante o primeiro trimestre de gravidez.
    2. Avaliar o estado nutricional dos idosos que vêm almoçar no centro comunitário.
    3. Trabalhar com pacientes num programa de reabilitação cardíaca.
    4. Oferecer cuidado domiciliar a um paciente em tratamento de ferida.

    5. Ministrar uma palestra aos pais da escola de ensino fundamental local sobre a importância da vacinação.
5. Enfermeiros de uma unidade de enfermagem estão discutindo os processos que quase levaram a um erro na unidade clínica. Eles estão delineando estratégias que irão prevenir casos como esse no futuro. Esse é um exemplo de enfermeiros trabalhando em qual questão do sistema de saúde?
    1. Segurança do paciente
    2. Prática baseada em evidências
    3. Satisfação do paciente
    4. Manutenção de competências
6. Qual das seguintes afirmações é verdadeira no que concerne à obtenção da certificação Magneto por um hospital?
    1. A enfermagem é dirigida por um gerente Magneto que toma decisões pelas unidades de enfermagem.
    2. Enfermeiros nos hospitais Magneto tomam todas as decisões das unidades clínicas.
    3. Magneto é um termo utilizado para descrever hospitais capazes de contratar os enfermeiros que precisarem.
    4. Magneto é uma designação especial para hospitais que conquistam a excelência nas práticas de enfermagem.
7. Um grupo de enfermeiros da equipe constata uma incidência maior de erros de medicação na sua unidade. Depois de maiores investigações, determina-se que os enfermeiros não estão identificando o paciente corretamente de maneira regular. É necessária uma mudança rápida. Que tipo de método de melhoria da qualidade seria mais apropriado?
    1. PDSA
    2. Seis Sigma
    3. Evento de melhoria rápida (EMR)
    4. Um estudo controle aleatório
8. Quais das seguintes são características dos sistemas de gerenciamento de cuidado de saúde? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. O profissional recebe um pagamento predeterminado para

cada paciente no programa.
2. O pagamento é baseado numa tarifa estabelecida para cada serviço prestado.
3. O sistema inclui um programa de prescrição voluntário por um custo adicional.
4. O sistema tenta reduzir custos enquanto mantém os pacientes saudáveis.
5. O foco do cuidado é a prevenção e a intervenção precoce.

9. Quais das seguintes atividades de enfermagem são oferecidas num ambiente de atenção secundária de saúde?
   1. Fazer rastreamentos de pressão arterial para idosos no Centro de Idosos.
   2. Ensinar um paciente clínico com doença pulmonar obstrutiva as técnicas de respiração com lábio semifechado.
   3. Mudar o curativo pós-operatório de um paciente numa unidade médico-cirúrgica.
   4. Fazer aspiração endotraqueal em um paciente em ventilação mecânica na unidade de tratamento intensivo.
10. Um enfermeiro está utilizando a estratégia PDSA para fazer um projeto de melhoria da qualidade para diminuir as quedas de pacientes numa enfermaria. Coloque os passos na sequência correta para o PDSA.
   1. Relatórios de mudança de turnos de acompanhamento são testados em duas unidades médico-cirúrgicas.
   2. Os níveis de satisfação dos pacientes depois da implementação do relatório de acompanhamento são comparados aos níveis de satisfação antes da mudança.
   3. O conselho de enfermagem desenvolve uma estratégia para relatar turnos de mudanças de acompanhamento.
   4. Depois de feitas as modificações nos elementos do relatório de turno, os relatórios de turno de acompanhamento são implementados em todas as enfermarias.
11. A equipe de enfermagem está desenvolvendo um programa de qualidade. Quais dos seguintes são indicadores sensíveis à

enfermagem do *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI) que os enfermeiros podem utilizar para medir a segurança e qualidade dos pacientes para a unidade? (Selecione todas que se aplicam.)

1. Uso de restrições físicas
2. Avaliação da dor, intervenção e reavaliação
3. Satisfação do paciente com a preparação da comida
4. Educação e certificação de enfermeiros
5. Número de casos cirúrgicos ambulatoriais por ano

12. Um enfermeiro está prestando cuidado restaurador para um paciente após uma internação hospitalar extensa por causa de uma doença aguda. Qual dos seguintes é um objetivo inadequado para esse tipo de cuidado?
    1. O paciente será capaz de andar 60 metros sem falta de ar.
    2. A ferida irá cicatrizar sem sinais de infecção.
    3. O paciente expressará preocupações relacionadas ao retorno ao domicílio.
    4. O paciente vai identificar estratégias para melhorar os hábitos de sono.
13. Um enfermeiro está apresentando informações numa aula de gerenciamento para estudantes de enfermagem sobre o tema reembolso financeiro para a obtenção de resultados mensuráveis e estabelecidos para pacientes. O enfermeiro está apresentando informação à turma sobre qual tópico?
    1. Sistema de pagamento prospectivo
    2. Recompensa por desempenho
    3. Sistema de pagamentos por capitação
    4. Sistemas de gerenciamento de cuidado de saúde
14. Um enfermeiro está utilizando dados colhidos na unidade para monitorar a incidência de quedas depois que a unidade implementou um novo protocolo de quedas. O enfermeiro está trabalhando em que área?
    1. Melhoria da Qualidade (MQ)
    2. Sistema de saúde do paciente
    3. Informática na enfermagem

4. Rede de enfermagem computadorizada

15. Os enfermeiros de uma unidade de clinica médica observaram o aumento da incidência de lesão por pressão em seus pacientes. Eles decidem iniciar um projeto da melhoria de qualidade utilizando o modelo PDSA. Qual dos seguintes é um exemplo de "Determinar o que Fazer", nesse modelo?
    1. Implementar o novo protocolo de cuidados com a pele em todas as unidades de clínica médica.
    2. Rever os dados coletados sobre pacientes assistidos com a utilização do protocolo.
    3. Revisar os relatórios de melhoria da qualidade nos seis pacientes que desenvolveram lesões nos últimos três meses.
    4. Basear-se nas descobertas a partir de pacientes que desenvolveram lesão, implementar um protocolo de cuidados com a pele baseado em evidências.

Respostas: **1.** 2; **2.** 4; **3.** 3; **4.** 1, 2, 5; **5.** 1; **6.** 4; **7.** 3; **8.** 1, 4, 5; **9.** 3, 4; **10.** 3, 1, 2, 4; **11.** 1, 2, 4; **12.** 1; **13.** 2; **14.** 1; **15.** 4.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network (AHRQ PSNet): *Patient safety primer: never events*, 2012. http://psnet.ahrq.gov/printviewPrimer.aspx?primerID=3. Accessed July 1, 2015.

Amara S, et al: Nursing's role in ACOs, *Nurs Manage* October:20, 2013.

American Association of Colleges of Nursing (AACN): *Nursing fact sheet*, 2011. http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/nursing-fact-sheet. Accessed July 1, 2015.

American Association of Colleges of Nursing (AACN): *Nursing shortage fact sheet*, 2014. http://www.aacn.nche.edu/media-relations/NrsgShortageFS.pdf. Accessed July 1, 2015.

American Nurses Association (ANA) *Nursing informatics scope and standards of practice*. Silver Springs, Md: The Association; 2008.

American Nurses Credentialing Center (ANCC): *Growth of the program*, 2013. http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/HistoryoftheMag Accessed May 8, 2014.

American Nurses Credentialing Center (ANCC): *Magnet Recognition Program Model*, 2014a, http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview/New-Magnet-Model. Accessed July 1, 2015.

American Nurses Credentialing Center (ANCC): *Magnet program overview*, 2014b. http://www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview. Accessed July 1, 2015.

Carey B: *Comparing and blending ISO9000 and lean six sigma*, 2010. http://www.isixsigma.com/community/awards-and-standards/comparing-and-blending-iso9000-and-lean-six-sigma. Accessed July 1, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Chronic disease overview*, 2015. http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm. Accessed July 1, 2015.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): *Accountable care organizations* (ACO), 2012. http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index.html?redirect=/ACO/. Accessed July 1, 2015.

Colpas P. Accountable care organizations help to coordinate care. *Health Manag Technol*. 2013;34(7):6.

Department of Health and Human Services Center for Medicare and Medicaid Services (DHHS CMS): *Critical Access Hospitals*, 2012. http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/CritAccessHospfctsht.pdf. Accessed July 1,

2015.

Finkelman A, Kenner C. *Professional nursing concepts: competencies for quality leadership*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2010.

HCAHPS: *Fact sheet (CAHPS hospital survey, August 2013)*, 2013. http://www.hcahpsonline.org/files/August_2013_HCAHPS_Fact_Sheet3.pdf. Accessed July 1, 2015.

Institute for Patient and Family Centered Care [IPFCC]: *FAQ*, 2010. http://www.ipfcc.org/faq.html. Accessed July 1, 2015.

Institute of Medicine (IOM) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academies Press; 2001.

Institute of Medicine (IOM) *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.

Institute of Medicine (IOM). *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington DC: National Academies Press; 2011.

International Council of Nurses [ICN]: *Our mission, strategic intent, core values, and priorities*, 2015. http://www.icn.ch/who-we-are/our-mission-strategic-intent-core-values-and-priorities/. Accessed July 1, 2015.

Kimsey DB. Lean methodology in health care. *AORN J*. 2010;92(1):53.

Kirzinger WK et al.: Trends in insurance coverage and source of private coverage among young adults aged 10-25: United States, 2008-2012, *NCSH Data Brief*, No. 137, December 2013. http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db137.pdf. Accessed July 10, 2015.

Kovner AR, Knickman JR. The current U.S. healthcare system. In: Kovner AR, Knickman JR, eds. *Jonas & Kovner's Health care delivery in the United States*. ed 10 New York: Springer; 2011.

Meiner SE. *Gerontologic nursing*. ed 4 St Louis: Mosby; 2011.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice*. ed 3 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Murphy SL, et al: *National vital statistics: deaths: final data for 2010*, 2013. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr61/nvsr61_04.pdf. Accessed July 1, 2015.

National Center for Assisted Living [NCAL]: *Assisted living community profile*, 2014. http://www.ahcancal.org/ncal/resources/Pages/ALFacilityProfile.aspx. Accessed July 1, 2015.

National Committee for Quality Assurance (NCQA): *The future of patient-centered medical homes: foundation for a better medical system*, 2014. http://www.ncqa.org/Portals/0/Public%20Policy/2014%20Comment%20Letters/T Accessed July 1, 2015.

National Committee for Quality Assurance [NCQA]: *HEDIS and performance*

measurement, 2015. http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement.aspx. Accessed July 1, 2015.

National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI): *Turn Nursing Quality Insights into Improved Patient Experiences*, 2015. http://pressganey.com/ourSolutions/performance-and-advanced-analytics/clinical-business-performance/nursing-quality-ndnqi. Accessed July 1, 2015.

National Priorities Partnership: *National priorities partnership and the national quality strategy*, 2014. https://www.qualityforum.org/Setting_Priorities/NPP/Input_into_the_National_ Accessed July 1, 2015.

National Quality Forum [NQF] *Safe practices for better healthcare—2010 update: a consensus report*. Washington, DC: National Quality Forum; 2010.

National Quality Forum [NQF] *Committee guide to NQF's measure endorsement process*. Washington, DC: National Quality Forum; 2014.

Oulton J: Nursing in the international community: a broader view of nursing issues. In: Mason DJ, et al: *Policy and politics in nursing and health care*, ed 6, St Louis, 2012, Saunders.

Pew Health Professions Commission, The Fourth Report of the Pew Health Professions Commission: *Recreating health professional practice for a new century*, 1998, The Commission.

Quality and Safety Education for Nurses (QSEN): Pre-licensure KSAs, 2014. http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/. Accessed July 1, 2015.

Simpson RL. Technology enables value-based nursing care. *Nurse Admin Q*. 2012;36(1):85.

Singleton KA. Lead, follow, and get in the way: the medical-surgical nurse's role in health care reform. *Medsurg Nurs*. 2010;19(1):5.

Sorrentino SA, Remmert LN. *Mosby's textbook for nursing assistants*. ed 8 St Louis: Mosby; 2012.

Stanhope M, Lancaster J. *Public health nursing population-centered health care in the community*. ed 8 St Louis: Mosby; 2012.

Sultz HA, Young KM. *Health care USA: understanding its organization and delivery*. ed 7 Sudbury: Jones & Bartlett; 2014.

The Joint Commission (TJC): *Accreditation guide for hospitals*, 2013. http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Accreditation_Guide_Hospitals_201 Accessed July 1, 2015.

The Joint Commission (TJC): 2014 *National Patient Safety Goals (NPGs)*, 2015, TJC. http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed July 1, 2015.

Touhy TA, Jett K. *Ebersole & Hess' Toward healthy aging: human needs and nursing response*. ed 8 St Louis: Mosby; 2012.

US Department of Labor: *Economic news release: 2013 Occupations with the largest projected number of job openings due to growth and replacement needs*, 2012 and projected 2022, 2013. http://www.bls.gov/news.release/ecopro.t08.htm. Accessed July 1, 2015.

World Health Organization [WHO]: *Primary health care*, 2015. http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/. Accessed July 1, 2015.

Referências de pesquisa

Agency for Health Care Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services (AHRQ/USDHHS): *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*, AHRQ Pub No 08-0043, Rockville, MD, 2008, AHRQ/USDHHS.

Cairns LL, et al. Utilizing bedside shift report to improve the effectiveness of shift handoff. *J Nurs Admin*. 2013;43(3):160.

DelliFraine JL, et al. The use of Six Sigma in health care management: are we using it to its full potential. *Q Manage Health Care*. 2014;23:240.

Dempsey C, et al. Improving the patient experience: real-world strategies for engaging nurses. *J Nurs Admin*. 2014;44(3):142.

Jeffs L, et al. Quality nursing care and opportunities for improvement: insights from patients and family members. *J Nurs Care Qual*. 2013;28(10):76.

Mullen-Fortino M, et al. Bedside nurses' perceptions of intensive care unit telemedicine. *Am J Crit Care*. 2012;21(1):24.

Newhouse RP, Morlock L. Rural hospital nursing: results of a national survey of nurse executives. *J Nurse Admin*. 2011;41(3):129.

Nichols BL, et al. An integrative review of global nursing workforce: issues. *Annu Rev Nurs Res*. 2010;28:113.

Radhakrishanan K, Jacelon C. Impact of telehealth on patient self-management of heart failure: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2012;27(1):33.

Radtke K. Improving patient satisfaction with nurse communication using bedside shift report. *Clin Nurse Spec*. 2013;27(1):19.

Reck DL. Can and should nurses be aware of patients' expectations for their nursing care?. *Nurs Admin Q*. 2013;37(2):109.

Prática de Enfermagem na Comunidade

OBJETIVOS

- Explicar a relação entre saúde pública e enfermagem em saúde da comunidade.
- Diferenciar a enfermagem em saúde da comunidade de enfermagem de comunidade.
- Discutir o papel do enfermeiro de saúde da comunidade.
- Discutir o papel do enfermeiro que atua em comunidade.
- Identificar características dos pacientes pertencentes a populações vulneráveis que influenciam a abordagem do cuidado de enfermagem na comunidade.
- Descrever as competências importantes para o êxito da prática de enfermagem na comunidade
- Descrever os elementos de uma avaliação da comunidade.

TERMOS-CHAVE

Enfermagem de comunidade, p. 33
Enfermagem em saúde da comunidade ou em saúde coletiva, p. 33
Disparidades em saúde, p. 33
Taxas de incidência, p. 32

População, p. 33
Enfermagem de saúde pública, p. 33
Determinantes sociais da saúde, p. 33
Populações vulneráveis, p. 34

A atenção na comunidade centra-se na promoção da saúde, prevenção de doenças e no cuidado restaurador. Como os pacientes frequentemente recebem alta mais rapidamente de ambientes de cuidados agudos, há uma necessidade crescente de oferecer serviços de saúde onde as pessoas vivem, trabalham, se socializam e aprendem. Uma maneira de atingir esse objetivo é por meio de um modelo de atenção à saúde na comunidade. A atenção à saúde na comunidade é um modelo colaborativo, baseado em evidências, desenhado para atender às necessidades de saúde de uma comunidade (Olson et al., 2011). Uma comunidade saudável tem elementos que mantêm alta qualidade de vida e produtividade. Por exemplo, segurança e acesso aos serviços de saúde são elementos que permitem que as pessoas funcionem produtivamente em suas comunidades (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2015). Uma vez que mais parcerias de atenção à saúde na comunidade são desenvolvidas, os enfermeiros assumem uma posição estratégica para desempenhar um papel importante no cuidado de saúde e para melhorar a saúde da comunidade.

O foco da promoção de saúde e prevenção de doenças continua a ser essencial para a prática holística da enfermagem profissional. A história da enfermagem registra o papel dos enfermeiros em estabelecer e atender às necessidades de saúde pública de seus pacientes. Dentro de ambientes de saúde na comunidade, os enfermeiros são líderes em avaliar, formular diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação final dos tipos de serviços de saúde na comunidade e serviços públicos necessários. A enfermagem de saúde na comunidade e a enfermagem de comunidade ou em saúde coletiva são componentes de um sistema de

atenção à saúde que melhora a saúde do público em geral.

No Brasil, a saúde pública é mais conhecida e utilizada que a expressão saúde coletiva. Consiste em um conjunto de ações e serviços de caráter sanitário cujo objetivo é prevenir ou combater patologias ou quaisquer outros cenários que coloquem em risco a saúde da população. É dever do estado assegurar serviços e políticas voltadas para a promoção da saúde e bem-estar da população. Já saúde coletiva é uma expressão que surge com o movimento sociossanitário que surgiu com o movimento da Reforma Sanitária em fins de 1970, tendo o seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, uma terminologia genuinamente brasileira, que integra as ciências sociais com as políticas de saúde pública. A saúde coletiva engloba questões sociais, econômicas e ambientais que afetam os determinantes de saúde de uma população que vive em determinada região. Indicadores socioeconômicos são conjugados com dados epidemiológicos para explicar a natureza desses determinantes no processo saúde e doença e elaborar políticas eficientes de promoção da saúde e de prevenção de acordo com as características da região. O construto saúde coletiva articula diferentes instituições do campo da saúde, portanto, aplica-se também à iniciativa privada.

A enfermagem de comunidade no Brasil é uma das áreas de atuação do enfermeiro de saúde da família e comunidade, na rede de atenção básica. A estratégia de saúde da família (ESF) é uma forma de reorganização da produção de cuidados de saúde, objetivando a reorientação da prática assistencial cuja assistência é centrada na família, a partir de seu ambiente físico e social.

Fonte: ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev. Esc. Enferm.* USP, 2012 [citado em 20 de setembro de 2016; v. 46, n. 3, p. 641-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf.>.

PAIM, J. S. A redefinição das práticas de saúde e de enfermagem. In: *Descentralização em saúde e prática de enfermagem.* Brasília, ABEn, (série documento III), 1992.

Atenção à saúde na comunidade

É importante entender o foco da atenção à saúde na comunidade. A atenção à saúde na comunidade é um modelo de assistência que alcança a todos dentro de uma comunidade (inclusive os pobres e aqueles com coberturas de seguro insuficientes), concentra-se na assistência primária, e não na assistência institucional ou aguda, e oferece à comunidade conhecimentos sobre saúde e promoção de saúde, além de modelos de assistência. A atenção à saúde na comunidade acontece fora das instituições de saúde tradicionais, tais como hospitais. Ela oferece serviços para as condições crônicas e agudas de indivíduos e famílias dentro da comunidade (Stanhope e Lancaster, 2014).

Hoje, a atenção à saúde na comunidade enfrenta muitos desafios. As diretrizes políticas e a Lei de Cuidados de Baixo Custo (Affordable Care Act – ACA); determinantes sociais de saúde, aumento das disparidades na saúde e economia são todos fatores que têm influência nos problemas de saúde pública e nos serviços de saúde subsequentes. Alguns desses problemas incluem a falta de seguro de saúde adequado, doenças crônicas, como as cardíacas e diabetes, o aumento da incidência de infecções sexualmente transmissíveis e a baixa cobertura vacinal na infância (USDHHS, 2015). Mais do que nunca, o sistema de saúde deve se comprometer com a reforma e dar atenção e prestar serviços de saúde para todas as comunidades.

Alcance das Populações e Comunidades Saudáveis

O serviço público de saúde USDHHS elaborou um programa para melhorar o estado de saúde geral das pessoas que vivem nos Estados Unidos. A *Healthy People Initiative* (*Iniciativa para Pessoas Saudáveis*) foi criada para estabelecer objetivos contínuos de saúde (Cap. 6). O documento 2020 procura assegurar que a *Healthy People 2020* (*Pessoas Saudáveis 2020*) seja relevante para diversas necessidades de saúde e

aproveite oportunidades para alcançar seus objetivos. Desde a sua concepção, a *Healthy People* se tornou um compromisso amplo de engajamento público, com milhares de cidadãos ajudando a moldá-la a cada passo do caminho. Os objetivos globais da *Healthy People 2020* são aumentar a expectativa e qualidade de vida e eliminar as disparidades em saúde, pela melhoria do atendimento e dos serviços de saúde (USDHHS, 2015).

A melhora do atendimento de saúde acontece por meio do levantamento das necessidades de atenção à saúde de indivíduos, famílias e comunidades; desenvolvimento e implementação de políticas de saúde pública; e melhoria de acesso à saúde. Por exemplo, o levantamento inclui a avaliação sistemática da população, monitoramento do estado de saúde da população e o acesso à informação disponível sobre a saúde da comunidade (Stanhope e Lancaster, 2014). Um levantamento completo da comunidade, às vezes, leva à elaboração de programas de saúde na comunidade tais como o combate ao fumo entre adolescentes, educação sexual e nutrição adequada. Alguns exemplos de levantamento incluem: reunir informação sobre **taxas de incidência**, tais como a identificação e divulgação de novas infecções ou doenças, determinar os índices de gravidez na adolescência e divulgar o número de acidentes automotores causados por pessoas sem habilitação ou sob efeito de álcool e drogas na direção.

Os profissionais de saúde são lideranças no desenvolvimento de políticas públicas para apoiar a saúde da população (Stanhope e Lancaster, 2014). Políticas robustas são formuladas a partir de avaliação da comunidade. Por exemplo, o levantamento do nível de intoxicação por chumbo em crianças pequenas frequentemente leva à elaboração de programa de limpeza do chumbo para reduzir a incidência da intoxicação. Identificar as práticas baseadas em evidências para ajudar mais pessoas a lidar com doenças crônicas em casa e na comunidade atende às necessidades de enfermeiros e seus pacientes (Kirkpatrick et al., 2012) (Quadro 3-1).

Quadro 3-1

Prática baseada em evidências

Promover a Tomada de Decisões Informada em um Ambiente Comunitário

Questão PICO: Os centros comunitários que proporcionam tomadas de decisões informadas para rastreamentos de câncer de próstata (RCP) apresentam melhores resultados que os centros que não proporcionam?

Resumo das Evidências

Com frequência, um centro de saúde é o primeiro, se não o único, recurso de saúde para uma parte da população. Determinantes sociais da saúde, disparidades em saúde e de desigualdade na assistência à saúde contribuem para o nível de saúde de uma população. Crenças culturais, experiências em serviços de saúde e educação em saúde impactam em como os pacientes acessam a atenção à saúde e tomam decisões de assistência à saúde (Chan et al., 2011). Traduzir as evidências de pesquisas e criar uma prática de enfermagem de comunidade baseada em evidências também têm impacto nos resultados de assistência à saúde (Kirkpatrick et al., 2012).

A promoção de saúde e as triagens de saúde relacionadas são essenciais para manter um nível de saúde individual e comunitário. Práticas de saúde relacionadas com RCP normalmente não existem em comunidades etnicamente diversificadas. Por exemplo, tanto homens hispânicos quanto afro-americanos tendem a ter uma participação menor em RCP quando comparados com caucasianos (Chan et al., 2011; Gash & McIntosh, 2013). Isso provavelmente acontece por muitas razões, tais como conhecimento limitado sobre o RCP, pouco acesso à assistência de saúde e falta de confiança no sistema de saúde. Uma participação menor em RCP normalmente leva a um diagnóstico de câncer em estágio mais avançado e

agressivo e piores resultados de saúde nessas populações (Gash & McIntosh, 2013).

Chan et al. (2011) descobriram que os centros de saúde que fornecem informações culturalmente apropriadas sobre RCP aumentam o conhecimento e promovem um envolvimento mais ativo na tomada de decisões sobre as atividades de rastreamento RCP. Incluir o cônjuge ou outra pessoa importante para o paciente nas intervenções educacionais pode ser especialmente útil, pois as decisões de saúde de um homem sobre rastreamentos de saúde e seus padrões de enfrentamento normalmente incluem a família ou amigos (Gash & McIntosh, 2013). Então, pacientes que buscam assistência de saúde em centros de saúde que oferecem educação neutra em termos de gênero, apropriada culturalmente e focada quanto a tomadas de decisão sobre RCP, podem ter melhores resultados de saúde quando comparados com pacientes que o fazem em centros que não oferecem esse tipo de intervenção educacional.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Ajudar a aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre as práticas de rastreamento apropriadas.
- Reforçar os direitos de tomada de decisão dos pacientes.
- Entender as dinâmicas sociais e culturais da sociedade.
- Utilizar recursos e lideranças da comunidade para desenvolver intervenções educacionais culturalmente apropriadas (Chan et al., 2011).
- Incluir cônjuges e outras pessoas importantes para o paciente nas sessões educacionais, quando for apropriado, para aumentar o envolvimento dos pacientes em suas tomadas de decisão sobre rastreamento de saúde (Gash & McIntosh, 2013).

A melhora do acesso em atenção à saúde assegura que os serviços essenciais de saúde na comunidade estejam disponíveis e acessíveis a toda a comunidade (Stanhope e Lancaster, 2014). O desenvolvimento

da comunidade, o capital social e a capacitação são essenciais para estabelecer a promoção de saúde na comunidade e as atividades de manutenção da saúde. Consequentemente, a comunidade é empoderada para ser parte da agenda da atenção à saúde (Piper, 2011). Exemplos incluem os programas de assistência pré-natal e os programas centrados na prevenção de doenças e na proteção e promoção da saúde. A pirâmide dos cinco níveis de serviços é um exemplo de como oferecer serviços na comunidade. Nesse modelo de atenção à saúde centrado na população, os objetivos de prevenção de doenças e prevenção e proteção à saúde oferecem os fundamentos para os serviços de atenção primária, secundária e terciária (Fig. 2-1 à p. 17).

Uma comunidade rural nem sempre tem um hospital para atender às necessidades de cuidados agudos de seus cidadãos. Entretanto, uma avaliação da comunidade pode revelar quais serviços estão disponíveis para atender às necessidades de grávidas, reduzir o fumo na adolescência ou oferecer apoio nutricional para idosos. Além disso, essa mesma avaliação identifica as falhas de atendimento à saúde para uma comunidade específica. Programas comunitários oferecem esses serviços e são efetivos na melhoria da saúde da comunidade. Em outras situações, uma comunidade tem os recursos para oferecer vacinação infantil, vacinas contra gripe e cuidados primários preventivos e concentrar-se nos problemas de desenvolvimento e de segurança infantis.

Os serviços de saúde pública objetivam alcançar um ambiente saudável para todos os indivíduos. Os profissionais de saúde aplicam esses princípios para indivíduos, famílias e comunidades onde residem. A enfermagem desempenha um papel em todos os níveis da pirâmide de serviços de saúde. Ao utilizar os princípios de saúde pública, você está mais apto a entender os tipos de ambientes nos quais moram os pacientes e os tipos de intervenções necessárias para mantê-los saudáveis.

Determinantes Sociais da Saúde

Nossa saúde é também em parte determinada pelo acesso a

oportunidades econômicas e sociais; pelos recursos e sistemas de apoio disponíveis em nossas casas, bairros e comunidades; pela qualidade de nossa educação; pela segurança de nossos locais de trabalho; pela limpeza de nossa água, alimentos e ar; pela natureza de nossas interações sociais e relacionamentos.

A saúde começa em nossas casas, escolas, ambientes de trabalho, bairros e comunidades. Sabemos que tomar conta de nós mesmos, comendo bem e permanecendo ativos, não fumando, tomando as vacinas recomendadas, fazendo os exames preventivos e consultando um médico quando estamos doentes, influencia nossa saúde. Entretanto, há também determinantes sociais de saúde. **Determinantes sociais da saúde** são fatores que contribuem para o atual estado de saúde da pessoa. Esses fatores podem ser de natureza biológica, socioeconômica, psicossocial, comportamental ou social. Os cientistas normalmente reconhecem cinco determinantes de saúde: biologia e genética (sexo e idade), comportamento individual (como consumo de álcool, uso de drogas injetáveis, sexo desprotegido e fumo), ambiente social (como discriminação, renda e gênero), ambiente físico (onde uma pessoa vive ou condições de superlotação) e serviços de saúde (como acesso à atenção à saúde de qualidade e ter cobertura de saúde) (CDC, 2014b). Se esses fatores afetam uma única família ou a comunidade, eles impactam a saúde e o bem-estar globais daquela comunidade.

Disparidades em Saúde

Disparidades em saúde afetam negativamente os grupos de pessoas que sistematicamente vêm enfrentando obstáculos econômicos ou sociais de acesso à atenção à saúde. Esses obstáculos derivam de características historicamente ligadas à discriminação ou exclusão, tais como raça ou etnia, religião, status socioeconômico, gênero, saúde mental, orientação sexual ou localização geográfica. Outras características incluem deficiências cognitivas, sensoriais ou físicas.

Disparidades em saúde são diferenças que podem ser prevenidas, na carga de doenças, acidentes, violência ou oportunidades de alcançar a saúde ótima que são vivenciadas pela população

socialmente em desvantagem. Populações podem ser definidas por fatores como raça ou etnia, gênero, educação ou renda, localização geográfica (p. ex., rural ou urbana), ou orientação sexual. Disparidades em saúde são injustas e estão diretamente relacionadas com a distribuição desigual, seja histórica ou atual, de recursos sociais, políticos, econômicos e ambientais. Elas são resultado de diversos fatores, incluindo a pobreza, ameaças ambientais, acesso inadequado à atenção à saúde, fatores individuais e comportamentais e desigualdades educacionais (CDC, 2014a).

Enfermagem de saúde da comunidade

Com frequência os termos *enfermagem de saúde da comunidade* e *enfermagem de saúde pública* são utilizados indistintamente, apesar de serem diferentes. O foco da **enfermagem de saúde pública** exige a compreensão das necessidades de uma **população** ou um grupo de indivíduos que têm uma ou mais características pessoais ou ambientais em comum (Stanhope e Lancaster, 2014). Exemplos de populações incluem recém-nascidos de alto risco, idosos ou um grupo étnico como os povos nativos americanos. Um enfermeiro de saúde pública compreende os fatores que influenciam a promoção e a manutenção da saúde, as tendências e padrões que influenciam a incidência de doenças nas populações, fatores ambientais que contribuem para a saúde e para a doença e os processos políticos utilizados para influenciar as políticas públicas. Por exemplo, um enfermeiro utiliza dados sobre o aumento da incidência de acidentes em parquinhos para pressionar por uma política de utilização de material que amorteça quedas, em vez de concreto, em novos parquinhos públicos.

A enfermagem de saúde pública exige preparação desde o nível básico e às vezes exige um diploma de bacharel em enfermagem que inclua preparação educacional e prática clínica em enfermagem de saúde pública. Um especialista em saúde pública tem formação em nível de pós-graduação com foco nas ciências de saúde pública (American Nurses Association [ANA], 2013).

Enfermagem de saúde da comunidade é a prática de enfermagem dentro da comunidade, com foco principal na assistência à saúde de indivíduos, famílias e grupos dentro da comunidade. O objetivo é preservar, proteger, promover ou manter a saúde (Stanhope e Lancaster, 2014). A ênfase dessa assistência de enfermagem é a de melhorar a qualidade de vida e de saúde dentro daquela comunidade. Além disso, o enfermeiro de saúde da comunidade oferece serviços de assistência diretos para as subpopulações dentro de uma comunidade. Essas subpopulações frequentemente têm um foco clínico em que o

enfermeiro tem experiência. Por exemplo, um gerente de casos acompanha idosos se recuperando de derrames e observa a necessidade de serviços de reabilitação na comunidade, ou um profissional de enfermagem vacina pacientes com o objetivo de gerenciar doenças transmissíveis dentro da comunidade. Ao focar nas subpopulações, um enfermeiro de saúde da comunidade presta assistência à comunidade como um todo e considera um indivíduo ou família como apenas um membro de um grupo de risco.

Ser um enfermeiro de saúde da comunidade competente exige a habilidade no uso de intervenções que incluem o amplo contexto social e político da comunidade (Stanhope e Lancaster, 2014). As exigências educacionais para enfermeiros iniciantes desempenharem funções de enfermeiros de saúde da comunidade não são tão claras quanto as exigências de um enfermeiro de saúde pública. Nem todas as agências de recrutamento exigem um diploma de prática avançada. Entretanto, enfermeiros com um diploma de pós-graduação em enfermagem que atuam em ambientes de comunidade são considerados enfermeiros especialistas em saúde da comunidade, independentemente de sua experiência em saúde pública (Stanhope e Lancaster, 2014).

Prática de Enfermagem em Saúde da Comunidade

A prática de enfermagem em saúde da comunidade exige um conjunto de procedimentos e conhecimentos únicos. No sistema de saúde, os enfermeiros especialistas na prática de saúde da comunidade normalmente têm formação avançada em enfermagem, ainda que o enfermeiro bacharel generalista também seja capaz de formular e realizar avaliações e intervenções centradas na população. O enfermeiro especialista em saúde da comunidade compreende as necessidades de uma população ou comunidade pela vivência com famílias individuais, o que inclui trabalhar com suas questões sociais e de cuidados de saúde. Nesse contexto, o pensamento crítico envolve a aplicação de conhecimentos de princípios de saúde pública, enfermagem de saúde da comunidade, teoria familiar e comunicação para descobrir as melhores abordagens para aliar-se às famílias.

A prática bem-sucedida de enfermagem de saúde da comunidade envolve construir relacionamentos com a comunidade e responder a mudanças dentro da comunidade. Por exemplo, quando há um aumento na incidência de avós assumindo as responsabilidades de cuidados infantis, um enfermeiro de saúde da comunidade se torna parte ativa da comunidade ao estabelecer um programa educacional em cooperação com as escolas locais para assistir e apoiar os avós nessa função de cuidador. O enfermeiro conhece os membros da comunidade, bem como suas necessidades e recursos, e então trabalha em colaboração com líderes da comunidade para estabelecer uma efetiva promoção da saúde e programas de prevenção de doenças. Isso exige trabalhar com sistemas altamente resistentes (p. ex., a previdência social) e tentar encorajá-los a ser mais responsivos às necessidades da população. Procedimentos de defesa de pacientes, comunicação das preocupações das pessoas e de concepção de novos sistemas em cooperação com os sistemas existentes ajudam a tornar efetiva a prática de enfermagem na comunidade.

Enfermagem na comunidade

O cuidado de **enfermagem na comunidade** acontece nos ambientes comunitários tais como domicílios ou clínicas, onde enfermeiros centram-se nas necessidades de um indivíduo ou família. Isso inclui as necessidades de segurança e cuidado agudo e crônico de indivíduos e famílias, aumentar suas competências para prestar autocuidados e promover autonomia na tomada de decisões (Stanhope e Lancaster, 2014). Exige pensamento crítico e tomada de decisões para pacientes e famílias individuais — avaliação do estado de saúde, diagnóstico de problemas de saúde, planejamento da assistência, implementação de intervenções e avaliação dos resultados da assistência. Como enfermeiros proporcionam serviços de assistência diretamente onde os pacientes vivem, trabalham e se divertem, é importante que eles coloquem as perspectivas dos membros da comunidade em primeiro lugar e acima de tudo, quando planejarem a assistência (Jackson et al., 2012).

Centros de enfermagem na comunidade funcionam como o primeiro contato entre os membros de uma comunidade e o sistema de saúde (Fig. 3-1). Idealmente, os serviços são oferecidos próximos às residências dos pacientes. Essa abordagem ajuda a reduzir o custo de saúde para o paciente e a tensão associada com o ônus financeiro da assistência. Além disso, esses centros oferecem acesso direto a enfermeiros e serviços de saúde centrados nos pacientes, incorporando prontamente o paciente ou a família e amigos do paciente a um plano de assistência. Centros de enfermagem na comunidade frequentemente prestam assistência aos mais vulneráveis dentro de uma população (Olson et al., 2011).

FIGURA 3-1 Paciente e família são atendidos em um centro de saúde. (Cortesia de Mass Communication Specialist 2nd Class Daniel Viramontes.)

Com o indivíduo e a família como pacientes, o contexto da enfermagem na comunidade é de assistência centrada na família dentro da comunidade. Esse foco exige uma base sólida de conhecimentos de teoria familiar (Cap. 10), de princípios de comunicação (Cap. 24), de dinâmica de grupos e diversidade cultural (Cap. 9). Enfermeiros se aliam a esses pacientes e famílias para capacitá-los, em última instância, a assumir a responsabilidade por suas decisões de assistência à saúde.

Populações Vulneráveis

Em um ambiente de comunidade, os enfermeiros assistem pacientes de diversas culturas e formações e em condições de saúde variadas. Entretanto, mudanças no sistema de saúde tornaram os grupos de alto risco os principais pacientes. Por exemplo, você provavelmente não visitará mães e bebês de baixo risco. Em vez disso, você tem probabilidade maior de visitar mães adolescentes ou mães viciadas

em drogas. As **populações vulneráveis** são grupos de pacientes que têm maior propensão a desenvolver problemas de saúde em consequência do excesso de riscos de saúde, ou que têm acesso limitado a serviços de saúde ou que dependem de outros para ter assistência. Indivíduos em situação de pobreza, idosos, pessoas desabrigadas, populações de imigrantes, indivíduos em relacionamentos abusivos e pessoas com diversas doenças mentais são exemplos de populações vulneráveis. Essas vulnerabilidades com frequência estão associadas aos determinantes sociais da saúde dos indivíduos ou das comunidades ou disparidades em saúde do indivíduo.

A enfermagem de saúde pública e da comunidade e os profissionais da atenção primária compartilham a responsabilidade pela assistência à saúde para promoção de saúde, rastreamento, detecção precoce e prevenção de doenças para populações vulneráveis. Esses pacientes têm necessidades de saúde intensas que são ignoradas ou não atendidas ou exigem mais cuidados do que podem ser proporcionados em ambientes ambulatoriais ou hospitalares. Indivíduos ou suas famílias que sejam vulneráveis com frequência pertencem a mais de um desses grupos. Além disso, a vulnerabilidade da assistência de saúde afeta todas as faixas etárias (Sebastian, 2014).

Pacientes que são vulneráveis com frequência vêm de culturas variadas, têm diferentes crenças e valores, enfrentam barreiras de linguagem e de escolaridade e têm poucos recursos de apoio social. Suas necessidades especiais serão um desafio para você conforme você cuida de condições de saúde cada vez mais complexas, agudas e crônicas.

Para oferecer assistência competente para populações vulneráveis você precisa avaliar os pacientes com precisão (Quadro 3-2). Além disso, você precisa avaliar e entender as crenças culturais, valores e práticas do paciente e de suas famílias para determinar suas necessidades específicas e as decisões que terão mais êxito para melhorar seu estado de saúde (Cap. 9). É importante não julgar ou avaliar as crenças e valores de seus pacientes sobre saúde nos termos da sua própria cultura, credo e valores. Práticas de comunicação e

assistência são muito importantes no aprendizado das percepções dos pacientes acerca dos seus problemas, para então planejar estratégias de assistência à saúde que serão significativas, apropriadas culturalmente e bem-sucedidas.

Quadro 3-2 Diretrizes para a Avaliação de Membros de Grupos de Populações Vulneráveis

Preparo do Ambiente

- Crie um ambiente confortável, não ameaçador.
- Obtenha informações sobre a cultura de um paciente de maneira a entender suas práticas, crenças e valores que afetam o cuidado de saúde do paciente.
- Se o paciente fala outra língua, use um intérprete profissional e observe o comportamento não verbal para completar uma avaliação culturalmente competente (Capítulo 9).
- Seja sensível ao fato de que os pacientes frequentemente têm outras prioridades além de seus cuidados de saúde (p. ex., questões financeiras, legais ou sociais). Ajude-os com essas preocupações antes de iniciar uma avaliação de saúde. Se um paciente precisa de assistência financeira, consulte um assistente social. Se há questões legais, ofereça um recurso ao paciente. Não tente oferecer conselhos financeiros ou legais por conta própria.

Histórico de Enfermagem de um Indivíduo ou Família

- Uma vez que você frequentemente só tem uma oportunidade de levantar o histórico de enfermagem, você deve obter um histórico organizado de todas as informações essenciais para ajudar um indivíduo ou família durante aquela visita.
- Colete dados em formulário completo que se concentre nas necessidades específicas da população vulnerável com que você

trabalha. Entretanto, seja flexível, de maneira a não se esquecer de informações de saúde importantes. Por exemplo, quando estiver com uma mãe adolescente, obtenha o histórico nutricional da mãe e do bebê. Esteja atento às necessidades de desenvolvimento da mãe adolescente e também ouça as suas necessidades sociais.

- Identifique tanto as necessidades de desenvolvimento quanto as necessidades de cuidado de saúde. Lembre-se, o objetivo é reunir informação suficiente para proporcionar assistência centrada na família.
- Identifique todos os riscos ao sistema imunológico do paciente. Isso é especialmente importante para pacientes vulneráveis que são sem-teto e vivem em abrigos.

Exame Físico e Avaliação do Domicílio

- Faça uma avaliação o mais completa possível, seja física ou domiciliar. Entretanto, somente reúna dados que são relevantes para proporcionar assistência ao paciente e à família.
- Esteja alerta aos sinais de abusos físicos ou com substâncias (p. ex., Vestimenta inadequada para esconder hematomas, peso inferior ao normal, nariz escorrendo).
- Quando fizer a avaliação do domicílio de um paciente, observe: há provisão e encanamento de água adequados? Qual o estado dos serviços básicos de abastecimento? Comidas e perecíveis estão acondicionados adequadamente? Há sinais de insetos ou parasitas? A tinta está descascando? As janelas e portas são adequadas? Há manchas de umidade no teto, evidências de goteiras no telhado? Qual é a temperatura? É confortável? Como é o ambiente do entorno da residência: há casas e lotes vazios próximos? Há algum cruzamento movimentado? Quais os índices de criminalidade?

Adaptado de Stanhope M, Lancaster J: Foundations of nursing in the community: community oriented practice, 4. ed., St Louis, 2014, Mosby.

Barreiras ao acesso e uso dos serviços frequentemente levam a resultados de saúde adversos para populações vulneráveis (Jackson e Saltman, 2011; Rew et al., 2009). Por causa desses resultados piores, as populações vulneráveis têm expectativa de vida menores e maiores taxas de morbidade. Membros de grupos vulneráveis frequentemente têm muitos riscos, o que os torna mais sensíveis aos efeitos cumulativos dos fatores de risco individuais. É essencial para os enfermeiros de comunidade avaliar os membros das populações vulneráveis levando em consideração os diversos fatores prejudiciais que afetam a vida de seus pacientes. Também é importante entender as forças e recursos dos pacientes para lidar com esses fatores. A avaliação completa das populações vulneráveis permite que um enfermeiro na comunidade desenvolva intervenções dentro do contexto da comunidade do paciente (Sebastian, 2014).

População Imigrante

Os pesquisadores estimam um crescimento constante da população de imigrantes (Camarota, 2012). Esse crescimento contínuo cria muitas necessidades sociais e de saúde. As populações de imigrantes enfrentam muitas questões de assistência à saúde diferentes, que têm de ser atendidas por cidades, municípios e estados. Essas necessidades de saúde apresentam várias questões legais e políticas importantes. Para alguns imigrantes o acesso à assistência à saúde é limitado, por causa de barreiras de linguagem e falta de benefícios, recursos e transporte. As populações de imigrantes com frequência têm índices mais altos de hipertensão, diabetes mellitus e doenças infecciosas; resultados de saúde inferiores e expectativas de vida mais curtas (Stanhope e Lancaster, 2014).

A população de imigrantes frequentemente usa práticas de cura não convencionais (Cap. 9). Apesar de muitas dessas práticas de cura serem eficientes e complementarem as terapias tradicionais, é importante que você conheça e compreenda as crenças de saúde de seu paciente no que concerne a essas práticas de cura.

Certas populações imigrantes deixaram suas casas em consequência de opressões, guerra ou desastres naturais (p. ex., afegãos, bósnios e

somalis). Seja sensível a esses fatores prejudiciais às condições físicas e psicológicas e suas consequências e identifique os recursos apropriados para ajudar a compreender seus pacientes e suas necessidades de saúde (Stanhope e Lancaster, 2014).

Efeitos da Pobreza e em Situação de Rua

Pessoas que vivem na pobreza têm mais propensão às disparidades em saúde porque frequentemente vivem em ambientes de risco, trabalham em empregos de alto risco, têm dietas menos nutritivas, têm muitos fatores prejudiciais em suas vidas, têm pouco ou nenhum acesso a transportes e têm riscos de ficarem em situação de rua/desabrigados.

Pacientes em situação de rua têm ainda menos recursos que os pobres. Eles com frequência não têm empregos, não têm a vantagem de um abrigo permanente e têm de enfrentar continuamente a necessidade de conseguir comida e um local para dormir à noite. Problemas de saúde crônicos tendem a piorar por causa da má nutrição e da inabilidade de se guardar comidas nutritivas. Além disso, as pessoas em situação de rua normalmente andam pelas ruas e bairros procurando abrigo, o que leva a um desequilíbrio entre descanso e atividade (Jackson et al., 2012).

Pacientes que Sofrem Abuso

Abusos físicos, emocionais e sexuais, além de negligência, são grandes problemas de saúde pública que afetam idosos, mulheres e crianças. Fatores de risco para relacionamentos abusivos incluem problemas de saúde mental, abuso de substâncias, fatores socioeconômicos prejudiciais e relacionamentos familiares disfuncionais (Landenburger e Campbell, 2014). Em alguns casos, os fatores de risco podem não estar presentes. Quando lidar com pacientes com riscos de abuso ou que tenham sofrido abuso, é importante proporcionar proteção. Entreviste um paciente que você suspeita que sofre de abusos num momento em que o paciente tenha privacidade e em que o indivíduo suspeito de cometer o abuso não esteja presente. Pacientes que sofrem

abuso podem ter medo de represálias, caso eles discutam seus problemas com um profissional de saúde. A maioria dos estados tem canais de denúncia de abusos que os enfermeiros e outros profissionais de saúde devem notificar quando identificam um indivíduo em risco.

Pacientes com Doenças Mentais

Quando o paciente tem uma doença mental grave, tal como esquizofrenia ou transtorno bipolar, você deve investigar diversos problemas de saúde e socioeconômicos. Muitos pacientes com doenças mentais graves vivem em situação de rua ou na pobreza. Outros não têm a capacidade de se manterem empregados ou mesmo cuidar de si mesmos na vida cotidiana (Prochaska et al., 2012). Pacientes com doenças mentais frequentemente precisam de terapia medicamentosa, aconselhamento, moradia e assistência vocacional. Além disso, eles têm mais risco de sofrer abusos ou agressões.

Pacientes com doenças mentais já não são hospitalizados rotineiramente em instituições psiquiátricas de longo prazo. Em vez disso, são oferecidos recursos dentro da comunidade. Apesar das redes de serviços gerais estarem em todas as comunidades, muitos pacientes ainda não são tratados. Muitos acabam recebendo menos serviços, e mais fragmentados, com pouca capacidade de sobreviver e funcionar dentro da comunidade (Happell e Cleary, 2012).

Idosos

Com a população crescente de idosos, observam-se aumentos no número de pacientes sofrendo de doenças crônicas simultaneamente a uma maior demanda por serviços de assistência à saúde. Dedique tempo para compreender o que significa saúde para um idoso e que descobertas esperar na avaliação de saúde; enxergue a promoção de saúde do idoso dentro de um contexto mais amplo (Cap. 14). Ajude os idosos e suas famílias a entender que passos precisam dar para manter sua saúde e manter seu nível de funcionalidade (Piper, 2011). Planeje intervenções comunitárias apropriadas que proporcionem uma

oportunidade de melhorar o estilo e a qualidade de vida dos idosos (Tabela 3-1).

Tabela 3-1

Principais Problemas de Saúde de Idosos, Funções e Intervenções de Enfermagem de Comunidade

Problema	Funções e Intervenções de Enfermagem de Comunidade
Hipertensão	Monitorar a pressão arterial e o peso; educar sobre nutrição e medicação anti-hipertensiva; ensinar técnicas de gerenciamento do estresse; promover um bom equilíbrio entre o descanso e a atividade; estabelecer programas preventivos de pressão arterial; avaliar o estilo de vida atual do paciente e promover mudanças no estilo de vida; promover modificações da dieta, utilizando técnicas, como um diário de alimentação.
Câncer	Obter a história de saúde; promover autoexames de mama, esfregaço Papanicolaou (Pap) e mamografias anuais para mulheres mais velhas; promover exames físicos regulares; encorajar fumantes a deixar de fumar; corrigir as desinformações sobre processos de envelhecimento; oferecer apoio emocional e assistência de qualidade durante os procedimentos de diagnóstico e tratamento.
Artrite	Educar o adulto sobre o gerenciamento de atividades, corrigir a mecânica corporal, a disponibilidade de aparelhos mecânicos e adequar o descanso; promover o gerenciamento do estresse; aconselhar e assistir a família para melhorar a comunicação, a negociação de funções e uso dos recursos comunitários; ajudar a evitar as falsas esperanças e despesas causadas por golpes acerca de medicamentos inócuos para artrite.
Deficiência visual (p. ex., perda da acuidade visual, desordens das pálpebras, catarata)	Oferecer apoio num ambiente bem iluminado e livre de luzes ofuscantes; fazer recomendações escritas com letras grandes e bem espaçadas; ajudar o adulto a limpar as lentes de seus óculos; ajudar a marcar consultas para exames de vista e para obter as próteses necessárias; ensinar o adulto a ter cuidado com anúncios falsos.
Deficiência auditiva (p. ex., presbiacusia)	Falar com clareza utilizando um volume e ritmo moderados e olhar para o interlocutor quando estiver dando orientações sobre saúde; ajudar a marcar consultas para exames auditivos e para obter as próteses necessárias; ensinar o adulto a ter cuidado com anúncios falsos.
Deficiência cognitiva	Fazer avaliação completa; corrigir causas subjacentes de doenças (se possível); procurar por um ambiente protegido; promover atividades que reforcem a realidade; ajudar na higiene pessoal, nutrição e hidratação; oferecer apoio emocional à família; recomendar recursos comunitários que se apliquem, como assistência diurna para adultos, assistência domiciliar e serviços domésticos.
Doença de Alzheimer	Manter o alto nível de funcionalidade, proteção e segurança; encorajar a dignidade humana; demonstrar ao familiar cuidador principal as técnicas para vestir, alimentar e fazer a higiene do adulto; oferecer encorajamento e apoio emocional frequente ao cuidador; agir como defensor do paciente quando lidar com assistência temporária e grupos de apoio; proteger os direitos do paciente; oferecer apoio para manter a saúde física e mental dos membros da família; manter a

	estabilidade familiar; recomendar serviços financeiros, se necessário.
Problemas dentários	Fazer avaliação oral e encaminhar para o dentista quando necessário; enfatizar a necessidade de escovação e uso do fio dental regularmente, nutrição adequada e exames dentários; encorajar pacientes que usem dentadura a usá-las e cuidar delas; acalmar sobre o medo de dentistas; ajudar a proporcionar acesso a serviços financeiros (se necessário) e estabelecimentos de assistência odontológica.
Abuso de álcool e substâncias intoxicantes	Obter a história de uso de drogas; educar o adulto sobre autopreservação, riscos de drogas e de interações droga-fármaco, droga-álcool e droga-alimentos; fornecer informações gerais sobre fármacos (p. ex., nome, propósito, efeitos colaterais, dosagem); orientar o adulto sobre as técnicas de pré-seleção (usando pequenos frascos com uma dose do fármaco, etiquetados com o intervalo de tempo a que deve ser administrada). Aconselhar adultos sobre o abuso de substâncias tóxicas; promover o gerenciamento do estresse para prevenir a necessidade de fármacos ou álcool e providenciar ou monitorar a desintoxicação, caso apropriado.
Infecções sexualmente transmissíveis	Fazer a avaliação completa dos riscos sexuais e conscientizar sobre os fatores de risco e a susceptibilidade ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Educar sobre práticas sexuais seguras, como abstinência, uso de preservativos, e encaminhar, caso necessário, para o exame de HIV.

Dados retirados de Stanhope M, and Lancaster J: *Foundations of nursing in the community: community-oriented practice,* 4. ed., St Louis, 2014, Mosby; Goodman C et al: Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses, *Br J Community Nurs* 16(1):12, 2011; Baym-Williams J, Salyer J: Factors influencing the health-related lifestyles of community-dwelling older adults, *Home Health Care Nurse* (28)115–121, 2010; Jacobson SA: HIV/AIDS interventions in an aging US population, *Health Soc Work*: 2(36):149, 2011.

Competências da Enfermagem de Comunidade

Um enfermeiro em prática de comunidade precisa de uma série de competências e talentos para ser bem-sucedido. Além de assistir os pacientes com suas necessidades de saúde e desenvolver relacionamentos dentro da comunidade, o enfermeiro de comunidade precisa de procedimentos de promoção de saúde e prevenção de doenças. O enfermeiro utiliza o processo de enfermagem e o pensamento crítico (Unidade III) para garantir cuidado de enfermagem individualizado para determinados pacientes e suas famílias. A prática clínica de alunos num ambiente de assistência comunitária provavelmente vai acontecer em parceria com um enfermeiro de comunidade.

Cuidador Profissional

O papel de cuidador profissional é primordial (Cap. 1). No ambiente comunitário você gerencia e cuida da saúde de pacientes e famílias na comunidade. Utilize a abordagem de pensamento crítico para aplicar o processo de enfermagem (Unidade III) e garantir assistência de enfermagem apropriada e individualizada para determinados pacientes e suas famílias.

Historicamente, a assistência para o bem-estar de bebês e crianças era parte das práticas de enfermagem de comunidade. Por causa das mudanças no sistema de saúde, mudanças econômicas, pessoas que vivem em situação de rua com coberturas de seguro insuficientes, os serviços de creches comunitárias estão se expandindo. Enfermeiros de comunidade estão realizando serviços de saúde infantil cada vez mais complexos e extensos para populações de pacientes cada vez mais diversas (Borrow et al., 2011).

Além disso, você individualiza a assistência dentro do contexto da comunidade de um paciente, de maneira que o êxito de longo prazo seja mais provável. Junto com o paciente e a família você desenvolve uma parceria de assistência para reconhecer as necessidades de saúde reais e potenciais e identificar os recursos comunitários necessários. Como cuidador profissional, você também ajuda a construir uma comunidade saudável, que é a comunidade segura e que inclui elementos que capacitam as pessoas a conquistar e manter uma alta qualidade de vida e funcionalidade.

Gerente de Caso

Na prática de comunidade, o gerenciamento de casos é uma competência importante (Cap. 2). É a competência de estabelecer um planejamento de caso apropriado com base na avaliação de pacientes e famílias e de coordenar os recursos e serviços necessários ao bem-estar do paciente por todos os cuidados contínuos. Geralmente um gerente de caso na comunidade assume a responsabilidade pelo gerenciamento de casos de muitos pacientes. O maior desafio é coordenar as atividades de vários profissionais e financiadores nos

diferentes ambientes por toda a assistência contínua prestada a um paciente. Um gerente de caso eficiente eventualmente compreende os obstáculos, limites e até mesmo as oportunidades existentes na comunidade que influenciam na competência de resolução das necessidades de saúde dos pacientes.

Agente de Mudanças

Um enfermeiro de comunidade é também um agente de mudanças, o que envolve a identificação e implementação de novas e mais efetivas abordagens de problemas. Você age como um agente de mudanças dentro de um sistema familiar ou como um mediador de problemas dentro da comunidade do paciente.

Você identifica um dado número de problemas (p. ex., qualidade dos serviços de creche comunitária, disponibilidade de centros de serviços de assistência diurnos para idosos, ou os níveis de violência da vizinhança). Como agente de mudanças, você empodera indivíduos e suas famílias a solucionar os problemas de maneira criativa ou se torna fundamental para promover mudanças dentro de um órgão de assistência à saúde. Por exemplo, se seu paciente tem dificuldade de manter consultas de saúde regulares, você descobre o porquê. Talvez a clínica de saúde seja muito longe e difícil de chegar, ou talvez o horário de funcionamento seja incompatível com os recursos de transporte do paciente. Você trabalha com o paciente para resolver o problema e ajudar a identificar um local alternativo, como uma clínica de enfermagem que seja mais perto ou que tenha um horário de funcionamento mais conveniente.

Para promover a mudança, você reúne e analisa os fatos antes de implementar o programa. Isso exige que você esteja bem familiarizado com a comunidade em si. Muitas comunidades resistem às mudanças, preferindo prestar serviços da maneira já estabelecida. Antes de analisar os fatos, com frequência é necessário gerenciar conflitos entre os profissionais de saúde, esclarecer suas funções e identificar claramente as necessidades dos pacientes. Se a comunidade tem um histórico de dificuldades em solucionar problemas, você terá de se concentrar no desenvolvimento de competências para a resolução de

problemas (Stanhope e Lancaster, 2014).

Defensor dos Pacientes

A defesa dos pacientes é mais importante hoje em dia na prática de comunidade por causa da confusão sobre o acesso aos serviços de saúde. Seus pacientes com frequência precisam de alguém para ajudá-los a percorrer o sistema e identificar aonde ir para obter serviços, como chegar aos indivíduos que têm a autoridade apropriada, que serviços pedir e como seguir adiante com a informação que eles receberam. É importante fornecer as informações necessárias para que os pacientes tomem decisões informadas ao escolherem e utilizarem apropriadamente os serviços. Além disso, é importante que você apoie e às vezes defenda as decisões de seus pacientes.

Colaborador

Na prática de enfermagem de comunidade, você precisa ser competente para trabalhar não somente com indivíduos e suas famílias, mas também com outras disciplinas correlatas de assistência à saúde. A colaboração, ou o trabalho em esforço combinado com todos aqueles envolvidos na prestação de assistência, é necessária para desenvolver um plano mutuamente aceitável que vai alcançar metas comuns (Stanhope e Lancaster, 2014). Por exemplo, quando o seu paciente tem alta para ir para casa com um câncer terminal, você colabora com a equipe do *hospice*, assistentes sociais e assistência pastoral para iniciar um plano para apoiar os cuidados terminais para o paciente, em casa, e para apoiar a família. Para a colaboração ser efetiva, vocês precisam de confiança mútua e respeito pelas funções, competências e contribuições de cada profissional.

Conselheiro

Conhecer os recursos comunitários é um fator crítico para se tornar um conselheiro efetivo para o paciente. Um conselheiro ajuda os pacientes a identificar e esclarecer problemas de saúde e escolher

cursos de ação apropriados para resolver esses problemas. Por exemplo, em programas de assistência a funcionários ou abrigos femininos, maior quantidade de interação enfermeiro-paciente acontece por meio de aconselhamento. Como um conselheiro, você é responsável por fornecer informações; ouvir objetivamente; e ser acolhedor, atencioso e confiável. Você não toma decisões, mas ajuda seus pacientes a tomarem as decisões que são melhores para eles (Stanhope e Lancaster, 2014). Pacientes e famílias com frequência precisam de assistência para identificar e esclarecer problemas de saúde. Por exemplo, um paciente que relata repetidas vezes um problema para seguir uma dieta prescrita é na verdade incapaz de arcar com os preços das comidas nutritivas ou tem familiares que não apoiam bons hábitos alimentares. Você precisa discutir com seu paciente sobre os fatores que impedem ou ajudam na resolução de problemas, identificar um leque de soluções e então discutir quais soluções têm mais chances de obter êxito. Você também encoraja seu paciente a tomar decisões e expressa sua confiança na escolha feita pelo paciente.

Educador

Em um ambiente comunitário, você trabalha apenas com um indivíduo ou com grupos de pacientes. Estabelecer relacionamentos com organizações de serviços comunitários proporciona apoio educacional para um grande número de grupos de pacientes. Aulas pré-natais, cuidados com bebês, segurança de crianças e exames preventivos de câncer são apenas alguns dos programas educacionais de saúde oferecidos em um ambiente de prática comunitária.

Quando o objetivo é ajudar seus pacientes a assumir a responsabilidade por sua própria saúde, seu papel como educador assume importância maior (Stanhope e Lancaster, 2014). Pacientes e famílias precisam adquirir habilidades e conhecimentos para cuidar de si mesmos. Avalie as necessidades de aprendizagem de seu paciente e sua prontidão para aprender, dentro do contexto individual, sobre os sistemas com que o indivíduo interage (p. ex., família, empresa e escola) e os recursos disponíveis para apoio.

Adapte suas competências para ensinar, de maneira que você possa orientar um paciente em ambiente domiciliar e tornar significativo o processo de aprendizagem. Nesse ambiente de prática, você tem a oportunidade de acompanhar seus pacientes ao longo do tempo. Planejamento de retornos para demonstração de habilidades, utilização de ligações telefônicas de acompanhamento e encaminhamento para apoio da comunidade e grupos de autoajuda lhe dão a oportunidade de proporcionar continuidade das orientações e reforçar tópicos importantes e comportamentos assimilados (Cap. 25).

Epidemiologista

Como enfermeiro de comunidade, você também aplica princípios de epidemiologia. Seus contatos com famílias, grupos comunitários, como escolas e indústrias e órgãos de assistência à saúde, colocam-no em posição especial para iniciar atividades epidemiológicas. Como um epidemiologista, você está envolvido em descobertas de caso, educação em saúde e monitoramento de taxas de incidência de uma doença. Por exemplo, um funcionário da lanchonete de uma escola local de ensino médio foi diagnosticado com tuberculose ativa (TB). Como um enfermeiro de comunidade, você ajuda a descobrir novas exposições à TB ou atividade da doença na residência do funcionário, rede de trabalho e comunidade.

Enfermeiros epidemiologistas são responsáveis pela vigilância comunitária por fatores de risco (p. ex., monitorando a incidência de níveis elevados de chumbo em crianças e identificando altas nos índices de mortalidade fetal e infantil, aumentos de gravidez adolescente, presença de doenças infecciosas e transmissíveis e surtos de piolho). Enfermeiros epidemiologistas protegem o nível de saúde da comunidade, desenvolvem sensitividade a mudanças no estado de saúde da comunidade e ajudam a identificar as causas dessas mudanças.

Avaliação da comunidade

Ao atuar num ambiente comunitário, você precisa aprender como avaliar a comunidade em geral, especialmente na enfermagem de saúde na comunidade. A avaliação da comunidade é a coleta de dados sistemática da população, o monitoramento de saúde da população e a divulgação da informação disponível sobre a saúde da comunidade (Stanhope e Lancaster, 2014). Esse é o ambiente onde os pacientes vivem e trabalham. Sem a compreensão adequada desse ambiente, qualquer esforço para promover a saúde de um paciente e provocar as mudanças necessárias provavelmente não terá êxito. A comunidade tem três componentes: estrutura ou local, as pessoas e os sistemas sociais. Para desenvolver a avaliação completa da comunidade, examine cuidadosamente cada um dos três componentes para identificar necessidades de políticas de saúde, programas de saúde e serviços de saúde necessários (Quadro 3-3).

Quadro 3-3 Avaliação da Comunidade

Estrutura

- Nome da comunidade ou bairro
- Fronteiras geográficas
- Serviços de emergência
- Água e saneamento
- Habitação
- Status econômico (p. ex., renda média familiar, número de residentes com assistência pública)
- Transporte

População

- Distribuição etária
- Distribuição por gênero

- Tendências de crescimento
- Densidade
- Nível educacional
- Grupos étnicos predominantes
- Grupos religiosos predominantes

Sistema Social

- Sistema educacional
- Governo
- Sistema de comunicação
- Sistema de previdência
- Programas voluntários
- Sistema de saúde

Quando avalia a estrutura ou local, você percorre o bairro ou comunidade e observa o seu planejamento, a localização de serviços e os locais onde os moradores se encontram. Você obtém os dados demográficos da população acessando as estatísticas da comunidade em um departamento de saúde pública ou biblioteca pública. Você obtém informações sobre sistemas sociais existentes, tais como escolas ou instituições de assistência à saúde, visitando vários locais e entendendo seus serviços.

Uma vez que você tenha um bom entendimento da comunidade, você pode avaliar cada paciente individualmente dentro desse contexto. Por exemplo, ao coletar dados sobre a segurança da residência de um paciente, você considera o seguinte: o paciente tem fechaduras seguras nas portas? As janelas estão seguras e intactas? A iluminação das passagens e entradas está funcionando? Ao avaliar o paciente, é importante saber o nível de violência da comunidade e os recursos disponíveis quando há necessidade de ajuda. Sempre avalie o indivíduo no contexto da comunidade.

Mudança na saúde dos pacientes

Na prática comunitária, os enfermeiros cuidam de pacientes com históricos variados e em ambientes variados. É relativamente fácil, ao longo do tempo, tornar-se familiarizado com os recursos disponíveis dentro de um ambiente de prática de comunidade em particular. Da mesma forma, com a prática você aprende como identificar as necessidades especiais de pacientes individuais. Similarmente, os enfermeiros reúnem os recursos necessários para melhorar o cuidado contínuo de um paciente. Quando você colabora com seus pacientes e os profissionais de saúde, você ajuda a prevenir a duplicação dos serviços de assistência à saúde. Por exemplo, ao cuidar de um paciente com uma ferida em cicatrização, é importante coordenar os serviços de cuidado ao ferimento e ajudar o paciente e a família a encontrar materiais de baixo custo para o curativo.

Entretanto, o desafio é promover e proteger a saúde de um paciente dentro do contexto da comunidade, utilizando uma abordagem de prática baseada em evidências quando possível. Por exemplo, os enfermeiros podem ajudar homens de uma comunidade étnica a mudar seus processos de tomada de decisão com respeito a exames preventivos de próstata (Chan et al., 2011; Gash & McIntosh, 2013; Quadro 3-1)? Kirkpatrick et al. (2012) investigaram o efeito de uma abordagem baseada em evidências utilizada por enfermeiros de saúde na comunidade para criar estratégias para pacientes com doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) no ambiente comunitário. Os pacientes melhoraram suas práticas de autocuidados, gerenciaram ataques de pânico e melhoraram a observância da medicação, nesse estudo.

Talvez o tema mais importante a se considerar seja o quão bem você entende a vida dos seus pacientes. Isso começa ao se estabelecer relacionamentos sólidos e atenciosos com os pacientes e suas famílias (Cap. 7). Conforme você ganha experiência e é aceito pela família de um paciente, você se torna capaz de aconselhar e educar efetivamente, e entender o que de fato torna um paciente único. As atividades do

dia a dia da vida familiar são as variáveis que influenciam como você vai adaptar as intervenções de enfermagem. A hora do dia em que um paciente vai trabalhar, a disponibilidade do cônjuge e dos pais do paciente para cuidar das crianças e os valores familiares que formam as ideias sobre saúde são apenas poucos exemplos dos muitos fatores que você irá considerar na prática de comunidade. Uma vez que você tem uma ideia da vida do paciente, você então planeja intervenções para promover a saúde e prevenir doenças dentro do ambiente de prática de comunidade.

Pontos-chave

- Os princípios da prática de enfermagem de saúde pública focam no auxílio a indivíduos e comunidades para conquistar e manter um ambiente de vida saudável.
- As funções essenciais de saúde pública incluem avaliação da comunidade, desenvolvimento de políticas e acesso a recursos.
- Quando serviços de assistência à saúde baseados na população são efetivos, há maior probabilidade de que níveis de serviços melhores vão contribuir eficientemente para a melhoria da saúde da população.
- Um enfermeiro de saúde da comunidade cuida de uma comunidade como um todo e coleta dados e avalia os indivíduos ou famílias dentro do contexto da comunidade.
- A prática de enfermagem de saúde de comunidade bem-sucedida envolve a construção de relacionamentos com a comunidade e ser responsivo a mudanças dentro da comunidade.
- A capacidade de um enfermeiro de comunidade é baseada na tomada de decisões no nível do paciente individual.
- As necessidades especiais das populações vulneráveis são um desafio que os enfermeiros enfrentam na assistência às condições de saúde cada vez mais complexas, crônicas ou agudas, desses pacientes.
- Um enfermeiro de comunidade possui competência como cuidador profissional, colaborador, educador, conselheiro, agente

de mudanças, defensor dos pacientes, gerente de casos e epidemiologista.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Um enfermeiro de comunidade numa comunidade diversificada está trabalhando com profissionais de saúde para prestar assistência pré- natal para mulheres sul-africanas em subempregos e com pouca cobertura de seguro. Que objetivo global da *Healthy People 2020* isso representa?
    1. Avaliar as necessidades de saúde de indivíduos, famílias ou comunidades.
    2. Desenvolver e implementar políticas de saúde pública e melhorar o acesso à assistência.
    3. Reunir informações de taxas de incidências de determinadas doenças e problemas sociais.
    4. Aumentar a expectativa e qualidade de vida para eliminar disparidades em saúde.
2. Utilizando a *Healthy People 2020* como guia, quais das seguintes ações melhorariam a prestação de assistência a uma comunidade? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Avaliação da comunidade
    2. Implementação de políticas de saúde pública
    3. Avaliação da segurança domiciliar
    4. Melhoria do acesso à assistência
    5. Determinar os índices de doenças específicas
3. Um estudante de enfermagem no último semestre de um programa de bacharelado em enfermagem está iniciando o estágio na comunidade e irá trabalhar numa clínica com foco em asma e alergias. Qual é o foco primário do enfermeiro de saúde da comunidade nesse ambiente clínico? (Selecione todos que se aplicam.)

    1. Diminuir a incidência de crises de asma na comunidade
    2. Aumentar a competência dos pacientes para autogerenciar sua asma
    3. Tratar de crises severas de asma no hospital
    4. Oferecer programas educacionais sobre asma para os professores de escolas locais
    5. Oferecer vacinação agendada para as pessoas que frequentam a clínica
4. O enfermeiro que cuida de uma comunidade bósnia identifica que as crianças estão com lacunas de vacinação e que a comunidade não conhece seus recursos. O enfermeiro avalia a comunidade e descobre que há uma clínica de saúde a 8 km dali. O enfermeiro se encontra com os líderes da comunidade e explica a necessidade de vacinação, a localização da clínica e o processo de acesso aos recursos de assistência. Quais das seguintes práticas o enfermeiro está proporcionando? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Prover recursos comunitários para as crianças
    2. Educar a comunidade no tocante à promoção de saúde e prevenção de doenças
    3. Promover autonomia na tomada de decisões sobre práticas de saúde
    4. Melhorar a assistência à saúde das crianças da comunidade
    5. Participar de atividades de desenvolvimento profissional para manter as competências de enfermagem
5. Populações vulneráveis são aquelas que estão mais propensas a desenvolver problemas de saúde em consequência de:
    1. Doenças crônicas, desalojamento e pobreza
    2. Pobreza e acesso limitado aos serviços de assistência à saúde
    3. Falta de transporte, dependência de outros para assistência e desalojamento
    4. Riscos excessivos, acesso limitado aos serviços de saúde e dependência de outros para assistência
6. Quais dos seguintes itens são problemas graves de saúde

pública que comumente afetam os idosos? (Selecione todos que se aplicam.)
   1. Abuso de substâncias intoxicantes
   2. Estados confusionais
   3. Limitações financeiras
   4. Doenças transmissíveis
   5. Doenças físicas crônicas e agudas
7. Alguns enfermeiros estão reunindo dados para descobrir quantos adolescentes tentaram suicídio em uma comunidade. Esse é um exemplo de que tipo de avaliação da comunidade?
8. Muitas residências antigas em um bairro estão sendo restauradas. Foi utilizada tinta com chumbo. O clínico de comunidade do bairro iniciou um programa de rastreamento de chumbo. Essa atividade é baseada em que determinante social em saúde?
9. Depois de avaliar a comunidade que se concentrou no comportamento de saúde de adolescentes, um enfermeiro descobre que um grande número de adolescentes fuma, então elabora um programa de combate ao fumo no centro de juventude na comunidade. Esse é um exemplo de que papel do enfermeiro:
   1. Educador
   2. Conselheiro
   3. Colaborador
   4. Gerente de casos
10. Um enfermeiro em uma clínica de saúde na comunidade notou um aumento no número de testes de pele positivos para tuberculose (TB) feitos em alunos de uma escola de ensino médio local no ano acadêmico passado. Depois de comparar esses números com os números anteriores, encontrou-se um aumento de 10% nos testes positivos. O enfermeiro entra em contato com o enfermeiro da escola e o diretor do departamento de saúde. Juntos eles começam a expandir avaliação para todos os estudantes e funcionários do distrito escolar. O enfermeiro de comunidade estava agindo em que

papel de enfermagem? (Selecione todos que se aplicam.)
   1. Epidemiologista
   2. Conselheiro
   3. Colaborador
   4. Gerente de caso
   5. Cuidador profissional
11. Um aluno de enfermagem está fazendo uma apresentação sobre as necessidades de pacientes com doenças mentais da comunidade para um grupo de outros alunos. O professor de enfermagem precisa esclarecer a apresentação quando o aluno afirma:
   1. "Muitos pacientes com doenças mentais não têm residência permanente".
   2. "Desemprego é um problema comum vivenciado por pessoas com uma doença mental."
   3. "A maioria dos pacientes com doenças mentais vive em estabelecimentos de assistência de longo prazo".
   4. "Pacientes com doenças mentais com frequência têm risco maior de sofrerem agressões e abusos".
12. Pedem ao enfermeiro de uma nova clínica comunitária que complete a avaliação da comunidade. Ordene os passos para concluir essa avaliação:
   1. Estrutura ou local
   2. Sistemas sociais
   3. População
13. Com base em uma avaliação, o enfermeiro identifica um crescimento do grupo populacional de imigrantes na comunidade. Como o enfermeiro poderia descobrir as necessidades de saúde dessa população? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Identificando o que a população de imigrantes considera ser as duas mais importantes necessidades de saúde.
   2. Aplicando informações da *Healthy People 2020.*
   3. Descobrindo como a população utiliza os recursos de assistência à saúde disponíveis.

4. Descobrindo que órgãos de assistência à saúde aceitam populações imigrantes.
5. Identificando barreiras percebidas à assistência de saúde.

14. Um paciente está preocupado com sua avó de 76 anos que desfruta de muito boa saúde e quer viver em casa. As preocupações do paciente se referem à segurança de sua avó. O bairro não tem muitos crimes. Nesse cenário, quais das opções seguintes são as mais relevantes na avaliação da segurança?
    1. Índices de criminalidade, trancas, iluminação, tráfico no bairro
    2. Iluminação, trancas, bagunça, medicamentos
    3. Índices de criminalidade, medicamentos, sistemas de apoio, bagunça
    4. Trancas, iluminação, tráfico no bairro, índice de criminalidade

15. O enfermeiro de saúde pública está trabalhando com o departamento de saúde do município em uma força-tarefa para integrar totalmente os objetivos da *Healthy People 2020*. Na comunidade de imigrantes, a maioria da população não tem um provedor de assistência primária e não participa de atividades de promoção de saúde; o índice de desemprego na comunidade é de 25%. Como o enfermeiro pode descobrir que objetivos precisam ser incluídos ou atualizados? (Selecione todas as opções que se aplicam.)
    1. Levantando quais são os recursos de assistência de saúde dentro da comunidade.
    2. Levantando quais são os programas existentes de assistência à saúde que são oferecidos pelo departamento de saúde do município.
    3. Comparando os recursos existentes e programas com os objetivos do *Healthy People 2020*.
    4. Iniciando novos programas para atender aos objetivos do *Healthy People 2020.*
    5. Implementando sessões educativas nas escolas

concentradas nas necessidades nutricionais das crianças.

Respostas: 1. 4; **2.** 1, 2, 4, 5; **3.** 1, 2, 4; **4.** 1, 2, 4; **5.** 4; **6.** 1, 2, 3, 5; **7.** Taxas de incidências; **8.** Ambiente físico; **9.** 2; **10.** 1, 3; **11.** 3; **12.** 1, 3, 2; **13.** 1, 2, 3, 5; **14.** 2; **15.** 1, 2, 3.

Referências

American Nurses Association *Standards of public health nursing practice*. ed 2 Washington, DC: The Association; 2013.

Camarota S: Immigrants in the United States: a profile of America's foreign born population, *Center for Immigration Studies*, 2012, http://cis.org/2012-profile-of-americas-foreign-born-population.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Adolescent and school health, health disparities*, 2014a, http://www.cdc.gov/healthyyouth/disparities/.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Social determinants of health, definitions*, 2014b, http://www.cdc.gov/socialdeterminants/Definitions.html.

Happell B, Cleary M. Promoting health and preventing illness: promoting mental health in community nursing practice. *Contemp Nurse*. 2012;41(1):88.

Jackson D, Saltman D. Recognising the impact of social exclusion: the need for advocacy and activism in health care. *Contemp Nurse*. 2011;40(1):57.

Jackson D, et al. Family and community health nursing: challenges and moving forward. *Contemp Nurse*. 2012;43(1):141.

Landenburger KM, Campbell JC. Violence and human abuse. In: Stanhope M, Lancaster J, eds. *Foundations of nursing in the community: community-oriented practice*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

Olson KI, et al. Cornerstones of public health nursing. *Public Health Nurs*. 2011;28(3):249.

Piper M. Community empowerment for health visiting and other public health nursing. *Community Pract*. 2011;84(8):28.

Prochaska T, et al. *Public health for an aging society*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press; 2012.

Sebastian JG. Vulnerability and vulnerable populations: an overview. In: Stanhope M, Lancaster J, eds. *Foundations of nursing in the community: community-oriented practice*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

Stanhope M, Lancaster J. *Foundations of nursing in the community: community-oriented practice*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

US Department of Health and Human Services [USDHHS]: *Public Health Service: Healthy People 2020 a systematic approach to health improvement*, Washington, DC, 2015 update, US Government Printing Office. http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/default.

Referências de pesquisa

Borrow S, et al. Community-based child health nurses: an exploration of current practice. *Contemp Nurse*. 2011;40(1):71.

Chan ECY, et al. A community-based intervention to promote informed decision making for prostate cancer screening among Hispanic American men changed knowledge and role preferences: a cluster RCT. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):e44.

Gash J, McIntosh GV. Gender matters: health beliefs of women as a predictor of participation in prostate cancer screening among African American men. *Diversity Equality Health Care*. 2013;10(1):23.

Kirkpatrick P, et al. Research to support evidence-based practice in COPD community nursing. *Br J Community Nurs*. 2012;17(10):486.

Rew L, et al. Development of a dynamic model to guide health disparities research. *Nurs Outlook*. 2009;57(3):132.

Fundamentos Teóricos da Prática de Enfermagem

OBJETIVOS

- Explicar a influência da teoria de enfermagem na abordagem de prática de enfermagem.
- Descrever os tipos de teoria de enfermagem.
- Descrever a relação entre a teoria de enfermagem, o processo de enfermagem e as necessidades dos pacientes.
- Revisar teorias de enfermagem selecionadas.
- Revisar teorias selecionadas, fundamentadas em outras disciplinas.
- Descrever a prática de enfermagem fundamentada em teoria.

TERMOS-CHAVE

Premissas, p. 42
Estrutura conceitual, p. 42
Conceitos, p. 42
Conteúdo, p. 45
Teorias descritivas, p. 44
Domínio, p. 42
Ambiente/situação, p. 42

Feedback, p. 45
Grandes teorias, p. 44
Saúde, p. 42
Entrada, p. 45
Teorias de médio alcance, p. 44
Enfermagem, p. 42
Metaparadigma de enfermagem, p. 42
Teoria de enfermagem, p. 41
Saída, p. 45
Paradigma, p. 42
Pessoa, p. 42
Fenômeno, p. 42
Teorias da prática, p. 44
Teorias prescritivas, p. 44
Teoria compartilhada, p. 45
Teoria, p. 41

Prestar cuidado de enfermagem centrado no paciente é uma expectativa de todos os enfermeiros. Conforme você avança em suas aulas de enfermagem, você vai aprender a aplicar conhecimentos da enfermagem; ciências sociais, físicas e biocomportamentais; ética e política de saúde. A prática de enfermagem fundamentada em teoria o ajuda a elaborar e implementar intervenções de enfermagem para obter respostas de indivíduos e famílias aos problemas de saúde. Alguns enfermeiros acham a teoria de enfermagem difícil de entender ou de apreciar. Entretanto, conforme aumentam seus conhecimentos sobre a teoria, você perceberá que ela ajuda a descrever, explicar, prever ou prescrever medidas de cuidados de enfermagem. Perguntas comuns de enfermeiros sobre a teoria incluem: o que é teoria? Como as teorias de enfermagem foram criadas? Por que a teoria é importante na profissão de enfermagem? Este capítulo responde essas perguntas

e vai ajudá-lo a entender como usar a teoria em sua prática de enfermagem.

Imagine que você está construindo uma casa. Você precisa terminar as fundações antes de começar a construir as paredes. Sem uma fundação sólida, a casa não vai ficar de pé. Esse é o caso com a prática de enfermagem. A teoria serve de fundação para a arte e ciência da enfermagem. Os enfermeiros usam a teoria todos os dias, mas nem sempre percebem. Por exemplo, quando um enfermeiro se assegura de que o quarto do paciente esteja arrumado, livre de barulho excessivo e dos lençóis sujos, ele está utilizando a teoria ambiental de Florence Nightingale para promover cura e conforto. Quando encoraja um paciente a estabelecer objetivos para sua recuperação, um enfermeiro está utilizando a teoria de alcance de objetivos de Imogene King. Um enfermeiro utiliza a teoria do déficit do autocuidado de Dorothea Orem quando está alimentando ou dando banho em um paciente até que o paciente seja capaz de fazê-lo independentemente. O termo *teoria* pode soar intimidador, mas você vai descobrir que é uma parte integrante da enfermagem cotidiana.

O trabalho científico utilizado para desenvolver teorias expande o conhecimento científico da profissão. Teorias oferecem justificativas bem fundamentadas de como e por que enfermeiros podem fazer intervenções específicas, e para prever comportamentos e resultados de pacientes. A *expertise* da enfermagem é consequência de conhecimento e experiência clínica. O conhecimento em enfermagem melhora a prática de enfermagem ao relacionar teoria e pesquisa. Teoria, pesquisa e prática caminham juntas numa relação continuamente interativa (Fig. 4-1). Os enfermeiros desenvolvem teorias para explicar a relação entre variáveis, testando a teoria por meio de pesquisa e aplicando-a na prática. Por todo esse processo, frequentemente surgem novas informações que indicam a necessidade de se revisar a teoria, e o ciclo se repete (McEwen e Wills, 2014). Ao longo de sua carreira de enfermagem, você precisa refletir e aprender com suas experiências para crescer profissionalmente e utilizar teorias bem fundamentadas como base para sua abordagem de cuidado do paciente.

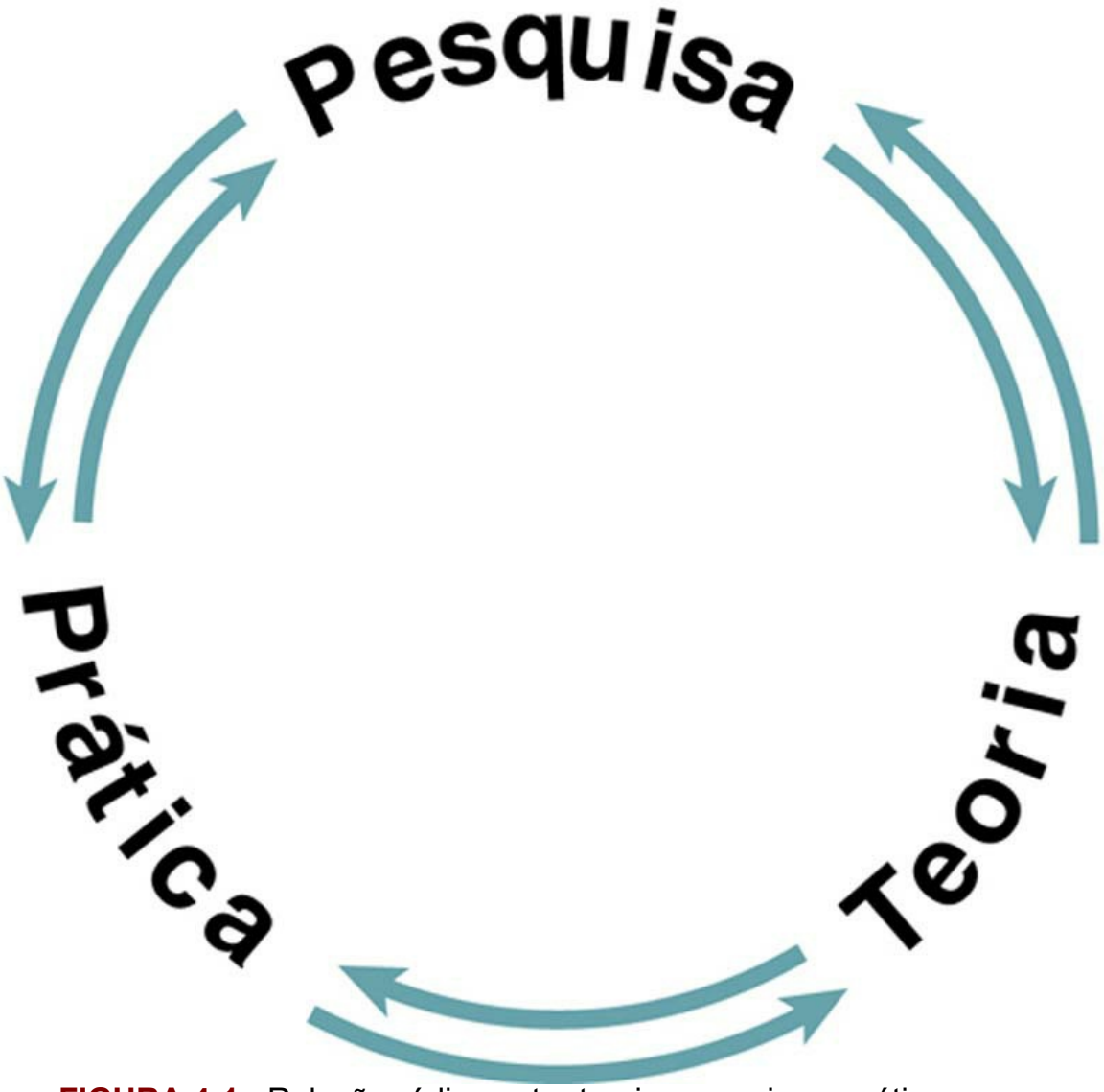


FIGURA 4-1 Relação cíclica entre teoria, pesquisa e prática.
(Adaptado de McEwen M, Wills EM: *Theoretical basis for nursing*, 4. ed., Philadelphia, 2014, Wolters Kluwer Health.)

Teoria

O que é teoria? Uma **teoria** ajuda a explicar um evento ao definir ideias ou conceitos, explicar as relações entre conceitos e prever resultados (McEwen e Wills, 2014). No caso da enfermagem, as teorias são elaboradas para explicar um fenômeno como autocuidado ou cuidado.

Uma **teoria de enfermagem** conceitualiza um aspecto da enfermagem para descrever, explicar, prever ou prescrever cuidado de enfermagem (Meleis, 2012). Teorias oferecem uma perspectiva para coletar dados e avaliar a situação de seus pacientes. Elas também o ajudam a organizar, analisar e interpretar dados. Por exemplo, se você usa a teoria de Orem na prática, você coleta e interpreta dados para descobrir as necessidades de autocuidados, déficits e habilidades de pacientes no controle de doenças. A teoria de Orem orienta, então, sua elaboração de intervenções centradas nos pacientes.

A enfermagem é tanto ciência quanto arte. A *ciência* da enfermagem é baseada em dados obtidos de pesquisas atuais, enquanto a *arte* da enfermagem deriva da experiência de um enfermeiro e do relacionamento único de cuidado que um enfermeiro desenvolve com um paciente (McEwen e Wills, 2014). Uma teoria de enfermagem ajuda a identificar o enfoque, significado e objetivos da prática. Teorias de enfermagem melhoram a comunicação e a responsabilidade pelo cuidado ao paciente (Meleis, 2012).

Componentes de uma Teoria

Uma teoria contém um conjunto de conceitos, definições e premissas ou pressupostos que explicam um fenômeno. Ela explica como esses elementos se relacionam de maneira única com o fenômeno (Fig. 4-2). Esses componentes proporcionam o fundamento do conhecimento, para os enfermeiros conduzirem e realizarem a prática de enfermagem. Os pesquisadores testam a teoria e então obtêm uma perspectiva e compreensão mais claras de todas as partes de um

fenômeno.

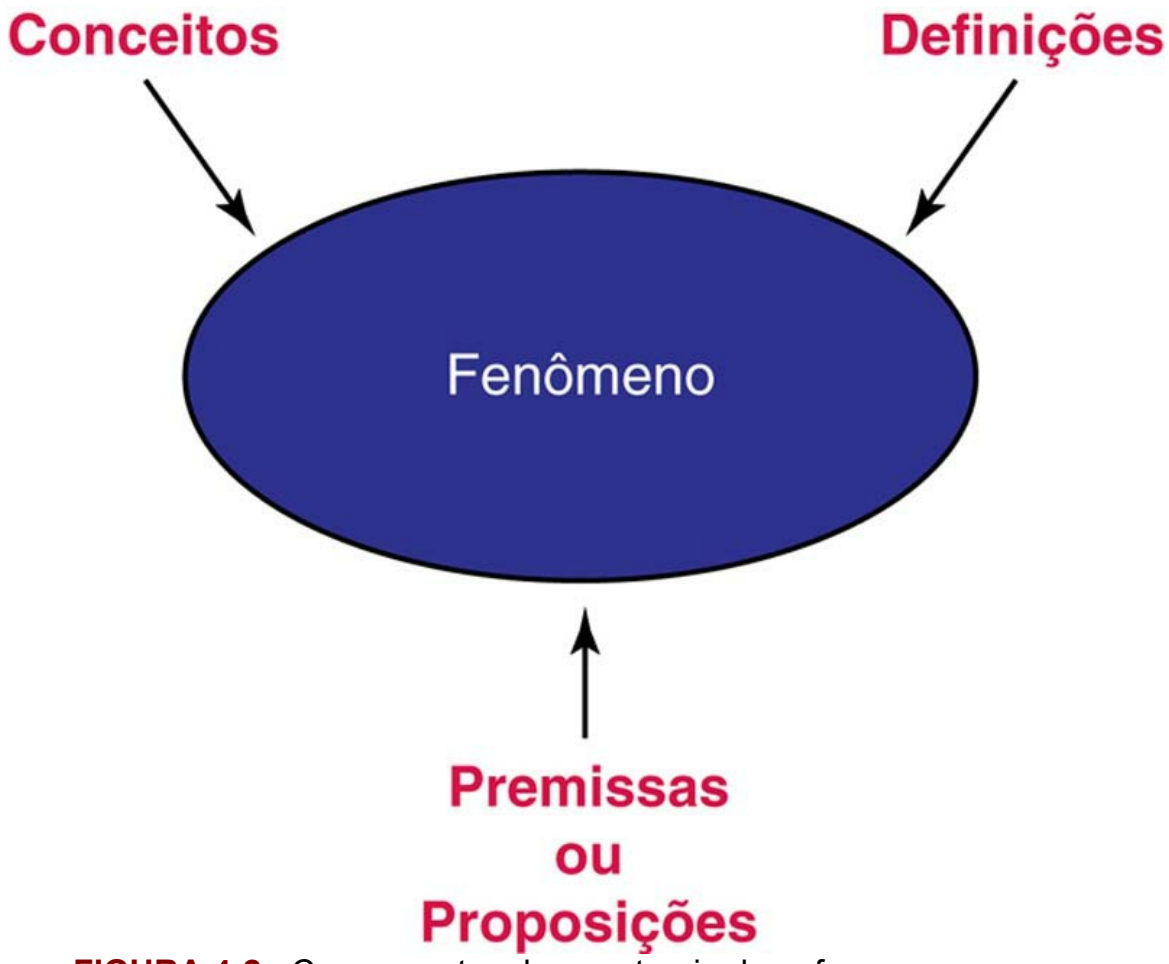


FIGURA 4-2 Componentes de uma teoria de enfermagem.

Fenômeno

As teorias de enfermagem se concentram no fenômeno de enfermagem e de cuidado de enfermagem. Um **fenômeno** é o termo, descrição ou rótulo utilizado para descrever uma ideia ou reações de um evento, uma situação, um processo, um grupo de eventos ou um grupo de situações (Meleis, 2012). Fenômenos podem ser temporários ou permanentes. Exemplos de fenômenos de enfermagem incluem assistência, autocuidado e respostas do paciente ao estresse.

Conceitos

Uma teoria também consiste em conceitos inter-relacionados que ajudam a descrever ou rotular os fenômenos. "Conceitos são as palavras ou frases que identificam, definem e estabelecem a estrutura e os limites para ideias formuladas sobre um fenômeno em particular" (Johnson e Webber, 2014, p. 18). Pense em **conceitos** como ideias e imagens mentais. Eles podem ser abstratos, como emoções, ou concretos, como objetos físicos (McEwen e Wills, 2014). Por exemplo, na teoria transpessoal do cuidado de Watson (Cap. 7), os conceitos incluem o atendimento das necessidades humanas e o estímulo da fé-esperança (Watson, 2010). Teorias usam conceitos para comunicar significado.

Definições

Os teóricos utilizam definições para comunicar o significado geral dos conceitos de uma teoria. Uma definição pode ser *teórica/conceitual* ou *operacional*. Definições teóricas ou conceituais simplesmente definem um conceito em particular, de forma semelhante ao que pode ser encontrado em um dicionário, baseado na perspectiva do teórico (Meleis, 2012; McEwen e Wills, 2014). Definições operacionais afirmam como os conceitos são mensurados (Johnson e Webber, 2014). Por exemplo, um conceito de enfermagem define *conceitualmente* a dor como desconforto físico e *operacionalmente* como um paciente informando uma pontuação de três ou mais numa escala de dor de zero a dez.

Premissas

Premissas são as afirmações "dadas como certas" e que explicam a natureza dos conceitos, definições, propósitos, relações e estruturas de uma teoria. Premissas são aceitas como *verdades* e são fundamentadas em valores e crenças (Masters, 2015; Meleis, 2012). Por exemplo, a teoria transpessoal do cuidado de Watson tem a premissa de que a intenção consciente de cuidar promove a cura e a plenitude (Watson, 2010).

O Domínio da Enfermagem

O **domínio** é a perspectiva ou território de uma profissão ou disciplina (Meleis, 2012). Ele proporciona o assunto, conceitos centrais, valores e crenças, fenômenos de interesse e problemas centrais de uma disciplina. O domínio da enfermagem proporciona tanto um aspecto prático quanto teórico da disciplina. É o conhecimento da prática de enfermagem, da história da enfermagem, da teoria, educação e pesquisa da enfermagem. O domínio da enfermagem fornece ao enfermeiro uma perspectiva abrangente que lhe permite identificar e tratar das necessidades de saúde em todos os ambientes de cuidado à saúde.

Um **paradigma** é um padrão de crenças utilizado para descrever o domínio de uma disciplina. Ele relaciona os conceitos, teorias, crenças, valores e premissas aceitas e aplicadas pela disciplina (McEwen e Wills, 2014). O termo **estrutura conceitual** é frequentemente utilizado como sinônimo de paradigma. Uma estrutura conceitual proporciona uma maneira de organizar conceitos principais e visualiza as relações entre os fenômenos. Estruturas diferentes proporcionam maneiras alternativas de enfocar a matéria de uma disciplina e representam a perspectiva do autor. Por exemplo, os grandes teóricos sempre abordam conceitos similares em suas respectivas teorias, mas cada teórico define e descreve os conceitos de uma maneira diferente, com base nas próprias ideias e experiências (Fawcett e DeSanto-Mayeda, 2013).

O **metaparadigma de enfermagem** permite que os enfermeiros entendam e expliquem o que a enfermagem *é*, o que a enfermagem *faz*, e *por que* os enfermeiros fazem o que fazem (Fawcett e DeSanto-Mayeda, 2013). O metaparadigma de enfermagem inclui os quatro conceitos de pessoa (ou seres humanos), saúde, ambiente/situação e enfermagem. **Pessoa** refere-se a quem é favorecido com o cuidado de enfermagem, incluindo pacientes individuais, grupos, culturas, famílias e comunidades. A pessoa é o centro do cuidado de enfermagem que você oferece. Como as necessidades de cada pessoa são com frequência complexas, é importante proporcionar cuidado individualizado e centrado no paciente. **Saúde** tem diferentes

significados para cada paciente, para o serviço de saúde e para a profissão na saúde (Cap. 6). É um estado de ser que as pessoas definem com relação aos seus próprios valores, personalidades e estilos de vida. É dinâmica e está sempre mudando. Seu desafio como enfermeiro é de prover o melhor cuidado possível, baseado no nível de saúde do paciente e nas necessidades de saúde no momento de prestar os serviços.

Ambiente/situação inclui todas as condições passíveis de afetarem os pacientes e os serviços que frequentam para obter cuidado de saúde. Há uma interação contínua entre o paciente e o ambiente. Essa interação tem efeitos positivos e negativos no nível de saúde e nas necessidades de saúde de uma pessoa. Fatores da casa, da escola, do trabalho e da comunidade, todos influenciam o nível dessas necessidades. Por exemplo, uma adolescente com diabetes tipo 1 precisa ajustar seu plano de tratamento para se adaptar às atividades físicas da escola, às exigências de um emprego em tempo parcial e à programação de seus eventos sociais, tais como o baile de formatura.

Enfermagem é a "… proteção, promoção e otimização da saúde e competências, prevenção de doenças e lesões, alívio do sofrimento pelo diagnóstico e tratamento humano, e defesa do cuidado dos indivíduos, famílias, comunidades e populações" (ANA, 2014). O escopo da enfermagem é amplo. Por exemplo, um enfermeiro não diagnostica clinicamente a condição de saúde de um paciente como insuficiência cardíaca. Entretanto, ele avalia a resposta do paciente à diminuição da tolerância à atividade como um resultado da doença e elabora *diagnósticos de enfermagem* para fadiga, intolerância à atividade e enfrentamento pouco efetivo (Cap. 17). A partir desses diagnósticos de enfermagem, o enfermeiro desenvolve um plano de cuidado centrado no paciente para cada um dos problemas de saúde do paciente (Cap. 18). Utiliza os procedimentos de pensamento crítico para integrar conhecimento, experiência, atitudes e normas ao plano de cuidado individualizado para cada um de seus pacientes (Cap. 15).

Evolução da Teoria da Enfermagem

Como foram criadas as teorias? As teorias de enfermagem

normalmente se constroem a partir dos trabalhos de teorias anteriores. Florence Nightingale geralmente é considerada a primeira teórica de enfermagem. Sua teoria estava fundamentada em sua crença de que a enfermagem poderia melhorar o ambiente do paciente para facilitar a recuperação e prevenir complicações. Na época de Nightingale, as enfermeiras eram treinadas para observar cada condição do paciente e relatar as mudanças para o médico; dessa forma inicia-se o estatuto da enfermagem como subserviente ao médico — um vestígio da era vitoriana em que Nightingale viveu (Warelow, 2013).

Com a aproximação do século XX, a enfermagem começou a transformar-se de uma vocação para uma profissão, o que levou os enfermeiros americanos a padronizar a educação de enfermagem em programas com certificação e encorajou mais enfermeiros a buscar formação acadêmica. O primeiro encontro nacional de enfermeiros aconteceu na Feira Mundial, em Chicago, em 1893, e a primeira edição da *American Journal of Nursing* (AJN – Revista Americana de Enfermagem) foi publicada em 1900 (Alligood, 2014). A "era do curriculum" da enfermagem durou da década de 1900 até a década de 1940. Durante esse período, a educação em enfermagem ampliou-se dos cursos básicos de anatomia e fisiologia para incluir cursos de ciências sociais, farmacologia e "artes" de enfermagem, que abordavam competências, ações e procedimentos de enfermagem (Alligood, 2014).

A "era da pesquisa" abrangeu as décadas de 1950, 60 e 70, quando os enfermeiros se tornaram cada vez mais envolvidos em realizar estudos e compartilhar suas descobertas. Entretanto, os primeiros estudos tinham um enfoque psicossocial, antropológico e educacional. Os enfermeiros estudavam suas próprias atitudes, seus relacionamentos com outras disciplinas e suas funções nos ambientes de trabalho e políticos. Nos primeiros anos, a pesquisa de enfermagem não explorava questões clínicas baseadas no modelo biomédico de pesquisa, porque a disciplina estava tentando demonstrar sua singularidade da medicina. Nessa mesma época teve início a "era da educação em nível de pós-graduação" e as primeiras versões das teorias de enfermagem foram desenvolvidas, oferecendo

mais estrutura à pesquisa de enfermagem. Os teóricos renomados dessa época incluem Johnson, King, Levine, Neuman, Orem, Rogers, e Roy (Alligood, 2014).

A era da *teoria*, que incluiu as décadas de 1980 e 1990, contribuiu significativamente para o desenvolvimento do conhecimento, e o metaparadigma de enfermagem foi proposto por Fawcett. Essa era resultou na publicação de diversas revistas de enfermagem, na criação de conferências de enfermagem, e na oferta de mais programas de doutorado em enfermagem (Alligood, 2014).

O século XXI é considerado a era da *utilização da teoria*. Hoje, os enfermeiros se esforçam para proporcionar prática baseada em evidências (PBE), que deriva da teoria, pesquisa e experiência. O enfoque da PBE é o cuidado seguro, abrangente, individualizado e de qualidade (Cap. 5). As *grandes* teorias originais serviram de trampolim para o desenvolvimento das teorias mais modernas de *médio alcance*, que, por meio de testes e pesquisas, proporcionaram "evidências" para a PBE e promoveram a transposição da pesquisa para a prática. A utilização da teoria é congruente com os objetivos nacionais atuais de cuidado de saúde de qualidade (Alligood, 2014).

As eras históricas do desenvolvimento do conhecimento de enfermagem estão representadas na Tabela 4-1. As teorias de enfermagem mudaram ao longo do tempo, em resposta às mudanças na sociedade e no mundo. O contexto de guerra foi um fator primordial na elaboração das teorias de Nightingale. No outro lado do espectro da enfermagem, a visão de Rogers sobre a enfermagem aeroespacial foi elaborada nos anos 1980, quando o advento do programa espacial tornou o conceito das viagens ao espaço uma realidade possível para todos (Warelow, 2013).

Tabela 4-1

Eras Históricas do Desenvolvimento do Conhecimento de Enfermagem

Eras Históricas	Questão Principal	Ênfase	Resultados	Objetivo Emergente
Era do	Que conteúdo	Cursos ensinados nos	Currículos	Conhecimento

curriculum: de 1900 até a década de 1940	curricular os alunos de enfermagem deveriam estudar?	programas de enfermagem	padronizados para programas com diplomas	especializado e educação superior
Era da pesquisa: de 1950 até a década de 1970	Qual o foco da pesquisa de enfermagem?	Papel dos enfermeiros e o que pesquisar	Estudos de problemas e estudos sobre enfermeiros	Pesquisas fundamentadas em teoria para conhecimento unificado
Era da educação em nível de pós-graduação: de 1950 até a década de 1970	Que conhecimento é necessário para a prática de enfermagem?	Construção de funções e bases avançadas para a prática de enfermagem	Enfermeiros têm um papel importante no cuidado de saúde de qualidade	Enfoque na educação em nível de pós-graduação, no desenvolvimento de conhecimento
Era da teoria: de 1980 até a década de 1990	Como essas estruturas guiam a pesquisa e a prática?	As muitas maneiras de pensar sobre a enfermagem	Trabalhos teóricos de enfermagem focam claramente no paciente	Pesquisa e prática de enfermagem orientadas
Era da utilização da teoria: século XXI	Que novas teorias são necessárias como evidência do cuidado de qualidade?	Teoria de enfermagem como um guia para pesquisa, prática, educação e administração	Teorias de médio alcance têm abordagens qualitativas e quantitativas	Estrutura de enfermagem como conhecimento (evidência) para o cuidado de qualidade

De Alligood MR: *Nursing theory: utilization and application*, 5. ed., St Louis, 2014, Mosby.

Os teóricos elaboraram suas teorias a partir de suas próprias experiências em educação de enfermagem e prática de enfermagem e a partir dos conhecimentos obtidos das disciplinas de filosofia, sociologia, psicologia e antropologia. Muitos teóricos de enfermagem revisam suas teorias ao longo do tempo para permanecerem atualizados com as mudanças nos cuidados de saúde. Tal evolução mostra que as teorias não são estáticas; ao contrário, elas são dinâmicas e responsivas ao ambiente em transformação em que vivemos (Warelow, 2013).

Tipos de Teoria

As teorias únicas de uma disciplina ajudam a distinguir a disciplina de outras profissões. Antes do desenvolvimento das teorias de

enfermagem, a enfermagem era considerada uma ocupação orientada a uma tarefa que funcionava sob a direção da profissão médica (McEwen e Wills, 2014). "O uso principal da teoria é proporcionar *insights* sobre situações da prática de enfermagem e orientar a pesquisa" e proporcionar uma orientação ou explanação de por que enfermeiros fazem o que fazem (Meleis, 2012, p. 35). Teorias têm propósitos diferentes e às vezes são classificadas por níveis de abstração (grandes teorias *versus* de médio alcance *versus* práticas) ou pelos objetivos da teoria (descritiva ou prescritiva). Por exemplo, uma teoria descritiva descreve um fenômeno como sofrimento ou cuidado e também identifica condições ou fatores que preveem um fenômeno. Uma teoria prescritiva detalha as intervenções de enfermagem para um fenômeno específico e os resultados esperados do cuidado. O Quadro 4-1 resume os objetivos dos modelos teóricos de enfermagem.

Quadro 4-1 Objetivos dos Modelos de Enfermagem Teóricos

- Identificar o domínio e objetivos de enfermagem.
- Proporcionar conhecimento para melhorar a administração, prática, educação e pesquisa de enfermagem.
- Orientar a pesquisa para expandir a base de conhecimentos de enfermagem.
- Identificar técnicas e ferramentas de pesquisa utilizadas para validar intervenções de enfermagem.
- Elaborar planos curriculares para a educação de enfermagem.
- Estabelecer critérios para mensurar a qualidade do cuidado, educação e pesquisa de enfermagem.
- Orientar o desenvolvimento de um sistema de prestação de assistência de enfermagem.
- Proporcionar estrutura sistemática e justificativa para as atividades de enfermagem.

Grandes teorias são abstratas, de escopo abrangente e complexas.

Portanto, elas exigem maiores esclarecimentos por meio de pesquisas de maneira que possam ser aplicadas à prática de enfermagem. Uma grande teoria não oferece orientação para intervenções de enfermagem *específicas*; mas oferece a estrutura para ideias gerais e globais sobre enfermagem. Grandes teorias procuram responder à pergunta "o que é enfermagem" e focar no *todo* da enfermagem, em vez de em um tipo *específico* de enfermagem. Os grandes teóricos desenvolveram seus trabalhos com base em suas próprias experiências e na época em que estavam vivendo, o que ajuda a explicar por que há tanta variação entre as teorias. As grandes teorias abordam os componentes do metaparadigma de enfermagem: pessoa, enfermagem, saúde e ambiente.

Teorias de médio alcance têm escopo mais limitado e menos abstrato. Elas abordam um fenômeno específico e refletem a prática (administração, clínica ou ensino). Uma teoria de médio alcance tende a se concentrar num conceito encontrado em um campo específico da enfermagem, como incerteza, incontinência, apoio social, qualidade de vida e cuidado, mais do que refletir sobre uma grande variedade de situações de cuidado de enfermagem, como fazem as grandes teorias (Meleis, 2012). Por exemplo, a teoria do conforto de Kolcaba encoraja os enfermeiros a atender às necessidades dos pacientes por conforto, nas áreas física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Krinsky et al., 2014). Como muitas teorias de médio alcance, a teoria de Kolcaba foi fundamentada nos trabalhos de um grande teórico — neste caso, Nightingale. Teorias de médio alcance às vezes são desenvolvidas a partir de pesquisa, prática de enfermagem ou teorias de outras disciplinas (McEwen e Wills, 2014; Meleis, 2012).

Teorias da prática, também conhecidas como teorias de situações específicas, trazem a teoria para o leito do paciente. Estreitas no escopo e no enfoque, essas teorias orientam o cuidado de enfermagem de uma população de pacientes e*specífica* num momento e*specífico* (Meleis, 2012). Um exemplo de teoria da prática é um protocolo de gerenciamento de dor para pacientes se recuperando de uma cirurgia cardíaca. "Teorias da prática têm o benefício da tentativa e erro por meio da prática clínica" e frequentemente são mais fáceis de entender

e aplicar do que as grandes teorias e as teorias de médio alcance (Warelow, 2013, p. 41). A Figura 4-3 mostra o nível de abstração de cada uma das categorias de teorias: grandes, de médio alcance e práticas.

FIGURA 4-3 Relação entre a categoria da teoria e o nível de abstração. (Adaptado de McEwen M, Wills EM: *Theoretical basis for nursing*, 4. ed., Philadelphia, 2014, Wolters Kluwer Health.)

Teorias descritivas são o primeiro nível de desenvolvimento da teoria. Elas descrevem os fenômenos e identificam circunstâncias em que os fenômenos ocorrem (Meleis, 2012). Por exemplo, teorias de crescimento e desenvolvimento descrevem os processos de maturação de um indivíduo em diversas idades (Cap. 11). Teorias descritivas não se dirigem a atividades de enfermagem específicas nem tentam produzir mudanças, mas sim ajudar a explicar avaliações de pacientes.

Teorias prescritivas abordam intervenções de enfermagem para um fenômeno, orientam mudanças de práticas e preveem consequências. Enfermeiros utilizam teorias prescritivas para antecipar os resultados de intervenções de enfermagem (McEwen e Wills, 2014).

Prática de Enfermagem Fundamentada em Teoria

Por que a teoria é tão importante para a profissão de enfermagem? O conhecimento de enfermagem é derivado das ciências de

enfermagem, experiência, estética, atitudes de enfermeiros e normas de prática. Conforme a enfermagem continua a crescer como uma profissão orientada para a prática, novos conhecimentos são necessários para prescrever intervenções específicas para melhorar os resultados dos pacientes. As teorias de enfermagem e os conceitos relacionados continuam a evoluir. Florence Nightingale falou com firme convicção sobre a "natureza da enfermagem como uma profissão que exige conhecimentos distintos dos conhecimentos médicos" (Nightingale, 1860). O objetivo global dos conhecimentos de enfermagem é explicar a prática de enfermagem como uma prática diferente e distinta da prática da medicina, psicologia e outras disciplinas de saúde. A teoria gera conhecimentos de enfermagem para serem utilizados na prática, assim apoiando a PBE (Cap. 5). A integração da teoria com a prática leva à coordenação de serviços, e, portanto, serve como base para a enfermagem (McEwen e Wills, 2014).

O processo de enfermagem é utilizado em ambientes clínicos para determinar as necessidades individuais dos pacientes (Unidade III). Apesar do processo de enfermagem ser central para a enfermagem, ele não é uma teoria. Ele oferece um processo sistemático para os serviços de enfermagem, e não o componente de conhecimento da disciplina. Entretanto, os enfermeiros utilizam a teoria para direcioná-los em como *utilizar* o processo de enfermagem. Por exemplo, a teoria de cuidado influencia em que dados os enfermeiros precisam avaliar, como determinar as necessidades dos pacientes, como planejar a assistência, como selecionar intervenções de enfermagem individualizadas e como avaliar os resultados dos pacientes.

Teorias compartilhadas

Para o desenvolvimento da prática nos sistemas de saúde de hoje em dia, os enfermeiros precisam de uma base sólida de conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas, como as ciências biomédicas, sociológicas e comportamentais. Também conhecidas como teorias *emprestadas* ou *interdisciplinares*, uma **teoria compartilhada** explica um fenômeno específico à disciplina que desenvolveu a teoria (McEwen e Wills, 2014). Por exemplo, a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget ajuda a explicar como as crianças pensam, raciocinam e percebem o mundo (Cap. 11). O conhecimento e o uso dessa teoria ajudam os enfermeiros pediátricos a elaborar intervenções de brincadeiras terapêuticas apropriadas para crianças pequenas doentes ou crianças em idade escolar. A teoria andragógica de Knowles ajuda um enfermeiro a planejar e proporcionar orientações de alta apropriadas para um paciente que se recupera de uma cirurgia. Muitas teorias de enfermagem são fundamentadas em teorias de sistemas, e o processo de enfermagem também é um sistema (Fig. 4-4). Como em todos os sistemas, o processo de enfermagem tem um propósito ou objetivo específico (Unidade III). O objetivo do processo de enfermagem é organizar e prestar cuidado centrado no paciente. Como sistema, o processo de enfermagem tem os seguintes componentes: entrada, saída, feedback e conteúdo. **Entrada**, para o processo de enfermagem, são os dados ou informações que vêm do histórico do paciente. **Saída** é o produto final de um sistema; e, no caso do processo de enfermagem, é se o estado de saúde do paciente melhora, piora ou permanece estável em consequência do cuidado de enfermagem.

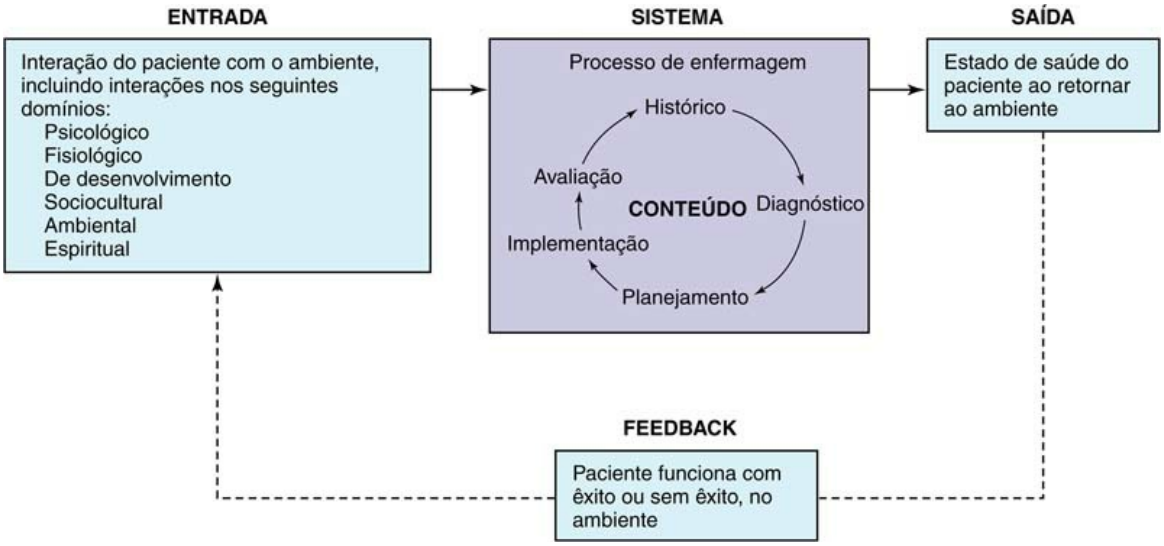


FIGURA 4-4 Proporcionar serviços de enfermagem em instituições de vida assistida promove a saúde física e psicossocial.

Feedback serve para informar um sistema sobre como ele está funcionando. Por exemplo, no processo de enfermagem, as saídas refletem as respostas dos pacientes às intervenções de enfermagem. As saídas são parte do feedback do sistema para refinar o plano de cuidado. Outras formas de feedback no processo de enfermagem incluem respostas de familiares e consultas a outros profissionais de saúde.

O **conteúdo** é o produto e a informação obtidos de um sistema. Por exemplo, pacientes com mobilidade reduzida na cama têm necessidades de cuidados de pele e intervenções comuns (p. ex., mudanças na posição para higiene e mudanças programadas de posição) que têm muito êxito na redução de riscos de lesões por pressão. A Tabela 4-2 traz o panorama de outras teorias compartilhadas selecionadas que são usadas com frequência na prática de enfermagem.

Tabela 4-2

Panorama de uma Seleção de Teorias Compartilhadas

Categoria de Teoria	Enfoque	Aplicação à Enfermagem

Necessidades humanas	As necessidades motivam o comportamento humano. A hierarquia das necessidades humanas básicas de Maslow inclui cinco níveis de prioridade (p. ex., fisiológico, segurança, amor e relacionamento, autoestima e autorrealização) (Fig. 6-3).	As necessidades básicas fisiológicas e de segurança normalmente são as prioridades do paciente, especialmente quando ele está seriamente dependente fisicamente. Quando o paciente não tem necessidades prementes de segurança ou fisiológicas, o enfermeiro prioriza suas necessidades psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento ou espirituais. Os pacientes que dão entrada no sistema de saúde em geral têm necessidades não atendidas. Um paciente com dor após uma cirurgia (necessidade básica) não está pronto para as instruções de alta (necessidade de alto nível) até que a dor seja aliviada. A hierarquia de necessidades é uma maneira de planejar o cuidado individualizado do paciente (McEwen e Wills, 2014).
Estresse/adaptação	Seres humanos respondem a ameaças reais ou percebidas adaptando-se para manter a funcionalidade e a vida.	Pacientes demonstram um padrão de resposta similar ao estresse por meio de respostas fisiológicas e psicológicas. A incapacidade de se adaptar ao estresse pode levar à exaustão e ao declínio da saúde. Os enfermeiros precisam entender as reações ao estresse do corpo e da mente para ajudar os pacientes a desenvolver métodos para lidar ou se adaptar ou gerenciar as doenças e enfermidades (Master's 2015).
Desenvolvimentista	Seres humanos têm um padrão comum de crescimento e desenvolvimento.	O crescimento e desenvolvimento humanos são processos ordenados e previsíveis que começam na concepção e continuam até a morte. Uma série de teorias bem testadas descreve e prevê o comportamento e o desenvolvimento em várias fases da vida (McEwen e Wills, 2014).
Biomédica	A teoria explica a causa das doenças; princípios relacionados à fisiologia.	Os enfermeiros precisam ter conhecimentos de teorias dos campos de biologia, medicina, saúde pública, fisiologia e farmacologia para proporcionar cuidado holístico ao paciente, promover a saúde e prevenir doenças (McEwen e Wills, 2014).
Psicossocial	A teoria explica ou prevê as respostas humanas dentro dos domínios fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual.	A enfermagem é uma disciplina variada que trabalha para atender às necessidades holísticas dos pacientes. O Capítulo 9 discute os modelos para se entender a diversidade cultural e implementar o cuidado no atendimento às necessidades variadas dos pacientes. O Capítulo 10 descreve a teoria da família e como atender às necessidades da família quando esta é o paciente ou o cuidador. O Capítulo 37 discute diversos modelos de luto e demonstra como ajudar o paciente nas perdas, morte e luto.
Educacional	A teoria explica o processo de ensino-aprendizagem,	Enfermeiros oferecem educação em saúde para pacientes, famílias, grupos comunitários e membros da equipe de saúde. Um

	examinando os princípios comportamental, cognitivo e andragógico.	entendimento básico das diversas teorias de ensino-aprendizagem é essencial para esse aspecto do papel da enfermagem profissional (Butts e Rich, 2015).
Liderança/gerenciamento	A teoria promove organização, mudança, poder/empoderamento, motivação, gerenciamento de conflitos e tomada de decisões.	Os enfermeiros frequentemente assumem posições de liderança na área de saúde e assim espera-se deles que gerenciem indivíduos e grupos de maneira efetiva para promover mudanças e melhorar a qualidade do cuidado e dos resultados (McEwen e Wills, 2014).

Teorias de enfermagem selecionadas

Definições e teorias de enfermagem podem ajudá-lo a entender a prática de enfermagem. As seções a seguir descrevem teorias selecionadas e seus conceitos. Observe a Tabela 4-3 para uma revisão de teorias adicionais de enfermagem, grandes e de médio alcance.

Tabela 4-3

Panorama de uma Seleção de Teorias de Enfermagem Grandes e de Médio Alcance

Categoria da Teoria	Teórico	Enfoque	Aplicação
Grande teoria	Henderson	Princípios e prática da enfermagem	Enfermeiros assistem pacientes em 14 atividades (respirar, comer/beber, eliminar, mover/posicionar, dormir/descansar, vestir, temperatura corporal, higiene, segurança, comunicação/socialização/diversão, prática da fé, aprendizagem) até que os pacientes possam atender essas necessidades por eles mesmos; ou eles ajudam os pacientes a terem uma morte pacífica (Butts e Rich, 2015; McEwen and Wills, 2014).
	Johnson	Sistema comportamental	Enfermeiros percebem os pacientes como sendo mais importantes que suas doenças; um paciente é visto como uma coleção de subsistemas que formam um sistema comportamental completo focado em encontrar motivações básicas para realizações, filiação, agressão/proteção, dependência, eliminação, ingestão, sexo e restauração. O objetivo da enfermagem é ajudar o paciente a obter/manter equilíbrio, funcionalidade e estabilidade em cada um dos subsistemas (Butts e Rich, 2015).
	Neuman	Sistemas	Enfermeiros veem um paciente (físico, psicológico, sociocultural, desenvolvimentista e espiritual) como sendo um sistema aberto que está em constante troca de energias com os ambientes tanto interno quanto externo. Enfermeiros auxiliam um paciente (indivíduo, grupo, família ou

			comunidade) a lidar com *fatores prejudiciais* intrapessoais, interpessoais e extrapessoais que podem minar as linhas de defesa do paciente e causar doenças. O papel da enfermagem é estabilizar um paciente ou situação, e o enfoque é no *bem-estar* e *prevenção* de doenças (McEwen e Wills, 2014).
	Abdellah	Cuidado centrado no paciente	Enfermeiros abordam 21 "problemas de enfermagem" para atender às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos pacientes e devem se esforçar para *conhecer* cada paciente. Enfermeiros usam conhecimentos construídos de experiências prévias para elaborar um plano geral de cuidado e então personalizar o plano para o paciente para oferecer *cuidado centrado no paciente*. Um enfermeiro deve envolver a família do paciente no plano de cuidado (McEwen e Wills, 2014).
	Levine	Conservação	Enfermeiros promovem o *equilíbrio* entre as intervenções de enfermagem e a participação do paciente para ajudar os pacientes a *conservar a energia* necessária para a cura; *conservar a integridade estrutural* limitando a extensão de acometimento/dano de tecidos; *conservar a integridade pessoal* ao envolvê-los em suas decisões de cuidado e *conservar a integridade social* facilitando a interação do paciente com a família e entes queridos (Johnson e Webber, 2014).
	King	Alcance de objetivos	Enfermeiros veem um paciente como um sistema único pessoal que está constantemente interagindo/transacionando com outros sistemas (p. ex., enfermeiro, família, amigos); enfermeiros ajudam os pacientes a se tornar participantes ativos do seu cuidado ao trabalhar *com* eles para determinar objetivos para conquistar, restaurar ou manter a saúde (Johnson e Webber, 2014; McEwen e Wills, 2014).
	Roy	Adaptação	Enfermeiros ajudam os pacientes a lidar ou se adaptar a mudanças nos domínios fisiológicos, de autoconceito, funcional e de interdependência (Masters, 2015).
	Erickson-Tomlin-Swain	Modelagem/modelagem do papel	Enfermeiros entendem a visão de mundo ou *modelo de mundo* do paciente (p. ex., como o paciente pensa, age, sente, se comunica) e ajudam um paciente a usar recursos internos e externos para fazer as mudanças apropriadas (*modelagem do papel*) para conquistar saúde ótima

			(McEwen e Wills, 2014).
	Watson	Cuidado	Enfermeiros entendem que cuidar é o componente fundamental da prática profissional de enfermagem e é baseada em 10 *aspectos de cuidados* (Cap. 7). O propósito da enfermagem é entender o inter-relacionamento entre saúde, doença e comportamento humano, mais do que se concentrar no modelo doença-cura. Os cuidados ocorrem quando um enfermeiro e um paciente envolvem-se num *relacionamento transpessoal* que facilita a capacidade do paciente de autocura (Johnson e Webber, 2014).
	Rogers/ Parse/ Newman	Ser humano unitário/tornar-se humano/expansão da consciência	Enfermeiros veem um paciente como um campo de energia único e dinâmico, em constante troca de energia com o ambiente; o cuidado de enfermagem concentra-se em ajudar o paciente a usar esse seu *próprio* potencial para identificar e alterar ritmos/padrões pessoais (p. ex., comer, respirar, dormir, comunicar-se, tocar) para promover e manter a saúde. Enfermeiros entendem que os pacientes são responsáveis por sua própria saúde e que a saúde deriva de como os pacientes vivem sua vida de acordo com seus próprios valores; o papel do enfermeiro é estar realmente *presente* com o paciente e aceitar sua visão de realidade enquanto oferece orientação ao paciente para fazer as escolhas de saúde de acordo com seu sistema de crenças (Johnson e Webber, 2014; McEwen e Wills, 2014).
Teoria de médio alcance	Benner	Aquisição de competências	Enfermeiros progridem por cinco estágios de aquisição de competências: novato, iniciante avançado, competente proficiente e especialista (Butts e Rich, 2015).
	Kolcaba	Conforto	Enfermeiros facilitam comportamentos de busca de saúde nos pacientes esforçando-se para aliviar sofrimentos físicos, emocionais, sociais, ambientais ou espirituais (McEwen e Wills, 2014).
	Pender	Promoção de saúde	Enfermeiros entendem que as características, experiências e crenças dos pacientes afetam sua motivação para adotar comportamentos saudáveis (Cap. 6) (McEwen e Wills, 2014).
	American Association of Critical-Care	Sinergia	A combinação das competências do enfermeiro com as necessidades dos pacientes no ambiente de cuidados críticos melhora os resultados do

	Nurses		paciente (McEwen e Wills, 2014).
	Mishel	Incerteza na doença	Enfermeiros facilitam o enfrentamento e a adaptação do paciente fazendo intervenções com o objetivo de auxiliar os processos dos pacientes e encontrar significado relacionado a sua doença (Adelstein et al., 2014).
	Eakes, Burke e Hainsworth	Tristeza crônica	Enfermeiros entendem que a disparidade entre a realidade *desejada* e *real* frequentemente leva a ciclos contínuos de sofrimento. Por exemplo, a tristeza crônica às vezes ocorre em pais de crianças com deficiências ou em indivíduos diagnosticados com uma doença crônica (Vitale e Falco, 2014).

A Teoria Ambiental de Nightingale

Conhecida como a fundadora da enfermagem moderna, Florence Nightingale é creditada com o desenvolvimento da primeira teoria de enfermagem. O enfoque da grande teoria de Nightingale é o ambiente do paciente, o qual Nightingale acreditava que os enfermeiros deveriam manipular (p. ex., ventilação, luz, diminuição de barulho, nutrição) de tal maneira que a natureza pudesse restaurar a saúde do paciente (McEwen e Wills, 2014). Por meio de observação e avaliação, ela relacionou o estado de saúde do paciente com fatores ambientais e deu início a melhorias de higiene e condições sanitárias durante a Guerra da Crimeia. Nightingale ensinava e utilizava o processo de enfermagem, considerando que "a observação [avaliação] vital… não serve para acumular informações variadas ou fatos curiosos, mas para salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto" (Nightingale, 1860).

A Teoria Interpessoal de Peplau

Hildegard Peplau é considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica; o enfoque de sua teoria de médio alcance inclui as relações interpessoais entre um enfermeiro, um paciente e a família de um paciente e o desenvolvimento do relacionamento enfermeiro-paciente (McEwen e Wills, 2014). De acordo com Peplau, os enfermeiros ajudam os pacientes a reduzir a ansiedade, convertendo-a em ações construtivas

(McEwen e Wills, 2014). Eles desenvolvem relacionamentos terapêuticos com os pacientes que são respeitosos, têm empatia e são livres de julgamento (Senn, 2013). As seguintes frases caracterizam o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente: pré-orientação (avaliação), orientação (definir a questão), fase de trabalho (atividade terapêutica) e resolução (término do relacionamento). Ao desenvolver um relacionamento enfermeiro-paciente, o enfermeiro serve como fonte de informações, conselheiro e substituto. Por exemplo, quando um paciente busca auxílio, o enfermeiro e o paciente primeiramente discutem a natureza de quaisquer problemas, e o enfermeiro explica os serviços disponíveis. Conforme o relacionamento enfermeiro-paciente se desenvolve, o enfermeiro e o paciente definem mutuamente os problemas e as soluções em potencial. Quando as primeiras necessidades do paciente são resolvidas, novas necessidades às vezes surgem. Essa teoria de médio alcance é útil para estabelecer comunicação enfermeiro-paciente efetiva quando se obtém um histórico de enfermagem na educação do paciente ou no aconselhamento de pacientes e suas famílias (Cap. 24).

A Teoria do Autocuidado de Orem

A teoria de Dorothea Orem é comumente empregada na prática de enfermagem (Alligood, 2014). Quando aplica essa grande teoria, um enfermeiro avalia continuamente a capacidade do paciente para desempenhar o autocuidado e intervém quando necessário para assegurar que o paciente tenha as necessidades físicas, psicológicas, sociológicas e desenvolvimentais atendidas. De acordo com Orem, as pessoas que participam nas atividades de autocuidado têm mais propensão para melhorar seus resultados de saúde (Rustøen et al., 2014). O cuidado de enfermagem é necessário quando os pacientes são incapazes de atender às necessidades biológicas, psicológicas, de desenvolvimento ou sociais. Enfermeiros avaliam continuamente e determinam por que os pacientes são incapazes de atender a essas necessidades, identificam metas para ajudá-los, intervêm para auxiliá-los a desempenhar os autocuidados e avaliam o quanto de autocuidados eles conseguem desempenhar. Por exemplo,

um paciente pode precisar de um enfermeiro para lavá-lo ou alimentá-lo enquanto está severamente enfermo; mas conforme sua condição melhora, o enfermeiro encoraja o paciente a começar a desempenhar essas atividades independentemente.

A Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger

Ainda em 1950, Madeleine Leininger reconheceu a necessidade de concentrar- se na cultura, na enfermagem, uma vez que ela previu que a enfermagem e o cuidado de saúde tornar-se-iam mais globais. Ela uniu a antropologia com sua experiência na enfermagem para formar sua teoria de médio alcance de universalidade e diversidade cultural de cuidados (Alligood, 2014). Os cuidados humanos variam entre culturas em suas expressões, processos e padrões. Fatores de estrutura social como a política, cultura e tradição do paciente são forças significativas que afetam os cuidados e influenciam a saúde do paciente e seus padrões de enfermidade. Pense na diversidade de paciente e de suas necessidades de cuidado de enfermagem (Cap. 9). O conceito principal da teoria de Leininger é a diversidade cultural, e o objetivo do cuidado de enfermagem é oferecer cuidado culturalmente específico ao paciente (Alligood, 2014). Para oferecer cuidado a pacientes de culturas diferentes, os enfermeiros integram com segurança suas tradições culturais, valores e crenças ao plano de cuidado. A teoria de Leininger reconhece a importância da cultura e sua influência em tudo que envolve um paciente, inclusive suas crenças de saúde, o papel da família e da comunidade e hábitos alimentares (Alligood, 2014). Por exemplo, algumas culturas acreditam que o líder da comunidade precisa estar presente durante as decisões de saúde. Consequentemente, uma equipe de saúde precisa se reprogramar, nos turnos, para incluir o líder da comunidade. Além disso, a expressão dos sintomas também varia de acordo com a cultura. Uma pessoa de ascendência irlandesa pode ser estoica e não reclamar de dor, enquanto uma pessoa de uma cultura do Oriente Médio pode vocalizar bastante a sua dor. Em ambos os casos, o enfermeiro precisa incorporar com competência as práticas culturais do paciente quando for avaliar seus níveis de dor (p. ex., a

dor está piorando ou permanece a mesma?).

Relação entre teoria e desenvolvimento do conhecimento em enfermagem

A enfermagem tem seu próprio corpo de conhecimento, que é tanto teórico quanto experimental. Você adquire conhecimentos teóricos por meio de "leitura, observação ou discussão" de conceitos (Alligood, 2014, p. 123). Conhecimentos teóricos estimulam o pensamento e criam um entendimento amplo da ciência e prática da enfermagem. Conhecimento experimental ou clínico, frequentemente chamado de a *arte* da enfermagem, é formado pela experiência clínica de enfermeiros. Ambos os tipos de conhecimento são necessários para proporcionar cuidado de enfermagem seguro e abrangente.

Teorias orientam a prática de enfermagem (McEwen e Wills, 2014). Ao utilizar a prática de enfermagem fundamentada em teoria, você aplica os princípios de uma teoria ao fazer intervenções de enfermagem. As grandes teorias ajudam a moldar e definir sua prática; teorias de médio alcance continuam a avançar os conhecimentos de enfermagem por meio da pesquisa de enfermagem; e teorias de prática o ajudam a proporcionar cuidados específicos para indivíduos e grupos de populações e situações diversificadas (Im e Chang, 2012).

Relação entre Teoria de Enfermagem e Pesquisa de Enfermagem

Pesquisa valida, refuta, apoia ou modifica a teoria; e teoria estimula enfermeiros cientistas a explorar questões significativas para a prática de enfermagem, levando à melhoria do cuidado de enfermagem (McEwen e Wills, 2014; Meleis, 2012). A relação entre teoria de enfermagem e pesquisa de enfermagem constrói a base de conhecimentos científicos da enfermagem, que é então aplicada à prática. Enfermeiros entendem melhor o uso apropriado de uma teoria para melhorar o cuidado conforme mais pesquisas são conduzidas. A relação entre os componentes de uma teoria

frequentemente ajuda a identificar questões de pesquisa e determinar a concepção global de um estudo. Por exemplo, enfermeiros pesquisadores utilizaram a teoria interpessoal de Peplau como a estrutura de um estudo sobre relatórios padronizados de turnos, como uma maneira de melhorar a comunicação enfermeiro-enfermeiro. Os resultados mostram melhora na satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem (Radtke, 2013).

Às vezes, a pesquisa é utilizada para desenvolver novas teorias (Meleis, 2012). Pesquisa *geradora de teoria* utiliza a lógica para explorar as relações entre fenômenos (McEwen e Wills, 2014). Nas pesquisas geradoras de teoria, um investigador faz observações (*sem* nenhuma ideia preconcebida) para ver um fenômeno de uma nova maneira. Teorias de médio alcance são frequentemente desenvolvidas dessa forma. Por exemplo, a teoria de médio alcance de tristeza crônica deriva das observações iniciais de um pesquisador sobre períodos cíclicos de tristeza em pais de crianças com deficiências intelectuais ou de desenvolvimento (Vitale e Falco, 2014).

Pesquisas para *testar teorias* determinam o quão precisamente uma teoria descreve um fenômeno de enfermagem. Testes geram a evidência para descrever ou prever os resultados de pacientes. Um pesquisador tem *alguma* ideia preconcebida de como os pacientes descrevem ou respondem a um fenômeno e desenvolve questões de pesquisa ou hipóteses para testar as premissas da teoria. Nenhum estudo sozinho testa *todos* os componentes de uma teoria; pesquisadores testam a teoria por meio de uma série de atividades de pesquisa. Por exemplo, enfermeiros pesquisadores estudaram a teoria de médio alcance do conforto de Kolcaba com relação à dor e desconforto vivenciados por pacientes com doenças cardíacas. Os pesquisadores exploraram a intervenção específica do "momento de tranquilidade" como uma medida de conforto dessa população de pacientes (Krinsky et al., 2014).

Pesquisas que geram teoria ou testam teoria refinam a base do conhecimento da enfermagem. Consequentemente, enfermeiros incorporam intervenções baseadas em pesquisa à prática fundamentada em teoria (Quadro 4-2). Conforme as atividades de

pesquisa continuam, não somente crescem o conhecimento e a ciência de enfermagem, como os pacientes recebem prática de enfermagem de alta qualidade e baseada em evidências (Cap. 5). Como arte, a enfermagem conta com o conhecimento obtido da prática e com a reflexão sobre experiências passadas. O "enfermeiro especialista" traduz tanto a arte quanto a ciência da enfermagem para o domínio do *cuidado criativo*, que dá o passo extra para o cuidado individualizado no atendimento às necessidades específicas de cada paciente. Por exemplo, um enfermeiro proporciona cuidado criativo quando consegue que um paciente hospitalizado se encontre com seu animal de estimação amado ou encontra uma maneira de honrar o desejo do paciente de morrer em casa.

Quadro 4-2

Prática baseada em evidências

Prática Fundamentada em Teoria no Gerenciamento de Pacientes com Câncer

Questão PICO: Em pacientes com câncer (P), como a aplicação da teoria de incerteza na doença de Mishel (I) se compara com aplicações sem teoria específica (C), na influência das habilidades de enfrentamento físicas e psicológicas (O)?

Resumo das Evidências

Pacientes com câncer vivenciam muitos fatores prejudiciais, incluindo dor, efeitos colaterais do tratamento e futuro incerto. Os pacientes percebem essa incerteza ou como um perigo ou como uma oportunidade. O enfrentamento e a adaptação às doenças dependem da redução da incerteza da situação ou da aceitação da doença como um sinal de esperança (Adelstein et al., 2014). De acordo com a teoria de Mishel, pessoas com enfermidades graves melhoram suas capacidades de enfrentamento e sua qualidade de vida ao ajudarem os pacientes a "pensar" sobre sua doença de uma

maneira que os permita encontrar significado em sua enfermidade. Isso ajuda os pacientes a se adaptarem às suas doenças e melhorarem sua qualidade de vida. A teoria de Mishel proporciona uma estrutura de intervenções de enfermagem para melhorar os resultados psicológicos e comportamentais, especialmente quando a doença e o tratamento se tornam muito complexos, inconsistentes, aleatórios e imprevisíveis (Germino et al., 2013). Apesar da teoria da incerteza na doença de Mishel poder ser aplicada a qualquer paciente vivenciando uma doença grave, ela tem sido utilizada em diversas pesquisas com pacientes que têm câncer. Por exemplo, descobriu-se que intervenções de enfermagem fundamentadas nessa teoria reduzem os sentimentos de incerteza e melhoram significativamente as estratégias de enfrentamento para gerenciar incerteza, autoeficácia e disfunção sexual em mulheres com câncer de mama (Germino et al., 2013; Kim et al., 2012). Pesquisas também reforçam o uso dessa teoria para melhorar a adaptação e enfrentamento; reduzir os desafios físicos, psicológicos e espirituais e obter crescimento pessoal positivo em pacientes que receberam transplantes de células-tronco em consequência de leucemia (Adelstein, Anderson, e Taylor, 2014). Finalmente, ações de enfermagem fundamentadas na teoria de Mishel reduziram a ansiedade e preservaram a qualidade de vida em pacientes com câncer de cérebro incurável (Cahill et al., 2012).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Promove o "encontrar sentido" em pacientes com câncer ou outras enfermidades graves.
- Ajuda pacientes a encontrar sentido em suas doenças para melhorar sua capacidade de se adaptar e enfrentar.
- Implementa ações de enfermagem que reduzem a ansiedade e preservam a qualidade de vida para equilibrar a incerteza que há quando a doença não tem cura.
- Reconhece que o senso de incerteza do paciente muda com frequência ao longo do curso de uma doença e de seu tratamento.

Conforme você progride na sua educação e prática de enfermagem, você vai utilizar a teoria de diversas formas. Mantenha em mente que essas teorias não só são aplicáveis ao cuidado do paciente, mas são também úteis na comunicação com outros membros da equipe de saúde. A teoria é a base da enfermagem; ela define sua profissão única e a distingue de outras disciplinas. A teoria proporciona a base para pesquisa e prática e serve como um guia para proporcionar cuidado seguro, abrangente e individualizado, que é a marca registrada da enfermagem.

Pontos-chave

- Uma teoria de enfermagem conceitualiza um aspecto da enfermagem para descrever, explicar, prever ou prescrever cuidado de enfermagem.
- Grandes teorias proporcionam estruturas complexas para ideias amplas e abstratas.
- Teorias de médio alcance abordam fenômenos ou conceitos específicos e refletem a prática. Assim, elas são mais limitadas no escopo e menos abstratas.
- Teorias de prática ou de situações específicas trazem a teoria para o leito do paciente ao se concentrar em tipos de pacientes específicos, em situações específicas.
- O metaparadigma de enfermagem identifica quatro conceitos de interesse à profissão: a pessoa, saúde, ambiente/situação e enfermagem. Esses quatro componentes são essenciais para o desenvolvimento da teoria de enfermagem.
- A teoria gera conhecimentos de enfermagem utilizados na prática. Enfermeiros utilizam os processos de enfermagem para aplicar a teoria ou conhecimento. A integração de teoria e processo de enfermagem é a base para a enfermagem profissional.
- Pesquisa gera teorias, descobre e descreve relações sem impor noções preconcebidas (p. ex., hipóteses) do que significa o fenômeno em estudo.
- Pesquisa testa teoria, determina o quão precisamente uma teoria

descreve o fenômeno da enfermagem.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Os componentes do metaparadigma de enfermagem incluem:
    1. Pessoa, saúde, ambiente e teoria
    2. Saúde, teoria, conceitos e ambiente
    3. Enfermeiros, médicos, saúde e necessidades de pacientes
    4. Pessoa, saúde, ambiente e enfermagem
2. Teoria é essencial para a prática de enfermagem porque: (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Contribui para o conhecimento da enfermagem.
    2. Prevê comportamento de pacientes em situações.
    3. Proporciona um meio para avaliar os sinais vitais do paciente.
    4. Guia a prática de enfermagem.
    5. Formula a legislação do cuidado à saúde.
    6. Explica relações entre conceitos.
3. Um enfermeiro assegura que cada quarto de paciente está limpo, bem ventilado, organizado, livre de barulho excessivo e de temperaturas extremas. O enfermeiro está praticando o trabalho de qual teórico nesse exemplo?
    1. Henderson
    2. Orem
    3. King
    4. Nightingale
4. O enfermeiro está cuidando de um paciente que deu entrada na unidade neurológica com o diagnóstico de um derrame e fraqueza no lado direito. O enfermeiro assume a responsabilidade de lavar e alimentar o paciente até que este esteja apto a começar a desempenhar essas atividades. O enfermeiro, nessa situação, está aplicando a teoria

desenvolvida por:

1. Neuman.
2. Orem.
3. Roy.
4. Peplau.

5. Relacione os seguintes tipos de teoria com a descrição apropriada:

1. Teoria de médio alcance 2. Teoria compartilhada 3. Grande teoria 4. Teoria da prática	a. Muito abstrata; tenta descrever a enfermagem em um contexto global b. Específica para uma situação em particular; traz a teoria para o leito do paciente c. Aplica a teoria de outras disciplinas para a prática de enfermagem d. Aborda um fenômeno específico e reflete a prática

6. Relacione as seguintes descrições com o grande teórico apropriado:

1. King 2. Henderson 3. Orem 4. Neuman	a. Baseada na teoria que enfoca o *bem-estar* e a *prevenção* de doenças b. Baseada na crença de que as pessoas que participam em atividades de autocuidados são mais propensas a melhorar seus resultados de saúde c. Baseada em 14 atividades, na crença de que o enfermeiro deve assistir os pacientes para atender necessidades até que eles sejam capazes de desempenhá-las independentemente d. Baseada na crença de que os enfermeiros deveriam trabalhar com os pacientes para desenvolver as metas do cuidado

7. Relacione as seguintes descrições à teoria de médio alcance apropriada:

1. Aquisição de competências de Benner 2. Modelo de Sinergia da AACN 3. Incerteza na doença de Mishel 4. Teoria do conforto	a. O enfermeiro esforça-se para aliviar o sofrimento dos pacientes. b. O enfermeiro progride por cinco estágios de conhecimentos. c. O enfermeiro auxilia o paciente a processar e encontrar significado relacionado com sua doença. d. Combinando as habilidades do enfermeiro com as necessidades do paciente é possível melhorar os resultados do paciente.

de Kolcaba	

8. Quais das seguintes afirmações relacionadas com a prática de enfermagem fundamentada na teoria estão corretas? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. A teoria diferencia a enfermagem de outras disciplinas.
    2. Teorias de enfermagem são padronizadas e não mudam com o tempo.
    3. Integrar a teoria à prática promove a oferta de cuidados coordenados.
    4. O conhecimento de enfermagem é gerado pela teoria.
    5. O processo de teoria de enfermagem é utilizado no planejamento do cuidado do paciente.
    6. A prática baseada em evidências resulta de pesquisas de testes de teorias.
9. Um enfermeiro está cuidando de um paciente que perdeu a perna recentemente num acidente de automóvel. O enfermeiro assiste melhor o paciente a enfrentar essa situação ao aplicar qual das seguintes teorias?
    1. Roy
    2. Levine
    3. Watson
    4. Johnson
10. Utilizando a hierarquia de necessidades de Maslow, identifique a prioridade para um paciente que está vivenciando dor no peito e dificuldade para respirar.
    1. Autorrealização
    2. Ar, água e nutrição
    3. Segurança
    4. Necessidades de estima e autoestima
11. Qual das seguintes categorias de teorias compartilhadas seria mais apropriada para um paciente que está sofrendo a dor da perda de um cônjuge?
    1. Biomédica
    2. Liderança
    3. Psicossocial

4. Desenvolvimentista

12. Ao se trabalhar num serviço de reabilitação, é importante obter o histórico de enfermagem e desenvolver um relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente. Liste na ordem correta as fases da teoria de Peplau quando aplicadas a esse ambiente. O enfermeiro:
    1. Assegura que o paciente tenha acesso aos recursos comunitários apropriados para cuidado de longo prazo.
    2. Colabora com o paciente para identificar necessidades específicas do paciente.
    3. Coleta informação essencial do prontuário do paciente.
    4. Trabalha com o paciente para elaborar um plano para resolver as questões do paciente.
13. Enfermeiros desenvolveram teorias em resposta a: (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Mudanças no cuidado de saúde.
    2. Teorias de enfermagem anteriores.
    3. Mudanças na prática de enfermagem.
    4. Descobertas de pesquisa.
    5. Regulações governamentais.
    6. Teorias de outras disciplinas.
    7. Opiniões de médicos.
14. Quais dos seguintes tipos de teoria influenciam a “evidência” na “prática baseada em evidência” (PBE) atual?
    1. Grande teoria
    2. Teoria de médio alcance
    3. Teoria da prática
    4. Teoria compartilhada
15. Um enfermeiro está se preparando para começar uma hidratação venosa para um paciente. Qual categoria de teoria seria mais útil para o enfermeiro nesse momento?
    1. Grande teoria
    2. Teoria de médio alcance
    3. Teoria da prática
    4. Teoria compartilhada

Respostas: 1. 4; **2.** 1, 2, 4, 6; **3.** 4; **4.** 2; **5.** 1d, 2c, 3a, 4b; **6.** 1d, 2c, 3b, 4a; **7.** 1b, 2d, 3c, 4a; **8.** 1, 3, 4, 6; **9.** 1; **10.** 2; **11.** 3; **12.** 3, 2, 4, 1; **13.** 1, 2, 3, 4, 6; **14.** 2; **15.** 3.

Referências

Alligood MR. *Nursing theory utilization & application*. ed 5 St Louis: Mosby; 2014.

American Nurses Association (ANA): What is nursing? ©2014, American Nurses Association. http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing. Accessed July 4, 2015.

Butts JB, Rich KL. *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. ed 2 Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015.

Fawcett J, DeSanto-Mayeda S. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. ed 3 Philadelphia: FA Davis; 2013.

Im E, Chang SJ. Current trends in nursing theories. *J Nurs Sch*. 2012;44(2):156.

Johnson BM, Webber PB. *An introduction to theory and reasoning in nursing*. ed 4 Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Masters K. *Nursing theories: a framework for professional practice*. ed 2 Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2015.

McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. ed 4 Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Meleis AI. *Theoretical nursing: development & progress*. ed 5 Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Nightingale F. *Notes on nursing: what it is and what it is not*. London: Harrison & Sons; 1860.

Senn JF. Peplau's theory of interpersonal relations: application in emergency and rural nursing. *Nurs Sci Q*. 2013;26(1):31.

Vitale SA, Falco C. Children born prematurely: risk of parental chronic sorrow. *J Pediatric Nurs*. 2014;29:248.

Warelow PJ. Changing philosophies: a paradigmatic nursing shift from Nightingale. *Aust J Adv Nurs*. 2013;31(1):36.

Watson J. Caring science and the next decade of holistic healing: transforming self and system from the inside out. *Am Holistic Nurses Assoc*. 2010;30(2):14.

Referências de pesquisa

Adelstein KE, et al. Importance of meaning-making for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Oncol Nurs Forum*. 2014;42(2):E172.

Cahill J, et al. Brain tumor symptoms as antecedents to uncertainty: an integrative review. *J Nurs Sch*. 2012;44(2):145.

Germino BB, et al. Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African-American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(1):82.

Kim SH, et al. Symptoms and uncertainty in breast cancer survivors in Korea: differences by treatment trajectory. *J Clin Nurs*. 2012;21:1014.

Krinsky R, et al. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Appl Nurs Res*. 2014;27:147.

Radtke K. Improving patient satisfaction with nursing communication using bedside shift report. *Clin Nurse Spec*. 2013;27(1):19.

Rustøen T, et al. A randomized clinical trial of the efficacy of a self-care intervention to improve cancer pain management. *Cancer Nurs*. 2014;37(1):34.

Prática Baseada em Evidências

OBJETIVOS

- Discutir os benefícios da prática baseada em evidências.
- Descrever os passos da prática baseada em evidências.
- Formular uma questão PICOT.
- Explicar os níveis de evidências disponíveis na literatura.
- Discutir maneiras de aplicar evidências na prática.
- Explicar como a pesquisa de enfermagem melhora a prática de enfermagem.
- Discutir os passos do processo de pesquisa.
- Discutir as prioridades da pesquisa de enfermagem.
- Explicar a relação entre prática baseada em evidências e melhoria do desempenho.

TERMOS-CHAVE

Viés, p. 58
Diretrizes clínicas, p. 54
Confidencialidade, p. 61
Dados empíricos, p. 58
Pesquisa de avaliação, p. 60

Prática baseada em evidências (PBE), p. 52
Estudo experimental, p. 59
Generalização, p. 58
Hipóteses, p. 56
Raciocínio indutivo, p. 60
Consentimento informado, p. 61
Pesquisa de enfermagem, p. 57
Arbitrado por pares, p. 54
Melhoria do desempenho (MD), p. 57
Questão PICOT, p. 54
Pesquisa qualitativa de enfermagem, p. 60
Pesquisa quantitativa de enfermagem, p. 59
Confiabilidade, p. 58
Processo de pesquisa, p. 60
Método científico, p. 58
Validade, p. 58
Variáveis, p. 56

Rick é um enfermeiro de uma unidade de cirurgia geral. Desde que começou a trabalhar lá, há cinco anos, o cuidado de enfermagem padrão inclui bastante educação em saúde para pacientes, administração de medicamentos para a dor e promoção de um ambiente tranquilo para gerenciar a ansiedade e dor em pacientes no pós-cirúrgico. Rick percebe que muitos pacientes estão vivenciando altos níveis de ansiedade e dor, o que interfere na recuperação deles e adia a alta. Rick levanta a questão para outros enfermeiros do serviço, "e se nossos pacientes ouvissem música no pós-operatório? É possível que a música ajude a gerenciar melhor a ansiedade e a dor de nossos pacientes?".

A maioria dos enfermeiros como Rick pratica a enfermagem de

acordo com o que aprenderam na escola de enfermagem, com suas experiências de prática e com as políticas e procedimentos da instituição de saúde em que trabalham. Essa abordagem de prática não garante que a prática de enfermagem seja sempre baseada em informação científica atualizada. Às vezes ela é baseada na tradição e não em evidências atuais. Se Rick buscasse artigos na literatura científica sobre como ouvir música afeta a dor e a ansiedade pós-cirúrgica, ele encontraria alguns estudos que mostram que colocar os pacientes para ouvir música após uma cirurgia às vezes os ajuda a se recuperar mais rápido. As evidências de pesquisa e as opiniões de especialistas em enfermagem fornecem uma base para Rick e seus colegas fazerem mudanças baseadas em evidências em sua assistência a pacientes após uma cirurgia. O uso de evidências na prática permite que clínicos como Rick proporcionem o mais alto cuidado de enfermagem a seus pacientes e famílias.

A necessidade da prática baseada em evidências

Questões de qualidade e custo dão a direção do ambiente de assistência à saúde atual (Garner et al., 2013). Como um enfermeiro profissional, você é comprometido e responsável por proporcionar o melhor cuidado de enfermagem possível. As pessoas estão mais informadas sobre sua própria saúde e sobre a incidência de erros médicos dentro de instituições de saúde em todo o país. O cuidado baseado em evidências melhora a qualidade, segurança, resultados do paciente e satisfação de enfermeiros, ao mesmo tempo que reduz custos (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Portanto, implementar **prática baseada em evidências (PBE)** o ajuda a tomar decisões clínicas efetivas, oportunas e apropriadas, em resposta às amplas forças políticas, profissionais e da sociedade presentes no ambiente de assistência à saúde atual (Peterson et al., 2014).

Enfermeiros tomam decisões clínicas importantes quando cuidam dos pacientes (p. ex., que dados do paciente coletar e que intervenções são mais adequadas). É importante transformar as melhores evidências nas melhores práticas, junto ao leito do paciente. Por exemplo, mudar a maneira de gerenciar a dor do paciente no pós-cirúrgico é uma maneira de Rick utilizar evidências no acompanhamento próximo de seu paciente (observe o estudo de caso anterior). PBE é uma abordagem de resolução de problemas para a prática clínica que integra o uso consciente das melhores evidências com os conhecimentos de um clínico e as preferências e valores do paciente, para tomar decisões sobre a assistência do paciente (Fig. 5-1) (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Hoje em dia, a PBE é uma expectativa de todas as instituições de saúde e enfermeiros (Peterson et al., 2014).

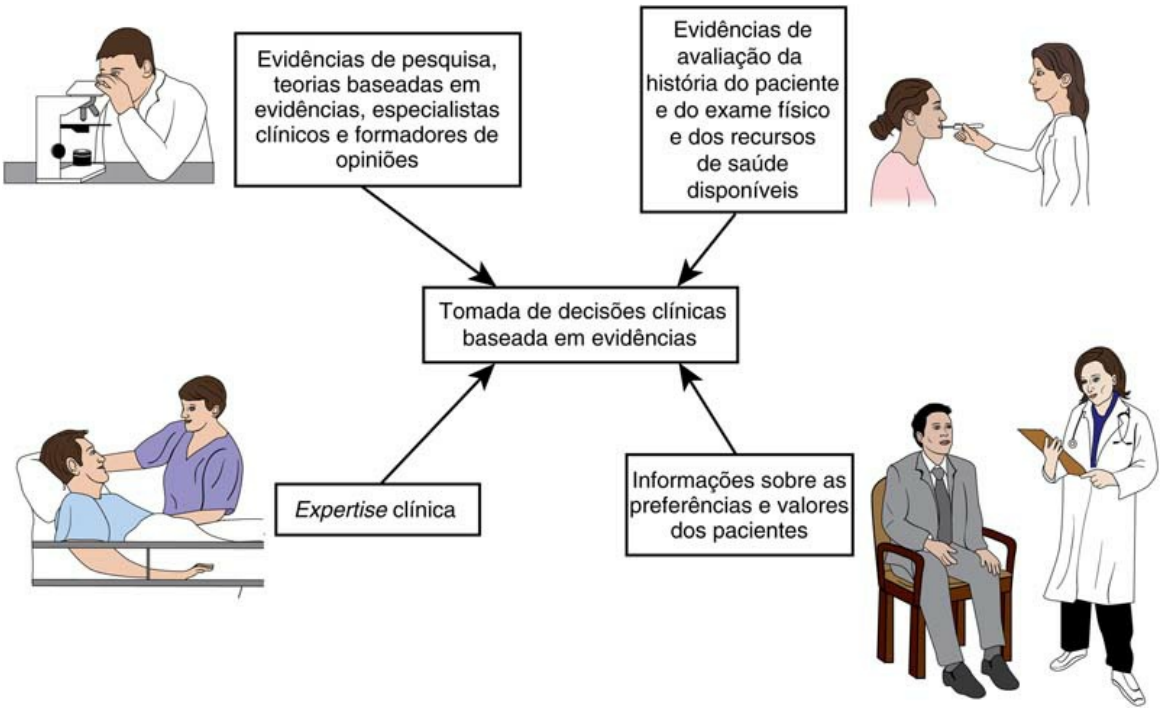


FIGURA 5-1 Modelo para tomada de decisões baseada em evidências.

Há muitas fontes de evidência. Um bom livro-texto incorpora evidências às informações, diretrizes de prática e procedimentos que inclui. Artigos da literatura de enfermagem e de assistência à saúde estão disponíveis para quase todos os tópicos que envolvem a prática de enfermagem, seja em revistas especializadas ou na internet. Apesar da base científica da prática de enfermagem ter crescido, algumas práticas de assistência de enfermagem não têm pesquisas adequadas para orientar as decisões de prática. O desafio é obter as melhores informações possíveis, mais relevantes, atualizadas e precisas, no momento certo, quando você precisa delas para cuidar do paciente.

As melhores informações são evidências que emergem de pesquisas bem elaboradas e sistematicamente conduzidas, encontradas principalmente em revistas científicas. Infelizmente, muitas daquelas evidências nunca chegam ao leito do paciente. Enfermeiros em ambientes de prática, diferentemente dos ambientes acadêmicos, nem sempre têm acesso fácil aos bancos de dados de literatura científica. Em vez disso, eles frequentemente cuidam dos pacientes com base na tradição ou conveniência (Flynn-Makic et al., 2014). Outras fontes de

evidências vêm de dados de melhoria de qualidade e controle de risco; normas de assistência internacionais, nacionais e locais; dados de controle de infecções; análises comparativas, retrospectivas ou revisões de fluxogramas e conhecimentos clínicos. É importante confiar mais nas evidências de pesquisa do que somente em evidências que não são fundamentadas em pesquisa. Quando você enfrentar um problema clínico, sempre se pergunte onde pode encontrar as melhores evidências para ajudá-lo a encontrar as melhores soluções para cuidar de seus pacientes.

Mesmo quando você utiliza as melhores evidências disponíveis, a aplicação e o resultado vão ser diferentes, de acordo com os valores, preferências, preocupações ou expectativas de seu paciente (Sherwood e Zomorodi, 2014). Como um enfermeiro, você desenvolve capacidade de pensamento crítico para determinar se a evidência é relevante e apropriada para seus pacientes e para uma situação clínica. Por exemplo, um único artigo de pesquisa sugere que o uso da Arte do Palhaço é uma intervenção efetiva para reduzir o medo e a ansiedade das crianças (Tener et al., 2012). Entretanto, se seu paciente tem medo de palhaços, você vai ter de buscar uma terapia baseada em melhores evidências que seu paciente possa aceitar. Usar seus conhecimentos clínicos e considerar os valores e preferências do paciente assegura que você aplique as evidências disponíveis à prática de forma ao mesmo tempo segura e apropriada.

Passos da Prática Baseada em Evidências

PBE é um processo sistemático de resolução de problemas que facilita a realização de melhores práticas. Seguir consistentemente uma abordagem passo a passo assegura que você obtenha as evidências disponíveis mais sólidas para aplicar na assistência ao seu paciente. Há sete passos da PBE, que são numerados de zero a seis (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014):

0. Cultive um espírito inquisidor.
1. Faça questionamentos clínicos, utilizando o formato PICOT.
2. Procure as melhores e mais relevantes evidências.
3. Analise criticamente as evidências que reunir.

4. Integre todas as evidências com seus conhecimentos clínicos e com os valores e preferências do paciente.
5. Avalie os resultados das decisões ou mudanças de prática utilizando evidências.
6. Compartilhe com os outros os resultados de mudanças de PBE.

Cultive um Espírito Inquisidor

Mudanças nos cuidados de saúde com frequência são feitas devagar por causa das diversas barreiras que frequentemente impedem a implementação de PBE. Lacunas entre o que se conhece para melhorar o cuidado do paciente e o que de fato fazemos quando cuidamos de pacientes às vezes levam a cuidados inadequados ou desnecessários (Holmes et al., 2012). Quando sua assistência não é baseada em evidências, seus pacientes às vezes vão obter resultados ruins. Para ser um agente de mudanças efetivo e promover cuidados otimizados para os pacientes, você precisa ter um espírito inquisidor infinito. Questionar constantemente as práticas clínicas atuais e acreditar no valor da PBE leva ao uso consistente da PBE na prática de enfermagem clínica. Você precisa obter conhecimentos e competências associadas a PBE e manter o comprometimento de prover o melhor cuidado possível para seus pacientes e suas famílias. Além disso, as instituições de saúde precisam adotar uma cultura que apoie a PBE (p. ex., por meio de conselhos de prática liderados pela equipe e clubes de revistas científicas) e proporcionar recursos e instrumentos essenciais para promover cuidados baseados em evidências (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014).

Faça Questionamentos Clínicos

Sempre pense sobre sua prática quando cuidar de pacientes. Pergunte o que não faz sentido para você e o que precisa de esclarecimento. Pense sobre um problema ou área de interesse que seja demorado, custoso ou não tenha lógica (Stilwell et al., 2010). Utilize gatilhos focados em problemas e conhecimento para pensar criticamente sobre as questões clínicas e operacionais da unidade de enfermagem (Titler

et al., 2001). Um gatilho focado em problemas é aquele que você enfrenta quando cuida de um paciente ou uma tendência que você observa na unidade de enfermagem. Por exemplo, enquanto Rick está cuidando de pacientes após cirurgias abdominais, ele pensa, "se mudássemos os níveis de atividade de nossos pacientes após a cirurgia, eles vivenciariam menos episódios de íleos pós-operatórios?". Outros exemplos de tendências focadas em problemas incluem o aumento de quedas de pacientes ou da incidência de infecções do trato urinário em uma unidade de enfermagem. Essas tendências levam você a perguntar: "como posso reduzir as quedas na minha unidade?" ou "qual a melhor maneira de prevenir infecções do trato urinário em pacientes em pós-operatório?".

Um gatilho focado em conhecimento é uma questão relativa a novas informações disponíveis sobre um assunto. Por exemplo, "que evidências existem atualmente para melhorar o controle da dor em pacientes com enxaquecas?". Fontes importantes desse tipo de informação são normas e diretrizes de prática disponíveis, de órgãos nacionais como a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ – Agência para Pesquisa e Qualidade dos Cuidados de Saúde), a American Pain Society (APS – Sociedade Americana de Dor), ou a American Association of Critical Care Nurses (AACN – Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Críticos). Outras fontes de gatilhos focados em conhecimento incluem publicações de pesquisas recentes e enfermeiros especialistas dentro de uma organização.

Às vezes você utiliza dados reunidos a partir de um serviço de saúde para examinar tendências clínicas, ao formular questionamentos clínicos. Por exemplo, a maioria dos hospitais mantém registros mensais sobre cuidados-chave de qualidade ou indicadores de desempenho tais como erros de medicações ou índices de infecções. Todos os hospitais com credenciamento Magneto mantêm o National Database of Nursing Quality Improvement (NDNQI – Banco de Dados Nacional de Melhoria da Qualidade de Enfermagem) (Cap. 2). O banco de dados inclui informações sobre quedas, quedas com lesões, incidência de lesão por pressão e

satisfação de enfermeiros). Você utiliza dados sobre qualidade e controle de risco para ajudá-lo a entender a natureza ou gravidade dos problemas, para então conseguir formular os questionamentos de prática. Os questionamentos que você faz ao final o conduzem a evidências para obter uma resposta. Quando você questiona e então recorre à literatura científica, você não quer ler 100 artigos para descobrir os poucos que são mais úteis. Você quer ser capaz de ler os melhores quatro a seis artigos que abordam especificamente a sua questão prática. Melnyk e Fineout-Overholt (2014) sugerem a utilização do formato PICOT para formular seu questionamento. O Quadro 5-1 resume os cinco elementos de uma **questão PICOT**. Quanto mais focada for sua questão, mais fácil será a busca por evidências na literatura científica. Por exemplo, Rick é um membro do comitê do conselho de PBE de sua unidade. Os enfermeiros no comitê formulam a seguinte questão no formato PICOT: os pacientes (P - Pacientes) que ouvem música (I - Intervenção) conseguem um controle melhor de sua ansiedade e dor (O - Resultado [Outcome]) após a cirurgia (T - Tempo) quando comparados com pacientes que recebem o cuidado de enfermagem padrão após a cirurgia (C - Comparação)? Outro exemplo seria: considerando um paciente adulto (P), sua pressão arterial é mais precisa (O) quando medida com as pernas do paciente cruzadas (I) ou *com* os pés do paciente pisando normalmente o chão (C)?

Quadro 5-1 Desenvolver uma Questão PICOT

P = População de pacientes de interesse

Identifique pacientes por idade, gênero, etnia e doença ou problema de saúde.

I = Intervenção de interesse

Qual intervenção vale a pena ser utilizada na prática (p. ex., um tratamento, teste diagnóstico, fator prognóstico)?

C = Comparação de interesse

Qual é a norma de cuidado usual ou intervenção atual que é utilizada na prática hoje em dia?

O = Resultado [Outcome]

Que resultado você deseja alcançar ou observar como resultado de uma intervenção (p. ex., mudança no comportamento do paciente, no estado físico, ou da percepção do paciente)?

T = Tempo

Quanto tempo é necessário para uma intervenção atingir um resultado (p. ex., a quantidade de tempo necessária para mudar a qualidade de vida ou o comportamento do paciente)?

A formulação correta de questões permite que você identifique palavras- chave para utilizar ao fazer sua busca na literatura. Note que uma questão PICOT bem formulada não tem que seguir a sequência P, I, C, O e T. Além disso, intervenção (I), comparação (C) e tempo (T) nem sempre são apropriadas para serem utilizadas em todas as questões. O objetivo é formular uma questão que contenha o máximo de elementos PICOT possível. Segue, a título de exemplo, uma questão significativa que contém somente um P e um O: Como os pacientes com fibrose cística (P) avaliam sua qualidade de vida (O)?

Questões mal formuladas são aquelas de fundo que provavelmente irão levar a muitas fontes irrelevantes de informação, dificultando a obtenção das melhores evidências (p. ex., qual é a melhor maneira de reduzir a perambulação? Qual a melhor maneira de melhorar a satisfação da família com a assistência do paciente?). Às vezes uma questão de fundo é necessária para identificar uma questão PICOT mais específica. O formato PICOT permite que você formule questões que são focadas na intervenção. Para questões que não são focadas na intervenção, o significado da letra I pode ser uma área de interesse (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Por exemplo, qual é a diferença na retenção (O) de recém-formados de enfermagem (P) que passam por um programa de residência em enfermagem (I) *versus* aqueles que não passam (C), *dois* (2) anos após a data de contratação (T)?

As questões que você formula utilizando um formato PICOT ajudam a identificar lacunas de conhecimento dentro de uma situação clínica. Formular questões bem elaboradas permite que você identifique as evidências necessárias para orientar a prática clínica. Lembre-se: não se satisfaça com rotinas clínicas. Sempre questione e

utilize o pensamento crítico para encontrar melhores maneiras de proporcionar assistência ao paciente.

Reunir as Melhores Evidências

Uma vez que você tenha uma questão PICOT clara e concisa, você está pronto para buscar as evidências. Uma série de fontes irá prover as evidências necessárias para responder à sua questão, tais como as políticas e manuais de procedimentos da instituição, dados de melhoria de qualidade, diretrizes de prática clínica existentes e artigos de revistas especializadas. Não hesite em pedir ajuda para encontrar evidências apropriadas. Recursos-chave incluem o corpo docente de enfermagem, bibliotecários, enfermeiros clínicos, educadores da equipe, gerentes de risco e enfermeiros que atuam em controle de infecções.

Quando utilizar a literatura científica para buscar evidências, busque auxílio de um bibliotecário clínico que conheça os diversos bancos de dados *on-line* que estão disponíveis para você (Tabela 5-1). Os bancos de dados contêm grandes acervos de estudos científicos publicados, incluindo pesquisas com arbitragem por pares. Um artigo **arbitrado por pares** tem exatidão, validade, rigor e aprovação para publicação revisados por especialistas, antes de ser publicado. O MEDLINE e o Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL – Índice Cumulativo de Literatura de Enfermagem e Apoio à Saúde) estão entre os bancos de dados *on-line* mais conhecidos e utilizados para buscas de conhecimentos científicos sobre saúde (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Alguns bancos de dados estão disponíveis para serem adquiridos de fornecedores, com custo, outros são gratuitos, e alguns são oferecidos das duas formas. Os alunos comumente têm acesso a inscrições institucionais para um fornecedor, que tenham sido adquiridas pela escola. Um dos fornecedores mais comuns é o OVID, que oferece diversos bancos de dados. Bancos de dados também estão disponíveis via internet, gratuitamente. O Cochrane Database of Systematic Reviews (Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas) é uma fonte valiosa de evidência de alta qualidade. Ele inclui o texto na íntegra de revisões

sistemáticas atualizadas regularmente e protocolos para revisões que estejam em desenvolvimento. Grupos de revisão colaborativa preparam e mantêm as revisões. Os protocolos proporcionam os antecedentes, objetivos e métodos de revisões em progresso (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014).

Tabela 5-1

Bancos de Dados e Fontes de Literatura Pesquisáveis

Bancos de Dados	Fontes
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality; inclui diretrizes clínicas e resumos de evidênciashttp://www.ahrq.gov
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature; inclui estudos em enfermagem, apoio à área de saúde e biomedicinahttp://www.cinahl.com
MEDLINE	Inclui estudos de medicina, enfermagem, odontologia, psiquiatria, medicina veterinária e de apoio à área de saúdehttp://www.ncbi.nim.nih.gov
EMBASE	Estudos biomédicos e farmacêuticoshttp://www.embase.com
PsycINFO	Psicologia e disciplinas de saúde relacionadashttp://www.apa.org/psycinfo/
Cochrane Database of Systematic Reviews	Textos na íntegra de revisões sistemáticas feitas pela Cochrane Collaboration, que são atualizadas regularmente; inclui revisões completas e protocoloshttp://www.cochrane.org/reviews
National Guidelines Clearinghouse	Repositório de resumos (*abstracts*) estruturados sobre diretrizes clínicas e seu desenvolvimento; também inclui versões condensadas das diretrizes, para visualizaçãohttp://www.guideline.gov
PubMed	Biblioteca de ciências da saúde da Biblioteca Nacional de Medicina; oferece acesso grátis a artigos de revistas especializadashttp://www.nlm.nih.gov
World Views on Evidence-Based Nursing	Revista especializada eletrônica contendo artigos com sínteses de pesquisas e bibliografia comentada para referências selecionadas

A National Guidelines Clearinghouse (NGC – Central de Informações de Diretrizes Nacionais) é um banco de dados patrocinado pela AHRQ. Ela contém **diretrizes clínicas**, que são declarações sistematicamente elaboradas sobre um plano de assistência para um conjunto específico de circunstâncias clínicas envolvendo uma população de pacientes específica. Exemplos de diretrizes clínicas da NGC incluem tratamentos para crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 e diretrizes práticas para o tratamento de adultos com dor lombar. O NGC é inestimável quando

se desenvolve um plano de cuidados para um paciente (Cap. 18).

Busque a ajuda de um bibliotecário para identificar o banco de dados apropriado e as palavras-chave que vão proporcionar as melhores evidências para responder à sua questão PICOT. Quando fizer uma pesquisa, você precisa inserir e tentar diferentes palavras-chave até conseguir a combinação de termos que oferece os melhores artigos que o ajudarão a responder sua pergunta. Normalmente são necessárias muitas buscas até você encontrar os artigos mais apropriados. As palavras-chave que você seleciona normalmente têm um significado para um autor e um significado bastante diferente para outro. Seja paciente e persistente e continue a tentar diferentes palavras e combinações de palavras até encontrar as evidências de que você precisa.

A Figura 5-2 representa a hierarquia das evidências disponíveis. O nível de rigor ou o índice de confiança que você pode ter nas descobertas de um estudo decrescem conforme você se move para a parte inferior da pirâmide. Neste ponto de sua carreira de enfermagem, você não pode ser um especialista em todos os aspectos de todos os tipos de estudos já conduzidos; mas você pode aprender sobre os tipos de estudos, para o ajudar a entender quais deles têm as melhores evidências científicas. No topo da pirâmide estão revisões sistemáticas ou meta-análises, que são resumos de última geração de um pesquisador individual ou de um painel de especialistas. Meta-análises e revisões sistemáticas são as respostas perfeitas para questões PICOT, porque elas resumem rigorosamente as evidências atuais.

FIGURA 5-2 Hierarquia da evidência. *ECA*, Ensaio Controlado Aleatório. (Dados de Guyatt G, Rennie D: User's guide to the medical literature, Chicago, 2002, American Medical Association; Harris RP et al: Current methods of the US Prevention Services Task Force: a review of the process, *Am J Prev Med* 20:21, 2001; Melnyk BM, Fineout-Overholt E: *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*, 3. ed., Philadelphia, 2014, Lippincott Williams & Wilkins.)

Durante uma meta-análise ou uma revisão sistemática, um pesquisador formula uma questão PICOT, revisa o mais alto nível de evidências disponíveis (p. ex., ensaios controlados aleatórios [ECA]), resume o que é sabido sobre o tópico atualmente, e relata se as evidências atuais apoiam para uma mudança na prática, ou se mais

estudos são necessários. A principal diferença é que numa meta-análise o pesquisador usa estatísticas para mostrar o efeito da uma intervenção em um resultado. Numa revisão sistemática, não são utilizadas estatísticas para tirar conclusões sobre as evidências. Na Cochrane Library (Biblioteca Cochrane), todos os itens incluem informações sobre meta-análises e revisões sistemáticas. Se você usa o MEDLINE ou o CINAHL, digite uma palavra como *meta-análise, revisão sistemática,* ou *medicina baseada em evidências* para obter revisões científicas para sua questão PICOT.

Os ECA são as formas mais precisas de estudos experimentais e, portanto, são consideradas o padrão-ouro da pesquisa. Um único ECA não é tão conclusivo quanto vários sobre a mesma questão. Entretanto, um único ECA que teste a intervenção incluída na sua questão fornece muitas evidências úteis. Se os ECA não estão disponíveis, você pode usar resultados de outros estudos de pesquisa, como estudos descritivos ou qualitativos, para ajudar a responder sua questão PICOT. O uso de especialistas clínicos está na base da pirâmide de evidência, mas não considere os especialistas clínicos como uma fonte de evidências ruim. Clínicos especialistas usam evidências frequentemente à medida que constroem a sua própria prática, e eles são fontes de informações importantes sobre problemas clínicos.

Quando os membros do comitê do conselho de PBE de Rick buscam evidências para responder sua questão PICOT, eles pedem ajuda de um bibliotecário clínico. O bibliotecário clínico ou que atua em bibliotecas de unidades de saúde ajuda os membros do comitê a aprender como escolher termos-chave para identificar artigos que vão ajudar a responder à pergunta deles. Durante a busca, eles identificam dois artigos de pesquisa (Acquillo, 2007; Miller e Schlueter, 2004) e um artigo clínico (Makic et al., 2013), publicados a partir de 2004, que abordam os efeitos do tamanho da agulha IV na efetividade das transfusões de sangue. Outros artigos que eles encontraram sobre essa questão foram publicados nas décadas de 1980 e 1990.

Avalie Criticamente as Evidências

Talvez o passo mais difícil no processo da PBE seja criticar ou analisar as evidências disponíveis. Criticar as evidências envolve avaliá-las, o que significa determinar o valor, viabilidade e utilidade das evidências, para se fazer a mudança da prática (ONS, s.d.). Quando criticar evidências, primeiro avalie o mérito científico e a aplicabilidade clínica das descobertas de cada estudo. Então, com um grupo de estudos e a opinião de um especialista, determine quais descobertas têm bases sólidas o suficiente para serem utilizadas na prática. Depois de criticar as evidências, você será capaz de responder às seguintes perguntas: os artigos oferecem evidências para explicar ou responder minha questão PICOT? Os artigos apoiam a confiabilidade e validade das evidências? Posso usar as evidências na prática?

Leva tempo para desenvolver as habilidades necessárias para criticar as evidências como um especialista. Quando você ler um artigo, não o deixe de lado e vá embora ao se deparar com estatísticas ou linguagem técnica. Conheça os elementos de um artigo e utilize uma abordagem cuidadosa quando revisar cada um deles. Artigos baseados em evidências incluem os seguintes elementos:

- *Resumo.* Um resumo é um pequeno sumário que rapidamente lhe diz se o artigo é de pesquisa ou de base clínica. Um resumo sumariza o propósito do artigo. Também inclui o tema principal ou descobertas e as implicações para a prática de enfermagem.
- *Introdução.* A introdução contém mais informações sobre o propósito do artigo. Normalmente há evidências de apoio concisas que indicam a importância do artigo. Juntos, o resumo e a introdução o ajudam a decidir se você quer continuar a ler o artigo completo. Você vai saber se o tópico do artigo é similar à sua questão PICOT ou relativamente próximo o suficiente para oferecer informações úteis. Se você achar que um artigo muito provavelmente vai ajudar a responder sua questão, continue a ler os próximos elementos do artigo.
- *Revisão de literatura ou antecedentes.* Um bom autor oferece antecedentes detalhados do nível de informações científicas ou clínicas sobre o tópico. A revisão de literatura oferece argumentos

sobre o que levou o autor a conduzir o estudo ou elaborar relatórios sobre um tópico clínico. Essa seção do artigo é muito importante. Mesmo que o artigo em si não aborde sua questão PICOT como você desejaria, a revisão de literatura pode levá-lo a artigos mais úteis. Depois de ler uma revisão de literatura, você deverá ter uma boa ideia de como as pesquisas anteriores levaram à formulação da questão pelo pesquisador. Por exemplo, um estudo elaborado para testar uma intervenção educacional para cuidadores familiares de um idoso revisa a literatura que descreve características de cuidadores, os tipos de fatores influenciando a capacidade do cuidador de lidar com fatores prejudiciais da assistência e intervenções educacionais anteriores utilizadas com famílias.

- *Narrativa do manuscrito.* A "seção central" da narrativa de um artigo difere de acordo com o tipo de artigo baseado em evidências (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Um artigo clínico descreve um tópico clínico, o que frequentemente inclui uma descrição de uma população de pacientes, a natureza de determinada doença ou alteração de saúde, como os pacientes são afetados e as terapias de enfermagem apropriadas. Um autor às vezes escreve um artigo clínico para explicar como utilizar uma terapia ou nova tecnologia. Um artigo de pesquisa contém várias subseções dentro da narrativa, incluindo as seguintes:
  - *Declaração dos propósitos:* explica o enfoque ou a intenção do estudo. Inclui questões da pesquisa ou **hipóteses** — previsões feitas sobre a relação ou diferenças entre as **variáveis** do estudo (conceitos, características ou traços que variam dentro de assuntos ou entre assuntos). Um exemplo de uma questão de pesquisa é: a musicoterapia reduz a dor e ansiedade do paciente?
  - *Método ou desenho:* explica como a pesquisa foi organizada e conduzida de forma a responder à pergunta de pesquisa ou testar a hipótese. Essa seção explica o tipo de estudo que foi conduzido (p. ex., ECA, estudo caso-controle ou estudo qualitativo), a quantidade de assuntos ou participantes do

estudo. Em pesquisa de saúde, os assuntos frequentemente incluem pacientes, familiares ou equipes de saúde. A seção método às vezes é confusa, porque explica os detalhes sobre como o pesquisador elaborou o estudo para obter os resultados os mais exatos possíveis. Use um professor como recurso para auxiliá-lo a interpretar essa seção.

- *Resultados ou conclusões:* artigos clínicos e de pesquisa têm uma seção de sumário. Num artigo clínico, o autor explica as implicações clínicas para o tópico apresentado. Num artigo de pesquisa, o autor detalha os resultados do estudo e explica se uma hipótese é apoiada ou como uma questão de pesquisa é respondida. Essa seção inclui uma análise estatística, se se trata de uma pesquisa quantitativa. Um estudo qualitativo sumariza os temas descritivos e ideias que surgem da análise de dados do pesquisador. Não deixe as análises estatísticas de um artigo o assustarem. Leia cuidadosamente e responda a estas perguntas: o pesquisador descreve os resultados? Os resultados foram significativos? Um bom autor também discute as limitações de um estudo, nessa seção. A informação sobre limitações é importante para auxiliá-lo a decidir se quer utilizar as evidências em seus pacientes. Consiga um professor ou um enfermeiro especialista para o ajudar a interpretar os resultados estatísticos.
- *Implicações clínicas:* um artigo de pesquisa inclui uma seção que explica se as descobertas do estudo têm implicações clínicas. O pesquisador explica como aplicar as descobertas num ambiente de prática para o tipo de assuntos estudados.

Depois que o conselho de PBE de Rick critica cada artigo para sua questão PICOT, seus membros combinam as descobertas dos três artigos encontrados sobre o calibre da agulha IV necessário para administrar uma transfusão de sangue com segurança. Eles usam o pensamento crítico para considerar os ambientes onde esses estudos foram feitos, o rigor científico das evidências, o número de pacientes envolvidos, e o quão bem as evidências respondem à questão PICOT deles. Eles também consideram as evidências à luz das preocupações e preferências dos pacientes cirúrgicos. Como enfermeiros, o comitê

julga se deve usar as evidências em pacientes que normalmente são admitidos na unidade cirúrgica. Os pacientes normalmente têm história clínica e padrões de resposta complexos (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Eticamente, é importante para o comitê considerar evidências que irão beneficiar os pacientes e não causarão nenhum dano. Ele precisa decidir se as evidências são relevantes, são facilmente aplicáveis nesse ambiente de prática e se têm o potencial de melhorar os resultados dos pacientes.

Integrar as Evidências

Se você decidir que as evidências são sólidas e se aplicam aos seus pacientes e à situação clínica, você começa a identificar como incorporá-las à prática. Seu primeiro passo é simplesmente aplicar a pesquisa em seu plano de cuidado para um paciente (Cap. 18). Utilize as evidências que você encontrar como uma justificativa para uma intervenção que você planeja testar. Por exemplo, você aprendeu sobre uma abordagem de como lavar idosos com confusão mental, e decide usar a técnica no seu próximo trabalho clínico. Se você achar que a técnica de banho foi bem- sucedida com os pacientes que lhe foram designados, você pode começar a trabalhar com um grupo de outros alunos ou enfermeiros para revisar as políticas e procedimentos para se lavar os pacientes ou desenvolver um novo protocolo clínico.

A literatura que o comitê de Rick descobriu revela que usar uma agulha com calibre 22 pode ser seguro e efetivo ao se administrar uma transfusão de sangue. Entretanto, eles só encontraram dois artigos de pesquisa, e ambos utilizaram pequenas amostras de pacientes (Acquillo, 2007; Miller e Schlueter, 2004). Como não há evidências suficientes para apoiar a mudança nesse momento, os membros do comitê se encontram com seus colegas do comitê geral de prática de enfermagem do hospital para recomendar mais investigações sobre essa questão de prática. O comitê de prática de enfermagem decide se consultar com enfermeiros de clínica geral na equipe de terapia IV para procurar diretrizes profissionais que abordem o tamanho da agulha IV necessário ao se infundir sangue.

As evidências são integradas de várias formas por meio de ferramentas de aprendizagem, diretrizes de prática clínica, políticas e procedimentos e novas ferramentas de coleta de dados ou documentação. Dependendo da quantidade de mudanças necessárias para aplicar evidências na prática, torna-se necessário envolver mais pessoas da equipe de enfermagem. É importante considerar o ambiente onde você deseja aplicar as evidências. Há apoio de toda a equipe? A prática muda de acordo com o escopo de prática no ambiente clínico? Há recursos (tempo, suporte de secretaria e equipe) disponíveis para efetuar uma mudança? Quando as evidências não são sólidas o suficiente para serem aplicadas na prática, sua próxima opção é conduzir um estudo-piloto para investigar sua questão PICOT. Um estudo-piloto é um estudo de pesquisa em pequena escala ou que inclua um projeto de qualidade ou de **melhoria do desempenho (MD)**.

Avalie a Decisão ou Mudança de Prática

Depois de aplicar as evidências à sua prática, seu próximo passo é avaliar os resultados. Como funcionou a intervenção? O quão efetiva foi a decisão clínica para seu paciente ou ambiente de prática? Às vezes sua avaliação é simples, bastando determinar se os resultados esperados que você estabeleceu para uma intervenção foram obtidos (Caps. 18 e 20). Por exemplo, depois da utilização de um curativo transparente do acesso venoso, o dispositivo venoso se desloca ou o paciente desenvolve uma complicação de flebite? Quando se utiliza uma nova abordagem nas orientações do pré-operatório, os pacientes entendem o que devem esperar do pós-operatório?

Quando uma mudança de PBE acontece em grande escala, uma avaliação é mais formal. Por exemplo, evidências que demonstram fatores que contribuem para lesões por pressão levaram um serviço de enfermagem a adotar um novo protocolo de cuidados com a pele. Para avaliar o protocolo, os enfermeiros rastreiam a incidência de lesões por um período (p. ex., de 6 meses a 1 ano). Além disso, eles coletam dados para descrever os pacientes que desenvolvem essas lesões e aqueles que não desenvolvem. Essa informação comparativa é

importante para se determinar os efeitos do protocolo e se são necessárias modificações.

Quando avaliar uma mudança de PBE, determine se a mudança foi efetiva, se são necessárias modificações na mudança, ou se a mudança precisa ser descontinuada. Eventos ou resultados não esperados podem ocorrer. Por exemplo, um hospital que implementa um novo método de limpeza de locais de punções de cateter descobre um aumento no índice de infecções de cateter IV e reavalia o novo método de limpeza para descobrir por que as infecções aumentaram. Se o hospital não avaliar essa mudança de prática, mais pacientes vão desenvolver infecções no local do acesso venoso. Nunca implemente uma mudança de prática sem avaliar os seus efeitos.

No caso de Rick, os enfermeiros do comitê de PBE, o comitê geral de prática de enfermagem do hospital e a equipe de terapia IV decidem coletar dados para descobrir quantos pacientes em unidades cirúrgicas precisam de uma transfusão de sangue e quantos precisam de várias perfurações para começar sendo puncionados com uma agulha de calibre mínimo de 20. Depois de terminarem as revisões dos prontuários, os enfermeiros descobrem que os pacientes que necessitam de transfusões de sangue e que precisam de várias perfurações e começam sendo puncionados com agulha de calibre 20 ou superior são mais comumente em idosos e vivenciam um aumento de complicações associadas com seus locais de punção venosa. Uma vez que as evidências não fornecem uma resposta clara para a questão PICOT deles, os enfermeiros decidem apresentar essa informação nas reuniões clínicas do hospital, para obter mais opiniões de especialistas médicos e continuar a pesquisar o assunto. Os médicos decidem se juntar aos enfermeiros. Eles trabalham juntos para conduzir um estudo-piloto que avalie a eficácia do uso de agulhas IV de calibre 22 para transfusões de sangue em adultos que não conseguem iniciar infusões maiores.

Compartilhe os Resultados com os Outros

Depois de implementar uma mudança de PBE, é importante comunicar os resultados. Se você implementa uma intervenção

baseada em evidências com um paciente, você e o paciente descobrem a efetividade daquela intervenção. Quando uma mudança de prática acontece no nível do serviço de enfermagem, o primeiro grupo a discutir os resultados da mudança normalmente é a equipe clínica daquela unidade. Para aumentar o desenvolvimento profissional e promover resultados positivos de pacientes para além do nível da unidade, compartilhe os resultados com vários grupos de enfermeiros ou outros profissionais de saúde, tais como o conselho de prática de enfermagem ou o conselho de pesquisas. Clínicos apreciam e gostam de ver os resultados de uma mudança de prática. Além disso, a mudança de prática tem mais chances de ser sustentável e manter-se quando a equipe consegue ver os benefícios de uma mudança de PBE.

Como um enfermeiro profissional, é importantíssimo contribuir para o crescimento do conhecimento da prática de enfermagem. Os enfermeiros frequentemente comunicam os resultados das mudanças da PBE em conferências e encontros profissionais. Estando envolvidos com organizações profissionais, eles podem apresentar as mudanças de PBE em resumos científicos, apresentações de pôster ou até apresentações em pódios.

Depois de concluir o estudo-piloto, Rick apresenta os resultados para o comitê de pesquisa de enfermagem do seu hospital. O enfermeiro-chefe do hospital ouve a apresentação de Rick e o encoraja a enviar um resumo do seu estudo a uma conferência profissional de enfermagem. Rick envia seu resumo para exame, como possível apresentação de pôster na conferência anual Midwest Nursing Research Society, e é aceito. Durante a conferência, Rick conta a outros enfermeiros sobre as descobertas desse estudo e, após a conferência, é contatado por diversos enfermeiros interessados em estudar mais a fundo esse problema.

No Brasil, estudantes podem realizar levantamento de artigos de enfermagem e saúde nas seguintes bases de dados: LILACS, Portal Rev@Enf, REDALYC, CUIDEN®, SciELO etc. A Biblioteca Virtual de Saúde oferece uma variedade de possibilidades de acesso a temas

específicos organizados por bases de dados e tipos de documentos nacional e internacional. Os textos completos podem ser acessados pelo Portal Capes de Periódicos, mantido pelo Ministério da Educação, por meio daquelas bibliotecas com autorização de acesso. Todas as bibliotecas de universidades públicas possuem acesso ao Portal Capes.

Links de acesso:

Biblioteca Virtual em Saúde: http://brasil.bvs.br/

Enfermagem Biblioteca Virtual em Saúde: http://enfermagem.bvs.br/

Portal Rev@Enf: http://www.portal.revenf.bvsalud.org/php/index.php

SciELO (Scientifica Electronic Library Online): http://www.scielo.org/php/index.php

LILACS: http://lilacs.bvsalud.org/

CUIDEN®: http://www.index-f.com/new/cuiden/

REDALYC: http://www.redalyc.org/

Portal Capes de Periódicos Científicos (restrito ao acesso por computadores com IP institucional): http://www.periodicos.capes.gov.br/

Pesquisa de enfermagem

Depois de concluir uma revisão e crítica completas da literatura científica, pode ser que você não tenha evidências sólidas o suficiente para introduzir a mudança na prática. Em vez disso, você pode encontrar uma lacuna de conhecimentos que faz com que sua questão PICOT fique sem resposta. Quando isso acontece, a melhor maneira de responder à sua questão PICOT é conduzir um estudo. Nesse ponto de sua formação você não irá conduzir pesquisas. Entretanto, você pode observar enfermeiros mais experientes conduzindo pesquisas dentro do hospital. É importante que você entenda o processo de pesquisar em enfermagem e como isto gera novos conhecimentos.

A pesquisa de enfermagem melhora a saúde e o bem-estar das pessoas (NINR, s.d.). A **pesquisa de enfermagem** é uma maneira de identificar novos conhecimentos, melhorar a educação e prática profissionais e de utilizar os recursos de enfermagem e de atenção à saúde de maneira efetiva. Pesquisar significa procurar a fundo ou examinar cuidadosamente um fenômeno em particular. É um processo sistemático que formula e responde perguntas para gerar conhecimento. O conhecimento proporciona base científica para a prática de enfermagem e valida a efetividade das intervenções de enfermagem. A pesquisa de enfermagem melhora a educação e a prática profissional e ajuda os enfermeiros a utilizarem os recursos de maneira efetiva (p. ex., como utilizar os recursos humanos da melhor forma, determinando a melhor prática pela combinação de enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem dentro de um serviço de enfermagem). A base do conhecimento científico de enfermagem continua a crescer, hoje, assim fornecendo evidências que os enfermeiros podem utilizar para prestar cuidado seguro e efetivo para os pacientes. Muitas organizações profissionais e especializadas em enfermagem apoiam a condução de pesquisas para o avanço da ciência de enfermagem.

Um exemplo de como as pesquisas podem expandir nossa prática

pode ser observado no trabalho da Dra. Norma Metheny, que passou muitos anos fazendo perguntas sobre como prevenir a broncoaspiração da alimentação por sonda em pacientes que recebem alimentação por meio de sondas nasogástricas (Metheny et al., 1988; 1989; 1990; 1994; 2000; 2007; 2010; e 2012; Metheny, 2006; Metheny e Meert, 2014). Através de seu programa de pesquisas, ela identificou fatores que aumentavam o risco de broncoaspiração e abordagens a serem utilizadas ao se determinar a localização da sonda de alimentação. As descobertas da Dra. Metheny foram incorporadas a este livro-texto e mudaram a maneira como os enfermeiros inserem sondas de alimentação em pacientes. Por meio de pesquisas, a Dra. Metheny contribuiu para o corpo de conhecimento científico que salvou vidas de pacientes e ajudou a evitar a complicação grave de uma broncoaspiração pulmonar.

Resultados de Pesquisa

No sistema de atenção à saúde de hoje em dia é mais importante do que nunca entender os resultados das práticas de atenção à saúde. Os resultados de pesquisas ajudam os pacientes, profissionais de saúde e aqueles que são responsáveis pelas políticas de saúde a tomarem decisões informadas com base nas evidências atuais (PCORI, 2015). Os resultados de pesquisa comumente concentram-se nos benefícios, riscos, custos e efeitos holísticos de um tratamento de pacientes. Por exemplo, pesquisadores estão conduzindo resultados de pesquisa quando estudam os efeitos do controle da doença de Parkinson em pacientes, utilizando videoconferência e telemedicina para aumentar o acesso à atenção à saúde.

Resultados da oferta de atenção à saúde são os efeitos observáveis ou mensuráveis das intervenções dos cuidados à saúde (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Similarmente aos resultados esperados que você planeja em um plano de cuidado (Cap. 18), um resultado da oferta de serviços de saúde concentra-se naqueles que recebem os serviços (p. ex., paciente, família ou comunidade) e não nos profissionais (p. ex., enfermeiro ou médico). Por exemplo, um resultado de um programa de educação sobre diabetes é que os

pacientes são capazes de autoadministrar insulina, e não o êxito do enfermeiro em orientar os pacientes recém-diagnosticados com diabetes.

Um problema na investigação de resultados é a definição clara ou seleção de resultados mensuráveis. Componentes de um resultado incluem os resultados em si, como eles são observados (o indicador), suas características essenciais (como são medidos) e sua gama de parâmetros (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Por exemplo, as unidades de saúde comumente medem os resultados de satisfação dos pacientes quando introduzem novos serviços (p. ex., novo modelo de serviços de saúde ou de clínica ambulatorial). O resultado é a satisfação do paciente, observada por meio das respostas dos pacientes ao formulário de pesquisa de satisfação, que inclui características como cuidado de enfermagem, assistência médica, serviços de apoio e o ambiente. Os pacientes completam o formulário, marcando uma escala (parâmetro) elaborada para medir seu grau de satisfação (p. ex., escala de 1 a 5). A escala combinada do formulário produz a medida de satisfação do paciente, um resultado que a instituição pode acompanhar ao longo do tempo.

Indicadores sensíveis à enfermagem são resultados que são sensíveis à prática de enfermagem (Press Gainey Associates, 2015) (Quadro 2-8). Apesar de ser importante pesquisar os efeitos da assistência de enfermagem com base em indicadores sensíveis à enfermagem, alguns pesquisadores escolhem resultados que não medem um efeito direto do cuidado de enfermagem, como extensão do tempo de permanência, mortalidade, qualidade de vida e satisfação do paciente. Pesquisadores precisam selecionar resultados apropriados para medir, quando elaboram seus estudos. Por exemplo, se um enfermeiro pesquisador pretende medir o êxito de protocolo iniciado por enfermeiros para controlar os níveis de glicose do sangue em pacientes que estão gravemente enfermos, o pesquisador provavelmente não vai medir a mortalidade, pois é algo muito amplo e susceptível a muitos fatores fora do controle do protocolo iniciado pelos enfermeiros (p. ex., a seleção de terapias médicas, a acuidade da enfermidade do paciente). Em vez disso, o enfermeiro pesquisador vai

ter uma ideia melhor dos efeitos do protocolo medindo o resultado das taxas de glicose sanguínea do paciente. Ele obtém os níveis de glicemia dos pacientes sob aquele protocolo e compara-os com uma taxa desejada, que represente o controle da glicose no sangue.

Método Científico

O **método científico** é a base das pesquisas e o método mais confiável e objetivo para se obter conhecimento. Esse método é uma maneira avançada e objetiva de adquirir e testar conhecimentos. Aspectos do método o orientam na aplicação prática de evidências obtidas de pesquisas e na condução de pesquisas futuras. Quando utilizar evidências de pesquisa para mudar a prática, você precisa entender o processo utilizado por um pesquisador para orientar um estudo. Por exemplo, quando o comitê de Rick considerou se as transfusões de sangue poderiam ser infundidas com segurança com agulhas de calibre menor, eles precisavam saber se isso havia sido testado em pacientes similares àqueles admitidos na unidade deles e o desfecho ou resultado desses estudos. De outra forma, as evidências provavelmente não seriam relevantes para os pacientes na unidade de Rick. O método científico é um processo passo a passo sistemático. Quando realizado corretamente, você sabe que o estudo sustenta a **validade**, **confiabilidade** e a **generalização** dos dados. Portanto, você pode aplicar com segurança as descobertas desse estudo a assuntos similares em um estudo diferente.

Pesquisadores utilizam o método científico para entender, explicar, prever ou controlar um fenômeno da enfermagem (Polit e Beck, 2011). Procedimentos sistemáticos e ordenados reduzem a possibilidade de erro. Apesar dessa possibilidade sempre existir, o método científico minimiza a chance de **viés** ou opiniões de um pesquisador influenciarem os resultados de pesquisa e, portanto, o conhecimento obtido. Pesquisas científicas têm as seguintes características:

- A pesquisa identifica a área do problema ou área de interesse do estudo.
- Os passos do planejamento e da condução de um estudo de pesquisa são sistemáticos e ordenados.

- Pesquisadores tentam controlar fatores externos que não estão sendo estudados, mas que podem influenciar a relação entre os fenômenos que eles estão estudando. Por exemplo, se um enfermeiro está estudando a relação entre dieta e doença cardíaca, ele controla outras características das pessoas estudadas, tais como estresse ou história de tabagismo, porque elas são fatores de risco para doenças cardíacas. Tanto pacientes que se submetem a uma dieta experimental quanto aqueles com uma dieta comum teriam de ter níveis semelhantes de estresse e história de tabagismo para testar o efeito verdadeiro da dieta.
- Pesquisadores reúnem **dados empíricos** por meio do uso de observações e coleta de dados e utilizam os dados para descobrir novos conhecimentos.
- O objetivo é aplicar os conhecimentos obtidos a partir de um estudo para um grupo mais amplo de pacientes.

A Enfermagem e a Abordagem Científica

No passado, muitas das informações utilizadas na prática de enfermagem eram emprestadas de outras disciplinas, tais como biologia, fisiologia e psicologia. Frequentemente os enfermeiros aplicavam essas informações às suas práticas sem testá-las. Por exemplo, enfermeiros utilizam diversos métodos para ajudar pacientes a dormir. Intervenções como massagens nas costas, assegurar-se de que a cama está limpa e confortável e preparar o ambiente diminuindo as luzes são medidas de enfermagem que são utilizadas com frequência e em geral são abordagens lógicas de senso comum. Entretanto, quando essas medidas são analisadas mais a fundo, surgem questões sobre suas aplicações. Por exemplo, seriam os melhores métodos para promover o sono? Pacientes em situações diferentes precisam de outras intervenções para promover o sono?

Pesquisas permitem que você estude as questões e problemas de enfermagem em maior profundidade dentro do contexto da enfermagem. Enfermeiros que não utilizam uma abordagem baseada em evidências frequentemente contam somente com a experiência pessoal ou o conselho de enfermeiros especialistas. Esses enfermeiros

não questionam se há uma intervenção que produz resultados melhores. Quando uma intervenção não tem êxito, enfermeiros que não utilizam PBE normalmente irão utilizar uma abordagem praticada por um colega ou tentar uma sequência diferente de medidas aceitas. Mesmo que a descoberta de uma intervenção com essa abordagem de tentativa e erro seja efetiva em um ou mais pacientes, nem sempre é apropriada para pacientes em outros ambientes. Intervenções de enfermagem devem ser testadas por meio de pesquisas para se determinar as medidas que funcionam melhor com pacientes específicos.

A pesquisa de enfermagem aborda questões importantes para a disciplina de enfermagem. Algumas dessas questões se relacionam com a profissão em si, formação de enfermeiros, necessidades de pacientes e famílias e questões dentro do sistema de saúde. Uma vez que a pesquisa é realizada, é importante disseminar ou comunicar as descobertas. Um método de disseminação é a publicação das descobertas em revistas profissionais especializadas. A pesquisa de enfermagem utiliza muitos métodos para estudar problemas clínicos (Quadro 5-2). Há duas abordagens amplas para a pesquisa: métodos quantitativos e qualitativos.

Quadro 5-2 Tipos de Pesquisas

- **Pesquisa histórica:** Estudos elaborados para determinar fatos e relações entre eventos passados de interesse. Exemplo: estudo que examina os fatores da sociedade que levaram à aceitação dos avanços da prática pelos pacientes.
- **Pesquisa exploratória:** Estudo inicial elaborado para estabelecer ou refinar as dimensões dos fenômenos (fatos ou eventos) ou para desenvolver ou refinar as hipóteses sobre as relações entre fenômenos. Exemplo: estudo-piloto dos benefícios de um novo programa de exercício para idosos com demência.
- **Pesquisa de avaliação:** Estudo que testa o quão bem um programa, uma prática ou uma política está funcionando. Exemplo: estudo que mede os resultados de uma campanha

informativa elaborada para melhorar a capacidade dos pais de seguir o calendário de vacinação para seus filhos.

- **Pesquisa descritiva:** Estudo que mede as características das pessoas, situações ou grupos e a frequência com que determinados eventos ou características acontecem. Exemplo: estudo para examinar o viés dos enfermeiros quanto à assistência de pacientes obesos.
- **Pesquisa experimental:** Estudos nos quais um investigador controla a variável estudada e aleatoriamente coloca os sujeitos sob condições diferentes para testar uma variável. Exemplo: ECA que compara a clorexidina com o Betadine® na redução da incidência de flebite no acesso venoso.
- **Pesquisa correlacional:** Estudo que explora os inter-relacionamentos entre variáveis de interesse sem nenhuma intervenção ativa do pesquisador. Exemplo: estudo examinando o relacionamento entre os níveis de formação de enfermeiros e sua satisfação com as funções de enfermagem.

ECA, ensaio controlado aleatório.

Pesquisa Quantitativa

Pesquisa quantitativa de enfermagem é o estudo dos fenômenos de enfermagem que oferecem medidas precisas e quantificação. Dois exemplos de pesquisa quantitativa são (1) um estudo que lida com uma nova terapia para dor que mede quantitativamente a severidade da dor dos participantes e (2) um estudo que testa formas diferentes de curativos cirúrgicos que mede a extensão da cicatrização. Pesquisa quantitativa é o exame preciso, sistemático e objetivo de conceitos específicos. Concentra-se em dados numéricos, análises estatísticas e controles para eliminar descobertas tendenciosas (Polit e Beck, 2011). Apesar de haver muitos métodos quantitativos, as seções seguintes descrevem sucintamente as pesquisas experimentais, não experimentais, *survey* (levantamentos) e de avaliação.

Pesquisa Experimental

Um ECA é um **estudo experimental** verdadeiro que controla rigorosamente as condições para eliminar viés, com o objetivo de generalizar os resultados do estudo para grupos de sujeitos semelhantes. Pesquisadores testam uma intervenção (p. ex., um novo medicamento, terapia ou método educacional) comparando-a com o padrão de cuidado usual (Quadro 5-3). Eles atribuem sujeitos aleatoriamente ou para um grupo controle ou para um grupo de tratamento. Todos os sujeitos em um ECA têm chances iguais de estar em qualquer um dos grupos. O grupo de tratamento recebe a intervenção experimental, e o grupo controle recebe o padrão de cuidado usual. Os pesquisadores medem ambos os grupos para os mesmos tipos de resultados para ver se há diferenças. Quando um ECA é concluído, o pesquisador tem esperanças de entender se a intervenção leva a melhores resultados do que a assistência padrão.

Quadro 5-3 Exemplo de um Ensaio Controlado Aleatório ou Randomizado

- **Questão de pesquisa:** A comparacão de um panfleto educacional tradicional com um programa educacional para pacientes com riscos de diabetes melhora o nível de glicose no sangue e o controle de peso de um paciente?
- **Sujeitos de pesquisa:** 130 pacientes adultos com fatores de risco para diabetes que visitam uma clínica médica local.
- **Randomização:** Pacientes são designados aleatoriamente a um dos dois grupos, utilizando uma tabela de números aleatórios.
- **Grupo de tratamento:** 65 pacientes participam de uma aula de 8 horas sobre prevenção de diabetes, com discussões de grupo, palestras e utilização de programas interativos de computador.
- **Grupo controle:** 65 pacientes recebem um panfleto impresso descrevendo riscos de diabetes e estratégias de promoção de saúde.
- **Medição de resultados:** Ambos os grupos têm o peso e os níveis de glicose no sangue medidos antes de receber a educação em

saúde e todos os meses, por 3 meses, após receberem as informações educacionais.

- **Análise:** Testes estatísticos que comparam os níveis de glicose no sangue e o peso dos dois grupos irão demonstrar se o grupo de tratamento demonstra melhora significativa no peso e níveis de glicose no sangue, como previsto.

Ensaios controlados não aleatórios são estudos que testam intervenções, mas que os pesquisadores não dividiram aleatoriamente os sujeitos em grupos controle e de tratamento. Portanto, há viés na condução do estudo. Algumas descobertas são distorcidas por causa da maneira como o estudo foi elaborado. Um pesquisador quer ter o máximo de certeza quando testa uma intervenção, que a intervenção é o motivo dos resultados desejados. Em um ensaio controlado não aleatório, a maneira como os sujeitos entram para os grupos controle ou de tratamento às vezes influencia os resultados. Isso sugere que a intervenção testada não foi o único fator a afetar os resultados do estudo. A crítica cuidadosa permite que você determine se havia viés no estudo e se há efeitos do viés, e quais, sobre os resultados do estudo.

Apesar dos ECA investigarem causas e efeitos e serem excelentes para testar terapias com medicamentos ou tratamentos médicos, essa abordagem nem sempre é a melhor para testar intervenções de enfermagem. A natureza do cuidado de enfermagem faz com que enfermeiros pesquisadores façam perguntas que nem sempre são mais bem respondidas por um ECA. Por exemplo, enfermeiros ajudam pacientes com problemas como deficiência de conhecimentos e controle de sintomas. Quando pesquisadores tentam planejar um ECA, com frequência se percebe que questões éticas surgirão se o grupo controle não receber a nova intervenção terapêutica. Também, o aprendizado para entender como os pacientes vivenciam problemas de saúde nem sempre pode ser obtido por meio de um ECA. Portanto, estudos não experimentais descritivos são frequentemente utilizados na pesquisa de enfermagem.

Pesquisa não Experimental

Estudos descritivos não experimentais explicam ou preveem fenômenos. Dois exemplos incluem um estudo que examina os fatores que levaram um adolescente à decisão de fumar e um estudo para determinar os fatores que levaram à queda de pacientes com demência no ambiente hospitalar.

Um estudo caso-controle é aquele em que os pesquisadores estudam um grupo de sujeitos com uma determinada condição (p. ex., asma) ao mesmo tempo que estudam outro grupo de sujeitos que não têm a condição. Um estudo caso-controle determina se há uma associação entre uma ou mais variáveis de previsão e a condição (Melnyk e Fineout-Overholt, 2014). Por exemplo, há uma associação entre variáveis de previsão tais como história familiar ou exposição ambiental a poeira e a incidência de asma? Frequentemente um estudo caso-controle é conduzido retrospectivamente, ou após o fato. Pesquisadores voltam no tempo e revisam dados disponíveis sobre os seus dois grupos de sujeitos, para entenderem quais variáveis explicam a condição. Esses estudos envolvem um número menor de sujeitos, criando o risco de viés. Às vezes os sujeitos nos dois grupos têm diferenças em outras variáveis (p. ex., quantidade de estresse ou história de alergia de contato) que também influenciam a incidência da condição, mais ainda que variáveis que estão sendo estudadas. Estudos de correlação descrevem as relações entre duas variáveis (p. ex., a idade do adolescente e se o adolescente fuma). O pesquisador determina se duas variáveis são correlacionadas ou associadas uma à outra e qual é a sua extensão.

Muitas vezes os pesquisadores utilizam descobertas de estudos descritivos para desenvolver estudos que testam intervenções. Por exemplo, se o pesquisador descobre que adolescentes de 15 anos ou mais tendem a fumar, ele mais tarde poderá testar se a participação em programa sobre fumo para jovens é efetiva para ajudar os adolescentes a parar de fumar.

Surveys ou Levantamentos

São comuns em pesquisas quantitativas. Obtêm informações relativas

à frequência, distribuição e inter-relação de variáveis dentre os sujeitos do estudo (Polit e Beck, 2011). Um exemplo é um levantamento elaborado para medir a percepção de enfermeiros sobre a disposição dos médicos para ajudar na prática. Levantamentos obtêm informações sobre práticas, percepções, educação, experiência, opiniões e outras características de pessoas. A função mais básica de um levantamento é a descrição. Levantamentos reúnem uma grande quantidade de dados para descrever a população e o tópico do estudo. Em pesquisas de levantamento, é importante que a amostra populacional seja grande o suficiente para se obter um erro de amostragem mínimo.

Pesquisa de Avaliação

Pesquisa de avaliação é uma forma de pesquisa quantitativa que determina o quão bem um programa, prática, procedimento ou política estão funcionando (Polit e Beck, 2011). Um exemplo é a investigação de resultados. A pesquisa de avaliação determina por que um programa ou alguns componentes do programa são bem-sucedidos ou malsucedidos. Quando programas são malsucedidos, a pesquisa de avaliação identifica problemas no programa e oportunidades de mudanças ou barreiras para a implementação do programa.

Pesquisa Qualitativa

Pesquisa qualitativa de enfermagem é o estudo dos fenômenos que são difíceis de quantificar ou categorizar, como as percepções dos pacientes sobre as doenças ou qualidade de vida. Essa abordagem de pesquisa descreve informações obtidas de forma não numérica (p. ex., dados de transcrições de uma série de entrevistas). Pesquisadores qualitativos têm como objetivo entender as experiências de pacientes com problemas de saúde e os contextos em que as experiências acontecem. Nesses estudos, os pacientes têm a oportunidade de contar suas histórias e compartilhar suas experiências. As descobertas são profundas porque os pacientes usualmente são muito descritivos sobre o que decidem partilhar. Exemplos de estudos qualitativos

incluem "as percepções dos pacientes sobre os enfermeiros que atendem na unidade de cuidados paliativos" e "as percepções do estresse por familiares de pacientes criticamente enfermos".

Pesquisas qualitativas envolvem o **raciocínio indutivo** para elaborar categorias/temas gerais ou teorias a partir de observações ou entrevistas específicas (Polit e Beck, 2011). Por exemplo, um enfermeiro entrevista sobreviventes ao câncer exaustivamente e então resume os temas comuns de todas as entrevistas para determinar indutivamente as características da qualidade de vida desses sobreviventes. Pesquisa qualitativa envolve a descoberta e o entendimento de características ou fenômenos comportamentais importantes. Um exemplo é um estudo de pesquisa qualitativa conduzido por Nixon e Narayanasamy (2010) que descreveu as necessidades espirituais de pacientes com tumores cerebrais e o quão bem os enfermeiros apoiavam essas necessidades.

Há diversos métodos de pesquisas qualitativas, incluindo a etnografia, a fenomenologia e a teoria fundamentada em dados. Cada uma é baseada numa visão filosófica ou metodológica diferente de como coletar, resumir e analisar dados qualitativos.

O processo de pesquisa

O **processo de pesquisa** é uma série de passos ordenados que permitem a um pesquisador partir da questão de pesquisa e chegar até a descoberta da resposta. Usualmente a resposta à questão de pesquisa inicial leva a novas questões e outras áreas de estudo. O processo de pesquisa constrói conhecimento para a utilização em outras situações similares. Por exemplo, um enfermeiro pesquisador quer buscar conhecimentos sobre a melhor maneira de prover apoio psicológico a pacientes com câncer de mama. O processo de pesquisa ao final proporciona conhecimentos que enfermeiros de uma série de serviços utilizarão para oferecer cuidado de enfermagem baseado em evidências. A Tabela 5-2 resume os passos do processo de pesquisa. Inicialmente o pesquisador identifica uma área de investigação (identificar o problema), que normalmente resulta da prática clínica. Por exemplo, um enfermeiro nota que muitos pacientes cirúrgicos sentem náusea após uma cirurgia de cólon. Ao conversar com um pesquisador numa conferência de profissionais de enfermagem, o enfermeiro decide conduzir um estudo-piloto no serviço de enfermagem para descobrir se mascar chiclete de hortelã após uma cirurgia de cólon evita que os pacientes sintam náusea e reduz a incidência de íleo pós-operatório. O enfermeiro revisa a literatura relevante para descobrir o que é conhecido sobre mascar chiclete de hortelã e seus efeitos na mobilidade intestinal e náusea após uma cirurgia abdominal. Os enfermeiros notam que, apesar de muitos pacientes relatarem problemas de náusea e do retorno das funções intestinais, há poucas pesquisas sobre os efeitos de mascar chicletes nesses dois resultados.

Tabela 5-2

Comparação dos Passos do Processo de Enfermagem e do Processo de Pesquisa

Processo de	

Enfermagem	Processo de Pesquisa
Histórico de enfermagem	Identifica área de interesse ou problema clínico. • Revisa a literatura. • Formula a estrutura teórica. • Reflete sobre a prática pessoal ou discute questões clínicas com especialistas para definir melhor o problema.
Diagnóstico	Formula questões de pesquisa/hipóteses.
Planejamento	Determina como o estudo será conduzido: • Seleciona o desenho/metodologia da pesquisa. • Identifica plano para recrutar a amostra, levando em consideração a população, número e a formação de grupos. • Identifica as variáveis do estudo: intervenções específicas (variável independente) e resultados (variáveis dependentes). • Seleciona métodos de coleta de dados. • Seleciona abordagens para medição de resultados: questionários, levantamentos/*surveys*, medições psicológicas, entrevistas, observações. • Formula plano para analisar os dados: métodos estatísticos para responder as questões/hipóteses de pesquisa.
Implementação	Realiza o estudo: • Obter as aprovações necessárias. • Recrutar e inscrever os participantes. • Implementar o protocolo do estudo/coletar dados.
Avaliação	Analisa os resultados do estudo: • Analisa continuamente a metodologia do estudo. O estudo é realizado com consistência? Todos os investigadores estão seguindo o protocolo do estudo? • Interpreta os dados demográficos da população do estudo. • Analisa dados para responder cada questão/hipótese do estudo. • Interpreta resultados, incluindo conclusões, limitações. Uso das descobertas: • Formula recomendações para pesquisas futuras. • Determina implicações para a enfermagem. • Dissemina as descobertas: apresentações, publicações, necessidades de estudos adicionais, como aplicar as descobertas na prática.

Após a identificação do problema e revisão da literatura, o enfermeiro forma um time de pesquisa que desenvolve um estudo com a ajuda de um enfermeiro pesquisador. Esse time inclui enfermeiros, cirurgiões gastrintestinais e um estatístico. A amostra do estudo inclui todos os pacientes que estão passando por ressecções de cólon eletivas. Os sujeitos são excluídos caso precisem da cirurgia por causa de uma situação de emergência. Após conseguirem aprovação do comitê de ética de pesquisa do hospital, o time de pesquisa coloca cada sujeito em um dos dois grupos (experimental ou controle), com base em designações aleatórias. O grupo controle recebe cuidados pós-operatórios padrão. O grupo experimental ou de tratamento recebe cuidados pós-operatórios padrão e mascam chicletes por 5 minutos, três vezes ao dia. Os sujeitos têm 50% de chance de estar em qualquer dos dois grupos. O time de pesquisas seleciona os

instrumentos apropriados para medir a náusea pós-operatória e decide usar a coleta de dados de pacientes para determinar quando os enfermeiros ouvem barulhos intestinais pela primeira vez e quando os pacientes sentem gases pela primeira vez e têm os primeiros movimentos intestinais após a cirurgia.

Antes de conduzir qualquer estudo com sujeitos humanos, um pesquisador obtém aprovação do comitê para proteção de sujeitos humanos ou do comitê de ética em pesquisa (CEP) de uma instituição. Um CEP inclui cientistas e leigos que revisam todos os estudos conduzidos na instituição para assegurar que os princípios éticos, incluindo os direitos dos sujeitos humanos, estão sendo seguidos. **Consentimento informado** significa que os sujeitos pesquisados (1) recebem informações completas e plenas sobre o propósito de um estudo, procedimentos, coleta de dados, danos e benefícios potenciais e métodos alternativos de tratamento; (2) são capazes de entender completamente a pesquisa e as implicações da participação; (3) têm liberdade de escolha para consentir ou negar voluntariamente a participação na pesquisa e (4) entendem como o pesquisador mantém a confidencialidade ou o anonimato. A **confidencialidade** garante que qualquer informação que um sujeito produza não será relatada de maneira alguma que identifique o sujeito e não poderá ser acessada por pessoas de fora da equipe de pesquisa.

Uma vez que o estudo se inicia, os enfermeiros da unidade coletam os dados conforme as indicações do protocolo do estudo. O time analisa os dados a partir do instrumento de medição da náusea e da revisão dos prontuários sobre o funcionamento intestinal de ambos os grupos estudados. Com a ajuda do estatístico, a análise dos resultados determina se os pacientes que mascaram chicletes de hortelã tiveram menos náusea e um retorno mais rápido das funções intestinais do que os pacientes que receberam cuidado de enfermagem padrão. Os resultados desse estudo podem melhorar o cuidado de enfermagem pós-cirúrgica.

Os pesquisadores sempre precisam considerar as limitações do estudo. Limitações são fatores que afetam as descobertas do estudo, como uma amostra pequena de sujeitos, um ambiente específico onde

o estudo foi realizado ou a falha do estudo em incluir grupos culturais ou grupos de faixas etárias representativos. O time de pesquisas iniciou um estudo-piloto porque havia poucos dados disponíveis sobre os benefícios de se mascar chicletes após uma cirurgia abdominal. O tamanho da amostra somente incluiu 20 pacientes em cada grupo, e foi um desafio coletar os dados dos prontuários dos pacientes por causa das inconsistências na documentação. Portanto, os resultados do estudo limitaram a generalização para outros pacientes que estejam passando por uma cirurgia abdominal. Essas limitações ajudam o time a decidir como refinar ou adaptar o estudo para investigações futuras mais aprofundadas.

Um pesquisador também aborda as implicações para a prática de enfermagem. Em última instância, isso ajuda os colegas pesquisadores, clínicos, educadores e administradores a saberem como aplicar as descobertas de um estudo à prática. Ao final do estudo sobre mascar chicletes, o time de pesquisas recomenda que seja oferecida a oportunidade de mascar chicletes de hortelã para os pacientes que sofrem ressecções de cólon eletivas, após a cirurgia. Os cirurgiões da unidade concordam com a mudança na prática. O time decide fazer outro estudo para investigar essa intervenção com pacientes que fizerem outros tipos de cirurgia abdominal, para aumentar a generalização dos resultados. Além disso, a equipe sugere maneiras de introduzir efetivamente o uso de chicletes em outras unidades cirúrgicas, após as cirurgias.

A relação entre pbe, pesquisa e melhoria da qualidade

PBE, pesquisa e melhoria da qualidade (MQ) estão intimamente relacionadas (Fig. 5-3; Cap. 2). Todos os três processos exigem que você use as melhores evidências para proporcionar a mais alta qualidade de cuidado aos pacientes. Como enfermeiro, você é profissionalmente comprometido em saber as diferenças entre eles e quais processos selecionar quando enfrentar problemas clínicos ou quando você deseja melhorar o cuidado ao paciente. Apesar de você utilizar todos esses processos na prática de enfermagem, é importante saber as semelhanças e diferenças entre eles (Tabela 5-3). Quando implementar um projeto de PBE, é importante primeiro revisar as evidências de pesquisas e dados de MQ apropriados. Essa informação o ajuda a entender melhor a extensão do problema na prática e dentro de sua organização. Dados de MQ o informam sobre como os processos funcionam dentro de uma organização e, portanto, oferecem informações sobre como fazer as mudanças de PBE. PBE e MQ às vezes proporcionam oportunidades de pesquisa.

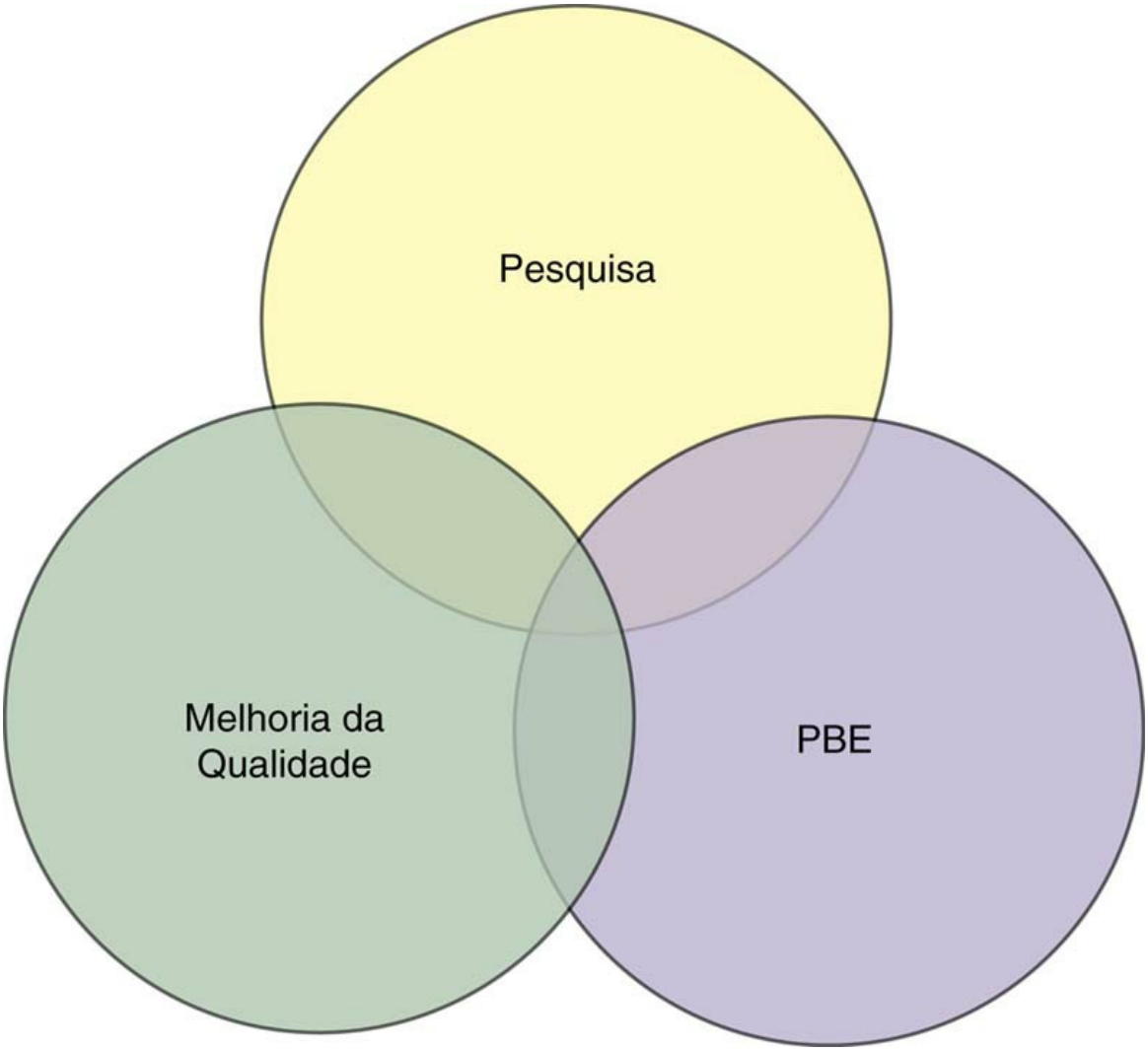


FIGURA 5-3 As interseções na relação entre pesquisa, prática baseada em evidências e melhoria da qualidade. *PBE,* Prática baseada em evidências.

Tabela 5-3

Semelhanças e Diferenças entre Prática Baseada em Evidências, Pesquisa e Melhoria da Qualidade

	Prática Baseada em Evidências	**Pesquisa**	**Melhoria da Qualidade**
Propósito	Usa informações de pesquisa, especialistas profissionais e preferências de pacientes para determinar o cuidado	A investigação sistemática responde perguntas, soluciona problemas e contribui para a base de	Melhora os processos de trabalho local para melhorar os resultados dos

	de enfermagem seguro e efetivo com o objetivo de melhorar os cuidados e resultados do paciente	conhecimento generalizável da enfermagem; pode contribuir ou não para melhorar a assistência ao paciente.	pacientes e a eficiência do sistema de saúde; os resultados normalmente não são generalizáveis
Enfoque	Implementação das evidências já conhecidas na prática	Geram-se evidências para encontrar respostas de questões ainda desconhecidas sobre a prática de enfermagem.	Mede os efeitos das práticas ou das mudanças das práticas em população de pacientes específica
Fontes de dados	Diversos estudos de pesquisas, opinião de especialistas, experiência pessoal, pacientes	Sujeitos ou participantes têm características predefinidas que os incluem ou excluem no estudo; pesquisadores coletam e analisam os dados dos sujeitos.	Dados dos registros dos pacientes, ou pacientes que estão em uma área específica tais como uma unidade assistencial ou internados em determinado hospital
Quem conduz a atividade?	Enfermeiros e possivelmente outros membros da equipe de saúde	Pesquisadores, que podem ou não ser trabalhadores do serviço de saúde, e normalmente não são parte da equipe clínica de saúde, conduzem as pesquisas.	Trabalhadores de saúde, tais como enfermeiros, médicos e farmacêuticos
A atividade é parte da prática clínica regular?	Sim	Não	Sim
É necessária a aprovação do CEP?	Às vezes	Sim	Às vezes
Fontes de financiamento	Internas, do estabelecimento de saúde	O financiamento normalmente é externo, como uma bolsa.	Internas, a instituição de saúde

CEP, Comitê de Ética em Pesquisa.

A seguir um exemplo de como os três processos se unem para melhorar a prática de enfermagem:

Um serviço de enfermagem está vivenciando uma queda na satisfação dos pacientes com o controle de dor nos últimos meses. Dados de MQ identificam fatores associados com o controle da dor (p. ex., os tipos de medicamentos para dor solicitados normalmente,

relatos de pacientes sobre o alívio da dor depois da administração de analgésico). Uma análise completa de dados de MQ leva a equipe de enfermeiros do conselho de qualidade do serviço a fazer a revisão de literatura e implementar as melhores evidências disponíveis para melhorar o protocolo de controle da dor para o tipo de pacientes da unidade. Os funcionários implementam o protocolo revisado e avaliam seus resultados. Apesar da implementação do protocolo revisado para controle da dor, a satisfação dos pacientes continua a ser mais baixa do que o desejado. Assim, os funcionários decidem fazer um estudo para investigar com mais profundidade esse problema clínico e melhorar os cuidados ao paciente.

Pontos-chave

- Um desafio da PBE é obter as informações melhores, mais relevantes, exatas e atuais no momento certo, quando você necessita delas para a assistência ao paciente.
- Utilizar seus conhecimentos clínicos e considerar os valores e preferências dos pacientes assegura que você aplicará as evidências à prática de maneira apropriada e segura.
- Os passos da PBE proporcionam uma abordagem sistemática para a tomada de decisões clínicas racionais.
- Uma questão PICOT focada permite que você busque evidências na literatura científica.
- A hierarquia das evidências disponíveis oferece uma orientação sobre os tipos de literatura ou informações que oferecem as melhores evidências científicas.
- Um ECA é o nível mais alto de pesquisa experimental.
- Especialistas clínicos são uma fonte valiosa de evidências porque eles as utilizam com frequência para construir sua própria prática e resolver problemas críticos.
- A crítica ou avaliação de evidências inclui a determinação do valor, viabilidade e utilidade das evidências para se fazer uma mudança de prática.

- Depois de criticar todos os artigos para uma questão PICOT, sintetize ou combine as descobertas para considerar o rigor científico das evidências e se elas têm aplicação na prática.
- Quando decidir aplicar evidências, considere o ambiente e se há apoio da equipe e discursos disponíveis.
- Pesquisa é um processo sistemático que formula e responde perguntas que geram conhecimento, que por sua vez proporcionam a base científica para a prática de enfermagem.
- A investigação de resultados é elaborada para coletar dados e documentar a efetividade dos serviços de atendimento e intervenções de saúde.
- A pesquisa de enfermagem envolve duas abordagens amplas para se conduzir estudos: métodos quantitativos e qualitativos.
- Apesar da PBE, pesquisa e MQ estarem intimamente relacionadas, elas são processos diferentes.
- Ao enfrentar um problema clínico, você precisa utilizar a abordagem apropriada.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Um enfermeiro pesquisador estuda a efetividade de um novo programa elaborado para educar pacientes para levar seus filhos para vacinar. O enfermeiro divide os pais de maneira aleatória, em dois grupos. Um grupo recebe o programa educacional típico e o outro grupo recebe o novo programa. Esse é um exemplo de que tipo de estudo?
    1. Histórico
    2. Qualitativo
    3. Correlacional
    4. Experimental
2. Um enfermeiro que trabalha em uma unidade pediátrica

questiona: “Pergunto-me se as crianças que interagem com terapia mediada por animais de estimação têm a ansiedade reduzida quando estão internadas”. Nesse exemplo de questão PICOT, qual das seguintes é o O (o resultado)?
   1. Crianças
   2. Terapia mediada por animais de estimação
   3. A unidade pediátrica
   4. Ansiedade
3. Um enfermeiro pesquisador quer saber quais fatores estão associados com a decisão de uma pessoa de se exercitar. O enfermeiro distribui um questionário de levantamento para pessoas que se inscreveram recentemente em um programa de exercício e bem-estar e analisa os dados para determinar que fatores e características são relacionados de forma mais significativa com a decisão de começar a se exercitar. Que tipo de estudo de pesquisa é esse?
   1. Qualitativo
   2. Descritivo
   3. Correlacional
   4. Ensaio controlado aleatório
4. Um grupo de enfermeiros identificou que os pacientes idosos de sua unidade têm uma alta incidência de lesões por pressão depois de terem um derrame. Durante uma reunião da unidade eles discutem diferentes intervenções que acham que podem reduzir o desenvolvimento de lesões por pressão. Qual é o próximo passo dos enfermeiros para investigar esse problema clínico com maior profundidade?
   1. Conduzir a revisão da literatura
   2. Compartilhar as descobertas com os outros
   3. Conduzir a análise estatística
   4. Criar uma questão PICOT bem elaborada
5. Rearranje os passos da prática baseada em evidências (PBE) na ordem apropriada:
   1. Integrar as evidências.
   2. Formular a questão clínica mais relevante.

   3. Criar um espírito investigativo.
   4. Avaliar a decisão ou mudança de prática.
   5. Compartilhar os resultados com os outros.
   6. Avaliar criticamente as evidências que você reunir.
   7. Coletar as melhores e mais relevantes evidências.
6. Ao recrutar os participantes de um estudo sobre os efeitos de um programa educacional para ajudar os pacientes em casa a tomarem seus medicamentos conforme a prescrição, o pesquisador diz aos participantes que seus nomes não serão utilizados e que ninguém, exceto a equipe de pesquisa, terá acesso às suas informações e respostas. Esse é um exemplo de:
   1. Viés.
   2. Anonimato.
   3. Confidencialidade.
   4. Consentimento informado.
7. Enfermeiros de uma clínica comunitária observaram um aumento no número de crianças obesas. Os enfermeiros que cuidam de crianças estão discutindo maneiras de diminuir a obesidade infantil. Um enfermeiro diz a um colega "Eu me pergunto: quais seriam as maneiras mais efetivas de ajudar crianças na idade escolar a manter o peso saudável?". Essa pergunta é um exemplo de:
   1. Hipótese.
   2. Questão PICOT.
   3. Gatilho focado no problema.
   4. Gatilho focado no conhecimento.
8. Os enfermeiros de um serviço clínico observaram o aumento no número de erros de medicações em sua unidade. Eles decidem avaliar o processo de administração de medicamentos com base nos dados obtidos a partir de revisões de prontuários e observações diretas de enfermeiros administrando medicamentos. Que processo os enfermeiros estão utilizando?
   1. Prática baseada em evidências
   2. Pesquisa
   3. Melhoria da qualidade

    4. Identificação de problema
9. Um aluno de enfermagem está se preparando para ler a seção de metodologia de um artigo de pesquisa. Que tipo de informações o aluno espera encontrar nessa seção? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Como o pesquisador conduziu o estudo
    2. Uma descrição de como utilizar as descobertas desse estudo
    3. O número e tipo de sujeitos que participaram do estudo
    4. Resumos de outros artigos de pesquisa que apoiam a necessidade desse estudo
    5. Implicações para estudos de pesquisas futuras
10. Um grupo de enfermeiros no conselho de pesquisas de um hospital local está medindo resultados sensíveis à enfermagem. Quais dos seguintes é um resultado sensível à enfermagem que os enfermeiros precisam considerar mensurar? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Frequência de episódios de hipoglicemia em crianças de uma escola local
    2. Número de pacientes que desenvolvem uma infecção do trato urinário a partir de um cateter Foley
    3. Número de pacientes que caem e sofrem lesões subsequentes no turno da noite
    4. Número de mulheres jovens sexualmente ativas que frequentam a clínica comunitária para controle de natalidade
    5. Relatos de pacientes sobre a qualidade de vida após a cirurgia para colocação de enxertos/*by-pass* na artéria coronária e reabilitação cardíaca
11. Quais das seguintes afirmações sobre prática baseada em evidências (PBE) feitas por um aluno de enfermagem exigiria que o professor de enfermagem corrigisse o entendimento dele?
    1. "Na prática baseada em evidências, os pacientes são os sujeitos."

2. “É importante conversar com especialistas e pacientes quando se vai tomar uma decisão baseada em evidências.”
3. “Um enfermeiro que deseja investigar evidências para resolver um problema começa formulando uma questão PICOT.”
4. “É importante pedir auxílio a um bibliotecário quando se busca literatura para ajudá-lo a responder sua questão PICOT.”

12. Um enfermeiro está lendo um artigo de pesquisa. O enfermeiro acaba de ler uma síntese da pesquisa que incluía o propósito do estudo e suas implicações para a prática de enfermagem. Que parte do artigo o enfermeiro acaba de ler?
    1. Resumo
    2. Análise
    3. Discussão
    4. Revisão da literatura
13. Um pesquisador está estudando a efetividade de um plano de ensino baseado em evidências individualizado na intenção de mulheres jovens de utilizar filtros solares para prevenir o câncer de pele. Nesse estudo, quais dos seguintes termos de pesquisa descreve melhor o plano de ensino baseado em evidências?
    1. Amostra
    2. Intervenção
    3. Levantamento/*survey*
    4. Resultados
14. Um enfermeiro pesquisador deseja conduzir uma pesquisa histórica. Quais das seguintes ideias para um estudo o enfermeiro poderia conduzir? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Determinar o efeito do desemprego no uso da unidade de emergência
    2. Entender como Clara Barton modelou a enfermagem na América
    3. Avaliar o efeito da Guerra do Vietnã na liderança e prática

de enfermagem
4. Analisar a evolução da enfermagem e do cuidado de pacientes durante os desastres recentes
5. Investigar barreiras à prática de exercícios para mulheres que se tornaram mães no ano anterior

15. Um enfermeiro pesquisador está coletando dados após a aprovação do comitê de ética de pesquisa (CEP). Em que parte do processo de pesquisa está o enfermeiro?
    1. Análise de dados
    2. Desenho do estudo
    3. Condução do estudo
    4. Identificação do problema

Respostas: 1. 4; **2.** 4; **3.** 3; **4.** 4; **5.** 3, 2, 7, 6, 1, 4, 5; **6.** 3; **7.** 3; **8.** 3; **9.** 1, 3; **10.** 2, 3; **11.** 1; **12.** 1; **13.** 2; **14.** 2, 3, 4; **15.** 3.

Referências

Flynn-Makic MB, et al. Examining the evidence to guide practice: challenging practice habits. *Crit Care Nurse*. 2014;34(2):28.

Holmes B, et al. Translating evidence into practice: the role of health research funders. *Implementation Sci*. 2012;7(39): http://www.implementationscience.com/content/7/1/39. Accessed July 6, 2015.

Makic MBF, et al. Putting evidence into nursing practice: four traditional practices not supported by the evidence. *Crit Care Nurse*. 2013;33(2):28.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. ed 3 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

National Institute of Nursing Research (NINR): *The National Institute of Nursing Research*, n.d., http://www.ninr.nih.gov/. Accessed July 6, 2015.

Oncology Nursing Society (ONS): *Putting evidence into practice*, n.d., https://www.ons.org/practice-resources/pep/evaluation-process. Accessed July 6, 2015.

Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI): *PCORI*, 2015, http://www.pcori.org/ Accessed July 6, 2015.

Peterson M, et al. Choosing the best evidence to guide clinical practice: application of AACN levels of evidence. *Crit Care Nurse*. 2014;34(2):58.

Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. ed 9 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Press Gainey Associates: *Nursing quality*, 2015, NDNQI. http://pressganey.com/ourSolutions/performance-and-advanced-analytics/clinical-business-performance/nursing-quality-ndnqi. Accessed July 6, 2015.

Sherwood G, Zomorodi M. A new mindset for quality and safety: the QSEN competencies redefine nurses' roles in practice. *Nephrol Nurs J*. 2014;41(1).

Stilwell SB, et al. Asking the clinical question: a key step in evidence-based practice. *Am J Nurs*. 2010;110(3):58.

Referências de pesquisa

Acquillo G. Blood transfusion flow rate. *J Vasc Access*. 2007;12(4):225.

Garner S, et al. Reducing ineffective practice: challenges in identifying low-value health care using Cochrane systematic reviews. *J Health Serv Res Policy*. 2013;18(1):6.

Metheny N, et al. Measures to test placement of nasogastric and nasointestinal feeding tubers: a review. *Nurs Res*. 1988;37:324.

Metheny N, et al. Effectiveness of pH measurement in predicting feeding tube placement. *Nurs Res*. 1989;38(5):262.

Metheny N, et al. Effectiveness of the auscultatory method in predicting feeding tube location. *Nurs Res*. 1990;39(5):262.

Metheny N, et al. Visual characteristics of aspirates from feeding tubes as a method for predicting tube location. *Nurs Res*. 1994;43:282.

Metheny N, et al. Development of a reliable and valid bedside test for bilirubin and its utilization for improving prediction of feeding tube location. *Nurs Res*. 2000;49(6):202.

Metheny N. Preventing respiratory complications of tube feedings: evidence-based practice. *Am J Crit Care*. 2006;15(4):360.

Metheny NA, et al. Complications related to feeding tube placement. *Curr Opin Gastroenterol*. 2007;23(2):178.

Metheny NA, et al. Effectiveness of an aspiration risk-reduction protocol. *Nurs Res*. 2010;59(1):18.

Metheny NA, et al. Blind insertion of feeding tubes in intensive care units: a national survey. *Am J Crit Care*. 2012;21(5):352.

Metheny NA, Meert KL. Effectiveness of an electromagnetic feeding tube placement device in detecting inadvertent respiratory placement. *Am J Crit Care*. 2014;23(3):240.

Miller MA, Schlueter AJ. Transfusions via hand-held syringes and small-gauge needles as risk factors for hyperkalemia. *Transfusion*. 2004;44(3):373.

Nixon A, Narayanasamy A. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *J Clin Nurs*. 2010;19(15–16):2259.

Tener D, et al. The use of medical clowns as a psychological distress buffer during anogenital examination of sexually abused children. *J Loss Trauma*. 2012;17(1):12.

Titler MG, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Crit Care Clin North Am*. 2001;13(4):497.

UNIDADE II
Cuidado Durante Toda A Vida

Capítulo 6: Saúde e Bem-estar

Capítulo 7: Cuidar na Prática de Enfermagem

Capítulo 8: Cuidados com o Sobrevivente de Câncer

Capítulo 9: Consciência Cultural

Capítulo 10: Cuidados às Famílias

Capítulo 11: Teorias do Desenvolvimento

Capítulo 12: Da Concepção à Adolescência

Capítulo 13: Adultos Jovens e de Meia-idade

Capítulo 14: Idosos

Saúde e Bem-estar

OBJETIVOS

• Listar as quatro metas gerais de saúde pública do *Healthy People 2020* para americanos.

• Discutir a definição de saúde.

• Discutir as crenças em saúde, promoção de saúde, necessidades humanas básicas e modelos holísticos de saúde para entender a relação entre atitudes e práticas de saúde dos pacientes

• Descrever as variáveis que influenciam as crenças e práticas de saúde.

• Descrever promoção de saúde, bem-estar e atividades para prevenção de doenças

• Discutir os três níveis de cuidados preventivos.

• Descrever quatro tipos de fatores de risco que afetam a saúde.

• Descrever a modificação dos fatores de risco e a mudança dos comportamentos de saúde.

• Descrever as variáveis que influenciam o comportamento frente à doença.

• Descrever o efeito da doença nos pacientes e famílias.

• Discutir o papel da enfermeira na saúde e na doença.

TERMOS-CHAVE

Bem-estar, p. 70
Comportamento frente à doença, p. 74
Comportamentos frente à saúde, p. 66
Doença aguda, p. 73
Doença crônica, p. 73
Doença, p. 73
Estratégias ativas de promoção de saúde, p. 71
Estratégias passivas de promoção de saúde, p. 71
Fator de risco, p. 71
Modelo de crença em saúde, p. 66
Modelo holístico de saúde, p. 67
Mudanças de comportamento de saúde, p. 72
Prevenção de doenças, p. 70
Prevenção primária, p. 71
Prevenção secundária, p. 71
Prevenção terciária, p. 71
Promoção de saúde, p. 70
Saúde, p. 66

No passado, a maioria dos indivíduos e as sociedades viam a boa saúde, ou o bem-estar, como o oposto ou a ausência de doença. Essa atitude simples ignora os estados de saúde existentes entre a doença e a boa saúde. Saúde é um conceito multidimensional, e é vista de uma perspectiva mais ampla. A avaliação do estado de saúde de um paciente é um importante aspecto da enfermagem.

Os modelos de saúde oferecem uma perspectiva para se compreender as relações entre os conceitos de saúde, bem-estar e doença. As enfermeiras estão em uma posição privilegiada para

auxiliar os pacientes a alcançar e manter níveis ótimos de saúde. Elas precisam entender os desafios do atual sistema de cuidados de saúde e aproveitar as oportunidades para promover a saúde e o bem-estar além de prevenir a doença. Em uma era de custos elevados e tecnologia avançada, as enfermeiras são um elo vital para a melhora da saúde dos indivíduos e da sociedade. Pela avaliação e conhecimento dos pacientes, elas identificam os fatores de risco reais e potenciais que predispõem um indivíduo ou um grupo à doença. Além disso, uma enfermeira usa estratégias de modificação de fatores de risco para promover saúde e bem-estar, além de prevenir a doença.

Diferentes atitudes provocam nas pessoas diferentes reações à doença ou à doença de um membro da família; essa reação é o *comportamento frente à doença*. As enfermeiras que compreendem como os pacientes reagem à doença podem minimizar seus efeitos, ajudando esses pacientes e suas famílias a manter ou a retornar ao mais alto nível de funcionamento.

Documentos do *healthy people (Pessoas Saudáveis)*

O projeto *Healthy People* (Pessoas Saudáveis) estabelece metas nacionais para 10 anos, baseadas em evidências, para promover a saúde e prevenir a doença. Em 1979, foi publicado um documento influente, o *Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promoção and Disease Prevention*; o documento introduziu uma meta para que em 1990 a saúde dos americanos estivesse melhor. O relatório delineava objetivos prioritários para serviços preventivos, proteção à saúde e promoção da saúde direcionados a melhoras no estado de saúde, redução de riscos, conscientização pública e profissional de prevenção, serviços de saúde e medidas de e proteção, vigilância e avaliação. Esse relatório serviu como uma estrutura básica para os anos 1990, quando os Estados Unidos enfocavam mais a promoção de saúde e a prevenção de doença que os cuidados com tratamento. A estratégia exigia um esforço cooperativo por parte do governo, organizações voluntárias e profissionais, empresas e indivíduos. Amplamente citado pela mídia popular, por revistas profissionais e em conferências de saúde, o relatório inspirou programas de promoção de saúde em todo o país.

Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, publicado em 1990, identificou metas para a melhoria da saúde e objetivos a serem alcançados no ano 2000 (U.S. Department of Health e Human Services [USDHHS, Public Health Service], 1990). *Healthy People 2010*, publicado em 2000, serviu como um roteiro visando à melhoria de saúde de toda a população americana durante a primeira década do século XXI (USDHHS, 2000). Essa edição ressaltou o elo entre a saúde do indivíduo e a da comunidade, bem como a premissa de que a saúde das comunidades determina o estado de saúde geral da nação. O *Healthy People 2020* foi aprovado em dezembro de 2010. Este documento promove uma sociedade na qual todas as pessoas têm vida longa e saudável. Há quatro metas

fundamentais: (1) alcançar vidas longas com mais qualidade, livres de doenças passíveis de prevenção, incapacidades, lesões e morte prematura; (2) alcançar equidade em saúde, eliminar disparidades e melhorar a saúde de todos os grupos; (3) criar ambientes sociais e físicos que promovam boa saúde para todos; e (4) promover qualidade de vida, desenvolvimento saudável e comportamentos saudáveis em todos os estágios da vida (USDHHS, s.d.).

Definição de saúde

Definir saúde é difícil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define **saúde** como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 1947). Muitos aspectos da saúde precisam ser considerados. Saúde é um estado de ser que as pessoas definem em relação aos seus próprios valores, personalidade e estilo de vida. Cada um tem um conceito pessoal de saúde. Pender et al. (2015) definem saúde como a realização do potencial humano inerente e adquirido por meio do comportamento direcionado a objetivos, cuidados pessoais competentes e relacionamentos satisfatórios com os outros, enquanto outros ajustes são realizados, se necessário, para manter a integridade estrutural e a harmonia com o ambiente.

As visões dos indivíduos sobre saúde variam entre as diferentes orientações culturais (Pender et al., 2015). Pender (1996) explica que "nem todas as pessoas que não têm uma doença são igualmente saudáveis". As visões sobre saúde foram ampliadas para incluir não apenas o bem-estar físico, mas também o bem-estar mental, social e espiritual, e um foco nos níveis de saúde da família e da comunidade.

Para auxiliar os pacientes a identificar e alcançar as metas de saúde, as enfermeiras descobrem e usam informações sobre seus conceitos de saúde. Pender et al. (2015) sugerem que, para muitas pessoas, as condições de vida, e não os estados patológicos, definem a saúde. As condições de vida podem ter efeitos positivos ou negativos sobre a saúde muito antes de uma patologia se tornar evidente (Pender et al., 2015). As condições incluem variáveis socioeconômicas, como ambiente, dieta, práticas de estilo ou escolhas de vida, e muitas outras variáveis fisiológicas e psicológicas.

Saúde e doença são definidas de acordo com a percepção individual. Saúde geralmente inclui condições anteriormente consideradas como doença. Por exemplo, uma pessoa com epilepsia que aprendeu a controlar as convulsões com medicação, com boa função em casa e no trabalho, ou aquela totalmente recuperada de um

acidente vascular encefálico com paralisia limitada e vida independente podem não se considerar mais doentes. A enfermeira precisa considerar a pessoa como um todo e o ambiente em que ela vive para individualizar os cuidados de enfermagem e aumentar o significado do estado de saúde futuro do paciente.

Modelos de saúde e doença

Um modelo é um modo teórico de entender um conceito ou ideia. Os modelos representam diferentes modos de abordagem a questões complexas. Como saúde e doença são conceitos complexos, os modelos explicam as relações entre esses conceitos e as atitudes do paciente em direção à saúde e os **comportamentos frente à saúde**.

As crenças em saúde são as ideias, convicções e atitudes de uma pessoa sobre saúde e doença. Podem ser baseadas em informações factuais ou incorretas, no senso comum ou em mitos, em expectativas reais ou falsas. Como as crenças em saúde geralmente influenciam o comportamento frente à saúde, podem afetar de maneira positiva ou negativa o nível de saúde do paciente. Os comportamentos positivos de saúde são atividades relacionadas com manutenção, obtenção ou recuperação da boa saúde e prevenção da doença. Os comportamentos de saúde positivos comuns incluem imunizações, padrões adequados de sono, exercícios adequados, controle do estresse e nutrição. Os comportamentos de saúde negativos incluem práticas reais ou potencialmente prejudiciais à saúde, como tabagismo, abuso de drogas ou álcool, dieta pobre e recusa em tomar as medicações necessárias.

As enfermeiras desenvolveram os seguintes modelos de saúde para compreender as atitudes e valores dos pacientes sobre saúde e doença, bem como para prestar cuidados de saúde eficientes. Esses modelos de enfermagem permitem a compreensão e a previsão do comportamento de saúde dos pacientes, incluindo como eles usam os serviços de saúde e aderem à terapia recomendada. Os modelos de saúde positivos focalizam-se nos pontos fortes, resiliências, recursos, potencial e capacidades do indivíduo e não na doença ou patologia (Pender et al., 2015).

Modelo de Crença em Saúde

O **modelo de crença em saúde** de Rosenstoch (1974) e de Becker e

Maiman (1975) (Fig. 6-1) aborda a relação entre as crenças e comportamentos de uma pessoa. O modelo de crença em saúde ajuda a enfermeira a entender os fatores que influenciam as percepções, crenças e comportamento dos pacientes quando planeja os cuidados que ajudarão com mais eficiência os pacientes a manter ou restaurar a saúde e a prevenir a doença.

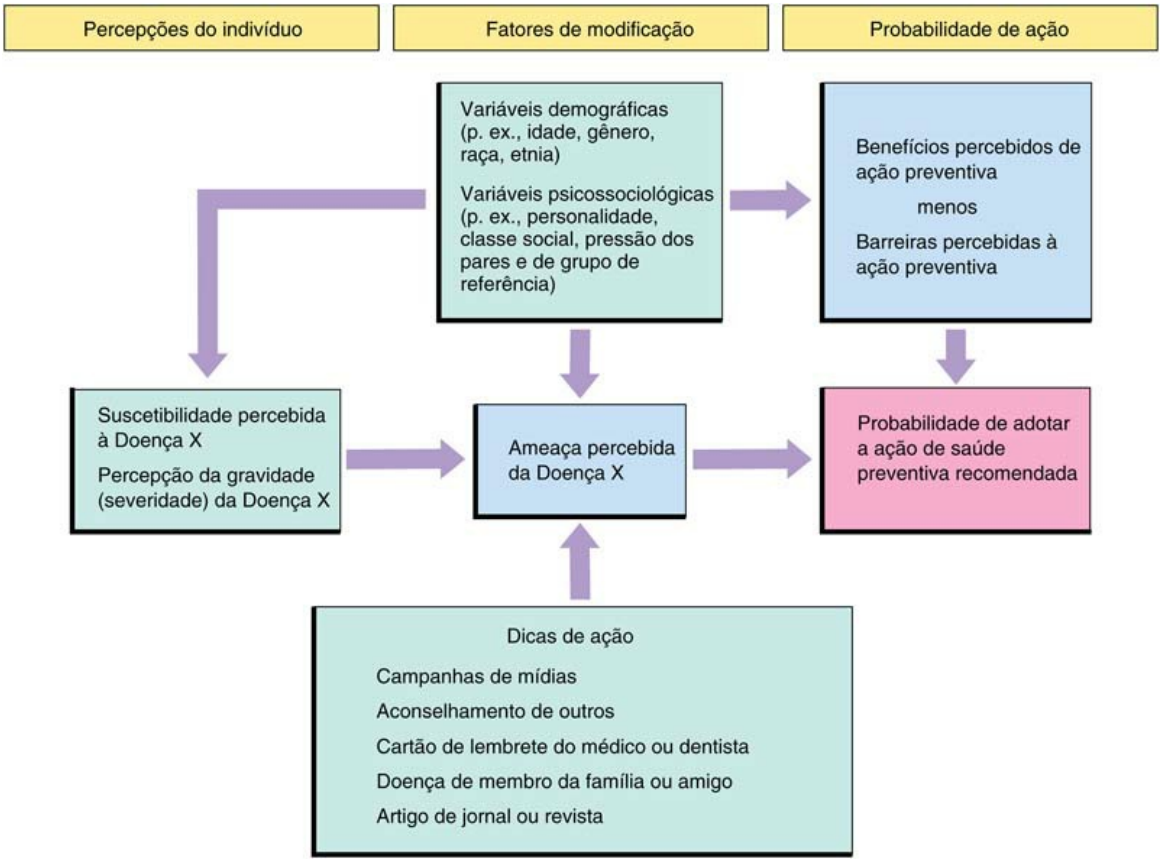


FIGURA 6-1 Modelo de crença em saúde. (Dados de Becker M, Maiman L: Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Med Care* 13[1]:10, 1975.)

O primeiro componente desse modelo envolve a percepção do indivíduo da suscetibilidade a uma doença. Por exemplo, um paciente precisa reconhecer o vínculo familiar na doença arterial coronariana. Depois de identificado esse vínculo, particularmente quando um genitor e dois irmãos morreram de infarto do miocárdio na quarta década de vida deles, o paciente pode perceber o risco pessoal de

doença cardíaca.

O segundo componente é a percepção que o indivíduo tem da seriedade da doença. Essa percepção é influenciada e modificada por variáveis demográficas e sociopsicológicas, ameaças percebidas da doença e dicas para a ação (p. ex., campanhas na mídia de massa e o conselho da família, amigos e profissionais de saúde). Por exemplo, um paciente pode não perceber como sua doença cardíaca é grave, o que pode afetar a maneira de cuidar de si mesmo.

O terceiro componente é a probabilidade de que uma pessoa adote uma ação preventiva. Esse componente resulta da percepção que ela tem sobre os benefícios da adoção de uma ação e das barreiras a isso. As ações preventivas incluem modificações no estilo de vida, maior adesão às terapias médicas, ou a busca de aconselhamento ou tratamento médico. A percepção do paciente da suscetibilidade à doença, bem como da gravidade de uma doença, ajuda a determinar a probabilidade de que ele participará ou não de comportamentos saudáveis.

Modelo de Promoção de Saúde

O modelo de promoção de saúde (MPS) proposto por Pender (1982; revisado, 1996) pretendia ser uma "contraparte complementar dos modelos de proteção à saúde" (Fig. 6-2). Ele define saúde com um estado positivo, dinâmico, e não simplesmente a ausência de doença (Pender et al., 2015). A promoção da saúde é direcionada a aumentar o nível de bem-estar do paciente. O MPS descreve a natureza multidimensional das pessoas quando elas interagem em seu ambiente em busca de saúde (Pender, 1996; Pender et al., 2015). O modelo focaliza-se nas três áreas a seguir: (1) características e experiências individuais; (2) conhecimento e afeto específicos do comportamento; e (3) resultados comportamentais, em que o paciente se compromete com um comportamento ou o modifica. O MPS nota que cada pessoa tem características pessoais e experiências únicas que afetam as ações subsequentes. O conjunto de variáveis para o conhecimento e afeto específicos do comportamento tem importante significado motivacional. Essas variáveis podem ser modificadas por

meio de ações de enfermagem. O comportamento de promoção da saúde é o resultado comportamental desejado e o objetivo do MPS. Os comportamentos de promoção de saúde resultam em melhora da saúde, maior capacidade funcional e melhor qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento (Pender et al., 2015) (Quadro 6-1).

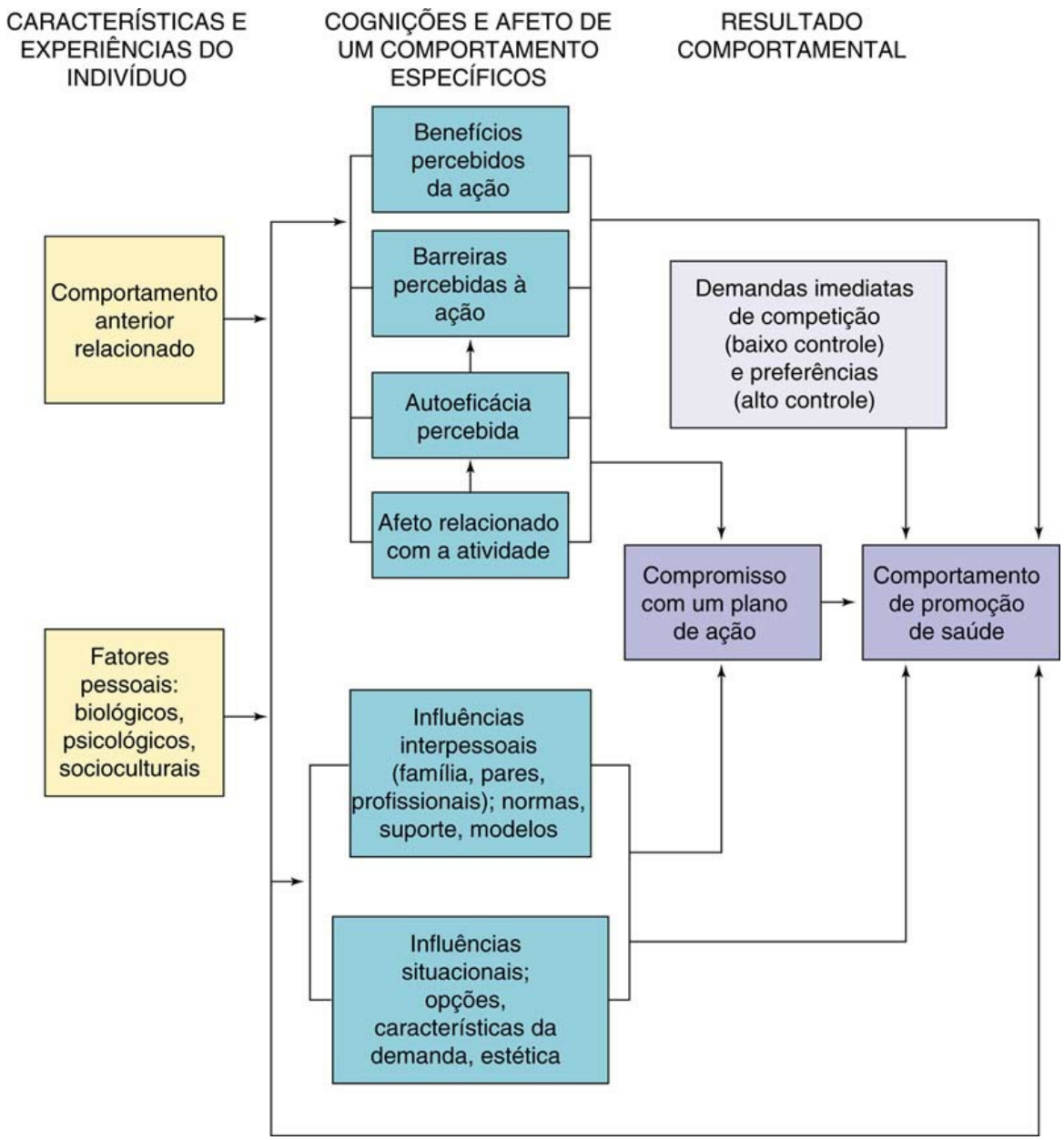


FIGURA 6-2 Modelo de promoção de saúde (revisado).
(Redesenhada de Maslow AH, Frager RD (Editor), Fadiman J (Editor): *Motivation*

and personality, ed 3. ©1987. Reimpressa com permissão de Ann Kaplan.)

Quadro 6-1

Foco em idosos

Promoção de Saúde

- Promove estilos de vida saudáveis encorajando atividade física regular adaptada à capacidade do indivíduo, que aceita a responsabilidade pela própria saúde, usando estratégias de controle do estresse, com foco nas capacidades de autocuidado, melhorando a autoeficácia e praticando exercícios de relaxamento (Pascucci et al., 2012; Pender et al., 2015).
- Considera o ambiente social do idoso e fortalece o apoio social para promover a saúde e proporcionar o acesso aos recursos (Touhy e Jett, 2012).
- A prevenção de acidentes é uma estratégia-chave para promover e melhorar a saúde (Touhy e Jett, 2012).
- Promove programas de exercício baseados na comunidade para diminuir o isolamento social e aumentar a independência (Wallace et al., 2014).
- Relato de fatores que afetam a disposição dos idosos para participar de atividades de promoção de saúde podem incluir os socioeconômicos, crenças e atitudes de pacientes e profissionais, incentivo por parte de um profissional de saúde, motivação específica baseada na eficácia das crenças, acesso aos recursos, idade, número de doenças crônicas, saúde mental e física, estado civil, capacidade de autocuidado, gênero, educação e presença de um sistema de apoio (Byam- Williams e Salyer, 2010; Pascucci et al., 2012).
- Incentiva refeições saudáveis frequentes, bem balanceadas, e contendo frutas, vegetais, além de produtos lácteos (Pascucci et al., 2012).

Hierarquia das Necessidades de Maslow

As necessidades humanas básicas são os elementos essenciais para a sobrevivência e saúde humana (p. ex., alimento, água, segurança e amor). Embora cada pessoa tenha necessidades únicas, todas as pessoas compartilham as necessidades humanas básicas, e a extensão em que elas satisfazem essas necessidades é um importante fator na determinação de seu nível de saúde.

A hierarquia das necessidades de Maslow é um modelo que as enfermeiras usam para compreender as inter-relações das necessidades humanas básicas (Fig. 6-3). De acordo com esse modelo, certas necessidades humanas são mais básicas que outras (i.e., algumas necessidades devem ser atendidas antes de outras [p. ex., deve-se satisfazer as necessidades fisiológicas antes das necessidades de amor e pertencimento]). A autorrealização é a mais alta expressão do potencial do indivíduo e permite a contínua autodescoberta. O modelo de Maslow leva em consideração as experiências individuais, que são sempre exclusivas desse indivíduo (Touhy e Jett, 2012).

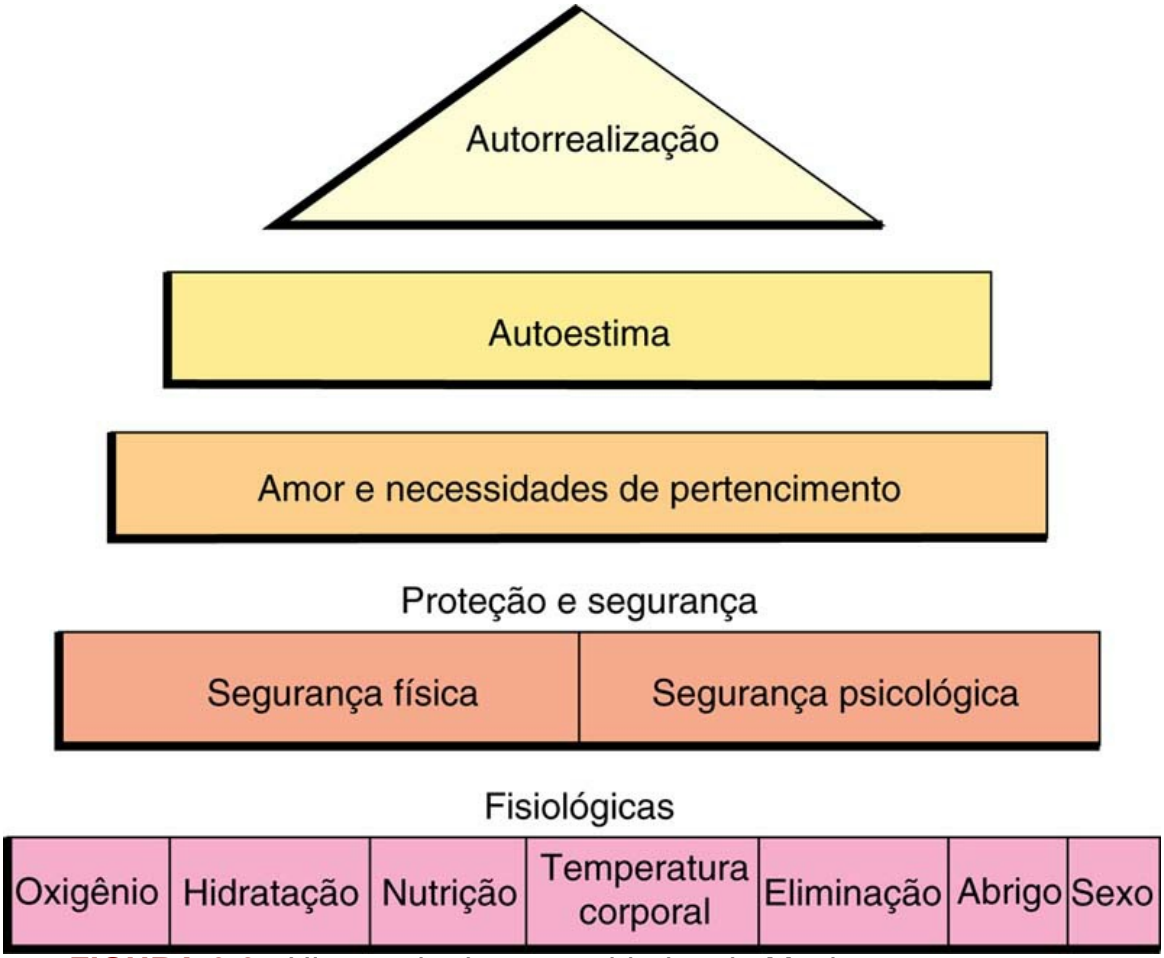


FIGURA 6-3 Hierarquia de necessidades de Maslow.
(Redesenhada de Maslow AH: *Motivation and personality*, ed 3, Upper Saddle River, NJ, 1970, Prentice Hall.)

O modelo hierárquico das necessidades fornece uma base para as enfermeiras cuidarem de pacientes de todas as idades em ambientes de cuidados de saúde. Porém, ao aplicar o modelo, o foco do cuidado está nas necessidades do paciente e não na estrita adesão à hieraquia. É irrealista sempre esperar que as necessidades básicas do paciente ocorram em uma ordem hierárquica fixa. Em todos os casos, uma necessidade fisiológica emergente tem precedência sobre uma necessidade em nível mais alto. Em outras situações, a necessidade de segurança psicológica ou física assume a prioridade. Por exemplo, em um incêndio na casa, o medo de lesão e morte tem prioridade sobre as questões de autoestima. Embora possa parecer que, para uma paciente que acabou de ser submetida a uma cirurgia, a necessidade mais forte

é controlar a dor na área psicossocial, se essa cirurgia foi uma mastectomia, sua necessidade principal pode ser nas áreas de amor, pertencimento e autoestima. É importante não supor quais sejam as necessidades do paciente somente porque outros pacientes tiveram determinadas reações. A hierarquia de Maslow pode ser muito útil quando aplicada a cada paciente individualmente. Para uma prestação de cuidados mais eficiente, é preciso compreender as relações entre as diferentes necessidades e os fatores que determinam as prioridades para cada paciente.

Modelo Holístico de Saúde

Os cuidados de saúde começaram a adotar uma visão mais holística de saúde ao considerar o bem-estar emocional e espiritual assim como outras dimensões de um indivíduo, por exemplo, aspectos importantes do bem--estar físico. O **modelo holístico de saúde** de enfermagem tenta criar condições que promovam um ótimo nível de saúde para o paciente. Nesse modelo, as enfermeiras que usam o processo de enfermagem consideram os pacientes como os principais conhecedores no que se refere à sua própria saúde, e respeitam a experiência subjetiva deles como relevante para a manutenção da saúde ou como auxílio na cura. No modelo holístico de saúde, os pacientes são envolvidos em seus processos de cura, assumindo assim alguma responsabilidade pela manutenção da saúde (Edelman e Mandle, 2014).

As enfermeiras que usam o modelo holístico de enfermagem reconhecem as capacidades naturais do corpo e incorporam intervenções complementares e alternativas, como meditação, musicoterapia, reminiscência, terapia de relaxamento, toque terapêutico e imagens guiadas, porque são complementos não farmacológicos eficazes, econômicos, não invasivos aos cuidados médicos tradicionais (Cap. 33). Essas estratégias holísticas, que podem ser usadas em todos os estágios de saúde e doença, são parte integrante do papel em expansão da enfermagem.

As enfermeiras usam terapias holísticas isoladamente ou em conjunto com a medicina convencional. Por exemplo, elas empregam

a reminiscência na população geriátrica para ajudar a aliviar a ansiedade de um paciente que lida com a perda da memória, ou para um paciente com câncer que lida com os difíceis efeitos colaterais da quimioterapia. A musicoterapia na sala de cirurgia cria um ambiente relaxante. A terapia de relaxamento geralmente é útil para distrair o paciente durante um procedimento doloroso como a troca de curativos. Exercícios respiratórios são ensinados com frequência para ajudar pacientes a lidar com a dor associada ao trabalho de parto e o parto.

Variáveis que influenciam as crenças e as práticas de saúde

Muitas variáveis influenciam as crenças e práticas de saúde do paciente. Variáveis internas e externas influenciam o seu modo de agir e pensar. Como mencionado anteriormente, as crenças de saúde quase sempre influenciam o comportamento ou práticas de saúde e, da mesma forma, afetam positiva ou negativamente o nível de saúde do paciente. Portanto, a compreensão dos efeitos dessas variáveis permite o planejamento e a prestação de cuidados individualizados.

Variáveis Internas

As variáveis internas incluem estágio de desenvolvimento, formação intelectual, percepção do funcionamento, bem como os fatores emocionais e espirituais de uma pessoa.

Estágio de Desenvolvimento

Os padrões de pensamento e comportamento de uma pessoa se modificam ao longo da vida. A enfermeira considera o nível de crescimento e desenvolvimento quando usa as crenças e práticas de saúde do paciente como base para o planejamento dos cuidados (Cap. 11). O conceito de doença para uma criança, um adolescente ou um adulto depende do estágio de desenvolvimento do indivíduo. Medo e ansiedade são comuns em crianças doentes, especialmente se a noção sobre doença, hospitalização ou procedimentos basear-se na falta de informações ou de clareza das informações. O desenvolvimento emocional também pode influenciar as crenças pessoais sobre questões relacionadas com a saúde. Por exemplo, são utilizadas técnicas diferentes para ensinar a contracepção a uma adolescente e a uma mulher adulta. O conhecimento dos estágios de crescimento e desenvolvimento ajuda a predizer a resposta do paciente à doença presente ou à ameaça de uma doença futura.

Adapta-se, então, o planejamento de cuidados de enfermagem às expectativas do desenvolvimento e às capacidades do paciente de participar do autocuidado.

Background (Acúmulo) Intelectual

As crenças de uma pessoa sobre saúde são, em parte, moldadas pelo conhecimento, falta de conhecimento ou informações incorretas sobre as funções e doenças do corpo, escolaridade, tradições e experiências passadas. Essas variáveis influenciam a maneira do paciente pensar sobre saúde. Além disso, as habilidades cognitivas moldam o *modo* de pensar de uma pessoa, incluindo a capacidade de entender os fatores envolvidos na doença e de aplicar o conhecimento de saúde e doença às suas práticas pessoais de saúde. As habilidades cognitivas também se relacionam com o estágio de desenvolvimento da pessoa. A enfermeira considera o acúmulo intelectual de tal forma que essas variáveis possam ser incorporadas às abordagens de comunicação e orientação (Edelman e Mandle, 2014).

Percepção do Funcionamento

O modo de perceber o funcionamento físico das pessoas afeta suas crenças e práticas de saúde. Ao avaliar o nível de saúde de um paciente, a enfermeira reúne dados subjetivos sobre como o paciente percebe o funcionamento físico, por exemplo, o nível de fadiga, dispneia ou dor. Em seguida, ela obtém dados objetivos sobre o funcionamento real, como pressão arterial, medidas da altura e avaliação dos sons pulmonares. Essas informações permitem um planejamento mais bem-sucedido e a implementação de abordagens individualizadas, como o autocuidado e a mobilidade.

Fatores Emocionais

O grau de estresse do paciente, depressão ou medo pode influenciar as crenças e práticas de saúde. A maneira como a pessoa lida com o estresse em cada fase da vida influencia como ela reage à doença. A

pessoa que geralmente é muito calma pode ter uma resposta emocional precária durante a doença, enquanto outro indivíduo pode ser incapaz de enfrentar emocionalmente a ameaça da doença e reagir de maneira exagerada, ou negar a presença de sintomas e não adotar a ação terapêutica (Cap. 38).

Fatores Espirituais

A espiritualidade reflete-se no modo de viver da pessoa, incluindo os valores e crenças exercidas, as relações estabelecidas com a família e os amigos; e na capacidade de encontrar esperança e significado na vida. A espiritualidade serve como tema de integração na vida das pessoas (Cap. 36). As práticas religiosas da pessoa são o seu modo de exercer a espiritualidade. Algumas religiões restringem o uso de certas formas de tratamento médico. Por exemplo, os membros da religião Testemunhas de Jeová não recebem transfusões de sangue. É necessário entender as dimensões espirituais dos pacientes para envolvê-los efetivamente nos cuidados de enfermagem.

Variáveis Externas

As variáveis externas que influenciam as crenças e práticas de saúde de uma pessoa incluem as práticas familiares, fatores psicossociais e socioeconômicos, além do contexto cultural.

Práticas Familiares

A maneira como as famílias dos pacientes usam os cuidados de saúde geralmente afeta suas práticas de saúde. Suas percepções sobre a gravidade das doenças e sua história de comportamentos de cuidados preventivos (ou ausência deles) influenciam o modo de pensar dos pacientes sobre a saúde. Por exemplo, se a mãe de uma mulher jovem nunca se submeteu a exames ginecológicos anuais ou ao exame de Papanicolaou (Pap), é improvável que a filha se submeta a esses exames anuais.

Fatores Psicossociais e Socioeconômicos

Os fatores socioeconômicos e psicossociais aumentam o risco de doença e influenciam o modo como a pessoa define e reage à doença. As variáveis psicossociais incluem a estabilidade do relacionamento conjugal ou íntimo da pessoa, hábitos de estilo de vida e ambiente ocupacional. Em geral, a pessoa procura aprovação e apoio das redes sociais (vizinhos, companheiros e colegas de trabalho), e esse desejo de aprovação e apoio afeta as crenças e práticas de saúde.

As variáveis socioeconômicas determinam, em parte, como o sistema de saúde presta cuidados médicos. A organização do sistema de cuidados de saúde define como os pacientes obtêm cuidados, o método de tratamento, o custo para os pacientes e o reembolso em potencial ao serviço de saúde ou aos pacientes.

As variáveis econômicas geralmente afetam o nível de saúde do paciente por aumentarem o risco de doença e influenciar como, ou em que ponto, o paciente entra no sistema de saúde. A adesão da pessoa ao tratamento que se destina a manter ou a melhorar a saúde também é afetada pela situação econômica. A pessoa com gastos altos, que cuida de uma família grande e tem baixa renda, tende a dar maior prioridade à alimentação e abrigo que a medicamentos ou tratamento caros, ou a dietas especiais dispendiosas. Alguns pacientes decidem tomar medicações em dias alternados, em vez de diariamente, conforme prescrito, para economizar, o que afeta muito a eficácia dessas medicações.

Contexto Cultural

O contexto cultural influencia crenças, valores e costumes. Ele influencia o acesso aos sistemas de saúde, práticas pessoais de saúde e a relação enfermeira–paciente. O contexto cultural também influencia as crenças do indivíduo sobre as causas da doença e os remédios ou práticas para restaurar a saúde (Quadro 6-2). Se a enfermeira não se conscientizar de seus próprios padrões culturais de comportamento e linguagem, terá dificuldade em reconhecer e entender os comportamentos e crenças de seu paciente. Também e provável que

ela tenha dificuldade em interagir com os pacientes. Assim como nas variáveis familiares e socioeconômicas, ela precisa incorporar variáveis culturais ao plano de cuidados do paciente (Cap. 9).

Quadro 6-2

Aspectos culturais do cuidado

Crenças Culturais em Saúde

Os contextos culturais dos pacientes moldam suas visões sobre saúde, modo de tratar e prevenir a doença e em que consistem os bons cuidados (Narayan, 2010; Purnell, 2013). Existem duas crenças em saúde comuns: o indivíduo, a família ou a comunidade podem influenciar a sua própria saúde; ou o indivíduo tem pouco controle sobre sua saúde, porque este é um dom de um ser ou poder superior (Purnell, 2013). As crenças em saúde variam geralmente dentro de um grupo cultural; portanto, é importante avaliar aquelas de cada paciente e não criar estereótipo de um paciente com base no contexto cultural (Kersey-Matusiak, 2012). As crenças culturais em saúde influenciam as respostas dos indivíduos à saúde e à doença, como contato ocular, resposta à dor e controle da dor, uso do toque, percepção e tratamento da doença mental e comportamentos frente à doença (Narayan, 2010; Purnell, 2013). Outros exemplos de crenças culturais que afetam as práticas de cuidados de saúde incluem o equilíbrio *yin/yang*, alimentos quentes e frios, influência dos humores, importância das magias, espíritos e perda da alma (Giger, 2013). O reconhecimento das crenças em saúde do paciente ajuda a enfermeira a prestar cuidados culturalmente competentes que consideram as necessidades físicas, psicológicas, sociais, emocionais e espirituais de cada paciente. As enfermeiras precisam usar recursos culturalmente apropriados e estar aptas à realização de práticas culturais baseadas em evidência (Douglas et al., 2011).

Implicações para os Cuidados Centrados no

Paciente

- Estar ciente do efeito da cultura na visão do paciente e compreensão da doença.
- Compreender as tradições, valores e crenças do paciente e como essas dimensões podem afetar a saúde, bem-estar e doença.
- Não criar estereótipos de pacientes com base em sua cultura e não assumir que eles adotarão todas as crenças e práticas culturais (Kersey-Matusiak, 2012).
- Ao educar os pacientes sobre sua doença e regimes de tratamento, a enfermeira precisa compreender que existem percepções culturais únicas referentes à causa de uma doença e seu tratamento.
- Usar um intérprete treinado, se possível, quando o paciente e a família não falam português para evitar a interpretação errônea das informações (Purnell, 2013).
- Esteja ciente de seu próprio contexto cultural e reconheça preconceitos que levam ao estereótipo e à discriminação (Purnell, 2013).

Promoção de saúde, bem-estar e prevenção de doenças

Atualmente, os cuidados de saúde focalizam-se mais na promoção da saúde, bem-estar e prevenção da doença. Além disso, alterações no custo dos cuidados de saúde e na cobertura de seguro motivaram as pessoas a procurar maneiras de melhorar a saúde, diminuir a incidência de doença e incapacidade, e minimizar os resultados destas.

Os conceitos de promoção de saúde, bem-estar e prevenção da doença estão estreitamente relacionados e, na prática, sobrepõem-se até certo ponto. Todos estão focalizados no futuro; a diferença entre eles envolve motivações e objetivos. As atividades de **promoção de saúde**, como exercícios de rotina e boa nutrição, ajudam os pacientes a manter ou aumentar seus níveis atuais de saúde. Elas motivam as pessoas a agir positivamente para alcançar níveis de saúde mais estáveis. A educação para o **bem-estar** ensina as pessoas a cuidar de si mesmas de maneira saudável e inclui tópicos como a consciência física, controle do estresse e autorresponsabilidade. As estratégias de bem-estar ajudam as pessoas a ter uma nova compreensão e controle sobre suas vidas. As atividades de **prevenção de doenças**, como os programas de imunização, protegem os pacientes contra ameaças reais ou potenciais à saúde. Elas motivam as pessoas a evitar o declínio dos níveis de saúde ou funcionais.

As enfermeiras enfatizam as atividades de promoção de saúde, estratégias para aumentar o bem-estar e atividades de prevenção de doenças como formas importantes de cuidados de saúde, porque ajudam os pacientes a manter e melhorar a saúde. O objetivo de um programa de saúde total é melhorar o nível de bem-estar do paciente em todas as dimensões, e não apenas a saúde física. Os programas de saúde total baseiam-se na crença de que muitos fatores podem afetar o nível de saúde de uma pessoa (Quadro 6-3).

Quadro 6-3

Prática baseada em evidências

Estratégias de Promoção de Saúde

Questão PICO: Para os indivíduos na comunidade, as estratégias psicossociais promovem efetivamente a saúde e os auxiliam com mudanças no estilo de vida?

Sumário de Evidência

As enfermeiras usam uma variedade de estratégias psicossociais para melhorar a promoção de saúde dos indivíduos. A pesquisa mostra que algumas são mais eficazes que outras. Uma estratégia crescente é a enfermagem em comunidade de fé (FCN, para *faith community nursing*). A FCN é uma área especializada de enfermagem em que enfermeiras que atuam em paróquias centram seus objetivos na promoção de saúde holística (Dandridge, 2014). Uma ampla variedade de programas de promoção de saúde é apresentada pelas enfermeiras que atuam em paróquias em suas comunidades de fé. São necessárias mais pesquisas sobre os resultados desses programas FCN (Dandridge, 2014).

A comunicação face a face é outra estratégia psicossocial. A entrevista motivacional (EM) é uma estratégia de comunicação face a face utilizada pelas enfermeiras para avaliar a prontidão do indivíduo para a mudança (Droppa e Lee, 2014). Ao envolver os indivíduos na comunicação, as enfermeiras que empregam a EM estão mais aptas a compreender a motivação de seus pacientes, elas os ajudam a trabalhar com a resistência à mudança, além de capacitar o indivíduo e ajudá-lo a apoiar sua autoeficácia (Droppa e Lee, 2014). As técnicas de EM ajudam a mover o indivíduo por alvos estabelecidos em sua jornada de promoção de saúde. Han e Yan (2014) também descobriram que a comunicação face a face é eficaz para melhorar a atividade física dos indivíduos.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Use diálogos face a face, quando possível, para encorajar os indivíduos no que se refere à promoção de saúde e modificações do estilo de vida (Han e Yan, 2014).
- Dê apoio aos indivíduos quando eles trabalharem na modificação do estilo de vida (Hornsten et al., 2014).
- Determine se o indivíduo tem acesso à FCN — programas de promoção de saúde patrocinados (Dandridge, 2014).
- Use as técnicas de entrevista motivacional para determinar as preocupações e a motivação do indivíduo para a mudança (Droppa e Lee, 2014).

Os exemplos dos tópicos de saúde e objetivos, definidos pelo *Healthy People 2020* incluem atividade física, saúde do adolescente, tabagismo, abuso de substância, doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental e transtornos mentais, lesão e prevenção da violência, saúde ambiental, imunização e doença infecciosa e acesso aos cuidados de saúde (USDHHS, 2015). Esses objetivos e tópicos mostram a importância da promoção de saúde, bem-estar e prevenção de doenças, além de encorajar todos a participar da melhora de saúde.

As práticas individuais, como maus hábitos alimentares e pouco ou nenhum exercício, influenciam a saúde. Estressores físicos, como um precário ambiente de vida, estresse no trabalho, exposição a poluentes do ar e ambiente inseguro também afetam a saúde. Estressores hereditários e psicológicos, como fatores emocionais, intelectuais, sociais, de desenvolvimento e espirituais influenciam o nível de saúde de um indivíduo. Os programas de saúde total são direcionados à mudança do estilo de vida do indivíduo pelo desenvolvimento de hábitos mais orientados à saúde.

Outros programas visam a problemas de saúde específicos. Por exemplo, grupos de apoio ajudam as pessoas com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Programas de exercício encorajam os participantes a se exercitar regularmente para reduzir o risco de doença cardíaca. Programas de redução do estresse ensinam os participantes a enfrentar os estressores e a reduzir os riscos de

múltiplas doenças, como infecções, doença gastrintestinal e doença cardíaca.

Alguns programas de promoção de saúde, educação sobre bem-estar e prevenção de doença são dirigidos por serviços de saúde; outros têm administração independente. Muitas empresas oferecem aos funcionários atividades de promoção de saúde no local de trabalho. Da mesma forma, colégios e centros comunitários oferecem programas de promoção de saúde e prevenção de doença. Alguns enfermeiros participam ativamente desses programas, prestando cuidados diretos, enquanto outras atuam como consultoras ou encaminham pacientes para os programas. O objetivo dessas atividades é melhorar o nível de saúde do paciente por meio de serviços preventivos de saúde, proteção ambiental e educação em saúde.

Os profissionais de saúde que trabalham na área de promoção de saúde empregam esforços proativos para a prevenção de doenças. As atividades de promoção de saúde são passivas ou ativas. Nas **estratégias passivas de promoção de saúde**, os indivíduos obtêm ganhos com as atividades de outros sem agirem por si mesmos. A fluoretação da água potável dos municípios e a fortificação do leite homogeneizado com vitamina D são exemplos de estratégias passivas de promoção de saúde. Nas **estratégias ativas de promoção de saúde**, os indivíduos adotam programas de saúde específicos. Os programas de redução de peso e cessação do tabagismo requerem a participação ativa dos pacientes nas medidas para melhorar seus níveis presentes e futuros de bem-estar, à medida que diminuem o risco de doença.

A promoção de saúde é um processo de auxílio às pessoas para que melhorem sua saúde alcançando um ótimo estado de bem-estar físico, mental e social (WHO, 2009). O indivíduo assume a responsabilidade pela saúde e bem-estar ao fazer escolhas apropriadas de estilo de vida. As escolhas de estilo de vida são importantes visto que afetam a qualidade de vida e o bem-estar de um indivíduo. Fazer escolhas positivas e evitar escolhas negativas de estilo de vida também tem um papel na prevenção da doença. Além de melhorar a qualidade de vida, a prevenção da doença tem um impacto econômico, pois

diminui os custos dos cuidados de saúde.

Níveis de Cuidados Preventivos

Os cuidados de enfermagem orientados à promoção de saúde, bem-estar e prevenção de doença são descritos em termos de atividades de saúde em níveis primário, secundário e terciário (Tabela 6-1).

Tabela 6-1

Três Níveis de Prevenção

PREVENÇÃO PRIMÁRIA		PREVENÇÃO SECUNDÁRIA		PREVENÇÃO TERCIÁRIA
Promoção de Saúde	**Proteção Específica**	**Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato**	**Limitações da Incapacidade**	**Recuperação e Reabilitação**
Educação em saúde Bom padrão nutricional ajustado às fases de desenvolvimento da vida Atenção ao desenvolvimento da personalidade Provisão de habitação e recreação adequadas e condições de trabalho agradáveis Aconselhamento conjugal e educação sexual Triagem genética Exames seletivos periódicos	Uso de imunizações específicas Atenção à higiene pessoal Uso de saneamento ambiental Proteção contra os riscos ocupacionais Proteção contra acidentes Uso de nutrientes específicos Proteção contra carcinógenos Evitar alérgenos	Medidas de detecção de casos e atividades de triagem individual e em massa Exames seletivos para curar e prevenir o processo de doença, prevenir a disseminação de doença transmissível, prevenir complicações e sequelas, além de reduzir o período de incapacidade	Tratamento adequado para interromper o processo de doença e prevenir complicações e sequelas Provisão de centros para limitação de incapacidades e evitar a morte	Provisão de hospital e instalações comunitárias para retreinamento e educação a fim de maximizar o uso das capacidades remanescentes Educação do público e da indústria para empregar ao máximo possível as pessoas reabilitadas Colocação seletiva Terapia ocupacional em hospitais Uso de casas de apoio

Dados de Leavell H, Clark AE: *Preventive medicine for the doctors in his community*, ed 3, New York, 1965, McGraw-Hill; e modificada de Edelman CL, Mandle CL: *Health promotion throughout the life span*, ed 7, St Louis, 2014,

Mosby.

Prevenção Primária

A **prevenção primária** é a prevenção verdadeira; precede a doença ou disfunção e é aplicada aos pacientes considerados física e emocionalmente saudáveis. A prevenção primária, que visa à promoção de saúde, inclui os programas de educação em saúde, imunizações, programas nutricionais e atividades de condicionamento físico. Inclui todos os esforços de promoção de saúde e atividades de educação sobre o bem-estar com foco na manutenção ou melhora da saúde geral de indivíduos, famílias e comunidades (Edelman e Mandle, 2014). A prevenção primária inclui proteção específica, como imunização para *influenza* e proteção auditiva, em ambientes ocupacionais.

Prevenção Secundária

A **prevenção secundária** tem seu foco nos indivíduos que estão com problemas de saúde ou doenças e em risco de desenvolver complicações ou agravamento de afecções. As atividades são direcionadas ao diagnóstico e à pronta intervenção, reduzindo assim a gravidade e permitindo que o paciente retorne o mais breve possível ao nível normal de saúde (Edelman e Mandle, 2014). Uma grande parte dos cuidados de enfermagem relaciona-se à prevenção secundária que é realizada em domicílios, hospitais ou instituições especializadas de enfermagem. Inclui técnicas de triagem e o tratamento dos estágios iniciais das doenças para limitar a incapacidade, prevenindo ou retardando as consequências da doença avançada. As atividades de triagem também se tornaram uma oportunidade-chave para o ensino de saúde como uma intervenção de prevenção primária (Edelman e Mandle, 2014).

Prevenção Terciária

A **prevenção terciária** ocorre quando um defeito ou incapacidade é

permanente e irreversível. Envolve a minimização dos efeitos da doença ou incapacidade em longo prazo por meio de intervenções direcionadas à prevenção de complicações e deterioração (Edelman e Mandle, 2014). As atividades são direcionadas à reabilitação e não ao diagnóstico e tratamento. Por exemplo, um paciente com uma lesão na medula espinal submete-se à reabilitação para aprender a usar uma cadeira de rodas e realizar as atividades da vida diária (AVDs) independentemente. Os cuidados nesse nível ajudam os pacientes a alcançar o nível mais alto possível de funcionamento, apesar das limitações causadas pela doença ou do comprometimento da capacidade.

Fatores de risco

Um **fator de risco** é qualquer situação, hábito, ou outra variável — como social, ambiental, fisiológica, psicológica, de desenvolvimento, intelectual ou espiritual — que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo a uma doença ou a um acidente. Um exemplo são os fatores de risco de quedas, como marcha prejudicada, visão reduzida e fraqueza da extremidade inferior. Os fatores de risco e comportamentos, as modificações dos fatores de risco e do comportamento são componentes integrantes da promoção de saúde, bem-estar e prevenção de doença. As enfermeiras em todas as áreas de prática de enfermagem têm oportunidades de reduzir os fatores de risco dos pacientes a fim de promover a saúde e diminuir os riscos de doença ou lesão.

A presença de fatores de risco não significa que uma doença se desenvolverá, mas eles aumentam as chances de que o indivíduo venha a ter uma doença ou disfunção específica. As enfermeiras e outros profissionais de saúde preocupam-se com os fatores de risco, às vezes chamados de *riscos para a saúde*, por várias razões. Os fatores de risco têm um importante papel na maneira como a enfermeira identifica o estado de saúde do paciente. Na maioria das vezes, os fatores de risco influenciam as crenças e práticas de saúde se o paciente tiver consciência de sua presença. Geralmente, eles são atribuídos às seguintes categorias inter-relacionadas: fatores genéticos e fisiológicos, de idade, ambiente físico e estilo de vida.

Fatores Fisiológicos e Genéticos

Os fatores de risco fisiológicos envolvem o funcionamento físico. Certas condições físicas, como o sobrepeso, impõem maior estresse sobre os sistemas fisiológicos (p. ex., o sistema circulatório), aumentando a suscetibilidade a doença. Hereditariedade, ou predisposição genética a uma doença específica, é um importante fator de risco físico. Por exemplo, a pessoa com uma história familiar

de diabetes melito está em risco de desenvolver a doença em fase avançada da vida. Outros fatores de risco genético documentados incluem histórias familiares de câncer, doenças cardíaca, renal ou mental.

Idade

A idade afeta a suscetibilidade da pessoa a certas doenças e condições. Por exemplo, bebês prematuros e neonatos são mais suscetíveis a infecções. À medida que a pessoa envelhece, o risco de doença cardíaca e de muitos tipos de cânceres aumenta. Os fatores de risco relativos à idade em geral estão estreitamente associados a outros fatores de risco, como história familiar e hábitos pessoais. As enfermeiras precisam educar seus pacientes sobre a importância da realização regular de exames clínicos completos programados para seu grupo etário. Várias organizações profissionais e agências federais desenvolvem e atualizam as recomendações para triagens de saúde, imunizações e aconselhamento.

Ambiente

O local onde vivemos e a condição dessa área (seu ar, água e solo) determinam como vivemos, o que comemos, os agentes patológicos aos quais estamos expostos, nosso estado de saúde e capacidade de adaptação. O ambiente físico em que a pessoa trabalha ou vive pode aumentar a probabilidade de ocorrer certas doenças. Por exemplo, é mais provável o desenvolvimento de alguns tipos de câncer e outras doenças quando trabalhadores industriais são expostos a certas substâncias químicas ou quando as pessoas vivem próximo a locais de descarte de lixo tóxico. As avaliações de enfermagem estendem-se do indivíduo para a família e comunidade onde vivem, focalizando-se nos efeitos em curto prazo da exposição e no potencial para efeitos em longo prazo (Edelman e Mandle, 2014).

Estilo de Vida

Muitas atividades, hábitos e práticas envolvem fatores de risco. As práticas e comportamentos de estilo de vida têm efeitos positivos ou negativos sobre a saúde. Dentre estes, são fatores de risco aqueles com efeitos negativos em potencial. Alguns hábitos são fatores de risco para doenças específicas. Por exemplo, banhos de sol excessivos aumentam o risco de câncer de pele; o tabagismo aumenta o risco de doenças pulmonares, incluindo o câncer; e uma dieta pobre e o sobrepeso aumentam o risco de doença cardiovascular. Como geralmente os pacientes assumem riscos, dá-se maior ênfase à prestação de cuidados preventivos pelas enfermeiras. As escolhas de estilo de vida levam a problemas de saúde que causam um grande impacto na economia do sistema de saúde. Portanto, é importante compreender o efeito dos comportamentos de estilo de vida no estado de saúde. As enfermeiras educam seus pacientes e o público sobre comportamentos de estilo de vida para a promoção do bem-estar.

O estresse é um fator de risco do estilo de vida, caso seja intenso ou prolongado, ou a pessoa seja incapaz de enfrentar os eventos de vida de maneira adequada. O estresse ameaça a saúde mental (estresse emocional) e o bem-estar físico (estresse fisiológico). Ambos participam do desenvolvimento de uma doença e afetam a capacidade de adaptação de uma pessoa às modificações potenciais associadas à doença, bem como à capacidade de sobreviver a uma doença potencialmente fatal. O estresse também interfere na adoção, por parte do paciente, de atividades de promoção de saúde e na implementação de modificações necessárias do estilo de vida. Alguns estressores emocionais resultam de eventos da vida, como divórcio, gravidez, morte de um cônjuge ou membro da família, e de instabilidades financeiras. Por exemplo, os estressores relacionado com o trabalho sobrecarregam as habilidades cognitivas de uma pessoa e a capacidade de tomar decisões, levando à "sobrecarga mental" ou "esgotamento" (Caps. 1 e 38). O estresse também ameaça o bem-estar físico e está associado a doenças como a doença cardíaca, o câncer e os distúrbios gastrintestinais (Pender et al., 2015). Reveja sempre os estressores da vida como parte de uma análise abrangente dos fatores de risco do paciente.

O objetivo da identificação dos fatores de risco é auxiliar os pacientes a visualizar as áreas de sua vida que eles podem modificar, controlar ou até eliminar a fim de promover o bem-estar e prevenir a doença. Pode-se usar uma variedade de formulários de avaliação de risco de saúde disponíveis para estimar ameaças de saúde específicas da pessoa com base na presença de vários fatores de risco (Edelman e Mandle, 2014). A enfermeira deve unir o instrumento de avaliação da saúde aos programas educacionais e outros recursos da comunidade, caso o paciente precise modificar o estilo de vida e reduzir os riscos de saúde (Pender et al., 2015).

Modificação dos fatores de risco e mudança de comportamentos de saúde

A identificação de fatores de risco é o primeiro passo na promoção de saúde, educação sobre o bem-estar e prevenção da doença. Discuta os riscos de saúde com o paciente após uma avaliação abrangente de enfermagem; em seguida, ajude-o a decidir se deseja manter ou melhorar seu estado de saúde adotando ações de redução de riscos (Edelman e Mandle, 2014). A modificação dos fatores de risco, promoção de saúde, atividades de prevenção da doença, ou qualquer programa que tente mudar comportamentos de estilo de vida não saudáveis é uma estratégia de bem-estar. Enfatize estratégias de bem-estar que ensinam os pacientes a cuidar de si mesmos de maneira mais saudável, porque têm a capacidade de melhorar sua qualidade de vida e diminuir os altos custos potenciais dos problemas de saúde não tratados.

Algumas tentativas de mudança visam à interrupção de um comportamento que causa dano à saúde (p. ex., tabagismo ou abuso de álcool), ou à adoção de um comportamento saudável (p. ex., dieta saudável ou exercício) (Pender et al., 2015). É difícil mudar um comportamento de saúde negativo, especialmente quando está arraigado nos padrões de estilo de vida da pessoa. A importância do uso de um modelo de promoção de saúde pelas enfermeiras para identificar os comportamentos de risco e implementar a mudança do processo não pode ser exageradamente enfatizada, isso porque são elas que passam a maior parte do tempo em contato direto com os pacientes. Além disso, as principais causas de óbito continuam a se relacionar com os comportamentos de saúde que precisam ser modificados, e as enfermeiras estão aptas a motivar e facilitar uma importante modificação no comportamento de saúde quando trabalham com indivíduos, famílias e comunidades (Edelman e Mandle, 2014).

A compreensão do processo de mudança de comportamentos

ajudará a enfermeira a apoiar as difíceis **mudanças de comportamento de saúde** dos pacientes. Acredita-se que a mudança envolve o movimento através de uma série de estágios. DiClemente e Prochaska (1998) descrevem os estágios de mudança no modelo transteórico de mudança (Tabela 6-2). Esses estágios vão desde não ter qualquer intenção de mudar (pré-contemplação), considerar a mudança dentro dos próximos 6 meses (contemplação), fazer pequenas mudanças (preparação) e empenhar-se ativamente em estratégias para mudar o comportamento (ação) até manter um comportamento modificado (estágio de manutenção). À medida que os indivíduos tentam modificar o comportamento, a recaída, seguida pela reciclagem através dos estágios, ocorre com frequência. Quando se dá a recaída, a pessoa retornará à contemplação ou ao estágio de pré-contemplação antes de tentar a mudança novamente. A recaída é um processo de aprendizagem, e as pessoas podem aplicar as lições aprendidas com ela à sua próxima tentativa de mudança. É importante compreender adequadamente o que acontece nos vários estágios do processo de mudança até o momento da implementação das intervenções (estratégias de bem-estar) e provisão de uma adequada assistência a cada estágio.

Tabela 6-2

Estágio de Mudança do Comportamento de Saúde

Estágio	Definição	Implicações de Enfermagem
Pré-contemplação	Não ter intenção de fazer mudanças nos próximos 6 meses	O paciente não está interessado em informações sobre o comportamento e pode ficar na defensiva quando confrontado com elas.
Contemplação	Considerar uma mudança nos próximos 6 meses	Ambivalência pode estar presente, porém é mais provável que os pacientes aceitem as informações, uma vez que estão desenvolvendo maior crença no valor da mudança.
Preparação	Fazer pequenas mudanças na preparação para uma mudança no mês seguinte	O paciente acredita que as vantagens superam as desvantagens da mudança de comportamento; precisa de assistência no planejamento para a mudança.
Ação	Participa ativamente das estratégias para o comportamento de mudança;	Hábitos anteriores podem impedir a adoção de ações relativas aos novos comportamentos; identifica barreiras e os facilitadores da

	dura até 6 meses	mudança.
Estágio de manutenção	Mudança sustentada ao longo do tempo; começa 6 meses após a ação ter iniciado e continua indefinidamente	As mudanças precisam ser integradas ao estilo de vida do paciente.

Dados de Prochaska JO, DiClemente CC: Stages of change in the modification of problem behaviors, *Prog Behav Modif* 28:184, 1992; e Conn VS: A staged-based approach to helping people change health behaviors, *Clin Nurs Spec* 8(4):187, 1994.

Depois que o indivíduo identifica um estágio de mudança, o processo de mudança facilita o movimento através dos estágios. Para maior eficácia, devem ser escolhidas intervenções de enfermagem correspondentes ao estágio de mudança (DiClemente e Prochaska, 1998). A maioria dos programas de mudança de comportamento destina-se a (e tem a chance de sucesso quando as) pessoas que estão prontas para adotar uma ação referente a problemas de comportamento de saúde. Somente uma minoria realmente se encontra nesse estágio de ação (Prochaska, 1991). As mudanças só serão mantidas com o tempo se estiverem integradas ao estilo de vida geral de um indivíduo (Quadro 6-4). A manutenção de estilos de vida saudáveis pode evitar hospitalizações e reduzir potencialmente o custo dos cuidados de saúde.

Quadro 6-4

Educação em saúde do paciente

Modificações do Estilo de Vida

Objetivo

- O paciente reduzirá os riscos de saúde relacionados com maus hábitos no seu estilo de vida (p. ex., dieta com alto teor de gordura, estilo de vida sedentário) por meio da mudança de comportamento.

Estratégias de Educação em Saúde

- Pratique a escuta ativa e pergunte ao paciente como prefere aprender.
- Comece com a determinação das informações que o paciente tem sobre os riscos de saúde em relação a um estilo de vida precário.
- Pergunte quais são as barreiras à modificação de estilo de vida planejada que o paciente percebe.
- Ajude o paciente a estabelecer as metas para a mudança.
- Em colaboração com o paciente, estabeleça linhas no tempo para a modificação da alimentação e exercitar novos hábitos de estilo de vida.
- Reforce o processo de mudança.
- Use recursos por escrito em um nível de leitura adequado (Ward-Smith, 2012).
- Assegure-se de que os materiais de educação de saúde são culturalmente adequados (Douglas et al., 2011).
- Inclua os membros da família para apoiar a modificação de estilo de vida.

Avaliação

- Peça ao paciente para repetir o que aprendeu sobre reduzir os riscos e modificação do estilo de vida (Ward-Smith, 2012).
- Peça ao paciente para manter um calendário alimentar e de exercícios para rastrear a adesão e proporcionar um reforço positivo.
- Peça ao paciente para discutir o sucesso na modificação do estilo de vida, por exemplo os minutos gastos na atividade ou o número real de frutas e vegetais consumidos.

Doença

A **doença** é um estado em que o funcionamento físico, emocional, intelectual, social, de desenvolvimento, ou espiritual, está diminuído ou comprometido. Câncer é um processo de doença, mas um paciente com leucemia que está respondendo ao tratamento pode continuar a funcionar como de hábito, enquanto uma paciente com câncer de mama que está se preparando para cirurgia pode ser afetada em outras dimensões além da física. Portanto, doença não é sinônimo de enfermidade. Embora seja necessário que as enfermeiras estejam familiarizadas com os diferentes tipos de enfermidades e seus tratamentos, muitas vezes elas estão mais preocupadas com uma doença, podendo até incluir essa enfermidade, mas também incluem os efeitos desta sobre o funcionamento do indivíduo em todas as dimensões.

Doença Aguda e Crônica

Doenças agudas e crônicas são duas classificações gerais usadas neste capítulo e ao longo deste livro. Tanto as doenças agudas como as crônicas são potencialmente fatais. Uma **doença aguda** geralmente é reversível, tem curta duração e às vezes é grave. Os sintomas aparecem abruptamente, são intensos e muitas vezes cedem após um período relativamente curto. Uma doença aguda pode afetar o funcionamento do indivíduo em qualquer dimensão. Uma **doença crônica** persiste, geralmente por mais de 6 meses, é irreversível e afeta o funcionamento em um ou mais sistemas. Os pacientes quase sempre oscilam entre um funcionamento máximo e sérias recidivas da saúde, que podem acarretar risco de vida. Uma pessoa com uma doença crônica é similar à que apresenta uma incapacidade, já que ambas exibem graus variáveis de limitações funcionais resultantes de um processo patológico ou uma lesão (Larsen, 2013a). Além disso, geralmente os ambientes social e físico nos quais o indivíduo vive afetam suas habilidades, motivação e manutenção psicológica.

Doenças e incapacidades crônicas continuam a ser um importante problema de saúde na América do Norte para idosos e crianças. Os problemas de enfrentamento e convivência com uma doença crônica podem ser complexos e devastadores. Os Centers for Disease Control and Prevention relatam que em 2012 cerca da metade dos adultos nos Estados Unidos tinham, pelo menos, uma doença ou problema de saúde crônico (CDC, 2015). Muitas doenças crônicas estão relacionadas com quatro comportamentos de saúde modificáveis: inatividade física, má nutrição, tabagismo e consumo excessivo de álcool (CDC, 2015). Um importante papel da enfermagem é providenciar a educação dos pacientes com o objetivo de ajudá-los a tratar sua doença ou incapacidade. O objetivo de tratar uma doença crônica é reduzir a ocorrência ou melhorar a tolerância aos sintomas. Ao aumentar o bem-estar, as enfermeiras melhoram a qualidade de vida dos pacientes que vivem com doenças ou incapacidades crônicas.

Os pacientes com doenças crônicas e suas famílias se ajustam e se adaptam continuamente às suas doenças. A maneira como um indivíduo percebe uma doença influencia o tipo de suas respostas de enfrentamento. Em resposta a uma doença crônica, o paciente desenvolve uma carreira da doença. A carreira da doença é flexível e se altera em resposta a alterações na saúde, interações com profissionais da saúde, mudanças psicológicas relacionadas com luto e estresse relacionado com a doença (Larsen, 2013b).

Comportamento Frente à Doença

As pessoas doentes geralmente agem de uma forma que os sociólogos clínicos chamam de **comportamento frente à doença**. Isso envolve a maneira como elas monitoram seus corpos, definem e interpretam seus sintomas, adotam ações corretivas e usam os recursos do sistema de saúde (Mechanic, 1995). História pessoal, situações sociais, normas sociais e experiências passadas afetam os comportamentos frente à doença (Larsen, 2013b). O modo de reagir a ela varia amplamente entre os indivíduos; o comportamento apresentado na doença é utilizado geralmente para lidar com as adversidades da vida (Mechanic, 1995). Em outras palavras, se as pessoas perceberem a si

mesmas como doentes, os comportamentos frente à doença se tornam mecanismos de enfrentamento. Por exemplo, o comportamento frente à doença resulta na liberação do paciente de seus papéis, expectativas sociais ou responsabilidades. Uma dona de casa vê a gripe como um estressor adicional ou como a liberação temporária dos cuidados às crianças e das responsabilidades domésticas.

Variáveis que Influenciam a Doença e o Comportamento Frente à Doença

Variáveis internas e externas influenciam a saúde e o comportamento frente à saúde, assim como a doença e o comportamento de doença. Em geral, as influências dessas variáveis e o comportamento de doença do paciente afetam a probabilidade da busca de cuidados de saúde, a adesão à terapia e os resultados de saúde. A enfermeira deve planejar cuidados individualizados com base na compreensão dessas variáveis e comportamentos para ajudar os pacientes a enfrentarem sua doença em vários estágios. O objetivo é promover um ótimo funcionamento em todas as dimensões durante uma doença.

Variáveis Internas

Variáveis internas, como as percepções do paciente sobre os sintomas e a natureza da doença, influenciam o comportamento dele. Se os pacientes acreditarem que os sintomas de suas doenças interrompem sua rotina normal, é mais provável que procurem a assistência de saúde do que não percebam os sintomas como incômodos. Também serão mais propensos a procurar assistência se acreditarem que os sintomas são sérios ou põem a vida em risco. Pessoas que despertam no meio da noite com dores excruciantes no peito na maior parte das vezes veem esses sintomas como potencialmente sérios e fatais, de modo que provavelmente serão motivadas a procurar assistência. Porém, tal percepção pode também ter o efeito oposto. Os indivíduos podem temer a doença grave, reagir negando-a e não procurar assistência médica.

A natureza da doença, aguda ou crônica, também afeta o

comportamento de doença do paciente. É provável que os pacientes com doenças agudas procurem os cuidados de saúde e se submetam prontamente a uma terapia. Por outro lado, o paciente com uma doença crônica cujos sintomas não são curados, mas aliviados somente em parte, podem não estar motivados a aderir ao plano terapêutico. Alguns pacientes com doença crônica participam de forma menos ativa em seus cuidados de saúde, sofrem uma frustração maior e aderem menos prontamente aos cuidados. Como as enfermeiras na maioria das vezes passam mais tempo com os pacientes com doença crônica que os outros profissionais da saúde, elas estão em uma posição única de poder ajudá-los a superar os problemas relacionados com o comportamento de doença. A capacidade de enfrentamento do paciente ou seu lócus de controle (o grau em que as pessoas acreditam estar no controle do que acontece com elas) são outras variáveis internas que afetam o modo de se comportar dos pacientes quando enfermos (Cap. 38).

Variáveis Externas

As variáveis externas que influenciam o comportamento de doença do paciente incluem: visibilidade dos sintomas, grupo social, contexto cultural, variáveis econômicas, acessibilidade do sistema de cuidados de saúde e apoio social. A visibilidade dos sintomas de uma doença afeta a imagem corporal e o comportamento de doença. Em geral, é mais provável que o paciente com um sintoma visível procure assistência que aquele sem sintomas visíveis.

Os grupos sociais dos pacientes auxiliam no reconhecimento da ameaça da doença ou apoiam a negação da doença potencial. Famílias, amigos e colegas de trabalho, todos potencialmente influenciam o comportamento de doença dos pacientes. Estes, em geral, reagem positivamente ao apoio social enquanto praticam comportamentos de saúde positivos. O contexto cultural da pessoa ensina-a a como ser saudável, a reconhecer a doença e como é estar doente. Os efeitos da doença e sua interpretação variam de acordo com as circunstâncias culturais. Por exemplo, as diferenças étnicas influenciam tanto as decisões sobre cuidados de saúde como o uso de

serviços de diagnóstico e cuidados de saúde. Práticas de dieta e crenças culturais contribuem para a doença e a manutenção desta (Giger, 2013).

As variáveis econômicas influenciam o modo de reagir do paciente à doença. Por causa das restrições econômicas, alguns pacientes retardam o tratamento e em muitos casos continuam a realizar as atividades de vida diária. O acesso do paciente ao serviço de saúde poder estar estreitamente relacionado com os fatores econômicos, em sistemas privados de saúde. O serviço de saúde privado é um sistema socioeconômico no qual os pacientes entram, interagem com ele e saem. Para muitos pacientes, entrar nesse serviço privado é complexo ou confuso, e alguns deles procuram cuidados médicos em um departamento de emergência por não saber como obter de outra forma os serviços de saúde ou por não terem acesso a eles. Em geral, a proximidade física dos pacientes com as instituições de cuidados de saúde influencia na rapidez de sua entrada no sistema após decidirem procurar atendimento.

Impacto da Doença sobre o Paciente e a Família

A doença nunca é um evento de vida isolado. O paciente e a família lidam com mudanças resultantes da doença e do tratamento. Cada paciente responde de forma única à doença, o que exige a individualização das intervenções de enfermagem. O paciente e a família geralmente passam por mudanças comportamentais e emocionais, além de mudanças de papéis, de imagem corporal e autoconceito, bem como de dinâmica familiar.

Modificações Comportamentais e Emocionais

As pessoas reagem diferentemente à doença ou à ameaça de doença. As reações comportamentais e emocionais dos indivíduos dependem da natureza da doença, da atitude do paciente, bem como da reação de outros a ela, e das variáveis do comportamento de doença.

As doenças sem risco de vida, de curta duração, evocam algumas modificações comportamentais no funcionamento de um paciente ou

família. Por exemplo, um pai que está resfriado não tem energia e paciência para passar o tempo em atividades da família. Ele fica irritável e prefere não interagir. Esta é uma modificação de comportamento, mas é sutil e não dura muito. Alguns podem até considerar a mudança como uma resposta normal à doença.

A doença grave, particularmente a que acarreta risco de vida, leva a mudanças emocionais e comportamentais mais extensas, como ansiedade, choque, negação, ira e afastamento. Estas são respostas comuns ao estresse da doença. A enfermeira pode desenvolver intervenções para ajudar o paciente e a família não apenas a enfrentar, mas a se adaptar a esse estresse quando o próprio estressor não pode ser modificado.

Impacto na Imagem Corporal

A imagem corporal é o conceito subjetivo sobre a aparência física (Cap. 34). Algumas doenças resultam em mudanças da aparência física. As reações dos pacientes e das famílias diferem e geralmente dependem do tipo de mudança (p. ex., perda de um membro ou órgão), de sua capacidade adaptativa, da rapidez com que são realizadas as mudanças e dos serviços de apoio disponíveis.

Quando ocorre uma mudança na imagem corporal, como aquela resultante da amputação de uma perna, o paciente geralmente ajusta-se às seguintes fases: choque, afastamento, reconhecimento, aceitação e reabilitação. Inicialmente, o paciente está em choque por causa da mudança ou de iminente mudança. Ele despersonaliza a mudança e fala a respeito como se ela estivesse ocorrendo em outra pessoa. Quando o paciente e a família reconhecem a realidade da mudança, eles se tornam ansiosos e geralmente se afastam, recusando-se a falar sobre ela. O afastamento é um mecanismo de enfrentamento adaptativo que auxilia o paciente a se ajustar. Quando ele e a família reconhecem a mudança, passam por um período de pesar (Cap. 37). No final da fase de reconhecimento, aceitam a perda. Durante a reabilitação, o paciente está pronto para aprender a se adaptar à alteração da imagem corporal com o uso de prótese ou modificação do estilo de vida e dos objetivos.

Impacto no Autoconceito

A autoimagem mental dos pontos fortes e fracos em todos os aspectos da personalidade é chamada de autoconceito, que depende em parte da imagem corporal e dos papéis, mas também inclui outros aspectos da psicologia e espiritualidade (Caps. 34 e 36). Em geral, o efeito da doença nos autoconceitos dos pacientes e membros da família é mais complexo, sendo observado de forma menos imediata que as mudanças de papel.

O autoconceito é importante nas relações com outros membros da família. Por exemplo, o paciente cujo autoconceito mudou por causa de doença pode não atender mais às expectativas da família, o que leva à tensão ou ao conflito. Como resultado, os membros da família mudam suas interações com o paciente. No decorrer da prestação dos cuidados, as enfermeiras observam alterações no autoconceito do paciente (ou nos autoconceitos de seus familiares), e desenvolvem um plano para ajudar o paciente e a família a ajustar-se às mudanças resultantes da doença.

Impacto nos Papéis da Família

Os indivíduos têm muitos papéis na vida — por exemplo, como assalariados, tomadores de decisão, profissionais, crianças, irmãos, ou pais. Quando ocorre uma doença, pais e filhos tentam se adaptar às importantes modificações resultantes. A reversão de papéis é comum (Cap. 10). Se o genitor de um adulto fica doente e não pode realizar as atividades usuais, o filho adulto em geral assume muitas das responsabilidades do pai e em essência se torna o pai de seu genitor. Tal reversão da situação habitual, algumas vezes, gera estresse, conflitos de responsabilidades no filho adulto, ou conflito direto sobre a tomada de decisão.

Essa mudança pode ser sutil e a curto prazo, ou drástica e a longo prazo. O indivíduo e a família geralmente ajustam-se com mais facilidade a mudanças sutis, a curto prazo. Na maioria dos casos, sabem que a mudança de papel é temporária e que não será necessário um ajuste prolongado. No entanto, as mudanças a longo prazo

requerem um processo de ajuste similar ao processo do luto (Cap. 37). O paciente e a família geralmente necessitam de aconselhamento específico e orientação para ajudá-los a enfrentar as mudanças.

Impacto na Dinâmica Familiar

Como resultado dos efeitos da doença no paciente e na família, a dinâmica familiar geralmente se altera. A dinâmica da família consiste nos processos pelos quais esta funciona, toma decisões, apoia cada um de seus membros, bem como enfrenta as mudanças e desafios diários. Quando um pai de família adoece, isso provoca uma interrupção nas atividades da família e na tomada de decisões, enquanto os outros membros da família esperam que a doença passe, ou retardam a ação por relutar em assumir os papéis ou responsabilidades da pessoa doente. Isso geralmente cria tensão ou ansiedade na família. A reversão de papel também é comum. Se o genitor de um adulto adoece, e é incapaz de realizar as atividades usuais, o filho adulto muitas vezes se torna o cuidador da família e assume muitas das responsabilidades do genitor. Essa reversão leva ao conflito de responsabilidades no filho adulto e geralmente ao conflito direto na tomada de decisão. A enfermeira vê toda a família como um paciente sob estresse e planeja os cuidados para ajudar a família a recuperar o nível máximo de funcionamento e bem-estar (Cap. 10).

Cuidar de si mesmo

Para serem capazes de prestar cuidados competentes, com qualidade e segurança, as enfermeiras precisam cuidar de si mesmas para assegurar que permaneçam saudáveis. Elas são particularmente suscetíveis ao desenvolvimento de fadiga da compaixão, que é uma combinação de estresse traumático secundário (ETS) e esgotamento (Cap. 1). O estresse traumático secundário é resultado das relações que as enfermeiras desenvolvem com seus pacientes e famílias, enquanto o esgotamento origina-se de conflitos ou insatisfação delas com as atividades ocupacionais em seu ambiente de trabalho (Boyle, 2011; Potter et al., 2013a). A fadiga da compaixão frequentemente afeta a saúde da enfermeira, levando muitas vezes ao declínio da saúde, alterações do sono e dos padrões alimentares, exaustão emocional, irritabilidade, agitação, capacidade prejudicada de concentrar-se e ocupar-se dos pacientes, sentimentos de desesperança, incapacidade de ter prazer nas atividades e ansiedade (Potter et al., 2013a). No local de trabalho, os efeitos da fadiga da compaixão geralmente se manifestam por diminuição do desempenho, menos capacidade de sentir empatia, despersonalização do paciente, mau julgamento, absenteísmo crônico, altas taxas de rotatividade e conflito entre as enfermeiras (Jenkins e Warren, 2012). É importante que as enfermeiras adotem estratégias pessoais e profissionais para ajudar a combater a fadiga da compaixão e promover a resiliência.

O foco das estratégias pessoais são os comportamentos de promoção de saúde e escolhas de estilo de vida saudáveis. Para tentar combater o ETS e o esgotamento, é necessário consumir uma dieta nutritiva, ter um sono regular e adequado, praticar exercícios regulares e atividades de relaxamento, estabelecer um bom equilíbrio trabalho–família e participar de atividades não ocupacionais regulares (Beck, 2011). Outras estratégias que podem ajudá-las a prevenir ou a lidar com ETS e esgotamento incluem o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, contar com um tempo pessoal para o luto pela perda de pacientes e focalizar-se na própria saúde espiritual

(Beck, 2011). Outra estratégia é encontrar um mentor ou uma enfermeira experiente que compreenda o estresse do trabalho e seja capaz de ajudá-las a identificar estratégias de enfrentamento (Lombardo e Eyre, 2011).

Um número crescente de organizações e de instituções de saúde oferece programas educacionais para a equipe de enfermagem destinados a diminuir a fadiga da compaixão e a aumentar a resiliência (Flarity et al., 2013; Jenkins e Warren, 2012). Esses programas educam as enfermeiras sobre a fadiga da compaixão e seus efeitos negativos, além de proporcionar recursos e ferramentas a serem utilizados para prevenir ou enfrentar o ETS e o esgotamento (Potter et al., 2013b). A participação em sessões de esclarecimento ou em um grupo de fadiga da compaixão possibilita às enfermeiras a identificação de estressores e a trabalhar em grupo para desenvolver estratégias saudáveis de enfrentamento (Beck, 2011; Boyle, 2011). As instituições de saúde também precisam prover recursos às enfermeiras, por exemplo, um profissional de saúde mental a fim de lhes dar assistência para lidar com o ETS e o esgotamento (Beck, 2011). É importante que as organizações proporcionem educação e recursos necessários para as enfermeiras cuidarem de si mesmas.

Pontos-chave

- Saúde e bem-estar não são simplesmente a ausência de enfermidade e de doença.
- Os estados de saúde, bem-estar ou de doença de uma pessoa dependem de seus valores individuais, personalidade e estilo de vida.
- Múltiplos modelos de saúde em que as pessoas são participantes ativas explicam as relações entre crenças de saúde, comportamentos de saúde, promoção de saúde e bem-estar individual.
- As crenças em saúde, as práticas e os comportamentos frente à doença são influenciados por variáveis internas e externas, sendo necessário considerá-los no planejamento de cuidados.

- As atividades de promoção de saúde ajudam a manter ou aumentar a saúde, enquanto a educação sobre bem-estar ensina os pacientes a cuidar de si mesmos.
- As atividades de prevenção da doença protegem contra ameaças de saúde e assim mantêm um nível ótimo de saúde.
- A enfermagem incorpora atividades de promoção de saúde, educação sobre bem-estar e atividades de prevenção da doença em vez de simplesmente tratar a doença.
- Os três níveis de cuidados preventivos são: primário, secundário e terciário.
- Os fatores de risco ameaçam a saúde, influenciam as práticas de saúde e são importantes considerações nas atividades de prevenção da doença.
- A melhora da saúde geralmente envolve a modificação dos comportamentos de saúde.
- O modelo transteórico de mudança descreve uma série de mudanças por meio das quais os pacientes progridem para um comportamento bem-sucedido em vez de simplesmente assumir que todos os pacientes estão em um estágio de ação.
- A doença tem muitos efeitos no paciente e na família, incluindo modificações do comportamento e das emoções, papéis e dinâmica da família, imagem corporal e autoconceito.
- Uso de estratégias pessoais e profissionais com foco no cuidado de si para poder ajudar a diminuir ou prevenir a fadiga da compaixão.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Uma enfermeira está apresentando um programa aos operários de uma fábrica cobrindo tópicos de segurança, incluindo o uso de protetores auriculares quando os trabalhadores estão na

fábrica. Que nível de prevenção a enfermeira está praticando?
    1. Prevenção primária
    2. Prevenção secundária
    3. Prevenção terciária
    4. Prevenção quaternária
2. Um paciente submeteu-se a cirurgia para substituição total do joelho há uma semana e atualmente está participando de sessões diárias de reabilitação física no consultório do cirurgião. O paciente está participando de qual nível de prevenção?
    1. Prevenção primária
    2. Prevenção secundária
    3. Prevenção terciária
    4. Prevenção quaternária
3. Com base no modelo transteórico de mudança, qual é a resposta mais apropriada para o paciente que diz: "Eu, parar de fumar? Eu fumo desde os 16 anos!"
    1. "Isto é ótimo. Algumas pessoas que fumam têm vidas longas."
    2. "OK. Eu quero que você reduza o número de cigarros que fuma para um cigarro ao dia, e eu o verei dentro de 1 mês."
    3. "Compreendo. É capaz de pensar na principal razão para que a cessação do tabagismo seja um desafio para você?"
    4. "Eu gostaria que você frequentasse aulas de cessação do tabagismo esta semana e usasse adesivos de reposição de nicotina."
4. Um paciente chega à clínica de saúde local e diz: "Notei quantas pessoas estão fazendo caminhadas em minha vizinhança. Caminhar é bom para você?" Qual é a melhor resposta para ajudar o paciente pelos estágios de mudança para a prática de exercício?
    1. "Caminhar é OK. Na realidade, acho que correr é melhor."
    2. "Sim, caminhar é um ótimo exercício. Você acha que poderia fazer uma caminhada de 5 minutos na próxima

semana?”

3. “Sim, quero que você comece a caminhar. Caminhe 30 minutos por dia e passe a consumir mais frutas e vegetais.”
4. “Provavelmente, eles não estão caminhando com rapidez suficiente ou distância suficiente. É necessário caminhar por, pelo menos, 45 minutos para que lhe faça algum bem.”

5. Um paciente foi demitido de seu emprego em uma construção e tem muitas contas a pagar. Está em um processo de divórcio de um casamento de 15 anos e tem visitado um líder religioso de sua crença para ajudá-lo nessa fase difícil. Ele não dispõe de um prestador de cuidados de saúde primário, porque nunca esteve doente realmente, e seus pais nunca o levaram ao médico quando era criança. Que variáveis externas influenciam as práticas de saúde do paciente? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Dificuldade para pagar as contas dele
   2. Visita ao líder religioso como uma forma de apoio
   3. Idade do paciente (46 anos)
   4. Estresse decorrente do divórcio e da perda do emprego
   5. Prática familiar de não consultar rotineiramente um profissional da saúde
6. Uma enfermeira está conduzindo uma visita domiciliar com um casal de idosos. Enquanto se encontra ali, a enfermeira faz a pesagem de cada indivíduo e revisa com os dois o diário alimentar de 3 dias. Também verifica sua pressão arterial e encoraja-os a aumentar seus níveis de líquidos e de atividade para ajudar em preocupação expressa com a constipação. Qual é o nível de necessidade que a enfermeira está abordando de acordo com Maslow?
   1. Fisiológico
   2. Proteção e segurança
   3. Amor e pertencimento
   4. Autorrealização
7. Ao cuidar de pacientes, a enfermeira indaga se estão tomando

algumas vitaminas ou fitoterápicos, encoraja os membros da família a trazerem música que o paciente goste para ajudá-lo a relaxar e com frequência ora com os seus pacientes, se isso é importante para eles. Qual é o modelo que a enfermeira está praticando?

1. Holístico
2. Crenças em saúde
3. Transteórico
4. Promoção de saúde

8. Usando o Modelo Transteórico de Mudança, ordene as etapas pelas quais o paciente passa para fazer uma mudança de estilo de vida relacionada com a atividade física.
   1. O indivíduo reconhece que está fora de forma quando sua filha lhe pede para caminhar com ela após a escola.
   2. Oito meses após iniciar as caminhadas, o indivíduo participa com sua esposa de uma corrida local de 5 km.
   3. O indivíduo fica irado quando o médico lhe diz que precisa aumentar sua atividade para perder 13,6 kg.
   4. O indivíduo caminha de 3,2 a 4,8 km, 5 noites por semana, com sua esposa.
   5. O indivíduo visita a loja local de material esportivo para comprar meias de caminhada e obter aconselhamento sobre plano de caminhadas.
9. Qual dos comentários feitos pela enfermeira mostra que ela está engajada em uma atividade para ajudar a enfrentar o estresse traumático secundário e o esgotamento?
   1. "Não preciso de horário de almoço, pois não tenho muita fome."
   2. "Estou gostando do meu grupo de bordados que se reúne toda semana em minha igreja."
   3. "Vou cancelar minha inscrição na academia, porque não tenho tempo para ir."
   4. "Não conheço nenhuma das outras enfermeiras que se reuniram hoje para discutir os problemas de satisfação de todo o hospital com a equipe de enfermagem."

10. Quais dos seguintes sintomas são sintomas de estresse traumático secundário e esgotamento que geralmente afetam as enfermeiras? (Selecione todos os que se aplicam.)
    1. Participação regular em um clube de leitura
    2. Falta de interesse em exercícios
    3. Dificuldade para adormecer
    4. Falta de vontade de ir trabalhar
    5. Ansiedade durante o trabalho
11. Após uma aula sobre o modelo de promoção da saúde de Pender, os estudantes fazem os comentários a seguir. Qual dos comentários o membro do corpo docente precisa esclarecer?
    1. "O comportamento de promoção de saúde é o modelo de comportamento com resultado desejado."
    2. "A autoeficácia percebida não está relacionada com o modelo."
    3. "O indivíduo tem características e experiências únicas que afetam suas ações."
    4. "Os pacientes precisam participar de um plano de ação antes de adotarem um comportamento de promoção de saúde."
12. Um paciente inscreveu-se em um centro local de condicionamento físico e comprou um par de tênis para fazer os exercícios. Ele está em qual estágio da modificação de comportamento?
    1. Pré-contemplação
    2. Contemplação
    3. Preparação
    4. Ação
13. Como parte de um programa de enfermagem na comunidade de fé de sua igreja, uma enfermeira está desenvolvendo um programa de promoção de saúde de autoexame da mama para um grupo de mulheres. Qual das afirmações feita por uma das participantes é relacionada com a percepção do indivíduo sobre a suscetibilidade a uma doença?
    1. "Eu tenho um lembrete pendurado na porta do meu

banheiro para não me esquecer de fazer meu autoexame de mama mensal."

2. "Desde que minha mãe teve câncer de mama, sei que estou em risco maior de desenvolver esse câncer."
3. "Como tenho apenas 25 anos, meu risco de câncer de mama é muito baixo."
4. "Eu participo todo ano de nossa caminhada/corrida local para levantar dinheiro para pesquisa sobre câncer de mama."

14. A enfermeira avalia os seguintes fatores de risco de doença arterial coronariana (DAC) em uma paciente. Quais fatores são classificados como genéticos e fisiológicos? (Selecione todos os que se aplicam.)
    1. Estilo de vida sedentário
    2. Mãe morreu de DAC aos 48 anos
    3. Histórico de hipertensão
    4. Consumo de dieta com alto teor de sódio
    5. Nível elevado de colesterol
15. Que atividade mostra uma enfermeira dedicada à prevenção primária?
    1. Uma enfermeira de cuidados domiciliares visita a casa de um paciente para troca do curativo de ferida.
    2. Uma enfermeira está avaliando os fatores de risco de um paciente admitido no departamento de emergência com dor no peito.
    3. Uma enfermeira da escola de saúde fornece um programa para os estudantes de primeiro ano sobre alimentação saudável.
    4. Uma enfermeira marca sessões semanais de reabilitação cardíaca para um paciente que teve um infarto do miocárdio.

Respostas: 1. 1; **2.** 3; **3.** 3; **4.** 2; **5.** 1, 5; **6.** 1; **7.** 1; **8.** 3, 1, 5, 4, 2; **9.** 2; **10.** 2, 3, 4, 5; **11.** 2; **12.** 3; **13.** 2; **14.** 2, 3, 5; **15.** 3

Referências

Becker M, Maiman L. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975;13(1):10.

Boyle DA. Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(1):1.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]: *Chronic diseases and health promotion*, 2015, http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm. Accessed June 21, 2015.

DiClemente C, Prochaska J. Toward a comprehensive transtheoretical model of change. In: Miller WR, Healther N, eds. *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press; 1998.

Douglas MK, et al. Standards of practice for culturally competent nursing care, 2011 update. *J Transcult Nurs*. 2011;22(4):317.

Edelman CL, Mandle CL. *Health promotion throughout the life span*. ed 8 St Louis: Mosby; 2014.

Giger JN. *Transcultural nursing: assessment and intervention*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

Kersey-Matusiak G. Culturally competent care: are we there yet?. *Nursing*. 2012;43(4):49.

Larsen PD. Chronicity. In: Lubkin IM, Larsen PD, eds. *Chronic illness: impact and intervention*. ed 8 Boston: Jones & Bartlett; 2013.

Larsen PD. The illness experience. In: Lubkin IM, Larsen PD, eds. *Chronic illness: impact and intervention*. ed 8 Boston: Jones & Bartlett; 2013.

Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(1):1.

Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci Med*. 1995;41(9):1207.

Narayan MC. Culture's effects on pain assessment and management. *Am J Nurs*. 2010;110(4):38.

Pender NJ. *Health promotion and nursing practice*. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts; 1982.

Pender NJ. *Health promotion and nursing practice*. ed 3 Stamford, Conn: Appleton & Lange; 1996.

Pender NJ, et al. *Health promotion in nursing practice*. ed 7 Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2015.

Prochaska JO. Assessing how people change. *Cancer*. 1991;67(3 Suppl):805.

Purnell LD. *Transcultural health care: a culturally competent approach*. ed 4 Philadelphia: FA Davis; 2013.

Rosenstoch I. Historical origin of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2:334.

Touhy TA, Jett K. *Ebersole and Hess' Toward healthy aging: human needs and nursing response*. ed 8 St Louis: Mosby; 2012.

US Department of Health and Human Services [USDHHS] *Public Health Service: Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1990.

US Department of Health and Human Services [USDHHS] *Healthy People 2010: understanding and improving health*. ed 2 Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.

US Department of Health and Human Services [USDHHS]: *Healthy People 2020 Framework*, n.d., www.healthypeople.gov/sites/default/files/HP2020Framework.pdf. Accessed June 21, 2015.

US Department of Health and Human Services [USDHHS]: *HealthyPeople.gov: About Healthy People*, 2015, http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx. Accessed June 21, 2015.

Ward-Smith P. Health literacy. *Urol Nurs*. 2012;32(3):168.

World Health Organization Interim Commission [WHO] *Chronicle of WHO*. Geneva: The Organization; 1947.

World Health Organization [WHO] *Milestones in health promotion: statement from global conferences*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2009.

Referências de pesquisa

Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25.

Byam-Williams J, Salyer J. Factors influencing the health-related lifestyle of community-dwelling older adults. *Home Healthc Nurse*. 2010;28(2):115.

Dandridge R. Faith community/parish nurse literature. *J Christ Nurs*. 2014;31(2):100.

Droppa M, Lee H. Motivational interviewing: a journey to improve health. *Nursing*. 2014;44(3):40.

Flarity K, et al. The effectiveness of an education program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Adv Emerg Nurs J*. 2013;35(3):247.

Han Y, Yan J. The effect of face-to-face-interventions in promoting physical activity. *Am J Nurs*. 2014;114(4):23.

Hornsten A, et al. Strategies in health promoting dialogues—primary nurses' perspectives—a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2014;28:235.

Jenkins B, Warren NA. Concept analysis: compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Crit Care Nurs Q*. 2012;35(4):388.

Pascucci MA, et al. Health promotion for the oldest of the old people. *Nurs Older People*. 2012;24(3):22.

Potter P, et al. Developing a systematic program for compassion fatigue. *Nurse Admin Q*. 2013;37(4):326.

Potter P, et al. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(2):180.

Wallace R, et al. Effects of a 12-week community exercise programme on older people. *Nurs Older People*. 2014;26(1):20.

Cuidar na Prática de Enfermagem

OBJETIVOS

- Discutir o papel que o cuidar assume na construção da relação enfermeira–paciente.
- Comparar e contrastar teorias sobre o cuidar.
- Discutir a evidência que existe sobre as percepções do paciente a respeito do cuidar.
- Explicar como a ética do cuidado influencia a tomada de decisão das enfermeiras.
- Descrever as formas de expressar cuidado por meio de presença e toque.
- Descrever o benefício terapêutico de escutar os pacientes.
- Explicar a relação entre conhecer um paciente e tomar uma decisão clínica.
- Discutir a relação de compaixão para cuidar.
- Descrever o significado de cuidar como parte da filosofia de enfermagem particular da enfermeira.

TERMOS-CHAVE

Cuidar, p. 79
Reconfortante, p. 84

Compaixão, p. 80
Ética do cuidado, p. 84
Presença, p. 84
Transcultural, p. 80
Transformador, p. 81

Cuidar é central na prática de enfermagem, no entanto, no ambiente de saúde agitado e de alta tecnologia da atualidade, é até mais importante. As demandas, pressões e limitações de tempo do ambiente dos cuidados de saúde deixam pouco espaço para a prática de cuidar, o que resulta não apenas na insatisfação de enfermeiras e outros profissionais de saúde com o seu trabalho, mas também em frieza e indiferença em relação às necessidades do paciente (Watson, 2009; 2010). O uso crescente de tecnologias avançadas para diagnóstico rápido e tratamento geralmente leva enfermeiras e outros profissionais de saúde a considerar como menos importante a relação com o paciente. Todavia, é importante preservar uma abordagem centrada no relacionamento ao cuidado do paciente em todos os aspectos da enfermagem, seja no enfoque desses cuidados, no controle da dor, na educação sobre autocuidado ou nas medidas básicas de higiene (Winsett e Hauck, 2011). Os avanços tecnológicos se tornam perigosos sem um contexto de cuidado habilidoso e compassivo. Apesar desses desafios dos cuidados de saúde, mais organizações profissionais estão ressaltando a importância de cuidar e de manter a enfermeira comprometida com o cuidado à beira do leito do paciente (RWJF, 2014). A Nursing's Agenda for the Future/Agenda de Enfermagem para o Futuro (ANA, 2002) afirma que "Enfermagem é a profissão do cuidado à saúde essencial, altamente valorizada por seu conhecimento especializado, habilidades e de cuidar para promover a melhora do estado de saúde do indivíduo, da família e da comunidade". A American Organization of Nurse Executives (AONE, 2015) descreve o cuidar e o conhecimento como o núcleo da enfermagem, sendo que o cuidar é o componente-chave de tudo

aquilo que a enfermeira traz para a experiência do paciente (Fig. 7-1).

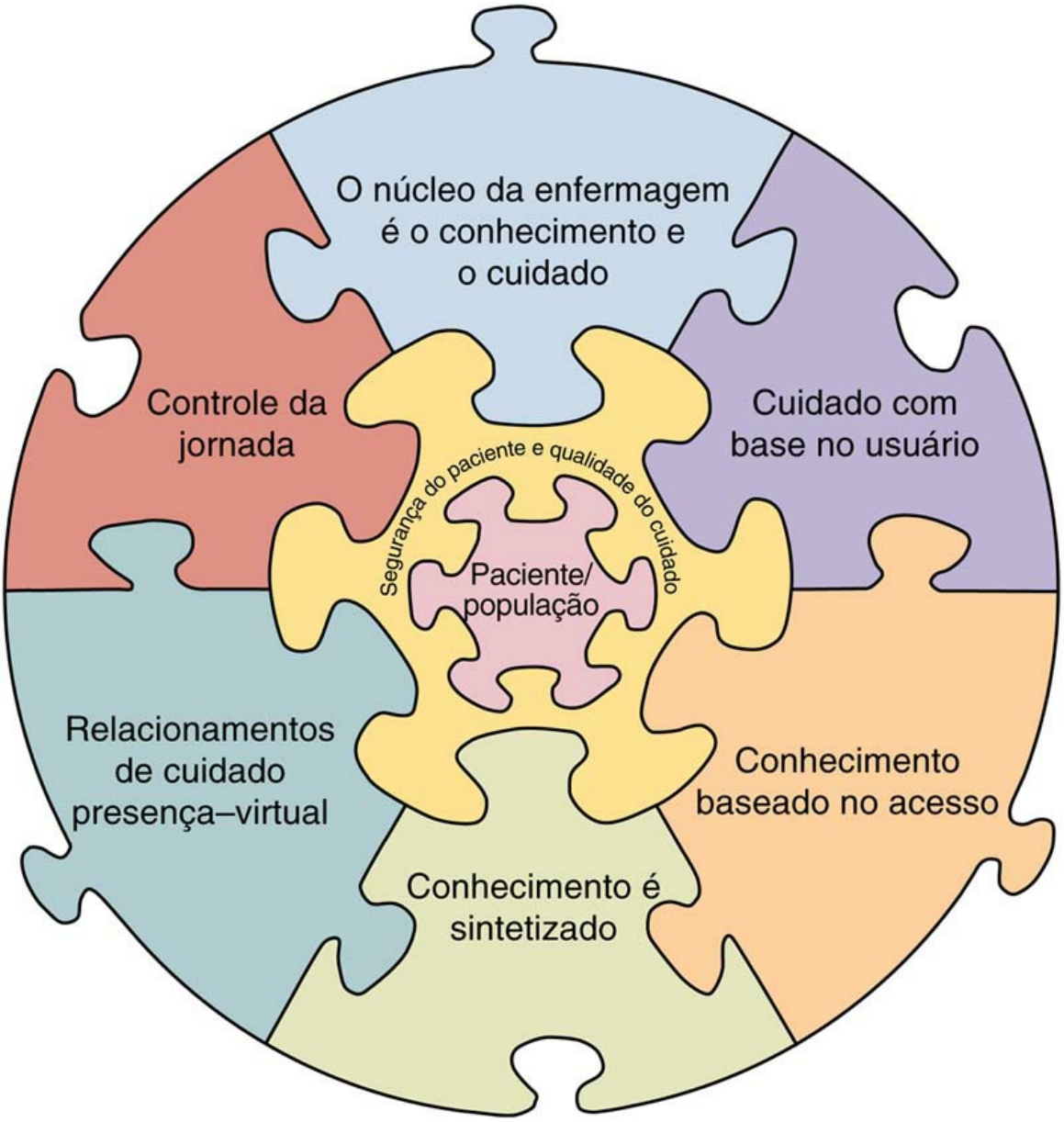


FIGURA 7-1 Princípios orientadores AONE do papel da enfermeira na futura prestação de cuidados ao paciente.
(Copyright© 2015 da American Organization of Nurse Executives [AONE]. Todos os direitos reservados.)

É hora de valorizar e adotar práticas de cuidados e conhecimento especializado que estão no centro de uma conduta de enfermagem

competente (Benner et al., 2010). Quando a enfermeira se dedica aos pacientes de maneira afetuosa e compassiva, aprende que o ganho terapêutico nos cuidados traz enormes contribuições à saúde e ao bem-estar de seus pacientes.

Você já ficou doente ou teve um problema que exigiu uma intervenção de saúde? Pense nessa experiência. Depois considere os dois cenários a seguir e selecione a situação que você acredita que demonstra de maneira satisfatória o senso de cuidar.

> *Uma enfermeira entra no quarto de um paciente, cumprimenta-o calorosamente, com um leve toque em seu ombro, faz contato ocular com ele, senta-se por alguns minutos e indaga sobre seus pensamentos e preocupações, escuta sua história, olha para a solução intravenosa (IV) pendurada no teto, examina rapidamente o paciente e em seguida verifica o resumo dos sinais vitais na tela do computador à cabeceira do leito, antes de sair do quarto.*

> *Uma segunda enfermeira entra no quarto do paciente, olha a solução IV pendurada no teto, verifica o resumo dos sinais vitais na tela do computador à cabeceira do leito e identifica o paciente, mas nunca se senta ou o toca. Ela faz o contato ocular de cima, enquanto o paciente está deitado no leito. Faz algumas perguntas rápidas sobre os sintomas do paciente e sai.*

Restam poucas dúvidas de que o primeiro cenário apresenta a enfermeira em atos específicos de cuidar. Sua presença calma, o contato ocular paralelo a atenção às preocupações do paciente e a proximidade física, tudo isso expressa uma abordagem reconfortante centrada no paciente. Em contrapartida, o segundo cenário é orientado à tarefa e expressa um senso de indiferença para com as preocupações do paciente. Esses dois cenários levam aproximadamente o mesmo período, mas causam percepções muito diferentes no paciente. É importante lembrar que, nos momentos de mal- estar, ou quando o paciente procura a orientação profissional, cuidar é essencial para ajudar o indivíduo a alcançar resultados

positivos.

Visões teóricas sobre cuidar

Cuidar é um fenômeno universal que influencia as maneiras de pensar, sentir e se comportar dos indivíduos em relação ao outro. Desde Florence Nightingale, as enfermeiras têm estudado o cuidado sob várias perspectivas éticas e filosóficas. Vários estudiosos da enfermagem desenvolveram teorias do cuidado por causa de sua importância para a prática de enfermagem. Este capítulo não detalha todas as teorias sobre cuidar, mas destina-se a ajudar as enfermeiras a entender que o cuidar está no centro da capacidade da enfermeira para trabalhar com todos os pacientes de maneira respeitosa e terapêutica.

Cuidar é Essencial

Benner oferece às enfermeiras um entendimento rico, holístico, da prática de enfermagem e do cuidar por meio da interpretação das histórias de enfermeiras experientes. Depois de ouvir essas histórias e analisar seu significado, ela descreveu a essência de uma prática de enfermagem excelente, que é o cuidar. As histórias revelaram comportamentos e decisões das enfermeiras que expressavam o cuidar. Cuidar significa que pessoas, eventos, projetos e coisas têm importância para as pessoas (Benner e Wrubel, 1989; Benner et al., 2010). Cuidar é a palavra que expressa o estar conectado.

Cuidar determina o que é importante para uma pessoa. É subjacente a uma ampla gama de interações, do amor paterno à amizade, de se cuidar para manter um trabalho a cuidar de um animal de estimação, até cuidar e se preocupar com os pacientes (Burtson e Stichler, 2010). Benner e Wrubel (1989) observam: "Cuidar cria possibilidade". A preocupação pessoal com o outro, com um evento ou com algo proporciona motivação e orientação para a prestação de cuidados. É pela prestação de cuidados que as enfermeiras ajudam os pacientes a se recuperar de uma doença, a dar significado à sua doença e a manter ou restabelecer a conexão. O entendimento de como prestar cuidados

humanísticos e ter **compaixão** começa cedo na educação em enfermagem e continua amadurecendo por meio da conduta empírica (Gallagher-Lepak e Kubsch, 2009).

Os pacientes não são todos iguais. Cada um traz para o encontro dos cuidados de saúde um conjunto único de experiências, valores e perspectivas culturais. Cuidar é sempre específico e relacional de cada encontro enfermeira–paciente. À medida que adquirem mais experiência, as enfermeiras quase sempre descobrem que o cuidar as ajuda a manter o foco nos pacientes para os quais prestam cuidados. Cuidar faculta à enfermeira a capacidade de conhecer um paciente, o que não apenas lhe permite identificar os problemas dele, mas também descobrir e implementar soluções individualizadas com base nas necessidades exclusivas desse paciente, o que é um dos objetivos primários do uso do processo de enfermagem.

Doença é uma experiência humana. Causa impacto na função independente do indivíduo, e os tratamentos associados interrompem o estilo de vida do paciente bem como suas interações sociais e familiares. As enfermeiras experientes compreendem as diferenças entre saúde, enfermidade e doença. Desenvolvem um relacionamento de cuidado com seus pacientes e ouvem suas histórias para entender completamente o significado e o impacto de sua condição. Essas informações e a compreensão ajudam a enfermeira a prestar cuidados centrados em cada paciente.

O Cuidado Transcultural de Leininger

De uma perspectiva **transcultural**, Madeleine Leininger (1991) descreve o conceito de cuidado como a essência e o domínio central, unificador e preponderante que distingue a enfermagem das outras disciplinas (Capítulo 4). O cuidado é uma necessidade humana essencial, imprescindível para a saúde e sobrevivência de todos os indivíduos. O cuidado, ao contrário da cura, ajuda o indivíduo ou grupo a melhorar uma condição humana. Os atos de cuidar referem-se a atividades, processos e decisões procedimentais e acolhedoras para ajudar as pessoas de maneira empática, compassiva e de apoio. Um ato de cuidar depende das necessidades, problemas e valores do

paciente. Os estudos de Leininger sobre as várias culturas ao redor do mundo descobriram que o cuidado ajuda a proteger, desenvolver, nutrir e promover a sobrevivência das pessoas. Ele é necessário para a recuperação das doenças e manutenção de práticas de vida saudáveis de pessoas de todas as culturas.

Leininger (1991) ressalta que é muito importante que as enfermeiras compreendam os comportamentos culturais de cuidar. Ainda que o cuidar humano seja um fenômeno universal, as expressões, processos e padrões de cuidar variam entre as pessoas de diferentes culturas (Quadro 7-1). Cuidar é muito pessoal; assim, sua expressão difere em cada paciente. Para que o cuidar seja eficaz, as enfermeiras precisam aprender comportamentos culturalmente específicos e palavras que reflitam o cuidar humano nas diferentes culturas a fim de identificar e atender às necessidades de todos os pacientes (Cap. 9). Como enfermeiras, cuidamos de pacientes de certas "subculturas" com necessidades muito singulares (p. ex., com doenças crônicas, deficiências físicas, deficiências cognitivas, filhos adotivos, em situação de rua). Ao cuidar de seus pacientes, a enfermeira deve lembrar que a diferença de cultura nem sempre significa que o indivíduo é de um país diferente.

Quadro 7-1

Aspectos culturais do cuidado

Comportamentos do Cuidar de Enfermagem

Cuidar inclui o conhecimento dos valores e crenças culturais do paciente. Embora a necessidade do cuidar humano seja universal, sua aplicação é influenciada pelas normas culturais. Como resultado, as expectativas podem mudar entre as culturas (Kelley et al., 2013; Suliman et al., 2009). Por exemplo, proporcionar tempo para a presença da família geralmente é mais valioso que a presença de enfermagem. O uso do toque para transmitir atenção algumas vezes transpõe as normas culturais. Às vezes, um cuidador do

mesmo sexo ou a família do paciente precisam oferecer um toque atencioso. Ao ouvir um paciente, lembre-se de que algumas culturas veem o contato ocular como desrespeitoso.

Implicações do Cuidado Centrado no Paciente

- Conheça as crenças e atitudes dos pacientes referentes aos cuidados de saúde e práticas de cuidar.
- Conheça as práticas culturais do paciente referentes ao cuidado em fim de vida. Em algumas culturas, é considerado insensível dizer ao paciente que ele está morrendo (Maroon, 2012).
- Determine se um membro da família do paciente ou grupo cultural é o melhor recurso para orientar o uso de práticas de cuidar, como oferecer a presença ou o toque (Lusk and Fater, 2013).
- Conheça as práticas culturais do paciente referentes à remoção do suporte de vida (Maroon, 2012).
- Conheça as práticas culturais do paciente referentes ao corpo após a morte.

O Cuidado Transpessoal de Watson

Cuidar é o foco central da enfermagem, e é essencial para manter as raízes éticas e filosóficas da profissão (Watson, 2008; Lusk e Fater, 2013). Os pacientes e suas famílias esperam das enfermeiras uma interação humana de alta qualidade; mas, infelizmente, muitas conversas entre os pacientes e suas enfermeiras são muito breves e desconectadas. Muitas não são realmente "conversas"; simplesmente a enfermeira dá informações ao paciente e à família. A teoria de cuidar de Watson é um modelo holístico de enfermagem o qual sugere que a intenção consciente de cuidar promove a cura e a totalidade do ser humano (Watson, 2008, 2010). Essa teoria integra os processos de cuidar humano aos ambientes de cura, incorporando tanto os processos geradores como os receptores de vida do cuidar humano e da cura às enfermeiras e seus pacientes (WCSI, 2014). A teoria

descreve uma consciência que possibilita levantar novas questões sobre o que significa ser uma enfermeira, estar enfermo e ser cuidado e curado. A teoria do cuidado transpessoal rejeita a orientação de que doença é para os cuidados de saúde, e *coloca o cuidado antes da cura* (Watson, 2008). Quando o enfoque da enfermeira é o cuidado transpessoal, ela busca fontes mais profundas de cura interna a fim de proteger, aumentar e preservar a dignidade, a humanidade, a totalidade e a harmonia interior de uma pessoa (Capítulo 4).

Na visão de Watson, o cuidar se torna quase espiritual. Preserva a dignidade humana no sistema de saúde tecnológico em que predomina a cura (Watson, 2009). A criação de ambientes de cuidado-cura no atual sistema de saúde de alta tecnologia é crucial para o estabelecimento e manutenção da relação enfermeira–paciente (Jackson, 2012). No modelo de Watson, a ênfase está na relação enfermeira–paciente. O foco está nos comportamentos *carative* e na relação enfermeira–paciente (Tabela 7-1). A enfermeira transmite cuidado-cura ao paciente por meio de sua consciência como tal. Isso ocorre durante um momento ímpar de cuidado entre enfermeira e paciente quando é formada uma conexão. O modelo é **transformador** porque o relacionamento influencia tanto a enfermeira quanto o paciente para melhor ou para pior (Watson, 2008, 2010). A consciência de cuidar-curar promove a cura. A aplicação do modelo de cuidar de Watson à prática aumenta as práticas de cuidado das enfermeiras (Quadro 7-2).

Tabela 7-1

Os 10 Fatores *Carative** de Watson (Watson, 2008)

Fator *Carative*	Exemplo na Prática
Formação de um sistema de valores humano-altruísta	Usa a gentileza afetiva para estender-se. Usa a revelação pessoal para promover uma aliança terapêutica com o seu paciente ou sua paciente (p. ex., compartilhe uma experiência pessoal em comum, como a experiência do parto, uma doença ou uma experiência com um genitor que necessita de assistência).
Introjeção da fé-esperança	Proporciona uma conexão com o paciente que oferece propósito e direção quando tenta encontrar um significado para a doença.
Cultivo da sensibilidade para	Aprende a se aceitar e aos outros em todo o seu potencial. Uma enfermeira atenciosa que amadurece tornando-se autorrealizada.

si mesma e para os outros	
Desenvolvimento de um relacionamento de ajuda atenciosa e de confiança	Aprende a desenvolver e sustentar a ajuda, relacionamentos autênticos de cuidado por meio de comunicação eficaz com os seus pacientes.
Promoção e expressão de sentimentos positivos e negativos	Apoia e aceita os sentimentos de seus pacientes. Na conexão com seus pacientes você se mostra disposta a assumir riscos ao compartilhar o relacionamento.
Uso de processos de cuidado criativos e de solução de problemas	Aplica o processo de enfermagem à tomada de decisão sistemática, científica, de solução de problemas na prestação de cuidado centrado no paciente.
Promoção de educação-aprendizagem transpessoal	Aprende junto com o paciente, enquanto o educa para adquirir habilidades de autocuidado. O paciente assume a responsabilidade pela aprendizagem.
Provisão de um ambiente mental, físico e espiritual de apoio, protetor e/ou corretivo	Cria um ambiente de cura em todos os níveis, físico e não físico. Isso promove beleza, conforto, dignidade e paz.
Satisfação das necessidades humanas	Ajuda os pacientes nas necessidades básicas com cuidado intencional e consciência de cuidado.
Aceitação das forças existenciais-fenomenológicas-espirituais	Permite que as forças espirituais proporcionem melhor compreensão de si mesma e de seu paciente.

* N. da T.: *Carative*, termo criado por Jean Watson, com o intuito de diferenciar do termo em inglês *curative*, para se referir aos fatores dos cuidados humanos na teoria de cuidados transpessoal.

Quadro 7-2

Prática baseada em evidências

Aumentando os Cuidados

Questão PICO: A pontuação de satisfação do paciente entre os pacientes adultos hospitalizados melhora quando são utilizadas práticas *carative* de enfermagem?

Resumo de Evidência

A satisfação do paciente é um importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde recebidos. As práticas de cuidar facilitam a cura e melhoram a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem (Palese et al., 2011; Zolnierek, 2014). Os comportamentos de cuidar foram integrados ao modelo de cuidados de enfermagem em múltiplos hospitais europeus; e os pesquisadores queriam determinar (1) se havia quaisquer correlações entre o cuidado e a satisfação do paciente; (2) se havia quaisquer diferenças entre os países; e (3) se os comportamentos de cuidar afetaram a satisfação do paciente. Os comportamentos de cuidar, especialmente aqueles de conexão, presença e respeito, correlacionavam-se altamente com a satisfação do paciente; e não houve diferenças entre os países. O conhecimento das enfermeiras e o nível de habilidade eram expectativas do cuidado e não se correlacionaram com as pontuações de satisfação do paciente (Palese et al., 2011). As práticas *carative* de enfermagem melhoram e solidificam a relação enfermeira–paciente e contribuem para o cuidado centrado no paciente e nas medidas de sua satisfação (Dobrina et al., 2014; Lusk e Fater, 2013).

Aplicação à Prática da Enfermagem

- Use práticas de cuidar em enfermagem para projetar uma abordagem holística dos cuidados individualizados centrados no paciente (Maroon, 2012).
- Use práticas atenciosas de escuta, presença e conexão de parceria com o paciente e família ao longo da doença. Use essas práticas com humildade, amor, benignidade e compaixão (Dobrina et al., 2014).
- Conhecer o paciente possibilita a parceria da enfermeira com ele e com a família para obter informações vitais de cuidados de saúde, compreender as expectativas e os medos dos pacientes, bem como identificar as prioridades dos cuidados de saúde. O conhecimento do paciente é contínuo e a enfermeira deve usar toda interação

com o paciente para "conhecê-lo" melhor (Kelley et al., 2013; Zolinierek, 2014).

- Estar com o paciente e fazer por ele são componentes de presença, seja por meio de uma dedicada interação interpessoal durante um turno de enfermagem ou sentando-se calmamente com o paciente (Drenkard, 2008; Yagasaki e Komatsu, 2013). A presença muitas vezes ajuda a extrair importantes informações sobre saúde de um paciente e reduz seus medos e ansiedade.

Teoria de Cuidar de Swanson

Kristen Swanson (1991) estudou pacientes e profissionais na tentativa de desenvolver uma teoria de cuidar para a prática da enfermagem. Essa teoria do cuidar foi desenvolvida a partir de três estudos perinatais envolvendo entrevistas com mulheres que sofreram aborto, pais e profissionais de saúde em uma unidade de cuidados intensivos neonatais e mães em risco social, as quais receberam intervenção de saúde pública em longo prazo (Swanson, 1999). Após analisar as histórias e descrições dos três grupos, Swanson desenvolveu uma teoria de cuidar, que inclui cinco processos de cuidar (Tabela 7-2). Swanson (1991) define o cuidar como uma maneira acolhedora de se relacionar com um indivíduo (i.e., quando se percebe um senso pessoal de compromisso e responsabilidade). A teoria fornece orientação sobre como desenvolver estratégias úteis e eficazes apropriadas para múltiplas situações de saúde e grupos etários (Andershed e Olsson, 2009). Apoia a alegação de que cuidar é um fenômeno central à enfermagem, mas não necessariamente única na prática de enfermagem.

Tabela 7-2

Teoria do Cuidado de Swanson (Swanson, 1991)

Processo de Cuidar	Definições	Subdimensões

Conhecer	Esforçar-se para compreender um evento, uma vez que ele tem significado na vida do outro	Evitar suposições Centrar-se na pessoa cuidada Avaliar de maneira completa Procurar pistas para esclarecer o evento Envolver a si mesma ou ambos
Estar com	Estar emocionalmente presente para o outro	Estar lá Transmitir capacidade Compartilhar sentimentos Não sobrecarregar
Fazer por	Fazer pelo outro como ele faria para si mesmo, se isso fosse possível	Confortar Antecipar Realizar com habilidade Proteger Preservar a dignidade
Possibilitar	Facilitar a passagem do outro pelas transições da vida (p. ex., nascimento, morte) e eventos não familiares	Informar/explicar Apoiar/permitir Focalizar Gerar alternativas Validar/dar *feedback*
Manter a crença	Sustentar a fé na capacidade do outro para enfrentar um evento ou transição e encarar o futuro com significado	Acreditar em/estimar Manter uma atitude esperançosa "Nunca desistir"

Resumo das Concepções Teóricas

As teorias de cuidados de enfermagem têm temas comuns. Duffy et al. (2007) identificam esses pontos em comum como interação ou comunicação humana, reciprocidade, considerando a singularidade dos indivíduos e melhorando o bem-estar dos pacientes e suas famílias. Cuidar é altamente relacional. A enfermeira e o paciente entram em um relacionamento que é muito mais que simplesmente uma pessoa "realizar tarefas" para outra. Há um mútuo dar e receber que se desenvolve quando enfermeira e paciente começam a se conhecer e a cuidar um do outro (Jackson, 2012; Parcells e Locsin, 2011). As teorias de cuidar são valiosas quando se avaliam as percepções do paciente de ser cuidado em um ambiente multicultural (Suliman et al., 2009). Frank (1998) descreveu uma situação pessoal quando ele sofria de um câncer: "O que eu queria, quando estava

doente, era um relacionamento mútuo entre as *pessoas* que também fossem o profissional e o paciente". Para Frank, era importante ser visto da mesma forma como todo ser humano, e não como um paciente dependente que está sendo cuidado por um profissional técnico especializado.

O cuidar parece altamente invisível às vezes, quando enfermeira e paciente iniciam um relacionamento de respeito, preocupação e apoio. A empatia e a compaixão da enfermeira se tornam uma parte natural de cada encontro com o paciente. No entanto, quando o cuidar está ausente, isso se torna menos óbvio. Por exemplo, se a enfermeira mostra desinteresse ou opta por evitar o pedido de ajuda do paciente, sua inação transmite rapidamente uma atitude indiferente. Benner e Wrubel (1989) relatam a história de uma enfermeira clínica especialista que aprendeu com um paciente o que se resume o cuidar: "Eu sentia que estava ensinando muito a ele, mas na realidade era ele que me ensinava. Um dia ele me disse (provavelmente depois que lhe dei algumas informações técnicas bem intencionadas sobre a sua doença), 'Você está fazendo um bom trabalho, mas posso lhe dizer que cada vez que entra por aquela porta, também já está saindo por ela.'" Nessa história da enfermeira, o paciente percebeu que ela simplesmente fazia movimentos e gestos enquanto o ensinava, pouco se importando com ele. Os pacientes logo percebem quando as enfermeiras não se relacionam com eles.

Quando você pratica o cuidado, seu paciente percebe o compromisso e a disposição da enfermeira em iniciar um relacionamento que possibilite entender a experiência de sua doença. Em um estudo de pacientes que recebiam quimioterapia oral, estes notaram que era essencial que as enfermeiras desenvolvessem uma parceria e conexão com eles; e que fossem atenciosas, além de serem proativas em proporcionar-lhes um apoio comprometido (Yagasaki e Komatsu, 2013). Assim, a enfermeira se torna uma educadora e não uma prestadora de cuidados despretensiosa.

Um aspecto do cuidar é possibilitar que, quando enfermeira e paciente trabalharem juntos, se identifiquem alternativas nas abordagens de cuidados e recursos. Considere uma enfermeira que

trabalha com um paciente recém-diagnosticado com diabetes melito, o qual deve aprender a administrar injeções diárias de insulina. A enfermeira capacita o paciente, educando-o de modo a permitir que ele faça modificações bem-sucedidas no seu estilo de vida para incorporar estratégias de autotratamento do diabetes, como a administração de medicação, exercício e mudanças na dieta.

Outro tema comum do cuidado é entender o contexto da vida e doença da pessoa. É difícil demonstrar preocupação com um paciente sem ganhar a compreensão de quem é a pessoa e da percepção que ela tem de sua doença. A exploração das perguntas a seguir, com os pacientes, ajudará a enfermeira a entender as percepções deles acerca da doença: Como sua doença foi identificada pela primeira vez? Como se sente em relação à doença? Como ela afeta suas atividades da vida diária? O conhecimento do contexto da doença do paciente ajuda a enfermeira a escolher e individualizar intervenções que realmente vão ajudar o paciente. Essa abordagem tem mais sucesso que simplesmente selecionar intervenções com base nos sintomas ou no processo patológico de seu paciente.

Percepções dos pacientes sobre o cuidar

As teorias de cuidar proporcionam um excelente começo para se compreender os comportamentos e os processos que caracterizam o cuidar. Pesquisadores exploraram os comportamentos de enfermagem conforme a percepção dos pacientes (Tabela 7-3). Suas descobertas enfatizam o que os pacientes esperam de seus cuidadores e desse modo fornecem orientações úteis para a sua prática. Os pacientes continuam a valorizar a eficiência das enfermeiras na realização das tarefas; mas claramente eles valorizam a dimensão afetiva dos cuidados de enfermagem. Quando se fala em arte e ciência da enfermagem, cuidar é uma parte significativa da arte da enfermagem.

Tabela 7-3

Comparação entre Pesquisas que Exploram Comportamentos do Cuidar de Enfermagem (Conforme a Percepção dos Pacientes)

Satisfação do Paciente Cirúrgico como Resultado de Comportamentos do Cuidar de Enfermagem: um Estudo Descritivo e Correlacional em Seis Países Europeus (Palese et al., 2011)	**Informações Necessárias para Apoiar o Conhecimento do Paciente (Kelley et al., 2013)**	**A Necessidade da Presença da Enfermagem na Quimioterapia (Yagasaki e Komatsu, 2013)**
Os comportamentos do cuidar e a satisfação do paciente estão interligados. Seguem-se os principais fatores do cuidar associados à satisfação do paciente. Conectar-se (conexão) com os pacientes e suas famílias permite que eles contem sua história de saúde. Estar presente (presença) mostra tempo, interesse e cuidado. Respeitar os valores do paciente, crenças e escolhas de cuidado de saúde solidifica mais a relação enfermeira–paciente. Embora o nível de conhecimento e habilidade das enfermeiras seja uma expectativa dos cuidados centrados no paciente, isoladamente ele não impacta a satisfação do paciente.	Conhecer o paciente é um elemento essencial da prática de cuidar de enfermagem. A maneira pela qual a enfermeira obtém a informação necessária para apoiar o conhecimento do paciente é crucial no estabelecimento e manutenção da prática de cuidar. Mostrar compaixão e paciência é importante. Desenvolver a confiança paciente–enfermeira e a	A presença da enfermagem contribui para o conhecimento do paciente. A doença e os tratamentos geralmente causam importantes modificações no estilo de vida do paciente. A presença da enfermagem para os pacientes que recebem quimioterapia oral é tão importante quanto identificar aqueles pacientes em risco de não adesão. É a

	responsividade ao paciente é essencial para coletar informação clínica e pessoal de modo que a enfermeira possa conhecer melhor e compreender a história de saúde dos pacientes, bem como as suas expectativas de cuidados; possa identificar e corrigir a falta de informação e planejar cuidados individualizados.	presença de enfermagem que proporciona apoio emocional e apoio baseado no conhecimento para os novos pacientes ou para aqueles que estão recebendo quimioterapia oral adicional.

O estudo das percepções dos pacientes é importante, porque os cuidados de saúde enfatizam mais a satisfação do paciente (Cap. 2). Os usuários dos cuidados de saúde podem pesquisar *on-line* em busca de informações específicas sobre as classificações atribuídas aos serviços de saúde pelos pacientes em várias áreas de desempenho. A ferramenta Caring Assessment Tool (CAT, ou instrumento de avaliação do cuidar) foi desenvolvida para medir o cuidar sob a perspectiva do paciente (Duffy et al., 2007). Essa ferramenta e outras avaliações do cuidado ajudam você, profissional iniciante, a estimar o tipo de comportamento que os pacientes hospitalizados identificam como cuidar. Quando os pacientes percebem que os profissionais de saúde são sensíveis, simpáticos, compassivos e se interessam por eles como pessoas, geralmente se tornam parceiros ativos no plano de cuidados (Gallagher-Lepak e Kubsch, 2009). Suliman et al. (2009) estudaram o impacto da teoria do cuidado de Watson como uma estrutura de avaliação em um ambiente multicultural. Os pacientes do estudo deram indicações de não ter percebido qualquer viés cultural quando observaram que as enfermeiras se importavam com eles. Como as instituições se esforçam para melhorar a satisfação do paciente, a criação de um ambiente de cuidados é um objetivo necessário e válido. A satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem é um importante fator na sua decisão de retornar a uma determinada instituição de saúde.

Ao iniciar a prática clínica, deve-se considerar como os pacientes percebem o cuidado e as melhores abordagens para a prestação de

cuidados. Os comportamentos associados ao cuidado oferecem um excelente ponto de partida. Também é importante determinar as percepções e expectativas únicas de cada paciente. Frequentemente, os pacientes e as enfermeiras diferem em suas percepções sobre o cuidar. Por essa razão, o foco na formação de um relacionamento permite à enfermeira aprender o que é importante para seus pacientes (Gallagher-Lepak e Kubsch, 2009). Por exemplo, seu paciente está temeroso em fazer a inserção de um cateter intravenoso, e você ainda é novata na inserção de cateter. Em vez de fazer uma extensa descrição do procedimento para aliviar a ansiedade do paciente, você decide que ele será mais beneficiado obtendo-se a assistência de um membro experiente da equipe. Conhecer os pacientes ajuda a enfermeira a selecionar abordagens no cuidar mais apropriadas às necessidades deles.

Ética do cuidado

Cuidar é um imperativo moral, e não uma mercadoria que se pode comprar e vender. Cuidar de outros seres humanos protege, aumenta e preserva a dignidade humana. É um pacto ético e profissional que a enfermagem faz com o seu público (Watson, 2010). A ciência do cuidar fornece uma base disciplinar a partir da qual você presta cuidados centrados no paciente. O Capítulo 22 explora a importância da ética na enfermagem profissional. O termo "ética" refere-se aos ideais de comportamento sobre o que é certo ou errado. Em qualquer encontro com o paciente, a enfermeira precisa saber qual é o comportamento eticamente apropriado. A ética do cuidado é única, assim as enfermeiras em sua prática profissional não tomam decisões profissionais baseadas apenas em princípios intelectuais ou analíticos. Ao contrário, a ética do cuidado põe o cuidar no centro da tomada de decisão. Por exemplo, quais recursos devem ser usados para cuidar de um paciente indigente (sem plano de saúde, na realidade americana)? Considera-se "cuidar", por exemplo, quando se coloca um paciente doente terminal em um ventilador ou um parente com deficiência em uma instituição de cuidados prolongados?

A **ética do cuidado** preocupa-se com os relacionamentos entre as pessoas e com o caráter e atitude de uma enfermeira para com os outros. As enfermeiras que agem pela ética do cuidado são sensíveis aos relacionamentos desiguais que levam ao abuso de poder de uma pessoa sobre outra — intencional ou não. Em ambientes de saúde, os pacientes e as famílias geralmente estão em condições desiguais em relação aos profissionais por causa da doença do paciente, falta de informações, regressão causada por dor e sofrimento e circunstâncias não familiares. A ética de cuidado coloca a enfermeira como a defensora do paciente, solucionando dilemas éticos por se preocupar com os relacionamentos e dar prioridade à personalidade única de cada paciente.

Cuidar na prática de enfermagem

É impossível prescrever maneiras de garantir se, ou quando, uma enfermeira se tornará uma profissional dedicada. Os especialistas discordam sobre quão ensinável é o cuidar ou se este, mais fundamentalmente, é um modo de ser no mundo. Para aqueles que consideram o cuidar como uma parte normal de suas vidas, ele é um produto de sua cultura, valores, experiências e relacionamentos com os outros. Em geral, pessoas sem a experiência do cuidado em suas vidas acham difícil agir de maneira afetuosa. Quando se lida com saúde e doença em sua prática, não apenas se desenvolve a competência, mas também os comportamentos de cuidado. Aprendemos com os nossos pacientes. Eles nos dizem que um simples toque, uma simples frase (p. ex., "Eu estou aqui") ou a promessa de permanecer ao lado do leito representam cuidado e compaixão (Engle, 2010).

Cuidar é um daqueles comportamentos humanos que podemos dar e receber. Para a enfermeira como tal, é importante avaliar tanto as suas necessidades quanto os seus comportamentos de cuidar. Deve-se reconhecer a importância do autocuidado das enfermeiras (Caps. 1 e 6). Elas não podem prestar cuidados compassivos e totalmente dedicados sentindo-se esgotadas ou não cuidadas. Ela deve reservar algum tempo para identificar os estressores e entrar em contato com colegas, família e amigos para que a ajudem a enfrentar esses estressores. Deve usar comportamentos de cuidado ao contatar seus colegas e cuidar deles também (Jackson, 2012). Se estiver prestando ou recebendo cuidados, a valorização do cuidado em sua prática de enfermagem beneficiará seus pacientes, seus colegas e o serviço de saúde onde trabalha.

Proporcionar Presença

No atual ambiente de cuidados de saúde de alta tecnologia, em que os pacientes recebem alta rapidamente dos hospitais, a prática de

enfermagem e a satisfação do paciente melhoram quando a "presença da enfermagem" faz parte da cultura dos cuidados de saúde (Yagasaki e Komatsu, 2013). Proporcionar a **presença** é um encontro interpessoal que transmite proximidade e senso de cuidado. Presença envolve "estar lá" e "estar com". "Estar lá" não é apenas a presença física; inclui também comunicação e compreensão. A presença da enfermagem é a conectividade entre a enfermeira e o paciente (Kostovich, 2012).

Presença é um processo interpessoal que se caracteriza por sensibilidade, holismo, intimidade, vulnerabilidade e adaptação a circunstâncias únicas. Resulta em melhora do bem-estar de enfermeiras e pacientes assim como na melhora do bem-estar físico dos pacientes (Finfgeld-Connett, 2008). O relacionamento interpessoal de "estar lá" depende do fato de uma enfermeira ser atenciosa para com o paciente. Presença se traduz na arte real do cuidado que afeta a cura e o bem-estar da enfermeira e do paciente. As enfermeiras utilizam a presença em conjunto com outras intervenções de enfermagem, como o estabelecimento da relação enfermeira–paciente, proporcionando medidas de conforto, educação do paciente e escuta (Kostovich, 2012). Os resultados da presença da enfermagem incluem alívio do sofrimento, redução do senso de isolamento e vulnerabilidade, bem como crescimento pessoal (Lai & Lee, 2012). Esse tipo de presença é algo que se oferece a cada paciente para alcançar os objetivos de cuidado aos pacientes.

"Estar com" também é interpessoal. A enfermeira dá de si, o que significa estar disponível e à disposição do paciente. Se o paciente aceitar a enfermeira, ele a convidará a ver, compartilhar e tocar sua vulnerabilidade e sofrimento. Uma presença humana nunca deixa de afetar o outro (Watson, 2010). A enfermeira entra então no mundo do paciente. Com essa presença, o paciente está apto a expressar em palavras os sentimentos e a entender a si mesmo de uma forma que leve à identificação de soluções, a ver novas direções e a fazer escolhas.

Quando a enfermeira estabelece a presença, o contato ocular, a linguagem corporal, o tom de voz, a escuta, tudo isso alia-se numa

atitude positiva e encorajadora para criar abertura e compreensão. O estabelecimento da presença aumenta a capacidade de a enfermeira aprender com os pacientes, incluindo esperanças, sonhos, necessidade de apoio e expectativas do cuidado deles. Aprender com um paciente fortalece a capacidade da enfermeira de prestar cuidados de enfermagem adequados e convenientes (Dobrina et al., 2014).

É especialmente importante estabelecer a presença e o cuidado quando os pacientes estão passando por eventos ou situações estressantes. O aguardo de um relatório do médico sobre os resultados de exames, a preparação para um procedimento não familiar e o planejamento de volta para casa após uma doença séria são apenas alguns exemplos de eventos no decorrer da enfermidade de uma pessoa passíveis de criar imprevisibilidade e dependência dos profissionais de saúde. A presença e o cuidado da enfermeira ajudam a reduzir a ansiedade e o medo relacionados com situações estressantes. Proporcionar tranquilidade e dar explicações minuciosas sobre um procedimento, permanecer ao lado do paciente, orientando-o por meio da experiência, tudo isso transmite que a presença é inestimável para o bem- estar do paciente.

Toque

Os pacientes se defrontam com situações embaraçosas, temíveis e dolorosas. Seja qual for o sentimento ou sintoma, eles se voltam para as enfermeiras em busca de conforto. O toque é uma abordagem **reconfortante** que alcança os pacientes para transmitir preocupação e apoio (Busch et al., 2012).

O toque é relacional e leva à conexão entre enfermeira e paciente. Envolve o toque com e sem contato. O toque com contato envolve o óbvio contato de pele com pele, enquanto o toque sem contato refere-se ao contato ocular. É difícil separar os dois. Por sua vez, ambos proporcionam uma conexão entre o paciente e a enfermeira (Palese et al., 2011; Jackson, 2012). Antes da implementação do toque, a enfermeira deve estar atenta às práticas culturais e às experiências passadas de seu paciente. Para algumas pessoas, um simples toque no braço pode ser percebido como invasivo, e para vítimas de abuso um

simples toque pode ser percebido como uma ameaça.

As enfermeiras utilizam o toque orientado à tarefa quando realizam uma tarefa ou procedimento. A habilidade e a atenção no desempenho de um procedimento de enfermagem transmite segurança e senso de competência. Uma enfermeira experiente aprende que qualquer procedimento é mais eficaz quando é explicado e administrado cuidadosamente e considerando qualquer preocupação do paciente. Por exemplo, se o paciente estiver ansioso sobre a realização de um procedimento, como a inserção de uma sonda nasogástrica, ofereça conforto explicando-o sobre todo o procedimento e o que ele vai sentir. Em seguida, realize o procedimento com segurança, habilidade e êxito. Isso é feito quando você prepara os materiais, posiciona o paciente, manipula e insere delicadamente a sonda nasogástrica. Durante todo o procedimento, falar calmamente com o paciente para proporcionar tranquilidade e apoio.

O toque delicado é uma forma de comunicação não verbal, que influencia com êxito o conforto e a segurança do paciente, aumenta a autoestima, bem como a confiança dos cuidadores, além de melhorar o bem-estar mental (Gillespie et al., 2012). Isso é expresso na maneira de segurar a mão do paciente, massageando as costas dele, posicionando-o delicadamente ou entabulando uma conversa. Ao usar o toque delicado, você se conecta com o paciente física e emocionalmente.

O toque protetor é uma forma de toque que protege a enfermeira e/ou o paciente (Fredriksson, 1999). O paciente o vê de maneira positiva ou negativa. A forma mais óbvia do toque protetor é para prevenir um acidente (p. ex., segurando e apoiando o paciente para evitar uma queda). O toque protetor também pode proteger emocionalmente a enfermeira. Ela se afasta e se distancia de um paciente quando ele é incapaz de tolerar o sofrimento ou precisa fugir de uma situação que esteja causando tensão. Quando usado nessa situação, o toque protetor desencadeia sentimentos negativos no paciente (Fredriksson, 1999).

Como o toque transmite muitas mensagens, use-o com cuidado. Por

si só, o toque é uma preocupação quando ultrapassa as fronteiras culturais do paciente ou da enfermeira (Benner et al., 2010). Os pacientes geralmente permitem o toque orientado à tarefa, porque a maioria dos indivíduos permite que enfermeiras e médicos entrem em seu espaço pessoal a fim de lhes prestar cuidados (Quadro 7-1). Saiba e entenda se os pacientes aceitam o toque e como interpretam suas intenções.

Escuta

Cuidar envolve interação interpessoal que é muito mais que simplesmente duas pessoas em conversação (Bunkers, 2010). Escutar é um componente fundamental dos cuidados de enfermagem, e é necessário para significativas interações com os pacientes. É um ato planejado e deliberado em que o ouvinte está presente e envolve o paciente de maneira neutra e com aceitação. A escuta inclui "acolher" o que o paciente diz, interpretando e compreendendo o que ele está dizendo, e devolvendo-lhe então essa compreensão. Ouvir o significado que o paciente diz ajuda a criar um relacionamento mútuo. A verdadeira escuta leva ao conhecimento e a responder ao que realmente importa ao paciente e à família.

Quando um indivíduo adoece, normalmente ele tem uma história a contar sobre a doença. Qualquer doença crítica ou crônica afeta todas as escolhas de vida e decisões do paciente e, algumas vezes, a identidade do indivíduo. Ser capaz de contar essa história ajuda o paciente a romper com a angústia da doença. Portanto, uma história precisa de um ouvinte. Frank (1998) descreveu seus próprios sentimentos durante sua experiência com o câncer: "Eu precisava do dom da escuta [de um profissional da saúde] a fim de tornar o meu sofrimento um relacionamento entre *nós*, em vez da gaiola de ferro ao *meu* redor." Ele precisava ser capaz de expressar o que necessitava quando estava enfermo. As preocupações pessoais que fazem parte da história da doença do paciente determinam o que está em jogo para ele. Cuidar por meio da escuta possibilita que a enfermeira se torne um participante da vida do paciente.

Para escutar com eficiência, é necessário silenciar e ouvir de modo

aberto (Fredriksson, 1999). Fredriksson descreve o silenciar não apenas da boca, mas também da mente de um indivíduo. É importante permanecer intencionalmente silencioso e concentrado no que o paciente tem a dizer. Dê atenção total e focalizada aos pacientes quando eles lhes contarem suas histórias.

Quando uma pessoa doente escolhe lhe contar sua história, isto envolve entrar em contato com outro ser humano. Contar a história implica um relacionamento que só se desenvolve se o clínico também partilhar suas histórias. Frank (1998) afirma que os profissionais não levam a sério rotineiramente a própria necessidade de serem conhecidos como parte de um relacionamento clínico. No entanto, se o profissional não reconhecer essa necessidade, não haverá um relacionamento recíproco, somente interação. Existe pressão para que o clínico saiba o máximo possível sobre um paciente, mas isso o isola do paciente. Em contrapartida, ao conhecer e ser conhecido, um apoia o outro.

Por meio da escuta ativa, você começa a conhecer realmente os seus pacientes e o que é importante para eles (Bunkers, 2010). Aprender a escutar o paciente, às vezes, é difícil. É comum que acabe por se distrair com as tarefas mais imediatas, colegas gritando instruções ou com outros pacientes à espera de serem atendidos em suas necessidades. Contudo, o momento em que você passa a ouvir efetivamente é valioso, tanto pelas informações adquiridas como pelo fortalecimento da relação enfermeira–paciente. Escutar envolve dar atenção às palavras e ao tom de voz do indivíduo e entrar em seu sistema de referência (Capítulo 24). Ao observar as expressões e linguagem corporal do paciente, você encontrará indícios de como ajudá-lo a explorar maneiras de obter mais paz.

Conhecer o Paciente

Conhecer o paciente é um processo complexo de natureza temporal que ocorre no contexto da relação enfermeira–paciente (Zolnierek, 2014). É um elemento essencial da prática de enfermagem e vincula-se não apenas à satisfação do paciente, mas também a resultados bem-sucedidos dos cuidados (Kelley et al., 2013). Um dos

cinco processos de cuidar, descritos por Swanson (1991), é o conhecimento do paciente. Conhecer o paciente engloba tanto a compreensão de um paciente específico como a subsequente seleção de intervenções pela enfermeira. É essencial quando se presta o cuidado centrado no paciente. O conhecimento emerge de um relacionamento atencioso entre enfermeira e paciente, em que a enfermeira se empenha em uma contínua coleta de dados, esforçando-se para entender e interpretar as necessidades do paciente em todas as dimensões (Kelley et al., 2013).

Dois elementos que facilitam o conhecimento são a continuidade dos cuidados e a experiência clínica. Quando o cuidado ao paciente é fragmentado, há um declínio no conhecimento do paciente, comprometendo o cuidado centrado no paciente (Zolnierek, 2014). O conhecimento se desenvolve com o tempo, à medida que a enfermeira aprende as condições clínicas dentro de uma especialidade, bem como os comportamentos e as respostas fisiológicas dos pacientes. O conhecimento profundo ajuda a enfermeira a responder o que realmente importa para o paciente. Conhecer um paciente significa que a enfermeira evita suposições, foca-se no paciente e mantém um relacionamento atencioso com ele que lhe revela informações e dicas que facilitam o pensamento crítico e os julgamentos clínicos (Capítulo 15). O conhecimento do paciente está no centro do processo de tomada de decisão clínica.

Os fatores que contribuem para conhecer um paciente incluem tempo, continuidade dos cuidados, trabalho em equipe do pessoal de enfermagem, confiança e experiência. As barreiras ao conhecimento do paciente geralmente estão relacionadas com a estrutura administrativa da organização e restrições econômicas. As alterações organizacionais muitas vezes resultam em menor tempo disponível para as enfermeiras estarem com os seus pacientes, o que por sua vez afeta as relações enfermeira–paciente. A diminuição do tempo de permanência também reduz as interações entre as enfermeiras e os seus pacientes (Zolnierek, 2014).

As consequências de não conhecer o paciente são muitas. Por exemplo, em ambientes de cuidados agudos, o não conhecimento do

paciente contribui não apenas para o risco de quedas, mas também para quedas reais. Os pacientes e suas famílias não entendem a complexidade do tratamento e sua participação nos cuidados (Kelley et al., 2013). Finalmente, os pacientes não compreendem de maneira adequada as orientações recebidas na alta e podem administrar medicações ou tratamentos de forma incorreta em casa. Uma relação de cuidados enfermeira–paciente ajuda você a conhecer melhor o paciente como um indivíduo único e a escolher as terapias de enfermagem mais apropriadas e eficazes (WCSI, 2014).

Um relacionamento de cuidar juntamente com um conhecimento e experiência cada vez maiores fornecem uma rica fonte de significado quando ocorrem mudanças no estado clínico do paciente. Enfermeiras experientes desenvolvem a capacidade de detectar alterações nas condições dos pacientes quase sem esforço (Benner et al., 2010). A tomada de decisão clínica, que é talvez a responsabilidade mais importante da enfermeira profissional, envolve vários aspectos do conhecimento do paciente: respostas a terapias, rotinas e hábitos, recursos de enfrentamento, capacidades físicas e resistência, assim como tipologia e características corporais. Enfermeiras experientes conhecem fatos adicionais sobre seus pacientes, como suas experiências, comportamentos, sentimentos e percepções (Benner et al., 2010). Você conseguirá maior satisfação do paciente, bem como melhores resultados de saúde, se tomar decisões clínicas acuradas no contexto de um bom conhecimento do paciente (Zolnierek, 2014). Quando a enfermeira baseia o cuidar no conhecimento do paciente, este o percebe como personalizado, reconfortante, de apoio e curativo.

O mais importante para uma enfermeira iniciante é reconhecer que o conhecimento de um paciente vai além da simples reunião de dados sobre sinais clínicos e sobre sua doença. O sucesso em conhecer o paciente está no relacionamento que você estabelece. Conhecer um paciente é iniciar um processo de cuidado social que também inclui interação com os membros da equipe de saúde, resultando em uma profunda relação enfermeira–paciente por meio da qual o paciente passa a se sentir conhecido pela enfermeira (Kelley et al., 2013).

Cuidar Espiritual

O indivíduo alcança a saúde espiritual depois de encontrar o equilíbrio entre os seus próprios valores, objetivos e sistemas de crença e os dos outros (Cap. 36). As crenças e expectativas de um indivíduo afetam seu próprio bem-estar físico.

Pesquisa mostra que as enfermeiras que desenvolvem práticas de cuidar espiritual já no início de suas carreiras são capazes de identificar métodos para incorporar essas práticas ao cuidado de rotina e não percebem as variáveis como barreiras, por exemplo, a falta de tempo suficiente ou o Censo de pacientes (Ronaldson et al., 2012). O estabelecimento de uma relação de cuidar com o paciente envolve a interligação entre este e a enfermeira. Essa interligação é a razão para que Watson (2008, 2010) descreva a relação de cuidar no sentido espiritual. A espiritualidade oferece um senso de conexão: intrapessoalmente (conectado a si mesmo), interpessoalmente (conectada a outros e ao ambiente) e transpessoalmente (conectado ao invisível, a Deus ou a um poder superior). Em uma relação de cuidado, o paciente e a enfermeira passam a conhecer-se de tal forma que ambos se movem em direção a um relacionamento de cura (Watson, 2010; WCSI, 2014) por:

- Mobilização da esperança para o paciente e a enfermeira.
- Encontrar uma interpretação ou compreensão de doença, sintomas ou emoções que sejam aceitáveis para o paciente.
- Auxiliar o paciente a usar os recursos sociais, emocionais ou espirituais.
- Reconhecer que as relações de cuidar conectam-nos, humano a humano, espírito a espírito.

Alívio de Sintomas e Sofrimento

Aliviar sintomas, como dor e náusea, e o sofrimento é mais que administrar medicações para a dor, reposicionar o paciente, limpar uma ferida, ou prestar cuidados em fim de vida. O alívio dos sintomas e do sofrimento engloba ações do cuidar de enfermagem que proporcionam conforto, dignidade, respeito e paz, além de

providenciar medidas necessárias de conforto e apoio à família ou a outras pessoas significativas (Maroon, 2012). Além disso, é assegurar que o ambiente de cuidados ao paciente seja limpo e agradável, e inclui itens pessoais que tornam o ambiente físico um lugar que acalma e cura a mente, o corpo e o espírito (Gallagher-Lepak e Kubsch, 2009). Esta é uma responsabilidade de uma enfermeira profissional e não uma tarefa delegada automaticamente aos outros membros da equipe de enfermagem. Esteja sempre atenta ao ambiente de seu paciente, avalie a totalidade dos sintomas, e adote os passos necessários para tornar o ambiente confortável.

Por meio de uma avaliação habilidosa e acurada sobre o nível e tipo de dor do paciente ou outros sintomas, você será capaz de planejar o cuidado centrado no paciente para melhorar o nível de conforto do paciente. Existem múltiplas intervenções para o alívio da dor (Cap. 44) e abordagens para alívio de náusea ou fadiga. No entanto, conhecer o paciente e o significado de seus sintomas guia os seus cuidados. Muitas vezes, transmitir uma calma presença ao cuidar, tocar ou ouvir o paciente ajuda a avaliar e entender o significado do desconforto dele. A presença atenciosa ajuda você e seu paciente a planejar metas para o alívio dos sintomas.

O sofrimento humano é multifacetado e afeta o paciente física, emocional, social e espiritualmente. Afeta também a família e os amigos do paciente. Você pode vir a trabalhar com uma família jovem, cujo recém-nascido apresenta múltiplos desafios de desenvolvimento. O sofrimento emocional dessa família consiste em raiva, culpa, medo ou tristeza. Você não pode resolver isso, mas pode proporcionar conforto por meio de escuta e presença atenciosa sem julgamentos. Os pacientes e suas famílias são confortados por um ouvinte atencioso.

Cuidado à Família

As pessoas vivem em seus mundos de maneira participativa. Cada um tem experiências de vida por meio dos relacionamentos com os outros. Assim, não é possível cuidar de um indivíduo isolado de sua família. Como enfermeira, é importante conhecer a família do paciente quase tão completamente quanto você o conhece (Maroon, 2012). A

família é um importante recurso (Fig. 7-2). O sucesso das intervenções de enfermagem depende de sua disposição de compartilhar informações sobre o paciente, de sua aceitação e compreensão das terapias, das intervenções se encaixarem às suas práticas diárias e se elas apoiam e fornecem as terapias recomendadas.

FIGURA 7-2 A enfermeira discute as necessidades de cuidados de saúde do paciente com a família.

Famílias de pacientes com câncer perceberam muitos comportamentos do cuidar da enfermeira como muito úteis (Quadro 7-3). É crucial que a enfermeira garanta o bem-estar e a segurança do paciente além de ajudar os familiares a serem participantes ativos (AONE, 2015). Embora esses comportamentos sejam específicos das famílias de pacientes com câncer, eles oferecem orientações úteis para o desenvolvimento de uma relação de cuidar com todas as famílias. Inicie um relacionamento informando-se sobre quem compõe a família do paciente e seus papéis na vida deste. Mostrar à família que você se importa e se preocupa com o paciente

cria uma abertura que permite então o estabelecimento de um relacionamento com ela. O cuidado à família leva em consideração o contexto da doença do paciente e o estresse que ela impõe sobre todos os seus membros (Cap 10).

Quadro 7-3 Comportamentos de Cuidado da Enfermeira na Percepção das Famílias

- Prover informações honestas, claras e precisas
- Ouvir as preocupações, queixas e medos do paciente e da família
- Defender as preferências de cuidado e decisões de fim de vida do paciente
- Pedir permissão antes de fazer algo para o paciente
- Prover conforto (p. ex., oferecer um cobertor quente, friccionar as costas do paciente)
- Ler passagens de textos religiosos, do livro favorito, cartões ou correspondência para o paciente
- Proporcionar e manter a privacidade do paciente
- Informar o paciente sobre os tipos de serviços de enfermagem e as pessoas que podem entrar na área de cuidados
- Assegurar ao paciente que os serviços estarão disponíveis
- Ajudar os pacientes a fazer o máximo possível por si mesmos
- Ensinar a família a manter o parente fisicamente confortável

Dados de Maroon, AM: Ethical palliative family nursing care: a new concept of caring for patients and families, JONA's Healthy Law Ethics Regul 14(4):115, 2012; Lusk JM, Fater K: A concept analysis of patient-centered care, Nurs Forum 48(2):89, 2013.

O desafio de cuidar

Ajudar os indivíduos no momento da necessidade é a razão para que muitas pessoas entrem na área de enfermagem. Quando você está apto a se afirmar como uma pessoa que cuida, sua vida adquire significado e propósito (Benner et al., 2010). Cuidar é uma força motivadora para quem se torna enfermeira; e passa a ser uma fonte de satisfação quando as enfermeiras sabem que fizeram a diferença nas vidas de seus pacientes.

O sistema de saúde atual apresenta muitos desafios para a enfermeira estabelecer um plano de cuidados centrado no paciente (Lusk e Fater, 2013). As enfermeiras geralmente se dividem entre modelo de cuidado humano e modelo biomédico orientado à tarefa e as demandas institucionais que consomem sua prática (Winsett e Hauck, 2011). O tempo para passar com os pacientes é cada vez menor, o que torna muito mais difícil saber quem são eles. A dependência da tecnologia e de estratégias de cuidados de saúde custo-efetivas e os esforços para padronizar e refinar os processos de trabalho minam a natureza do cuidar. Com muita frequência, os pacientes se tornam apenas um número, com suas reais necessidades negligenciadas ou ignoradas.

A American Nurses Association (ANA), a National League for Nursing (NLN), a American Organization of Nurse Executives (AONE) e a American Association of Colleges of Nursing (AACN) recomendam estratégias para reverter a atual escassez de pessoal de enfermagem. Muitas dessas estratégias têm potencial para criar ambientes de trabalho que permitam que as enfermeiras demonstrem mais comportamentos de cuidados. Além disso, a campanha "Future of Nursing: Campaign for Action", da Robert Wood Johnson Foundation, está identificando métodos para melhorar tanto o cuidado e satisfação do paciente como a satisfação da enfermeira com a sua tarefa. Essa campanha tem seu foco em aumentar o tempo que as enfermeiras realmente passam com seus pacientes e famílias. Os fatores ambientais promovem uma enfermagem com mais experiência

e uma presença atenciosa que aumentam mais os cuidados centrados no paciente. As estratégias incluem maior ênfase em melhorar o ambiente de trabalho para facilitar mais a interação enfermeira–paciente, melhorar a equipe de enfermagem, proporcionando às enfermeiras autonomia sobre sua prática e promovendo mais requisitos educacionais e oportunidades (RWJF, 2014).

Se os cuidados de saúde fazem uma diferença positiva nas vidas das enfermeiras, os pacientes não poderão ser tratados como máquinas ou robôs. Ao contrário, os cuidados de saúde devem se tornar mais holísticos e humanistas. As enfermeiras têm um importante papel no sentido de tornar os cuidados uma parte integrante da prestação de cuidados de saúde. Isso começa tornando-os uma parte da filosofia e do ambiente do local de trabalho. Incorporar os conceitos de cuidado aos padrões da prática de enfermagem estabelece as diretrizes para a conduta profissional. Finalmente, na prática do dia a dia com os pacientes e suas famílias, as enfermeiras precisam estar comprometidas com o cuidar e dispostas a estabelecer relacionamentos necessários para um cuidado de enfermagem pessoal, competente, compassivo e significativo. "Compatível com a sabedoria e a visão de Nightingale, enfermagem é a jornada de uma vida de cuidado e cura, que busca compreender e preservar a totalidade da existência humana e oferecer cuidados humanos compassivos, bem- informados…" (Watson, 2009).

Pontos-chave

- Cuidar é o centro da capacidade da enfermeira de trabalhar com as pessoas de maneira respeitosa e terapêutica.
- Cuidar é específico e relacional de cada encontro enfermeira–paciente.
- Para que o cuidar alcance a cura, as enfermeiras precisam aprender comportamentos culturalmente específicos e palavras que reflitam o cuidar humano em diferentes culturas.
- Por ser a doença a experiência humana de perda ou disfunção, qualquer tratamento ou intervenção administrado que não considere seu significado para o indivíduo provavelmente será

inútil.

- Cuidar envolve um mútuo dar e receber que se desenvolve quando enfermeira e paciente começam a se conhecer e a cuidar um do outro.
- Presença envolve o encontro interpessoal que transmite proximidade e um senso de cuidado que envolve o "estar lá" e o "estar com" os pacientes.
- A pesquisa mostra que o toque, com e sem contato, inclui o toque orientado à tarefa, o toque atencioso e o toque protetor.
- O desempenho hábil e gentil de um procedimento de enfermagem transmite segurança e senso de competência na enfermeira.
- Escutar não é apenas "acolher" o que o paciente diz, mas inclui também interpretar e compreender o que ele está dizendo e lhe devolver essa compreensão.
- O conhecimento do paciente está no núcleo do processo utilizado pelas enfermeiras para tomar decisões clínicas.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Uma enfermeira ouve uma colega dizer a um estudante de enfermagem que ela nunca toca o paciente, a não ser que esteja realizando um procedimento ou fazendo uma avaliação. A enfermeira diz ao estudante que, sob uma perspectiva de cuidado:
    1. Ela também não toca os pacientes.
    2. O toque é um tipo de comunicação verbal.
    3. O toque é usado somente quando o paciente tem dor.
    4. O toque estabelece uma conexão entre enfermeira e paciente.
2. Dentre os cinco processos de cuidar descritos por Swanson, qual descreve "conhecer o paciente?"

    1. Antecipação das preferências culturais do paciente
    2. Determinação da preferência do médico do paciente
    3. Estabelecimento da compreensão de um paciente específico
    4. Reunião de informações orientadas à tarefa durante a avaliação
3. Uma mulher muçulmana entra na clínica para fazer um exame de saúde da mulher pela primeira vez. Qual comportamento de enfermagem se aplica ao processo de cuidado de Swanson de "conhecer o paciente?"
    1. Compartilhar sentimentos sobre a importância da mulher fazer exames regulares de saúde da mulher
    2. Ganhar a compreensão do que significa para a paciente um exame de saúde da mulher
    3. Reconhecer que a paciente é pudica; e obter um cuidador do mesmo sexo
    4. Explicar os fatores de risco para câncer cervical
4. **Preencha o espaço em branco**. O processo de cuidado de Swanson _____ é demonstrado por uma enfermeira que ajuda uma nova mãe durante a experiência do parto.
5. Um paciente está temeroso de uma cirurgia iminente e de um possível diagnóstico de câncer. Ele discute seu amor pela Bíblia com sua enfermeira, que lhe recomenda um versículo favorito. Outra enfermeira diz à enfermeira do paciente que na enfermagem não há lugar para o cuidado espiritual. A enfermeira do paciente responde:
    1. "Você está certa; deve-se deixar o cuidado espiritual para um cuidado pastoral por um religioso."
    2. "Você está certa; religião é uma decisão pessoal."
    3. "As enfermeiras devem explicar suas próprias crenças religiosas aos pacientes."
    4. "Conexões espirituais, mentais e corporais podem afetar a saúde."
6. Qual das seguintes afirmações é uma estratégia para criar ambientes de trabalho que possibilitem às enfermeiras demonstrarem mais comportamentos de cuidar? (Selecione

todas as que se aplicam.)

1. Diminuir o número de turnos consecutivos da equipe de enfermagem
2. Aumentar o salário e os benefícios de férias da equipe de enfermagem
3. Aumentar o número de enfermeiras que trabalham em cada turno para diminuir a proporção enfermeira–paciente
4. Encorajar o aumento das informações referentes às funções de enfermagem provenientes dos profissionais de saúde
5. Dar à equipe de enfermagem a oportunidade de discutir mudanças na prática que possam ser implementadas para aumentar as oportunidades de cuidados ao paciente

7. Quando a enfermeira ajuda um paciente a encontrar um significado para o câncer por meio de apoio às crenças na vida, esse é um exemplo de:
   1. Introjetar esperança e fé.
   2. Formar um sistema de valores humano-altruísta.
   3. Cuidar cultural.
   4. "Estar com".
8. Um exemplo de comportamento de cuidar em enfermagem percebido pelas famílias de doentes em estado crítico como importante para o bem-estar do paciente:
   1. Tomar decisões de cuidados de saúde para os pacientes.
   2. Contar com os membros da família para higiene pessoal total do paciente.
   3. Introduzir as percepções das enfermeiras sobre o nível de cuidado prestado.
   4. Pedir permissão antes de realizar um procedimento no paciente.
9. Uma enfermeira demonstrou preocupação ao ajudar os membros da família a: (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Tornar-se participantes ativos nos cuidados.
   2. Afastar-se dos cuidados pessoais.
   3. Tomar decisões de cuidados para o paciente.
   4. Dar tempo ininterrupto para a família e o paciente estarem

juntos.
    5. Dar oportunidades para a família discutir suas preocupações.
10. Escutar não é apenas “acolher” o que o paciente diz, mas também inclui:
    1. Incorporar as visões do médico.
    2. Corrigir quaisquer erros na compreensão do paciente.
    3. Introduzir as visões e afirmações pessoais da enfermeira.
    4. Interpretar e compreender o que o paciente quer dizer.
11. Uma enfermeira está cuidando de um idoso que precisa entrar em um centro de vida assistida do hospital. Qual das seguintes afirmações é um exemplo de escuta que revela cuidado?
    1. A enfermeira encoraja o paciente a falar sobre as preocupações enquanto revisa a tela do computador no quarto.
    2. A enfermeira senta-se ao lado do leito do paciente, escuta enquanto ele transmite seu medo de nunca mais voltar a ver sua casa e então pergunta se ele deseja algo para comer.
    3. A enfermeira ouve a história do paciente enquanto se senta ao lado do leito e depois faz um resumo da história.
    4. A enfermeira ouve o paciente falar sobre seus medos de não voltar para casa e então diz a ele que pense de modo positivo.
12. Presença envolve um encontro interpessoal que:
    1. Permite que os pacientes cuidem de si mesmos.
    2. Fornece cuidados pessoais ao paciente.
    3. Transmite proximidade e senso de cuidado.
    4. Descreve um contato próximo com o paciente.
13. Uma enfermeira entra no quarto de uma paciente, organiza os materiais para a inserção do cateter de Foley e explica o procedimento à paciente. Ela diz à paciente o que esperar; logo antes de inserir o cateter, diz para a paciente relaxar e que, depois que o cateter estiver posicionado, ela não sentirá a pressão na bexiga. A enfermeira prossegue então com a

inserção do cateter de Foley. Esse é um exemplo de qual tipo de toque?

1. Toque atencioso
2. Toque protetor
3. Toque orientado à tarefa
4. Toque interpessoal

14. Uma enfermeira de *hospice* senta-se ao lado do leito de um paciente em estágios finais de câncer. O paciente e seus pais decidiram que ele seria levado para casa e que os pais o ajudariam nos estágios finais de sua doença. A família participa de seus cuidados, porém posteriormente a enfermeira aumentou o período passado com a família. Sempre que entra no quarto ou se aproxima do paciente para lhe prestar cuidados, ela toca seu ombro e lhe diz que está presente. Esse é um exemplo de qual tipo de toque?
    1. Toque atencioso
    2. Toque protetor
    3. Toque orientado à tarefa
    4. Toque interpessoal
15. Compare os seguintes comportamentos de cuidados com as suas definições.

1. Conhecer 2. Estar com 3. Fazer para 4. Manter a crença	a. Sustentar a fé na capacidade do indivíduo de passar por essa situação b. Esforçar-se para compreender um evento como significativo para outra pessoa c. Estar emocionalmente lá por causa de outra pessoa d. Fazer pelo outro como se fosse para si mesmo

Respostas: 1. 4; **2.** 3; **3.** 2; **4.** Possibilitar; **5.** 4; **6.** 3, 5; **7.** 1; **8.** 4; **9.** 1, 4, 5; **10.** 4; **11**. 3; **12.** 3; **13.** 3; **14.** 1; **15.** 1b, 2c, 3d, 4a.

Referências

American Nurses Association [ANA]: *Nursing's agenda for the future: a call to the nation*, 2002, http://infoassist.panpha.org/docushare/dsweb/Get/Document-1884/PP-2002-APR-Nsgagenda.pdf. Accessed February 2015.

American Organization of Nurse Executives [AONE]: *Guiding principles for the role of the nurse in future health care delivery toolkit*, 2015, http://www.aone.org/resources/leadership%20tools/guideprinciples.shtml. Accessed February 2015.

Benner P, Wrubel J. *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison Wesley; 1989.

Benner P, et al. *Educating nurses: a call for radical transformation*. Stanford, CA: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 2010.

Bunkers SS. The power and possibility in listening. *Nurs Sci Q*. 2010;23(1):22.

Burtson L, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *J Adv Nurs*. 2010;66(8):1819.

Busch M, et al. The implementation and evaluation of therapeutic touch in burn patients: and instructive experiences of conducting a scientific study within a non-academic nursing setting. *Patient Educ Couns*. 2012;89(3):439.

Drenkard KN. Integrating human caring science into a professional nursing practice model. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2008;20:402.

Engle M. *I'm here: compassionate communication in patient care*. Orlando, FL: Phillips Press; 2010.

Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health*. 1998;16(3):197.

Gallagher-Lepak S, Kubsch S. Transpersonal caring: a nursing practice guideline. *Holist Nurs Pract*. 2009;23(3):171.

Jackson C. The interface of caring, self-care, and technology in nursing education and practice. *Holist Nurs Pract*. 2012;26(2):69.

Leininger MM. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing, Pub No 15-2402*. New York: National League for Nursing Press; 1991.

Maroon AM. Ethical palliative family nursing care: a new concept of caring for patients and families. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2012;14(4):115.

Robert Wood Johnson Foundation (RWJF). *Future of nursing: campaign for action is chalking up successes that will improve patient care*, 2014, http://www.rwjf.org/en/about-rwjf/newsroom/newsroom-content/2014/06/campaign-for-action-is-chalking-up-successes-that-will-improve-p.html. Accessed February 2015.

Watson Caring Science Institute (WCSI) and International Caritas Consortium: *Caring science theory and research*, 2014, http://watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/. Accessed February 2015.

Watson J. *The philosophy and science of caring*. Boulder: University Press of Colorado; 2008.

Watson J. Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. *J Health Human Serv Adm*. 2009;31(4):466.

Watson J. Caring science and the next decade of holistic healing: transforming self and system from the inside out. *Am Holist Nurses Assoc*. 2010;30(2):14.

Referências de pesquisa

Andershed B, Olsson K. Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. *Scand J Caring Sci*. 2009;23:598.

Duffy JR, et al. Dimensions of caring: psychometric evaluation of the caring assessment tool. *Adv Nurs Sci*. 2007;30(3):235.

Dobrina R, et al. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(2):75.

Finfgeld-Connett D. Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2008;19(3):111.

Fredriksson L. Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch, and listening. *J Adv Nurs*. 1999;30(5):1167.

Gillespie GL, et al. Caring in pediatric emergency nursing. *Res Theory Nurs Pract*. 2012;26(3):216.

Kelley T, et al. Information needed to support knowing the patient. *Adv Nurs Sci*. 2013;36(4):351.

Kostovich CT. Development and psychometric assessment of the presence in nursing scale. *Nurs Sci Q*. 2012;25(2):167.

Lai HL, Lee LH. Effects of music intervention with nursing presence and recorded music on psycho-physiological indices of cancer patient caregivers. *J Clin Nurs*. 2012;21(5):745.

Lusk JM, Fater K. A concept analysis of patient-centered care. *Nurs Forum*. 2013;48(2):89.

Palese A, et al. Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43(4):341.

Parcells DA, Locsin RC. Development and psychometric testing of the technological competency as caring in nursing instrument. *Int J Human Caring*. 2011;15(4):8.

Ronaldson S, et al. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *J Clin Nurs*. 2012;21(15):2126.

Suliman WA, et al. Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *J Nurs Res*. 2009;17(4):293.

Swanson KM. Empirical development of a middle-range theory of caring. *Nurs Res*. 1991;40(3):161.

Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well being. *Nurs Res*. 1999;48(6):288.

Winsett RP, Hauck S. Implementing relationship-based care. *J Nurs Adm*. 2011;41(6):285.

Yagasaki K, Komatsu H. The need for a nursing presence in oral chemotherapy. *Clin J Oncol Nurs*. 2013;17(5):512.

Zolnierek CD. An integrative review of knowing the patient. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(1):3.

Cuidados com o Sobrevivente de Câncer

OBJETIVOS

- Discutir o conceito de sobrevivência do câncer.
- Descrever a influência da sobrevivência do câncer na qualidade de vida do paciente.
- Discutir os efeitos do câncer sobre a família.
- Explicar as implicações de enfermagem relacionadas com a sobrevivência do câncer.
- Discutir os componentes essenciais dos cuidados com o sobrevivente.

TERMOS-CHAVE

Comprometimento cognitivo relacionado com a quimioterapia (CCRQ), p. 92

Fadiga relacionada com o câncer (FRC), p. 91

Modificadores da resposta biológica (bioterapia), p. 90

Neuropatia, p. 91

Neurotoxicidade periférica induzida por quimioterapia (NPIQ), p. 91

Oncologia, p. 97

Parestesias, p. 91
Quimioterapia, p. 90
Radioterapia, p. 90
Sobrevivência do câncer, p. 90
Terapia hormonal, p. 90
Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), p. 92

Existem, atualmente, 14,5 milhões de sobreviventes de câncer adultos e infantis nos Estados Unidos; o número de sobreviventes continuará a crescer, uma vez que mais de 1,7 milhão de novos casos de câncer são diagnosticados a cada ano (American Cancer Society [ACS], 2014a; National Cancer Institute [NCI], 2015). A maioria dos sobreviventes de câncer (64%) foi diagnosticada inicialmente há 5 anos ou mais; 50% dos sobreviventes de câncer têm idade igual ou superior a 70 anos (ACS, 2014a; NCI, 2015).

Estima-se que em janeiro de 2024 haverá 19 milhões de sobreviventes de câncer nos Estados Unidos (ACS, 2014a). O aumento da detecção, no estágio inicial da doença e melhoras em todos os modos de tratamento, através de pesquisas, prolongam mais a vida, de tal forma que o diagnóstico do câncer equipara-se à cura para alguns, enquanto para outros o câncer é uma doença crônica controlada. As principais formas de terapia do câncer — cirurgia, imunoterapia, **quimioterapia**, **terapia hormonal**, **modificadores da resposta biológica (bioterapia)** e **radioterapia** — geralmente criam efeitos indesejáveis, no longo prazo, nos tecidos e sistemas de órgãos que prejudicam a saúde e a qualidade vida (QV) de uma pessoa de várias maneiras (Institute of Medicine [IOM], 2006).

Há muitos estágios na sequência contínua do câncer (Fig. 8-1). Crianças e adolescentes que recebem quimioterapia e radioterapia agressiva estão em maior risco de desenvolvimento de malignidades secundárias, algumas vezes relacionadas com o tratamento inicial recebido para o câncer primário. Os sobreviventes adultos do câncer também podem experimentar novas malignidades relacionadas com o

tratamento anterior, mas também podem ser geneticamente predispostos a tumores recorrentes. Com um foco contínuo no tratamento do câncer que vai além do tratamento agudo, os profissionais de saúde estão melhorando os cuidados necessários a todos os sobreviventes de câncer em longo prazo. Assim, a sobrevivência do câncer traz enormes implicações para a maneira como esses indivíduos monitoram e tratam sua saúde ao longo de suas vidas. Como enfermeira, você cuidará desses pacientes quando eles procurarem assistência para o câncer e outras condições médicas.

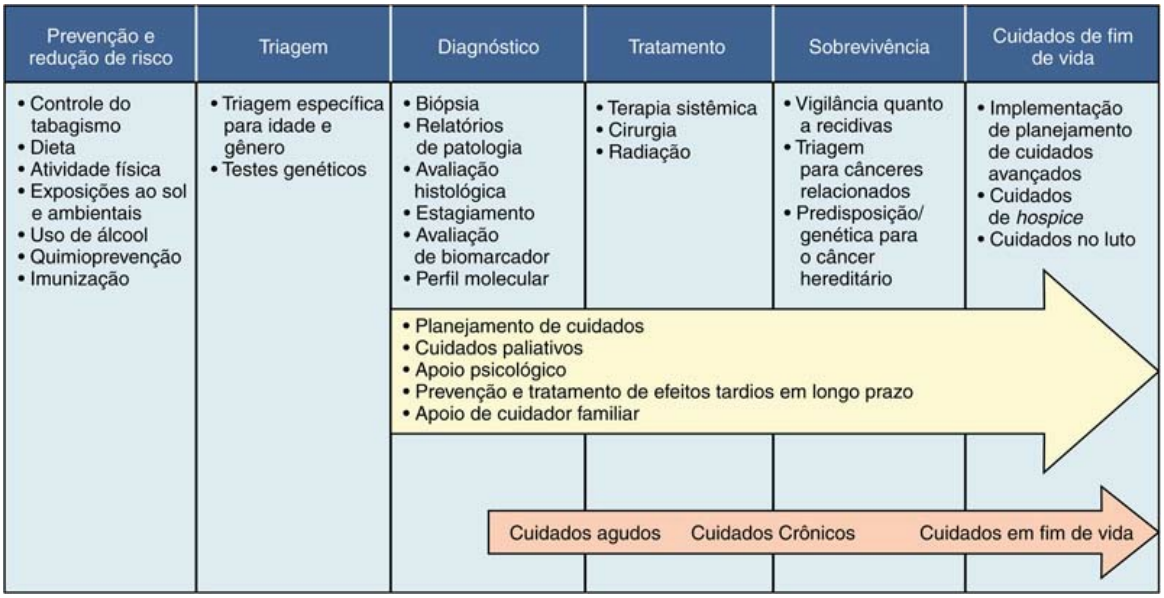


FIGURA 8-1 Domínios do cuidado continuado do câncer. (De From Laura Levit et al, editors: Committee on Improving the Quality of Cancer Care: *Addressing the challenges of an aging population;* Board on Health Care Services, Institute of Medicine: *Delivering high-quality care: charting a new course for a system in crisis,* Washington, D.C., 2013, National Academies Press.)

A **sobrevivência ao câncer** começa no momento do diagnóstico, inclui o tratamento e se estende pelo resto da vida da pessoa (National Coalition for Cancer Survivorship [NCCS], 2015). Os membros da família e os amigos também são sobreviventes, porque sofrem os efeitos do câncer sobre os seus entes queridos. O câncer é um evento que muda a vida. Embora esteja ocorrendo progresso, a evidência

mostra que qualquer sobrevivente do câncer não recebe cuidados de acompanhamento adequados durante o período após o primeiro diagnóstico e o tratamento inicial e antes do desenvolvimento de uma recidiva do câncer inicial ou morte (IOM, 2006). Após o tratamento, geralmente o contato com os profissionais da área oncológica cessa e as necessidades do sobrevivente passam despercebidas ou não tratadas. Apesar das melhoras no tratamento de acompanhamento de alguns sobreviventes de câncer, muitos que sobrevivem em longo prazo sofrem desnecessariamente e morrem de um segundo câncer diagnosticado tardiamente ou de uma doença crônica relacionada com o tratamento.

As enfermeiras têm a responsabilidade de entender melhor as necessidades dos sobreviventes de câncer, bem como de providenciar abordagens mais atuais baseadas em evidências para tratar os efeitos tardios e de longo prazo do câncer e de seu tratamento. Embora o progresso na detecção precoce esteja melhorando nas áreas mal-atendidas, é necessário mais trabalho. A capacidade de prestar cuidados integrais ao sobrevivente de câncer começa com o reconhecimento dos efeitos do câncer e de seu tratamento, bem como em saber qual é o significado de saúde para o próprio sobrevivente.

Os efeitos do câncer sobre a qualidade de vida

À medida que a pessoa vive mais após o câncer, torna-se importante compreender os tipos de desconforto pelos quais passam muitos sobreviventes e como isso afeta sua QV (Fig. 8-2). A QV dos sobreviventes de câncer significa haver um equilíbrio entre a experiência de maior dependência e, ao mesmo tempo, buscar tanto a independência como a interdependência. É claro que sempre há exceções em relação ao nível de desconforto que os sobreviventes enfrentam. Para alguns, o câncer se torna uma experiência de autorreflexão e de um senso mais amplo que é a vida. Independentemente da jornada de cada sobrevivente de câncer, ter câncer afeta o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.

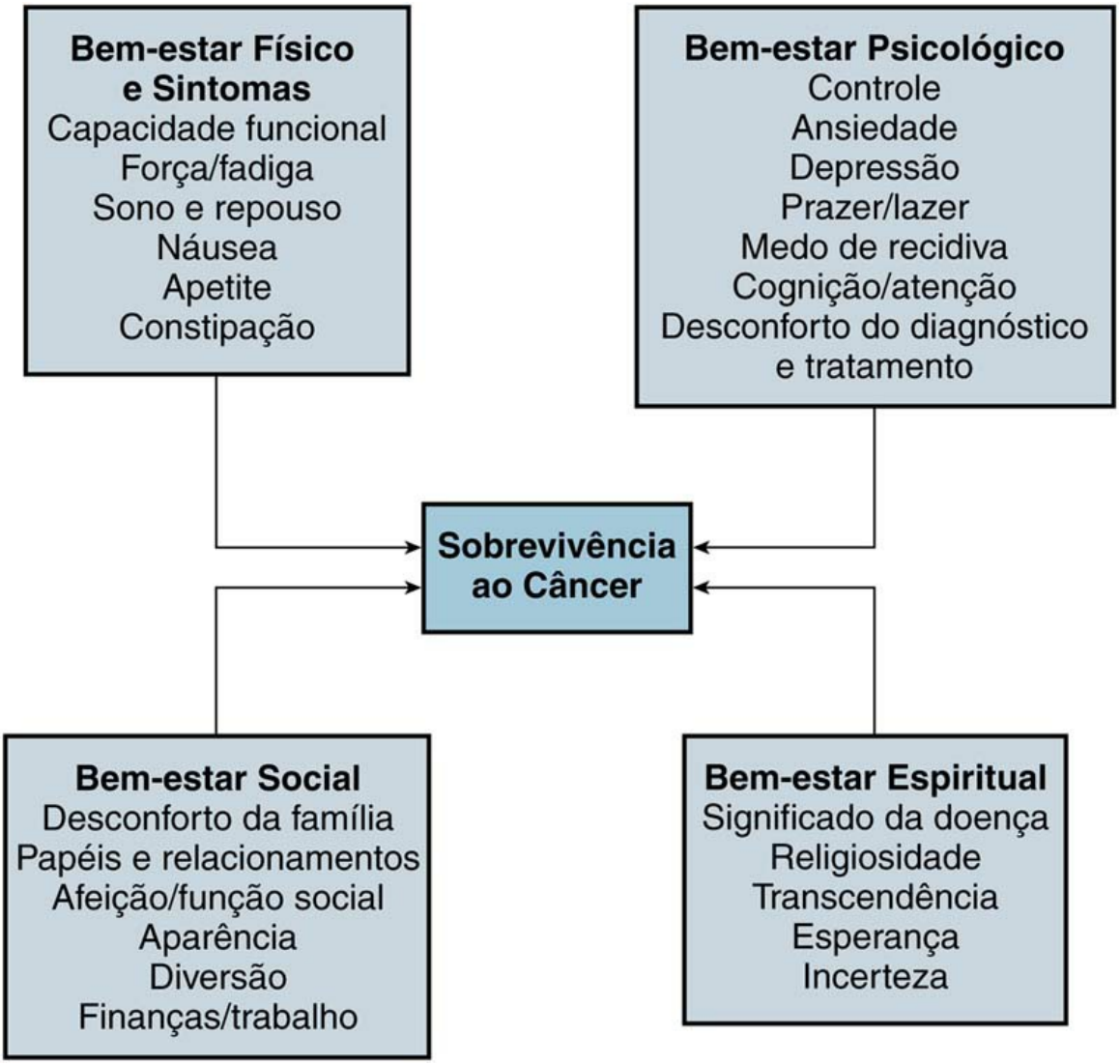


FIGURA 8-2 Dimensões da qualidade de vida afetadas pelo câncer. (De Ferrell B: Introduction to cancer survivorship strategies for success: survivorship education for quality cancer care, Pasadena, CA, 2006, City of Hope National Medical Center.)

Bem-estar Físico e Sintomas

Os sobreviventes de câncer estão em risco maior de câncer (seja a recorrência do câncer de que foram tratados ou um segundo câncer) e uma ampla gama de problemas relacionados com o tratamento (IOM, 2006). O risco aumentado de desenvolver um segundo câncer é o resultado do tratamento do câncer, fatores genéticos, outra

suscetibilidade ou uma interação entre o tratamento e a suscetibilidade (ACS, 2014a). O risco de problemas relacionados com o tratamento está associado à complexidade do próprio câncer (p.ex., tipo de tumor e estágio da doença); tipo, variedade e intensidade dos tratamentos usados (p.ex., quimioterapia e radioterapia combinadas); além da idade e estado de saúde basal do paciente.

Muitos tecidos e sistemas corporais são comprometidos em consequência do câncer e seu tratamento (Tabela 8-1). Os efeitos tardios da químio e/ou radioterapia incluem osteoporose, insuficiência cardíaca, diabetes, amenorreia em mulheres, esterilidade em homens e mulheres, motilidade gastrintestinal prejudicada, função hepática anormal, função imune comprometida, **parestesias**, perda auditiva e problemas de raciocínio e memória (IOM, 2006).

Tabela 8-1

Exemplos de Efeitos Tardios da Cirurgia entre os Adultos Sobreviventes do Câncer

Procedimento	Efeito Tardio
Qualquer procedimento cirúrgico	Dor, desconforto psicossocial, cicatrização de ferida comprometida
Cirurgia envolvendo o cérebro ou a medula espinal	Função cognitiva comprometida, alterações motoras sensitivas, visão alterada, deglutição, linguagem, controle intestinal e vesical
Cirurgia de cabeça e pescoço	Dificuldades com a comunicação, deglutição, respiração, aparência/imagem física
Cirurgia abdominal	Risco de obstrução, hérnia, função intestinal alterada
Ressecção pulmonar	Dificuldade respiratória, fadiga, fraqueza generalizada
Prostatectomia	Incontinência urinária, disfunção sexual, imagem corporal precária

Modificada do Institute of Medicine and National Research Council, Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, editors: From cancer patient to cancer survivor: lost in transition, Washington, DC, 2006, National Academies Press.

A **neurotoxicidade periférica induzida por quimioterapia (NPIQ)** refere-se ao dano ao nervo periférico resultante dos efeitos de certos agentes quimioterápicos (Park et al., 2013). O dano aos grandes nervos sensitivos causa sensações de dormência e formigamento nas mãos e

pés. A função motora também pode ser afetada, mas geralmente em menor grau que a função sensitiva. **Neuropatia** crônica permanente ocorre em 58% dos pacientes com NPIQ, resultando em aumento de quedas e outras disfunções motoras e sensitivas (Gewandter et al., 2013).

Certas condições se resolvem com o tempo, mas o dano tecidual causa a persistência indefinida de alguns sintomas, especialmente quando os pacientes recebem quimioterapia em alta dose. Os profissionais de saúde nem sempre identificam essas condições como problemas tardios. Geralmente, em vez disso, condições como osteoporose, perda auditiva ou alteração da memória são consideradas como relacionadas com o envelhecimento. É comum que os pacientes com câncer tenham múltiplos sintomas, e mais atenção está sendo dada à existência de grupos de sintomas. Um grupo de sintomas consiste em vários sintomas relacionados e coexistentes, como dor-insônia-fadiga ou dor- depressão-fadiga (Nguyen et al., 2011; Oh et al., 2012). Os pesquisadores estão tentando entender melhor os grupos de sintomas, seus efeitos nos pacientes e se esses grupos requerem uma abordagem de tratamento diferente do atual controle de sintomas.

A **fadiga relacionada com o câncer (FRC)** e transtornos do sono associados estão entre as queixas mais frequentes e incômodas das pessoas com câncer. Os sintomas geralmente duram muitos meses após a químio e a radioterapia. A fadiga afeta os pacientes física, psicológica e socialmente, além de limitar sua capacidade de funcionamento e socialização em atividades agradáveis (Borneman et al., 2012). As diretrizes *Clinical Practice Guidelines* (2014) da National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para o tratamento de FRC incluem intervenções para controlar a fadiga por meio de uma rotina de exercícios físicos, repouso (tirar um dia de folga), desenvolvimento de bons hábitos de sono, consumir uma dieta balanceada e aconselhamento para depressão que, muitas vezes, acompanha a FRC.

O **comprometimento cognitivo relacionado com a quimioterapia (CCRQ)** associa-se de modo consistente às pessoas que recebem quimioterapia sistêmica. Além disso, quimioterapia, radioterapia,

terapia hormonal e uso de tranquilizantes também podem contribuir para o comprometimento cognitivo em sobreviventes (Rey et al., 2012). Aqueles que sobrevivem ao câncer de mama relatam ter dificuldade na memória de curto prazo, em se concentrar, trabalhar, ler com compreensão e dirigir (Myers, 2012).

Quando indagada se a quimioterapia foi a responsável pela deterioração da memória, uma mulher de 44 anos relatou o seguinte: "Sim, absolutamente. Quero dizer, eu já era esquecida antes, mas não no grau em que sou agora. Eu tinha então uma vaga lembrança de algo que me era dito, mas agora não me lembro de nada realmente. Não me lembro. É um branco total." (Mitchell e Turton, 2011).

As estratégias positivas sugeridas para o enfrentamento incluem escrever lembretes, concentrar-se em uma tarefa por vez, deixar que outros ajudem em atividades que exigem concentração, ler textos mais simples, usar audiolivros e permitir-se cometer alguns erros (Potrata et al., 2010). Não há como predizer se uma pessoa terá CCRQ ou algum grau de alteração cognitiva. Algumas pessoas que apresentam esse sintoma têm dificuldade para trabalhar e processar informações, o que afeta o funcionamento diário e a qualidade de seu trabalho e vida social.

Muitas vezes, os profissionais de saúde atribuem erroneamente os sintomas do câncer ou os efeitos colaterais do tratamento ao envelhecimento. Isso geralmente leva ao diagnóstico tardio ou a não provisão de um tratamento agressivo e eficaz dos sintomas. O câncer é uma doença crônica por causa das sérias consequências e natureza persistente de alguns de seus efeitos tardios (IOM, 2006). A gama de efeitos que os pacientes sofrem é muito variável. Por exemplo, uma mulher de 46 anos com melanoma em estágio inicial no braço direito submeteu-se com sucesso à cirurgia e só teve uma cicatriz discreta. Em contrapartida, uma mulher de 52 anos, diagnosticada com doença de Hodgkin, submeteu-se a quimioterapia intensiva seguida de um extenso curso de radioterapia. Ela enfrentou problemas de saúde sérios e substanciais no longo prazo em decorrência de seu tratamento. Os pacientes que vivem com câncer apresentam significativas variações no tipo das condições que desenvolvem e na

extensão de tempo em que a condição persiste.

Bem-estar Psicológico

Os efeitos físicos do câncer e de seu tratamento às vezes causam sério desconforto psicológico (Cap. 38). O temor da recidiva do câncer é a preocupação mais comum em sobreviventes de câncer (Koch et al., 2014, Ness et al., 2013; Simard et al., 2013). O diagnóstico de câncer e o tempo decorrido desde então causam impacto na prevalência e gravidade dos temores (Ness et al., 2013). Ser jovem e se considerar um paciente com um tumor maligno aumentam a probabilidade de medo moderado a alto de recorrência no longo prazo em sobreviventes de câncer de mama (Koch et al, 2014) (Quadro 8-1).

Quadro 8-1

Prática baseada em evidências

Medo de Recidiva entre Sobreviventes de Câncer

Questão PICO: Como o medo de recidiva afeta os adultos sobreviventes de câncer?

Resumo de Evidências

Vários pesquisadores exploraram como o medo da recidiva do câncer impacta o uso dos serviços de saúde pelos sobreviventes, ou as intervenções para lidar com os medos deles. Sobreviventes do câncer de mama com muito medo de recidiva apresentaram altos níveis de depressão e baixa qualidade de vida (Koch et al., 2014). Os sobreviventes de câncer com muito medo de recidiva apresentaram um número maior de visitas aos ambulatórios e departamentos de emergência nos 6 meses anteriores (Lebel et al., 2013). Após uma intervenção em um grupo cognitivo-existencial em 6 meses, sobreviventes de câncer de mama e de ovário relataram menos medo de recidiva, que se manteve por período de 3 meses (Lebel

et al., 2014).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- As enfermeiras precisam estar cientes do medo potencial de recidiva da doença em sobreviventes de câncer independentemente do tipo e localização de câncer.
- Quando os pacientes temem a recidiva do câncer, eles são propensos a usar mais serviços de saúde. O medo precisa ser identificado e tratado nos indivíduos que lutam contra o medo da recorrência.
- As terapias com base cognitiva (exploração das relações entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos) se mostram promissoras para ajudar os sobreviventes de câncer a lidar com o medo de recidiva da doença e a manter uma perspectiva melhor.
- São necessárias mais pesquisas para identificar claramente intervenções adicionais e ferramentas de triagem para identificar o medo de recidiva

Outro problema psicológico comum em sobreviventes é o **transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)**. O TEPT é um transtorno psiquiátrico caracterizado por uma resposta emocional aguda a um evento ou situação traumáticos. Quando a incidência de sintomas do tipo TEPT é mensurada, as taxas vão de 20% em pacientes com câncer em estágio inicial até 80% naqueles com câncer recorrente (NCI, 2014b). Tristeza, pensamentos intrusos sobre a doença, pesadelos, dificuldades relacionais ou medo podem estar presentes nessas pessoas. Ser solteiro ou menos educado ou ter baixa renda e menos apoio social e emocional aumenta o risco de TEPT em sobreviventes adultos (Stuber et al., 2010). Em adultos jovens com câncer, taxas mais altas de TEPT aparecem nos indivíduos que estão desempregados ou não estão na escola, naqueles submetidos a tratamento para câncer e nos que atualmente recebem tratamento e foram diagnosticados com um tipo de câncer com uma taxa de sobrevida de 90% a 100% (Kwak et al., 2013). Nesses adultos jovens, os

sintomas de TEPT observados já em 6 meses após o diagnóstico permaneceram estáveis por 12 meses.

A seguinte descrição é um exemplo de resposta de um sobrevivente de câncer aos estressores do tratamento de câncer:

> *A primeira pergunta que fiz ao meu rádio-oncologista após completar o tratamento de câncer de mama não metastático e ovariano foi: "Quando poderei voltar para o meu trabalho?" Ele disse: "Considerando o seu trabalho, acho que, no mínimo, em 8 semanas de repouso e recuperação". Saí da clínica animada, porque meus tratamentos haviam acabado e eu poderia continuar a minha vida. Oito semanas depois, despertei cansada após noites insones. Estava calva e tinha neuropatia periférica em minhas mãos e pés, que estavam debilitados, e o medicamento que estava tomando dava-me a sensação de ter artrite no corpo todo. Onde estavam minha a energia e os meus cabelos louros macios? Por que não conseguia pensar direito? Desse jeito, não poderia trabalhar. Era como se estivesse me afogando (Bush, 2009, p. 395).*

Os efeitos incapacitantes dos sintomas do câncer crônico desorganizam os relacionamentos familiares e pessoais, prejudicam o desempenho ocupacional do indivíduo e muitas vezes isolam os sobreviventes das atividades sociais normais. Essas mudanças no estilo de vida criam sérias implicações para o bem-estar psicológico do sobrevivente. Quando o câncer altera a imagem corporal ou a função sexual do paciente, o sobrevivente frequentemente experimenta ansiedade e depressão significativa nos relacionamentos interpessoais. No caso dos sobreviventes de câncer de mama, estudos mostram que autoavaliações mais pobres da QV estão associadas a uma imagem corporal precária, estratégias de enfrentamento e falta de apoio social (IOM, 2006).

As diretrizes da NCCN (NCCN, 2014) sugerem uma variedade de intervenções não farmacológicas para tratar ansiedade e depressão em sobreviventes de câncer. As terapias incluem educação, rotina de exercícios, sono adequado, terapia de suporte ou intervenção comportamental cognitiva, bem como a tranquilização de que

ansiedade e depressão são vistas geralmente em sobreviventes de câncer. A intervenção farmacológica pode também se justificar baseada na resposta de cada sobrevivente. Os pacientes que usam processos de enfrentamento ativos e emocionalmente expressivos, orientados ao problema, também lidam muito bem com o estresse (Cap. 38). Os sobreviventes que contam com sistemas de apoio social e emocional e mantêm uma comunicação aberta com os profissionais de saúde, que fazem seu tratamento, provavelmente terão menos desconforto psicológico.

Bem-estar Social

O câncer afeta qualquer grupo etário (Fig. 8-3). Os efeitos do câncer no desenvolvimento são talvez mais bem observados no impacto social que ocorre ao longo da vida. No caso de adolescentes e adultos jovens, o câncer altera seriamente as habilidades sociais, o desenvolvimento sexual, a imagem corporal e a capacidade de pensar e planejar o futuro (Cap. 12). Os adultos (30 a 59 anos) com câncer passam por significativas modificações em suas famílias. Depois que um membro da família é diagnosticado com câncer, mudam o papel, os planos e as capacidades de cada membro. O cônjuge saudável geralmente assume outras responsabilidades adicionais do trabalho para fornecer renda adicional para a família. Um cônjuge saudável, irmão, avô ou filho muitas vezes assumem as responsabilidades de cuidar do paciente.

FIGURA 8-3 Uma família representada por jovens e idosos. Cada membro pode ser um sobrevivente de câncer.

Os pacientes adultos que passam por modificações na sexualidade, intimidade, fertilidade veem seus casamentos afetados, os quais muitas vezes acabam em divórcio. O comprometimento da fertilidade é uma preocupação, uma vez que a químio e a radioterapia podem ser gonadotóxicas (Kort et al., 2014). Infertilidade ou subfertilidade podem estar presentes após o tratamento do câncer. Os sobreviventes do câncer do sexo masculino também podem enfrentar disfunção erétil; enquanto os do sexo feminino podem se deparar com menopausa prematura ou alterações no tecido vaginal, causando impacto nas relações sexuais. Todos esses desafios reprodutivos podem causar impacto na saúde sexual entre o sobrevivente de câncer e o cônjuge. Problemas de fertilidade potencial secundários a químio e radioterapia causam impacto no planejamento familiar. Para enfrentar esses problemas são essenciais, discussões pré-tratamento referentes ao efeito potencial do tratamento nas relações sexuais e na fertilidade (Harden et al., 2013; Kort et al., 2014; NCCN, 2014; Rossen et al., 2012). As diretrizes da NCCN (2014) sugerem criopreservação do óvulo ou

pré--tratamento dos espermatozoides para abordar as preocupações com a fertilidade.

Um histórico de câncer afeta significativamente as oportunidades de emprego e, no passado, afetava a capacidade dos sobreviventes para obter e manter o seguro de vida e de saúde. No entanto, mudanças na disponibilidade e acessibilidade ao seguro de saúde reguladas pela lei de 2010, de proteção do paciente (Patient Protection and Affordable Care Act de 2010) tornaram o seguro mais acessível para os sobreviventes de câncer (NCCS, 2012a). Atualmente, existem muitas opções de seguro de saúde. Os sobreviventes de câncer devem obter cobertura integral de saúde que pagará por todas as suas necessidades de atendimento de saúde, por exemplo cuidados médicos e hospitalares, exames laboratoriais, equipamento médico e prescrição de medicamentos. Iniciando em 2014, a maioria das pessoas são obrigadas a ter cobertura de saúde integral que inclua uma série definida de benefícios de saúde essenciais que forneçam cobertura essencial mínima (NCCS, 2012b).

Muitas vezes, o sobrevivente experimenta limitações ocupacionais relacionadas com a saúde, o que exige redução em seu horário de trabalho ou uma mudança de emprego. Entre 64% e 84% dos sobreviventes de câncer que trabalhavam antes de seu diagnóstico voltam ao trabalho (Steiner et al., 2010). Os problemas mais comuns relatados por eles são: esforço físico, levantamento de peso, inclinação, concentração e manutenção constante do ritmo de trabalho. Os fatores que afetam a volta ao trabalho incluem localização do câncer, prognóstico, tipo de tratamento, condição socioeconômica e características do trabalho a realizar. O ônus econômico do câncer é enorme. Se o mal-estar do sobrevivente afetar sua capacidade de trabalhar, será menor a renda do indivíduo e da família. Os problemas são até maiores no caso de sobreviventes de baixa renda caso tenham um seguro-saúde limitado. A ACS (2014b) oferece excelentes dicas de retorno ao trabalho após tratamento do câncer: http://www.cancer.org/treatment/survivorshipduringandaftertreatmer to-work-after-cancer-treatment.

Os idosos enfrentam muitas preocupações sociais em consequência

do câncer. A doença provoca a aposentadoria prematura ou a redução das horas de trabalho de alguns sobreviventes. O idoso enfrenta uma renda fixa e as limitações de reembolso do Medicare. Muitos idosos se mudam para casas de repouso em outros estados e ficam isolados do apoio social de suas famílias. Além disso, os idosos também enfrentam um alto nível de incapacidade resultante do câncer e respectivo tratamento, e referem maior incidência de limitações das atividades da vida diária que nos idosos sem a doença (IOM, 2006). Consequentemente, muitos sobreviventes idosos de câncer necessitam de contínuo cuidado de apoio dos membros da família ou de cuidadores profissionais.

Bem-estar Espiritual

O câncer desafia o bem-estar espiritual de uma pessoa (Cap. 36). As principais características do bem-estar espiritual incluem uma interligação harmoniosa, energia criativa e fé em um poder superior ou força vital. O câncer e seu tratamento criam mudanças físicas e psicológicas que provocam nos sobreviventes a pergunta: "Por que eu?" E se perguntam se, quem sabe, sua doença não seria uma forma de punição. Os sobreviventes de câncer que participam de atividades religiosas e referem crença em Deus experimentam função emocional e enfrentamento mais amplos (Holt et al., 2011; Schreiber, 2011). As relações com Deus, um poder superior, a natureza, a família ou a comunidade são decisivas para os sobreviventes. O câncer ameaça os relacionamentos, porque torna difícil para os sobreviventes manter uma conexão e senso de pertencimento. O câncer isola os sobreviventes de uma interação significativa e apoio, o que então ameaça sua capacidade de manter a esperança. O tratamento de longo prazo, a recorrência do câncer e os efeitos colaterais persistentes do tratamento criam um nível de incerteza para os sobreviventes.

Câncer e famílias

A família de um sobrevivente assume diferentes formas: família nuclear tradicional, família estendida, família monoparental, amigos íntimos e famílias mistas (Cap. 10). Depois que o câncer acomete um membro da família, ele impacta também todos os outros. Embora a pesquisa seja de 2006, o resumo dos problemas que afetam as famílias dos pacientes com câncer ainda é verdadeiro (Lewis, 2006):

- Os membros da família apresentam sofrimento substancial quando um deles tem câncer.
- Os membros da família não sabem, compreendem ou respondem solidariamente aos pensamentos expressos, sentimentos e comportamentos dos outros membros sobre o câncer.
- As famílias tentam enfrentar o impacto do câncer e a tensão na família causadas ou agravadas pelo câncer.
- Os membros da família se esforçam para manter suas funções essenciais quando um deles é um sobrevivente em longo prazo.

Normalmente, um membro da família se torna o cuidador do paciente. Cuidar da família é uma experiência estressante, dependendo do relacionamento entre o paciente e o cuidador bem como da natureza e extensão da doença do paciente. Os membros da "geração sanduíche" (i.e., cuidadores que têm 30 a 50 anos) geralmente são surpreendidos em meio ao cuidado de sua própria família imediata e de um genitor com câncer. As demandas são muitas e vão desde a oferta de incentivo e apoio contínuos, auxílio nos afazeres domésticos, até a pronta prestação de cuidados físicos (p.ex., dar banho, ajudar no toalete ou trocar um curativo) quando o câncer é avançado. Cuidar também envolve demandas psicológicas de comunicar, solucionar problemas e tomar decisões; as demandas sociais de permanecer ativo na comunidade e no trabalho; além das demandas econômicas de cumprir com as obrigações financeiras.

Quando um de seus membros é um sobrevivente de câncer, as famílias se esforçam para manter as funções essenciais, que incluem a manutenção de um ambiente emocional e fisicamente seguro,

interpretar e reduzir a ameaça de eventos estressantes (incluindo o câncer) para os membros da família, além de promover e apoiar o desenvolvimento de cada um deles (Lewis, 2006). Nas famílias com crianças, isso significa proporcionar um ambiente parental atencioso para estas, bem como informação e apoio a elas quando seu senso de bem-estar está ameaçado. O casal geralmente não sabe o que fazer para apoiar o sobrevivente e se esforça para ajudar. No final, as funções da família se tornam fragmentadas e seus membros desenvolvem incerteza sobre seus papéis.

Implicações para a enfermagem

A sobrevivência ao câncer cria muitas implicações para as enfermeiras que ajudam os sobreviventes a planejar uma ótima saúde durante a vida. As enfermeiras estão em forte posição para assumir a liderança a fim de melhorar os esforços de saúde pública para lidar com as consequências do câncer em longo prazo. É necessário também melhorar a educação de enfermeiras e sobreviventes sobre o fenômeno da sobrevivência. Esta seção trata das abordagens para incorporar a sobrevivência ao câncer em sua prática de enfermagem.

Avaliação do Sobrevivente

Sabendo que há muitos sobreviventes de câncer no sistema de saúde considere como avaliar pacientes que relatam uma história de câncer. É importante avaliar as necessidades do sobrevivente de câncer como uma parte padronizada de sua prática. Quando estiver coletando um histórico de enfermagem (Caps. 16 e 31), peça aos pacientes que lhe contem suas histórias por meio de uma narrativa, pois esta possibilita o conhecimento das pessoas por meio de suas histórias (i.e., as narrativas feitas por elas) e fornece detalhes contextuais, além das características reveladoras que fazem da pessoa um indivíduo (Hall e Powell, 2011). À medida que explora a história de câncer do paciente e o tratamento recebido no passado, faça perguntas do tipo: "Como isso aconteceu?" *vs.* perguntas de por que ou de sim/não. Deixe que o paciente a conduza em uma trajetória explicando a sua condição. Você pode lhe pedir: "Diga-me como a sua doença mais o afeta agora"; ou perguntar: "Quais são os problemas importantes que está enfrentando por causa do câncer?" ou "O que posso fazer para ajudá-lo nesse ponto?" Uma abordagem narrativa produz histórias que vão ilustrar o contexto social dos eventos e fornecer implicitamente respostas às perguntas de sentimento e significado (Hall e Powell, 2011). Demonstre uma abordagem empática para que os pacientes saibam que suas histórias são aceitas.

Esteja ciente de que alguns pacientes nem sempre relatam que tiveram câncer. Assim, quando um paciente lhe diz que se submeteu a uma cirurgia, pergunte-lhe se esta se relacionava com o câncer. Quando um paciente revela uma história de quimioterapia, radioterapia, bioterapia ou terapia hormonal, procure por recursos que ajudem você a compreender como essas terapias tipicamente o afetam no curto e no longo prazo. Em seguida, estenda sua coleta de dados para determinar se esses efeitos do tratamento ocorrem em seu paciente. Considere não apenas os efeitos do câncer e seu tratamento (como sintomas em potencial), mas como isso afetará qualquer outra condição médica. Por exemplo, se o paciente também tem doença cardíaca, de que maneira a fadiga relacionada com o câncer afeta esse indivíduo?

A partir de 2015, preconizou-se que todos os centros de câncer credenciados passassem a observar os novos padrões do American College of Surgeons Commission on Cancer (2012). O padrão 2.3 inclui avaliação de risco e aconselhamento genético para pessoas em risco de câncer familiar ou hereditário. Testes genéticos proporcionam detecção precoce e melhores resultados em pacientes adequados e seus familiares. Isso também deve ser incluído no histórico do paciente.

O controle sintomático é um problema contínuo para muitos sobreviventes de câncer. Se o câncer é o diagnóstico primário deles, será natural que você explore quaisquer sintomas de apresentação. Certifique-se de saber especificamente como os sintomas estão afetando o paciente. Por exemplo, a dor também está causando fadiga, ou é uma neuropatia que está provocando no paciente uma marcha anormal? Se é um câncer secundário, você não quer que sintomas importantes passem despercebidos. Pergunte ao paciente: "Desde o diagnóstico e tratamento do câncer, quais foram as alterações físicas ou sintomas que você teve?", "Diga-me como isso o afeta agora?" Explore cada sintoma que o paciente identificar para obter um quadro completo de seu estado de saúde (Tabela 8-2). Alguns pacientes relutam em relatar ou discutir seus sintomas. Seja paciente e, depois de identificar um sintoma, explore em que extensão o sintoma está

afetando-o atualmente.

Tabela 8-2

Exemplos de Perguntas de Avaliação de Sobreviventes de Câncer

Categoria	Exemplos de Questões
Sintomas	• Fale-me sobre os seus sintomas decorrentes do tratamento de câncer. • Descreva qualquer dor ou desconforto na área onde foi realizada cirurgia ou radioterapia; desconforto, dor ou sensações incomuns nas mãos ou pés; fraqueza nas pernas ou braços; ou problemas para se deslocar. • Descreva para mim a fadiga, insônia ou dispneia que esteja sentindo. • Algumas pessoas acreditam que você está começando a ter problemas após quimioterapia, tais como prestar atenção, lembrar-se das coisas ou de encontrar palavras. Você notou algumas dessas alterações?
Problemas psicossociais	• Qual é o grau de sensação que você está sentido neste ponto numa escala de 0 a 10, sendo 10 o pior desconforto que você possa imaginar? • Diga-me como você acha que sua família está lidando com o seu câncer? • O que você vê nas respostas dos membros de sua família ao seu câncer que o preocupa?
Problemas de sexualidade	• Se você passou por alterações sexuais, quais estratégias você tentou para fazer melhor as coisas? Essas estratégias funcionaram? • Você se abriria com um profissional de saúde que você sabe que o ajudaria? • Desde o seu câncer, você se vê como uma pessoa diferente?

Como você sabe que o câncer afeta de muitas maneiras a QV do paciente, certifique-se de conhecer as necessidades psicológicas, sociais e espirituais dele bem como os recursos. Algumas vezes, você não conseguirá conduzir um levantamento de dados minucioso quando realizar um histórico inicial de enfermagem. Se for este o caso, incorpore sua avaliação nos cuidados contínuos ao paciente. Observe as interações do paciente com os membros da família e os amigos. Quando ministrar cuidados aos pacientes, fale sobre suas vidas diárias e determine em que extensão o câncer modificou seu estilo de vida.

Uma área que muitas vezes é difícil para as enfermeiras avaliarem bem é a sexualidade do paciente. A sexualidade é mais que simplesmente a capacidade física de realizar um ato sexual ou conceber um filho. Também inclui o autoconceito da pessoa e a imagem corporal (Cap. 34), a resposta sexual (p.ex., interesse e satisfação), assim como papéis sexuais e relacionamentos (Cap. 35). A cirurgia para muitos cânceres é desfigurante, e a químio e a radioterapia muitas vezes alteram a resposta sexual do paciente (p.ex.,

cânceres de próstata, mama e ginecológico). As terapias para o câncer têm o potencial de causar fadiga, apatia, náusea, vômito, mal-estar e transtornos do sono, os quais interferem na função sexual do paciente. É importante simplesmente perceber que o câncer em geral influencia a sexualidade do paciente. É útil, para desenvolver um nível de conforto, o reconhecimento de que é comum que os pacientes sofram alterações sexuais em qualquer faixa etária. Pergunte ao paciente: "Desde o seu diagnóstico e tratamento do câncer, sua capacidade ou interesse pela atividade sexual mudaram? Se sim, como?" Os pacientes apreciarão sua sensibilidade e interesse em seu bem-estar. Quando eles começam a discutir sua sexualidade, esteja familiarizada com os recursos especializados disponíveis em sua instituição (p.ex., psicólogo ou assistente social) para o encaminhamento do paciente.

Educação do Paciente

Quando se cuida de um paciente de câncer, é importante compreender se ele administra a maior parte de seu autocuidado, ou se é necessário o apoio de um cuidador da família. Isso é essencial para proporcionar uma educação mais adequada para o paciente, tanto na forma de conteúdo educativo como em sua abordagem. Schumacher et al. (2006) desenvolveram um modelo conceitual, o modelo transacional da habilidade da família em cuidar do câncer, que descreve o relacionamento entre os pacientes com câncer e os cuidadores familiares no desempenho de suas habilidades de cuidar (Fig. 8-4). O modelo oferece uma perspectiva dos cuidadores e dos sobreviventes de câncer como indivíduos e como equipe. A habilidade de cuidar de uma família consiste na capacidade de responder de maneira eficaz e direta às demandas de uma doença e ao padrão de cuidado que utiliza múltiplos processos de cuidar. As demandas de doença do câncer incluem lidar com os sintomas, responder aos comportamentos de doença (p.ex., mudanças de papel, evitar a interação), modificar as atividades para uma situação de doença, suporte nutricional, cuidados interpessoais, uso de recursos da comunidade, tratar os episódios de doença aguda e implementar os tratamentos. O paciente e o cuidador observam uma sequência

contínua de três padrões de cuidado: o autocuidado (os pacientes são principalmente independentes e os cuidadores permanecem em prontidão), o de cuidado colaborativo (os pacientes e cuidadores dividem as atividades de cuidado e respondem juntos às demandas da doença) e o de cuidado familiar (os pacientes são incapazes de um desempenho independente e precisam de participação extensiva do cuidador) (Schumacher et al., 2006).

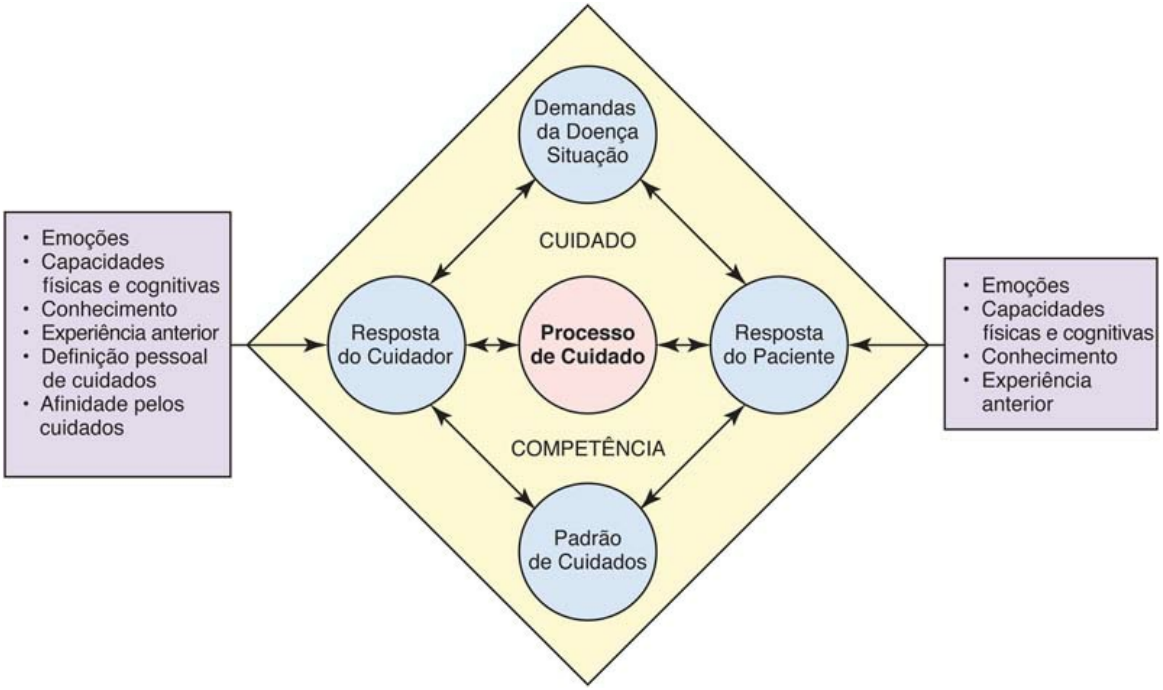


FIGURA 8-4 Modelo transacional de competência familiar nos cuidados ao câncer. (De Schumacher KL et al: A transactional model of family caregiving skill, *Adv Nurs Sci* 29(3):271, 2006.)

A resposta do paciente e do cuidador a uma demanda de cuidado envolve a realização de processos de cuidado (p.ex., monitoramento [observar se há problemas], interpretação [identificar o problema], tomar decisões e fazer ajustes, ter acesso a recursos e a prestação ativa de cuidados). Em termos de prestação ativa de cuidados, os cuidadores da família muitas vezes realizam complexos procedimentos de enfermagem em domicílio, por exemplo, administram infusões intravenosas ou irrigam feridas. O

conhecimento sobre cuidado ou autocuidado, experiência anterior e as emoções influenciam a maneira como cuidadores e sobreviventes respondem aos processos e os realizam. O modelo de Schumacher é um recurso útil a ser aplicado pela enfermeira à avaliação inicial do paciente e sobre a condição do cuidador, identificando suas necessidades de aprendizagem e reconhecendo o tipo de informação a lhe fornecer. Saiba onde se situam paciente e cuidador ao longo da sequência contínua de cuidar e determine as informações necessárias para apoiá-los no atendimento das demandas de cuidar e na execução dos processos de cuidado. Frequentemente, isso significa que qualquer educação envolverá tanto o paciente como o cuidador familiar, a não ser que a relação seja tensa e o paciente escolha não envolver o cuidador.

É de responsabilidade da enfermeira educar os sobreviventes de câncer e suas famílias sobre os efeitos do câncer e seu respectivo tratamento. Isso significa que, quando você cuida de um sobrevivente de câncer, será necessário compreender a natureza específica da doença dele e saber quais são os efeitos em curto e longo prazo de cada terapia sobre o paciente. Ao planejar a educação que promove a autogestão dos cuidados, planeje atividades com base na percepção que o cuidador familiar e o sobrevivente de câncer têm dos problemas relacionados com a doença e ajude-os a solucioná-los e a adquirir autoeficiência ou confiança para lidar com esses problemas. A publicação online, *Facing Forward: Life After Cancer Treatment* (NCI, 2014a) fornece informações sobre os cuidados de acompanhamento e sobre como lidar com preocupações físicas, sociais, ocupacionais e íntimas. Disponibilizada em inglês e espanhol, essa publicação é um valioso recurso para orientar os sobreviventes de câncer a uma perspectiva futura ao lidar com os desafios da vida. A educação do paciente ajuda os sobreviventes a assumir comportamentos de estilo de vida mais saudáveis que lhes darão o controle sobre os aspectos de sua saúde além de melhores resultados do câncer e da doença crônica.

Ao cuidar de pacientes com um diagnóstico inicial de câncer, reforce as explicações dos profissionais de saúde sobre os riscos

relacionados com o câncer e seu tratamento, o que é necessário para o automonitoramento (p.ex., apetite, peso e efeitos da fadiga) e sobre o que discutir com os profissionais de saúde no futuro. Se você orienta os pacientes e seus cuidadores familiares sobre os efeitos potenciais do tratamento, como dor, neuropatia ou alterações cognitivas, será mais provável que eles lhes relatem seus sintomas. Isso permite que saibam quais são os sinais ou alterações a prever e monitorar. Os sobreviventes precisam saber como lidar com os problemas relacionados com sintomas persistentes. Por exemplo, os sobreviventes com neuropatia precisam aprender a proteger mãos e pés, prevenir quedas e a evitar queimaduras acidentais.

Como os sobreviventes estão em risco maior de desenvolver um segundo câncer e/ou doença crônica, é importante educá-los sobre comportamentos de estilo de vida e da importância de participar de triagem contínua para o câncer e práticas de detecção precoce. A triagem vitalícia do câncer dá a oportunidade de identificar novos cânceres nos estágios iniciais. Sobreviventes de câncer do sexo feminino, com um histórico de câncer não metastático, mais provavelmente se submeterão à mamografia e à triagem pélvica/Papanicolaou que as mulheres sem histórico de câncer (Schumacher et al., 2012). Isso pode estar relacionado com o medo de recidiva do câncer e com a recomendação de triagem de acompanhamento feita pelos profissionais de saúde aos sobreviventes de câncer. Muitos sobreviventes se tornaram interessados em saber mais sobre os suplementos dietéticos e as terapias complementares nutricionais para controlar os sintomas da doença (IOM, 2006). Evidência científica mostra que várias áreas de promoção de saúde são de interesse para os sobreviventes de câncer (i.e., cessação do tabagismo, atividade física, dieta e nutrição) (Cap. 45), e o uso de terapia complementar e alternativa (Cap. 33). Ensine estratégias úteis aos pacientes para promoção de sua saúde.

Fornecimento de Recursos

Numerosas organizações fornecem recursos para os sobreviventes de câncer. No entanto, muitos destes não recebem encaminhamentos

apropriados em tempo hábil para essas organizações. Como enfermeira, você descobrirá que muitas pessoas (p.ex., amigos, vizinhos e membros da família) vêm à sua procura em busca de aconselhamento sobre cuidados de saúde antes de realmente se tornarem pacientes. É importante saber que os cuidados hospitalares e ambulatoriais relacionados com o câncer não são padronizados. Por exemplo, quando um paciente com câncer é hospitalizado, a disponibilidade de serviços auxiliares para cuidados em longo prazo varia conforme o ambiente de cuidados. Os oncologistas são encontrados em grandes hospitais, mas não nos pequenos. Um centro de câncer designado como NCI oferece cuidados clínicos mais abrangentes e atualizados. Os centros designados como NCI também conduzem importantes estudos clínicos para investigar as terapias mais atuais para o câncer. Seu papel é informar os pacientes sobre os diferentes recursos disponíveis para que eles sejam capazes de fazer escolhas informadas sobre seus cuidados. Encaminhe os pacientes para o site do NCI (http://www.cancer.gov/). Este contém uma lista atual de centros abrangentes de câncer designados como NCI.

Numerosos serviços de apoio comunitário relacionados com o câncer são disponibilizados aos sobreviventes pelas organizações voluntárias, como a ACS (www.cancer.org) e a NCCS (http://www.canceradvocacy.org). A maioria oferece seus serviços sem qualquer custo. Muitos serviços de apoio oferecem centrais de atendimento e informações na internet e fóruns de discussão além de prestarem serviços diretos (IOM, 2006). Os profissionais de saúde não são persistentes no encaminhamento de pacientes a esses valiosos serviços. Além disso, embora os serviços da comunidade ajudem a maioria dos sobreviventes, existem lacunas na provisão de serviços de assistência com transporte, cuidados domiciliares, cuidados a crianças e assistência financeira. Informe-se sobre os serviços em sua comunidade.

No Brasil: O Instituto Nacional do Câncer é uma instituição de saúde mantida pelo Sistema Único de Saúde, que oferece

atendimento universal e equânime a todas as pessoas com câncer. Sua página eletrônica disponibiliza informações relevantes para profi ssionais de saúde, paciente e familiares. Visite a página e descubra as publicações da instituição: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=471

Há inúmeras organizações não governamentais de apoio às pessoas com câncer. O Instituto Oncoguia, em funcionamento desde 2009, tem por objetivo ajudar o paciente com informações qualificadas, promove educação em saúde, no apoio e orientação do paciente sobre seus direitos atuando em sua defesa (advocay). Mais informações estão disponíveis na página eletrônica: http://www.oncoguia.org.br/conteudo/instituto-oncoguia/10/13/

Componentes dos cuidados de sobrevivência

Após o término do tratamento do câncer primário, os profissionais de saúde precisam desenvolver um plano organizado para os cuidados de sobrevivência. Isso nem sempre ocorre, em razão de inadequações no sistema de saúde, incluindo um profissional de saúde que não assume a responsabilidade pela coordenação dos cuidados, fragmentação dos cuidados entre especialistas e clínicos gerais e falta de orientação sobre como os sobreviventes podem melhorar seus resultados de saúde (IOM, 2006). Os pacientes com câncer geralmente não recebem cuidados para outras doenças (p.ex., cuidados para o diabetes ou doenças cardíacas) quando seu diagnóstico de câncer desvia a atenção dos cuidados rotineiros, mas necessários. O IOM (2006) recomenda quatro componentes essenciais nos cuidados de sobrevivência: (1) prevenção e detecção de novos cânceres e câncer recorrente; (2) vigilância contra a disseminação do câncer, recorrência ou cânceres secundários; (3) intervenção para as consequências do câncer e seu tratamento (p.ex., problemas médicos, sintomas e desconforto psicológico); e (4) coordenação entre especialistas e profissionais da atenção primária.

Plano de Cuidados de Sobrevivência

Para atender às necessidades de saúde dos sobreviventes do câncer, é essencial que o principal profissional de saúde redija um "plano de cuidados de sobrevivência" que coordene o tratamento **oncológico** do paciente (Quadro 8-2) (IOM, 2006). O plano de cuidados contém informações importantes sobre o tratamento, a necessidade de futuros exames médicos completos e testes de câncer do paciente, efeitos potenciais do tratamento em longo prazo e ideias para melhorar a saúde dele (ASCO, 2015). Quando um sobrevivente é liberado de um oncologista, o internista e outros profissionais de saúde prestam e coordenam cuidados com base no conhecimento do histórico e

tratamento anterior do câncer. Com base no Padrão 3.3 do American College of Surgeons Commission on Cancer (2012), preconizou-se que, em 2015, centros de câncer totalmente credenciados desenvolvessem e disseminassem um plano de cuidados abrangentes de sobrevivência para acompanhamento específico de um paciente para todos os que completem o tratamento. Alguns pacientes recebem cuidados nos centros de câncer sem esse tipo de recurso e podem não contar com um plano de cuidados de sobrevivência.

Quadro 8-2 Plano de Cuidados de Sobrevivência

À alta do tratamento de câncer, cada paciente e seu profissional de saúde devem receber um registro de todos os cuidados primários que o paciente recebeu do oncologista. O paciente e o profissional de saúde também devem receber um plano de acompanhamento incorporando os padrões de cuidados baseados em evidência.

Resumo de Cuidados

- Testes diagnósticos realizados e os resultados
- Características tumorais (p.ex., local, estágio e grau)
- As datas de início e fim do tratamento
- Cirurgia, quimioterapia, radioterapia, transplante, terapia hormonal ou terapia genética realizadas, incluindo agentes específicos usados
- Identificação de um ponto de contato e coordenador de cuidados
- Serviços de apoio psicossocial, nutricional e outros fornecidos
- Informações completas de contato das instituições de tratamento e dos coordenadores dos cuidados

Plano de Acompanhamento

- Necessidade de tratamento contínuo e plano de acompanhamento clínico

- Descrição de triagem recomendada de câncer e outros testes/exames periódicos
- Informações sobre possíveis efeitos tardios e no longo prazo do tratamento bem como sobre os sintomas desses efeitos
- Informações sobre possíveis sinais de recorrência e segundos tumores e testes de acompanhamento
- Recomendações de comportamentos saudáveis (p.ex., nutrição, uso de protetor solar, exercícios, isenção do tabagismo
- Informações sobre aconselhamento e testes genéticos, se adequado
- Encaminhamentos a profissionais de saúde específicos de cuidados de acompanhamento
- Uma lista de recursos e informações relacionados com o câncer

---

Dados da American Society of Clinical Oncology: *New ASCO survivorship care plan template is simpler, faster for healthcare providers*, October 14, 2014, http://www.asco.org/advocacy/new-asco-survivorship-care-plan-template-simpler-faster-healthcare-providers.

O IOM (2006) também recomenda que os planos de seguro-saúde deem cobertura aos cuidados delineados no plano dos sobreviventes do câncer. Esses planos nem sempre são desenvolvidos, e as companhias de seguro-saúde não cobrem rotineiramente esse tipo de cuidados. O ideal é que você revise um plano de cuidados de sobrevivência com o paciente quando ele receber a alta formal de um programa de tratamento. O plano se tornará então um guia para qualquer câncer futuro ou cuidados a ele relacionados. Os profissionais de saúde usam o plano como um guia para a educação do paciente e para a triagem de cânceres secundários. Os sobreviventes o utilizam para levantar questões junto aos profissionais de saúde a fim de incentivar cuidados apropriados durante as visitas de acompanhamento.

As barreiras ao desenvolvimento e à implementação de planos de cuidados de sobrevivência (PCS) se concentram nos custos financeiros e humanos (Stricker e O' Brien, 2014). O reembolso médio das visitas

de avaliação do paciente e discussão de um PCS corresponde a 55% do valor faturado. Algumas empresas privadas de seguro reembolsavam em média 38% por visita, enquanto as médias do Medicare/Medicaid consistem em 59% da nota (Rosales et al., 2014). Não existe reembolso para os custos de desenvolvimento de um PCS.

As organizações de câncer como a Lance Armstrong Foundation (http://www.livestrong.org/), a Association of Cancer Online Resources (ACOR) (http://www.acor.org) e a NCCS (http://www.canceradvocacy.org/toolbox/) fornecem guias na internet para o desenvolvimento de planos de cuidado de sobrevivência. Muitos centros de câncer designados como NCI e centros de câncer pediátricos fornecem planejamento de cuidados de sobrevivência (NCI, 2014a). Muitos sobreviventes não recebem cuidados em centros de tratamento de câncer designados como NCI, e recebem alta sem plano de sobrevivente. Assim, as enfermeiras e outros profissionais de saúde precisam ser mais vigilantes a fim de reconhecer os sobreviventes de câncer e tentar uni-los com o apoio e os recursos necessários. As enfermeiras fazem a diferença quando consideram as questões enfrentadas em longo prazo pelos sobreviventes de câncer após o momento do diagnóstico e por contribuírem para as soluções para lidar com, ou aliviar, os problemas de saúde associados ao câncer. É necessária uma forte abordagem interprofissional, incluindo enfermeiras, especialistas em oncologia, nutricionistas, assistentes sociais, cuidados pastorais e profissionais de reabilitação. Junto com uma equipe interprofissional, a enfermeira fornece um plano de cuidados que aborde os problemas relacionados com o tratamento e os futuros riscos de saúde, além de um enfoque no bem-estar para dar aos pacientes um senso de esperança que ela oferece quando entra na experiência do sobrevivente.

Pontos-chave

- As enfermeiras cuidam dos sobreviventes do câncer quando eles procuram cuidados para o seu câncer e outras condições médicas.
- Os sobreviventes do câncer podem ter sérios problemas de saúde relacionados com os seus tratamentos.

- A boa adaptação psicológica do sobrevivente à experiência do câncer dependerá dos fatores predisponentes, do estado psicológico atual da pessoa, da extensão de sua doença e da presença de sinais e sintomas disruptivos.
- Os efeitos incapacitantes dos sintomas crônicos do câncer perturbam os relacionamentos familiares e pessoais, prejudicam o desempenho ocupacional do indivíduo e muitas vezes isolam os sobreviventes das atividades sociais normais.
- Os adultos com câncer passam por significativas mudanças dentro de suas famílias, incluindo o papel de cada um de seus membros.
- Os relacionamentos entre os sobreviventes de câncer e os membros da família se tornam difíceis de manter, porque estes últimos geralmente não sabem nem compreendem ou têm habilidades ou confiança para apoiar as reações do sobrevivente ao câncer.
- Como os sobreviventes estão em risco aumentado de desenvolver um segundo câncer e/ou doença crônica, é importante educá-los sobre os comportamentos de estilo de vida que vão melhorar a qualidade de suas vidas.
- O medo da recidiva é uma preocupação comum dos sobreviventes de câncer e deve ser abordado para determinar se ele existe e se é necessária uma intervenção.
- Depois de terminado o tratamento do câncer primário do paciente, os profissionais de saúde devem desenvolver um plano organizado de cuidados de sobrevivência.
- Idealmente, você revisa o plano de cuidados de sobrevivência com o paciente quando ele recebe alta formal de um programa de tratamento, e este se torna um guia para qualquer cuidado a um futuro câncer ou a ele relacionado.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem

1. Os sobreviventes do câncer estão em risco de apresentar problemas relacionados com o tratamento. Qual dos pacientes listados aqui está em maior risco de desenvolver esses problemas?
    1. Uma mulher de 80 anos submetida à cirurgia para a remoção de um carcinoma basocelular no rosto
    2. Um homem de 71 anos que recebe altas doses de químio/radioterapia para linfoma em estágio avançado
    3. Um homem de 26 anos que recebe quimioterapia para câncer localizado no testículo
    4. Uma mulher de 48 anos que recebe radioterapia para doença de Hodgkin, envolvendo linfonodos, que se estende acima e abaixo do diafragma
2. Um paciente de 34 anos, há 5 anos sobrevivente de doença de Hodgkin, continua a ter sintomas relacionados com o tratamento quimioterápico. O paciente é um especialista em computador e aprecia os grupos de discussão da internet. Qual das seguintes alternativas é o melhor recurso que a enfermeira pode recomendar para ajudar o paciente a acessar um plano de cuidados de sobrevivência?
    1. Association of Cancer Online Resources (ACOR)
    2. National Coalition for Cancer Survivorship
    3. American Cancer Society (ACS)
    4. National Cancer Institute (NCI)
3. Uma enfermeira revisa o prontuário médico de um paciente de 40 anos recém-internado na enfermaria para avaliação de diabetes. Enquanto revisa a história clínica, ela nota que o paciente submeteu-se à cirurgia de bexiga há 3 anos. Qual das seguintes questões de avaliação é mais apropriada para a enfermeira determinar se o paciente é um sobrevivente de câncer?
    1. Determinar se o paciente se submeteu a outras cirurgias recentemente

    2. Avaliar o histórico de medicações do paciente
    3. Determinar se a cirurgia relacionava-se com o câncer
    4. Avaliar se os pais do paciente tiveram câncer
4. Uma enfermeira que trabalha em uma clínica de oncologia ginecológica sabe que é importante reconhecer que os sobreviventes de câncer podem ter comprometimento da função sexual. Quais das seguintes alternativas é mais apropriada para determinar se o comprometimento sexual é um problema?
    1. "Estou envergonhada de lhe perguntar isto, mas sua vida sexual está OK?"
    2. "O tratamento do câncer cervical pode alterar as relações sexuais. Descreva suas preocupações a esse respeito.
    3. "Você provavelmente está cansada demais para ter relações com seu marido, certo?"
    4. "O médico lhe disse que pode ter relações sexuais enquanto está sendo tratada?"
5. Um homem de 20 anos que foi diagnosticado com câncer testicular está para começar o tratamento, incluindo intensa quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Ele diz à enfermeira, "Receio que nunca poderei ser pai." A resposta mais adequada da enfermeira é:
    1. "Você é jovem. Você vai superar esse câncer e terá uma vida longa e feliz."
    2. "Diga-me o que quer dizer sobre o receio de nunca poder ser pai."
    3. "O tratamento do câncer realmente melhorou, e um número maior de pessoas está sobrevivendo a ele."
    4. "Seu médico é bom realmente e apresenta uma alta taxa de cura. Ele cuidará de você. "
6. Os sintomas de comprometimento cognitivo relacionado com a quimioterapia (CCRQ) podem incluir dificuldade de: (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Dirigir um carro.
    2. Dormir 6 a 8 horas por noite.

3. Ler com compreensão.
4. Andar em marcha constante.
5. Concentrar-se no saldo bancário.
6. Consumir uma dieta balanceada.

7. Um grupo de apoio aos sobreviventes do câncer está discutindo a fadiga relacionada com o câncer (FRC). É mais provável que o sobrevivente que obtém alívio da FRC é aquele que faz qual das seguintes alternativas? (Selecione todas as que se aplicam.)
   1. Tira sonecas durante o dia e à tarde
   2. Toma bebidas energéticas diariamente
   3. Exercita-se pelo menos em dias alternados
   4. Consome uma dieta balanceada
   5. Une-se a um grupo de apoio ao câncer
8. Um paciente recebeu múltiplos regimes quimioterápicos e um curso de radioterapia para câncer de cólon. Ele realiza sua própria higiene, mas precisa da assistência da esposa para se deslocar com segurança pela casa por causa da fadiga constante e fraqueza. Sua esposa ajuda-o a se vestir quando ele fica excessivamente cansado. Este padrão de cuidados é mais bem descrito por qual dos seguintes?
   1. O padrão de autocuidado
   2. O padrão de cuidado colaborativo
   3. O padrão de cuidado familiar
   4. O padrão de cuidado de equipe
9. Uma paciente de 50 anos, que completou quimioterapia sistêmica e radioterapia para câncer de mama, lhe diz que está tendo dificuldade para se lembrar das coisas e para prestar atenção em um show de televisão por mais de 5 minutos. As intervenções que podem ajudar o paciente incluem: (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
   1. Parar de ler materiais não essenciais.
   2. Identificar uma pessoa de apoio confiável para ajudar em pagamentos de contas e transações bancárias.
   3. Repousar o máximo possível e não se exercitar.

4. Tentar ouvir um audiolivro e ver se isso ajuda na compreensão.
5. Consumir muita proteína e o máximo possível de alimentos enriquecidos com vitamina K.
6. Escrever os compromissos em seu calendário e manter uma lista para organizar o que tem a fazer.

10. Uma enfermeira de uma clínica oncológica ambulatorial tem visto uma mulher e seu marido desde que a mulher recebeu o diagnóstico de câncer de mama. Algumas vezes, o marido parece dar apoio à esposa e faz perguntas sobre os seus cuidados. Em outras ocasiões, ele parece se distrair facilmente e estar desinteressado. A enfermeira decide reavaliar a condição psicossocial da paciente e de seu marido. Qual das seguintes perguntas é melhor para extrair as informações psicossociais necessárias?
    1. "De que maneira a dor que sente a afeta todos os dias?"
    2. "Descreva o que você come em um dia típico."
    3. "Diga-me o que acha de você e seu marido estarem lidando com o seu câncer."
    4. "Vocês dois estão tendo alguma dificuldade de relacionamento por causa de seu câncer?"
11. Uma criança em remissão de leucemia vem ao consultório da pediatra com sua mãe para um exame físico de rotina. A enfermeira pergunta à criança se ela tem sintomas contínuos. Sua mãe diz: "Não sei por que você quer todas essas informações sobre o tratamento de câncer dela. A leucemia se foi." A melhor resposta da enfermeira em apoio à criança e à mãe seria:
    1. "A médica gosta de manter registros completos de todos os seus pacientes."
    2. "O fato de ela estar em remissão não quer dizer que ela vai permanecer assim."
    3. "As crianças, às vezes, apresentam efeitos tardios do tratamento; precisamos dessas informações para planejar seu cuidado de maneira adequada."

    4. “Entendo sua preocupação. Se não quiser dar as informações, assine esse formulário de isenção de responsabilidade.”
12. O médico de uma sobrevivente de câncer de 60 anos disse-lhe que ela está sofrendo os efeitos tardios de químio e radioterapia no peito. Quais das seguintes alternativas são conhecidas como efeitos tardios do tratamento do câncer? (Selecione todas as que se aplicam.)
    1. Função imune comprometida
    2. Insuficiência cardíaca
    3. Osteoporose
    4. Perda do olfato
    5. Função hepática anormal
13. Uma paciente de 45 anos com câncer recorrente está tendo pesadelos e pensamentos obsessivos sobre a doença, é incapaz de se concentrar em algo e apresenta perturbações nos relacionamentos com a sua família. Esses sintomas estão associados a:
    1. Comprometimento cognitivo relacionado com a quimioterapia (CCRQ).
    2. Fadiga relacionada com o câncer (FRC).
    3. Disfunção famíliar relacionada com o câncer.
    4. Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT).
14. Os planos de cuidados de sobrevivência devem incluir informações para os futuros cuidadores sobre o tratamento de câncer recebido pelo paciente. Os tópicos mais importantes em um plano de cuidado de sobrevivência bem escrito incluem: (Selecione todos os que se aplicam.)
    1. Tipo de tumor e datas de diagnóstico.
    2. Testes de triagem apropriados para uso futuro.
    3. Tipo de químio ou radioterapia usado e extensão da dose.
    4. Os efeitos colaterais típicos experimentados pelo paciente imediatamente após a administração de uma dose de quimioterapia.
    5. Recomendações do estilo de vida para dieta e exercício.

15. O cuidado a um paciente com câncer é único por causa dos efeitos da doença e do tratamento associado. A compreensão da experiência do sintoma de um paciente é crítica e se revelará melhor se a enfermeira solicitar qual dos seguintes? (Selecione todas as que se aplicam.)
    1. "Quais sintomas você pensa que está tendo em consequência de seu câncer?"
    2. "Descreva de que maneira os sintomas o afetam em sua vida diária."
    3. "Vamos discutir a sua dor. Diga-me como ela o afeta."
    4. "Descreva como sua família presta cuidados para os seus sintomas."

Respostas: 1. 2; **2.** 1; **3.** 3; **4.** 2; **5.** 2; **6.** 1, 3, 5; **7.** 3, 4; **8**. 2; **9.** 2, 4, 6; **10.** 3; **11.** 3; **12.** 1, 2, 3, 5; **13.** 4; **14.** 1, 2, 3, 5; **15.** 1, 2, 3.

Referências

American Cancer Society (ACS) *Cancer Treatment and Survivorship Facts & Figures 2014-2015*. Atlanta: American Cancer Society; 2014: http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acsp 042801.pdf. Accessed June 24, 2015.

American Cancer Society (ACS): *Returning to work after cancer treatment*, 2014b, http://www.cancer.org/treatment/survivorshipduringandaftertreatment/stayinga to-work-after-cancer-treatment. Accessed June 24, 2015.

American College of Surgeons Commission on Cancer: *Cancer program standards 2012 ensuring patient-centered care manual*, V 1.2.1 Chicago, IL, 2012. https://www.facs.org/quality-programs/cancer/coc/standards. Accessed June 24, 2015.

American Society of Clinical Oncology (ASCO): *ASCO Cancer treatment summaries and survivorship care plans*, 2015, http://www.cancer.net/survivorship/follow-care-after-cancer-treatment/asco-cancer-treatment-summaries-and-survivorship-care-plans. Accessed June 24, 2015.

Bush N. Post-traumatic stress disorder related to the cancer experience. *Oncol Nurs Forum*. 2009;36(4):395.

Hall JM, Powell J. Understanding the person through narrative. *Nurs Res Pract*. 2011; Article ID 293837. http://dx.doi.org/10.1155/2011/293837. Accessed June 24, 2015.

Institute of Medicine (IOM), National Research Council, eds. *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. Washington, DC: National Academies Press; 2006.

Kort J, et al. Fertility issues in cancer survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2014;64(2):118.

National Cancer Institute (NCI) *Cancer trends progress report—2011/2012 Update*. Bethesda, MD: NIH, DHHS; 2015: http://progressreport.cancer.gov/. Accessed June 24, 2015.

National Cancer Institute (NCI) *Facing forward: life after cancer treatment, NIH#14-2424*. Bethesda, MD: DHHS; 2014: Last revised May 2014. Available at: https://pubs.cancer.gov/ncipl/detail.aspx?prodid=p119. Accessed June 24, 2015.

National Cancer Institute (NCI): *Post-traumatic stress disorder*, 2014b, http://cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/post-traumatic-stress/health professional. Accessed August 30, 2014.

National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS): *Cancer survivorship*, 2015, NCCS, Available at www.canceradvocacy.org. Accessed June 24, 2015.

National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS): *Comprehensive Cancer Care*

Improvement Act, 2012a. Available at http://www.canceradvocacy.org/cancer-policy/cccia/. Accessed June 24, 2015.

National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS): *What cancer survivors need to know about health insurance*, 2012b. Available at http://www.canceradvocacy.org/wp-content/uploads/2013/01/Health-Insurance.pdf Accessed June 28, 2015.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN): *NCCN Clinical practice guidelines in oncology: survivorship*, Version 2, 2014, https://www.nccn.org/. Accessed June 24, 2015.

Park SB, et al. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: a critical analysis. *CA Cancer J Clin*. 2013;63(6):419.

Stricker C, O'Brien M. Implementing the commission on cancer standards for survivorship care plans. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18(Suppl 15):22.

Referências de pesquisa

Borneman T, et al. A qualitative analysis of cancer related fatigue in ambulatory oncology. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(1):10.

Gewandter JS, et al. Falls and functional impairments in cancer survivors with chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN): a University of Rochester CCOP study. *Support Care Cancer*. 2013;21(7):205.

Harden J, et al. Survivorship after prostate cancer treatment: spouses quality of life at 36 months. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(6):567.

Holt C, et al. Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: testing a mediational model. *J Behav Med*. 2011;34:437.

Koch L, et al. Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors-still an issue. *Psychooncology*. 2014;23:547.

Kwak M, et al. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms in adolescent and young adult cancer survivors: a 1-year follow-up study. *Psychooncology*. 2013;22(8):1798.

Lebel S, et al. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use?. *Support Care Cancer*. 2013;21(3):901.

Lebel S, et al. Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *J Cancer Surviv*. 2014;8(3):485.

Lewis FM. The effects of cancer survivorship on families and caregivers: more research is needed on long-term survivors. *Am J Nurs*. 2006;106(3):20.

Mitchell T, Turton P. "Chemobrain": concentration and memory effects in people receiving chemotherapy— a descriptive phenomenological study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20:539.

Myers J. Chemotherapy-related cognitive impairment: the breast cancer experience. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39(1):E31.

Ness S, et al. Concerns across the survivorship trajectory: results from a survey of cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(1):35.

Nguyen J, et al. A literature review of symptom clusters in patients with breast cancer. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2011;11(5):533.

Oh H, et al. The identification of multiple symptom clusters and their effects on functional performance in cancer patients. *J Clin Nurs*. 2012;21:19.

Potrata B, et al. "Live a sieve": an exploratory study on cognitive impairments in patients with multiple myeloma. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;19:721.

Rey D, et al. Self-reported cognitive impairment after breast cancer treatment in young women from the ELIPPSE40 cohort. *Breast J*. 2012;5:406.

Rosales A, et al. Comprehensive survivorship care with cost and revenue analysis. *J Oncol Pract*. 2014;10(2):e81.

Rossen P, et al. Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer. *Eur J Cancer*. 2012;48:571.

Schreiber J. Image of God: effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(3):293.

Schumacher KL, et al. A transactional model of cancer family caregiving skill. *ANS Adv Nurs Sci*. 2006;29(3):271.

Schumacher JR, et al. Cancer screening of long-term cancer survivors. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(4):460.

Simard S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*. 2013;7(3):300.

Steiner JF, et al. Returning to work after cancer: quantitative studies and prototypical narratives. *Psychooncology*. 2010;9(2):115.

Stuber ML, et al. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood cancer. *Pediatrics*. 2010;125(5):e1124.

Consciência Cultural

OBJETIVOS

- Descrever as influências culturais na saúde e na doença.
- Explicar como as muitas facetas da cultura afetam a capacidade de prestação de cuidados culturalmente congruentes pelo profissional de saúde.
- Descrever as disparidades de saúde e os determinantes sociais de saúde.
- Descrever os passos em direção ao desenvolvimento da competência cultural.
- Descrever a relação entre competência cultural e cuidados centrados no paciente.
- Usar a avaliação cultural para planejar cuidados culturalmente competentes.
- Discutir os achados de pesquisa aplicáveis aos cuidados culturalmente competentes.
- Discutir o achado de pesquisa aplicável à melhora da qualidade focalizada na equidade.

TERMOS-CHAVE

Avaliação cultural, p. 107

Competência cultural, p. 103
Competência linguística, p. 109
Cuidados culturalmente congruentes, p. 103
Cultura, p. 102
Determinantes sociais da saúde, p. 102
Disparidade na saúde, p. 101
Disparidades nos cuidados de saúde, p. 102
Enfermagem transcultural, p. 103
Medidas essenciais, p. 111
Interseccionalidade, p. 102
Modelo explanatório, p. 108
Grupos marginalizados, p. 102
Opressão, p. 102
Visão de mundo, p. 105

Nos Estados Unidos, muitos indivíduos enfrentam grandes obstáculos à boa saúde com base em um ou mais fatores: grupo racial ou étnico; religião; condição socioeconômica; gênero; idade; saúde mental; deficiências cognitiva, sensorial ou física; orientação sexual ou identidade de gênero; localização geográfica; ou outras características historicamente ligadas à discriminação ou exclusão (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2015). O conceito de cultura abrange todos esses fatores. Os achados de pesquisa revelam as diferenças nas taxas de câncer, diabetes, mortalidade infantil, transplante de órgão e em muitas outras condições de saúde por causa dos fatores culturais. Por exemplo, afro-americanos apresentam a taxa de mortalidade mais alta do que qualquer outro grupo racial e étnico para todos os cânceres combinados, o que contribui em parte para diminuir a expectativa de vida tanto para homens como para mulheres afro-americanas (Office of Minority Health [OMH], 2013a). Asiático-americanos geralmente exibem taxas menores de câncer que

a população branca não hispânica, mas também apresentam a taxa mais alta de incidência de câncer hepático em ambos os sexos, em comparação com brancos hispânicos, não hispânicos ou negros não hispânicos (OMH, 2013b). É mais provável que jovens hispânicos de 2 a 19 anos tenham sobrepeso ou sejam obesos que jovens brancos ou negros hispânicos de mesma idade, o que os coloca em um risco mais alto de desenvolver numerosas doenças crônicas, como diabetes tipo 2, hipertensão e asma (Leadership for Healthy Communities, 2014).

A discriminação, baseada em fatores culturais, orientação sexual e identidade de gênero, contribui para uma saúde e cuidados de saúde não igualitários. Jovens que são *gays*, lésbicas e bissexuais estão em risco significativamente maior de apresentar depressão, ansiedade e transtornos por uso de substâncias e têm probabilidade quatro vezes maior que seus pares heterossexuais de tentar cometer suicídio com necessidade de atenção médica (Hollenbach et al., 2014). É mais provável que indivíduos transgêneros adiem os cuidados médicos devido à falta de seguro e por encontrar discriminação que os indivíduos que não se identificam como transgêneros (Hollenbach et al., 2014).

As diferenças culturais na taxa de mortalidade infantil também são alarmantes. Nas populações de índios americanos e nativos do Alasca, a taxa de mortalidade infantil é 60% mais alta que em brancos não hispânicos (OMH, 2014). Em 2008, a taxa de mortalidade infantil em bebês afro-americanos foi duas vezes maior que a taxa de bebês brancos não hispânicos. As disparidades na mortalidade infantil permanecem, mesmo quando se comparam grupos de condições socioeconômicas similar. Por exemplo, a taxa de mortalidade infantil em crianças nascidas de mulheres afro-americanas de nível superior é significativamente mais alta que em bebês nascidos de mulheres brancas com nível educacional similar (Kaiser Family Foundation, 2008).

Disparidades de saúde

O projeto *Healthy People 2020* define **disparidade de saúde** como "um tipo particular de diferença de saúde estreitamente ligado a desvantagens sociais, econômicas e/ou ambientais" (USDHHS, 2015). A palavra paridade significa "igualdade." A disparidade de saúde é literalmente uma desigualdade ou diferença (i.e., uma lacuna) entre o estado de saúde de um grupo em desvantagem, como as pessoas de baixa renda e as ricas, e um grupo em vantagem, como as pessoas de alta renda e as ricas. Os membros do grupo em desvantagem suportam o ônus da doença, lesão e violência que são desproporcinais ao tamanho do grupo (CDC, 2013). Embora, em geral, a saúde dos americanos tenha melhorado durante as últimas décadas, a saúde dos membros dos grupos marginalizados na realidade declinou (CDC, 2013).

Então, o que causa as disparidades de saúde? É mais provável que as pessoas dos **grupos marginalizados** tenham maus resultados de saúde e morram em idade precoce devido a uma interação complexa entre genética e comportamentos individuais; política pública e saúde; comunidade e fatores ambientais; e qualidade dos cuidados de saúde (United Health Foundation, 2014). Muitas organizações desenvolveram modelos diferentes incorporando **determinantes sociais de saúde** para explicar a complexidade dessas interações (McGovern et al., 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2013), os determinantes sociais de saúde são "as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem… moldadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos em níveis globais, nacionais e locais". Renda e riqueza, estruturas familiar e doméstica, apoio social, educação, ocupação, discriminação, condições de vizinhança e instituições sociais são alguns exemplos dos determinantes sociais de saúde (McGovern et al., 2014).

Disparidades de Saúde e Cuidados de Saúde

As disparidades de saúde são as diferenças em incidência, prevalência e resultados de condições de saúde, doenças e complicações relacionadas entre as populações. Por outro lado, as **disparidades de cuidados de saúde** são as diferenças em disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços de cuidados de saúde (p.ex., triagem, diagnóstico, tratamento, controle e reabilitação) com vistas à prevenção, tratamento e manejo das doenças e suas complicações entre as populações.

O acesso precário aos cuidados de saúde é um determinante social de saúde que contribui para as disparidades de saúde. O acesso aos cuidados primários é um importante indicador de um acesso mais amplo aos serviços de saúde. É mais provável que um paciente que faz visitas regulares a um profissional de saúde de cuidados primários receba cuidados preventivos adequados que um paciente que não dispõe desse acesso. O National Healthcare Disparities Report (AHRQ, 2013a) de 2013 revelou que é menos provável que afro-americanos, asiáticos e hispânicos visitem um profissional de saúde regularmente que os brancos não hispânicos.

Existe uma disparidade semelhante de acesso aos cuidados em outros grupos carentes. Há menor disponibilidade de cuidados ou esses estão menos acessíveis às pessoas dos grupos de renda baixa e média, em comparação com as pessoas dos grupos de alta renda. Indivíduos sem seguro de 0 a 64 anos têm menos probabilidade de contar regularmente com um profissional de saúde de cuidados primários que aqueles que dispõem de seguro privado ou público (AHRQ, 2013a). A pesquisa sugere que alguns subgrupos da comunidade LGBT apresentam mais condições de saúde crônicas bem como maior prevalência e início mais precoce de incapacidades que os heterossexuais (Ranji et al., 2015).

Além do precário acesso aos serviços de saúde, um grande conjunto de pesquisa mostra que os sistemas de saúde e os profissionais de saúde podem contribuir significativamente para o problema de disparidades de saúde. Há mais de uma década, relatórios do Institute of Medicine (IOM, 2001, 2010) definiram cuidados de saúde de qualidade como cuidados seguros, eficazes, centrados no paciente,

oportunos, eficientes e equitativos, ou sem variação nos resultados conforme é determinado pelos dados estratificados de resultados. Embora o sistema de saúde americano tenha melhorado na maioria dessas áreas desde a publicação dos relatórios do IOM, o foco na equidade ficou para trás (Mutha et al., 2012). Recursos inadequados, má comunicação entre paciente e profissional de saúde, ausência de cuidados culturalmente competentes, prestação de cuidados fragmentados e acesso inadequado aos serviços linguísticos, tudo isso compromete os resultados do paciente (NQF, 2012). Consequentemente, permanecem muitas disparidades de cuidados e resultados de saúde.

Disparidades de acesso aos cuidados, qualidade dos cuidados, saúde preventiva, educação de saúde e recursos disponíveis para permitir a autogestão quando os pacientes estão fora do ambiente de cuidados de saúde contribuem para a má saúde da população. As disparidades de saúde também são muito caras. Análise recente estima um excesso de 30% nos custos médicos diretos para negros, hispânicos e asiático-americanos por causa das desigualdades de saúde e, em geral, estima-se uma perda de US$ 309 bilhões na economia por causa dos custos diretos e indiretos das disparidades (Kaiser Family Foundation, 2012).

Abordagem às Disparidades de Cuidados de Saúde

Os Estados Unidos são uma sociedade multicultural complexa. Em 2050, espera-se elevação da porcentagem de grupos de minorias raciais e étnicas nos Estados Unidos para 50%. De acordo com a Administration on Aging (2014), a população com 65 anos e acima aumentou de 35,9 milhões em 2003 para 44,7 milhões em 2013 (um aumento de 24,7%), e projeta-se um aumento superior ao dobro, para 98 milhões, em 2060. A American Community Survey relata que o número de pessoas na pobreza aumentou para cerca de 48,8 milhões ou 15,9%, sendo as taxas nacionais mais altas de pobreza representadas por afro-americanos, hispânicos e nativos americanos

(U.S. Census Bureau, 2013). De acordo com a avaliação *National Adult Assessment of Literacy* (NAAL) de 2003, somente 12% dos adultos americanos são proficientes na obtenção, processamento e compreensão das informações básicas e serviços necessários para tomar decisões de saúde apropriadas (NCES, 2006). Além disso, mais que nunca, os indivíduos estão expressando abertamente suas visões religiosas, orientação sexual e identidades de gênero. Todos esses fatores contribuem para as complexidades na prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos. Assim, as enfermeiras, outros profissionais e organizações de saúde precisam considerar quais habilidades, conhecimentos, atitudes e políticas podem ajudá-los a prestar os cuidados melhores a todos os pacientes.

A Joint Commission (TJC), o National Quality Forum (NQF) e a National Commission on Quality Assurance (NCQA) são algumas das organizações influentes que responderam a essas complexidades com a implementação de novos padrões focados na competência cultural, letramento em saúde, bem como cuidados centrados no paciente e na família. Esses padrões reconhecem que a valorização das necessidades únicas de cada paciente melhora a segurança geral e a qualidade dos cuidados, além de ajudar a eliminar as disparidades de saúde.

Cultura

A **cultura** está associada a normas, valores e tradições transmitidos ao longo das gerações. Também há a percepção de que é o mesmo que etnia, raça, nacionalidade e linguagem (Kleinman e Benson, 2006). Uma visão mais contemporânea de cultura reconhece suas muitas outras facetas, como gênero, orientação sexual, localização, classe e *status* de imigração. Essa perspectiva mais dinâmica reconhece que todos nós pertencemos simultaneamente a múltiplos grupos sociais dentro dos contextos de mudança social e política, um sistema geralmente referido como **interseccionalidade** (Quadro 9-1). De acordo com esse sistema, nossas participações em grupos sociais não são neutras. **Opressão** é um sistema de vantagens e desvantagens formais e informais ligada à nossa participação em grupos sociais, como os grupos no trabalho, na escola e nas famílias (Adams et al., 2007). A opressão causa impacto no acesso do indivíduo aos recursos como cuidados de saúde, habitação, educação, emprego e serviços legais. Seja vivendo em uma comunidade pobre ou em uma comunidade com acesso ao poder e recursos sociais, todos nós somos afetados pelo sistema de opressão. A compreensão da dinâmica da opressão que opera em vários níveis, e afeta ao mesmo tempo a enfermeira e seus pacientes, ajuda você a se envolver no processo de se tornar mais competente culturalmente.

Quadro 9-1 Conceitos-chave de Interseccionalidade

Interseccionalidade refere-se à noção de que categorias de intersecção, como raça, etnia, gênero, condições socioeconômicas, orientação sexual e outros eixos de identidade contribuem para a injustiça sistêmica e a desigualdade social (Cho et al., 2013).

- Desigualdade social: Os grupos têm acesso desigual aos recursos, serviços e posições.
- Superinclusão e subinclusão: Muitos grupos têm sido

negligenciados na pesquisa e no planejamento de intervenções. Por exemplo, grande parte que se sabe atualmente sobre disparidades raciais e étnicas é extraída de fontes nacionais de informação e combina ambos os sexos, apesar do grande conjunto de evidência de diferenças de sexo e gênero na prevalência de condições de saúde e o uso de serviços de saúde (James et al., 2009).

- Marginalização: Os grupos são deixados de lado (p.ex., acesso limitado ou exclusão de facetas da sociedade, como do sistema político, mercado de trabalho, posições de poder).
- Localização social: O lugar na sociedade baseia-se na participação em um grupo social (p.ex., gênero, raça, classe, orientação sexual) que determina o acesso aos recursos. A localização social não se baseia na biologia, mas no significado que a sociedade constrói e dá a um grupo social.
- Matriz de domínio: Em vez de pensar em raça, gênero, condição de imigração, classe e outros eixos de identidade como categorias descritivas somente, é importante comprendê-las no contexto de um sistema mais amplo de poder e privilégio que permeia a sociedade.

Adaptado de Murphy Y et al: Incorporating intersectionality in social work practice, research, policy, and education, Washington, DC, 2009, NASW Press.

As muitas categorias que compreendem a cultura não estão isoladas umas das outras — elas são autônomas, interagem e são interdependentes e se reforçam mutuamente. Embora tanto os grupos como indivíduos dentro dos grupos culturais possam compartilhar pontos em comum em suas experiências de opressão(ões), também há diferenças nessas experiências. A inclusão da opressão em nossa definição de cultura ajuda-nos a reconhecer o profundo efeito que ela tem sobre as experiências de todos nós, tanto em grupo como individualmente.

Para entender melhor essa maneira mais complexa e dinâmica de pensar sobre cultura, considere este exemplo. Como enfermeira, pense

em como uma mulher sem-teto, de 27 anos, com diabetes, uma enfermeira afro-americana aposentada, de 85 anos, da zona rural do Alabama, uma executiva latina, lésbica, católica, de 32 anos, de São Francisco, e uma mulher imigrante não documentada do leste europeu, cujo filho de 3 anos tem retardo de desenvolvimento, experienciam sua feminilidade. Como se pode comparar as experiências delas com as experiências de outras que, como elas, vivem na América? Como se podem comparar as experiências dessas mulheres no que se refere ao uso de um sistema de saúde, ao controle de seu diabetes ou na percepção da presença ou ausência de oportunidades para viver uma vida feliz, segura e produtiva? Como a idade pode afetar suas perspectivas? Como essas respostas mudariam, caso suas vidas fossem examinadas há 15 ou 35 anos? Como as experiências mudariam se essas pessoas fossem homens ou transgêneros? É provável que esses cenários descrevam uma ampla gama de respostas.

A compreensão da cultura requer que a enfermeira adote uma perspectiva interseccional como a do exemplo anterior. Isso lhe permite considerar a grande quantidade de experiências diferentes de seus pacientes, de tal forma que ela possa prestar cuidados eficientes, baseados em evidências e culturalmente competentes.

Cuidado Culturalmente Congruente

Leininger (2002) define a **enfermagem transcultural** como um estudo comparativo de culturas para compreender suas similaridades (a cultura que é universal) e as diferenças entre elas (a cultura que é específica de grupos específicos). O objetivo da enfermagem transcultural é fornecer **cuidado culturalmente congruente**, ou cuidados que se adaptem aos padrões, valores e sistema de significados de uma pessoa. Os padrões e o significado são gerados pelas próprias pessoas e não por critérios predeterminados. Por exemplo, em vez de orientar todos os pacientes a sempre tomar suas medicações nos mesmos horários estabelecidos ao longo de um dia, você se informa sobre seus estilos de vida, hábitos alimentares, hábitos de sono e crenças sobre as medicações e, em seguida, tenta

planejar uma dosagem que se adapte às necessidades de cada paciente. O cuidado culturalmente congruente algumas vezes é diferente dos valores e significados do sistema de saúde profissional. Para descobrir os valores culturais, crenças e práticas dos pacientes e como eles se relacionam com os cuidados de enfermagem e de saúde é necessário que a enfermeira assuma o papel de aprendiz e parceira de seus pacientes e suas famílias a fim de determinar o que é preciso para a prestação de cuidados de enfermagem significativos e benéficos (Leininger e McFarland, 2002). Cuidados de enfermagem eficientes integram os valores culturais e as crenças de indivíduos, famílias e comunidades sob a perspectiva de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde.

Quando as enfermeiras prestam cuidados culturalmente congruentes, elas transpõem lacunas culturais para proporcionar cuidados significativos e de apoio a todos os pacientes. Por exemplo, enquanto frequenta a escola de enfermagem ela é designada para cuidar de uma paciente que observa as crenças muçulmanas. A enfermeira nota o desconforto da mulher em relação a vários profissionais de saúde do sexo masculino. Ela se pergunta se esse desconforto se relaciona com as crenças religiosas de sua paciente. Enquanto se prepara para o atendimento clínico, ela é informada de que os muçulmanos diferem quanto à observância de sua tradição, mas que a modéstia é a "ética islâmica dominante" no que se refere à interação entre os sexos (Rabin, 2010). Assim, ela diz à paciente, "Sei que, para muitos de nossos pacientes muçulmanos, a modéstia é muito importante. Há algo que eu possa fazer para deixá-la mais confortável?" A enfermeira não assume que a informação se aplique automaticamente a essa paciente. Ao contrário, ela combina o seu conhecimento sobre um grupo cultural com uma atitude de auxílio e flexibilidade a fim de prestar cuidados de qualidade, centrados no paciente e culturalmente congruentes.

Significado de Doença e Enfermidade

A cultura afeta os determinantes sociais de saúde e a maneira como o indivíduo define o significado de enfermidade. Ela também

proporciona o contexto em que uma pessoa interage com os familiares, colegas, membros da comunidade e instituições (p.ex., educacionais, religiosas, de mídia, de saúde, legais). As experiências culturais e de vida moldam a visão de mundo de uma pessoa sobre saúde, enfermidade e cuidados de saúde.

Para prestar cuidados culturalmente congruentes, você precisa entender a diferença entre doença e enfermidade. Enfermidade é a maneira como os indivíduos e as famílias reagem à doença, enquanto doença é o mau funcionamento de processos biológicos ou psicológicos. As pessoas tendem a reagir de modos diferentes a doenças com base em suas perspectivas culturais únicas. Em sua maioria, os profissionais nos Estados Unidos são primariamente educados para tratar a doença, enquanto a maioria dos indivíduos procura cuidados de saúde por causa de suas experiências com a enfermidade. Além disso, não há diversidade cultural entre os profissionais de saúde (OMH, 2013c), o que geralmente frustra os mesmos e os pacientes, incentivando a falta de confiança, a falta de adesão e os maus resultados de saúde. A prestação de cuidados seguros, de qualidade, a todos os pacientes significa levar em consideração tanto a doença como a enfermidade.

Competência cultural

A **competência cultural** é definida pelo National Institutes of Health (2015) como a capacitação de profissionais de saúde a prestar serviços respeitosos e responsivos a crenças e práticas de saúde, bem como às necessidades culturais e linguísticas de diversos pacientes. O desenvolvimento da competência cultural permite que sistemas, organizações e grupos de profissionais funcionem efetivamente para compreender as necessidades dos grupos que acessam as informações e os cuidados de saúde, eliminando assim as disparidades dos cuidados de saúde e essencialmente as disparidades de saúde (NIH, 2015). É um processo de desenvolvimento que evolui com o tempo. Indivíduos e organizações estão em vários níveis de consciência, conhecimento e habilidades que afetam sua capacidade de funcionar efetivamente em um contexto multicultural (National Center for Cultural Competence [NCCC], n.d.). De acordo com o sistema NCCC, as organizações culturalmente competentes:

- Valorizam a diversidade
- Conduzem uma autoavaliação cultural
- Administram a dinâmica da diferença
- Institucionalizam o conhecimento cultural
- Adaptam-se à diversidade

Uma organização culturalmente competente integra esses princípios e capacidades a todos os seus aspectos (p.ex., em formulação de política, administração, prestação de serviços) e envolve sistematicamente os consumidores, os principais interessados e as comunidades.

Em 2000, o Office of Minority Health (OMH) desenvolveu os padrões CLAS (Culturally and Linguistically Appropriate Standards). Em 2013, após 10 anos de implementação bem-sucedida, o OMH atualizou os padrões para refletir o tremendo crescimento na área e a crescente diversidade da nação (Quadro 9-2). Os padrões CLAS nacionais aperfeiçoados destinam-se a promover a equidade na saúde, melhorar a qualidade e ajudar a eliminar as disparidades dos

cuidados de saúde pelo estabelecimento de um plano para ajudar os indivíduos e as organizações de cuidados de saúde a implementar serviços cultural e linguisticamente apropriados (OMH, 2013c).

Quadro 9-2 Padrões Nacionais de Serviços Cultural e Linguisticamente Adequados (National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services – CLAS) em Saúde e Cuidados de Saúde

Os National CLAS Standards destinam-se a promover a equidade de saúde, melhorar a qualidade e ajudar a eliminar as disparidades de cuidados de saúde pelo estabelecimento de um plano para as organizações de saúde e de cuidados de saúde como:

Padrão Principal

1. Prestar cuidados e serviços eficientes, equitativos, compreensíveis e respeitosos e que sejam responsivos a diversas crenças e práticas culturais de saúde, línguas preferidas, letramento em saúde e outras necessidades de comunicação.

Governo, Liderança e Força de Trabalho

2. Promover e sustentar o governo e a liderança organizacional que promove CLAS e equidade em saúde por meio de política, práticas e recursos alocados.
3. Recrutar, promover e apoiar governo, liderança e força de trabalho cultural e linguisticamente diversos que sejam responsivos à população na área de serviços.
4. Educar e treinar governo, liderança e força de trabalho em políticas e práticas cultural e linguisticamente adequadas em base contínua.

Assistência Linguística e de Comunicação

5. Oferecer assistência linguística a indivíduos com limitada proficiência em português e/ou outras necessidades de comunicação, gratuito, para facilitar o acesso oportuno a todos os cuidados e serviços de saúde.
6. Informar com clareza todos os indivíduos sobre a disponibilidade de serviços de assistência linguística e sua língua preferida, verbalmente e por escrito.
7. Assegurar a competência dos indivíduos na provisão de assistência linguística, reconhecendo que deve ser evitado o uso de indivíduos não treinados e/ou menores como intérpretes.
8. Providenciar um plano de fácil compreensão e materiais multimídia e de sinais nas línguas geralmente faladas pelas populações na área de serviços.

Participação, Melhora Contínua e Contabilidade

9. Estabelecer objetivos cultural e linguisticamente adequados, políticas e contabilidade administrativa, e difundi-los por meio de planejamento e operações da organização.
10. Conduzir avaliações contínuas das atividades relacionadas com os padrões CLAS da organização e integrar medidas relacionadas com o CLAS às atividades de avaliação, mensuração e melhora contínua da qualidade.
11. Coletar e manter dados demográficos acurados e confiáveis para monitorar e avaliar o impacto dos padrões CLAS sobre a equidade assim como nos resultados de saúde e informar a prestação de serviços.
12. Conduzir avaliações regulares da qualidade e necessidades de saúde da comunidade e usar os resultados para planejar e implementar os serviços que respondem à diversidade cultural e linguística das populações na área dos serviços.
13. Fazer parceria com a comunidade para planejar, implementar e avaliar políticas, práticas e serviços a fim de assegurar a adequação cultural e linguística.
14. Criar processos de resolução de conflito e insatisfações que

sejam cultural e linguisticamente adequados para identificar, prevenir e resolver conflitos ou queixas.

15. Comunicar o progresso da organização na implementação e manutenção dos padrões CLAS a todos os interessados, constituintes e ao público geral.

De United States Department of Health and Human Services (USDHHS): *National standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health and health care*, Washington, D.C., 2013. USDHHS Office of Minority Health.

Em seus estágios iniciais, a área de competência cultural focalizava-se primariamente nas barreiras culturais entre os profissionais de saúde educados nas práticas de cuidados de saúde ocidentais e os imigrantes provenientes das partes não ocidentais do mundo. Os primeiros pioneiros na medicina transcultural delinearam um conjunto de competências universais que ainda são aplicáveis para ajudar os profissionais de saúde a trabalhar de maneira eficiente com os pacientes de qualquer cultura (Berlin e Fowkes, 1982; Kleinman, 1980; Leininger, 2002). Essas competências incluem:

1. Respeitar as crenças de saúde do paciente como válidas e compreender o efeito de suas crenças na prestação de cuidados de saúde
2. Substituir o modelo de compreensão do paciente sobre a experiência da ocorrência de uma doença em seu sistema de órgãos pelo modelo de enfermidade que ocorre no contexto da cultura (contexto biopsicossocial)
3. A capacidade de extrair a explicação do paciente de uma enfermidade e suas causas (modelo explanatório do paciente)
4. Capacidade de explicar ao paciente, em termos compreensíveis, a perspectiva do profissional de saúde sobre a enfermidade e a percepção de suas causas
5. Ser capaz de negociar um plano de tratamento mutuamente aceitável, seguro e eficaz

Quando se expande o foco original sobre as competências interpessoais, muitas das abordagens atuais à competência cultural

agora incluem também: (1) todos os grupos marginalizados e não apenas imigrantes; (2) preconceito, estereotipagem e determinantes sociais de saúde; e (3) sistema de saúde, comunidades e instituições (Saha et al., 2008).

A enfermeira amplia sua compreensão do mundo por meio de aprendizagem sobre as visões de mundo das outras pessoas, o que determina como essas pessoas percebem os outros, como interagem e se relacionam com a realidade e como processam as informações (Walker et al., 2010). A competência cultural é dinâmica e evolucionária, e, assim, é necessário tempo para que você evolua como uma nova enfermeira. Existe uma variedade de modelos para a aquisição de competência cultural. Um modelo sugere que as enfermeiras veem a si mesmas como profissionais que estão se *tornando* culturalmente competentes, em vez de o serem (Campinha-Bacote, 2007), porque a competência cultural é evolucionária. O modelo de competência cultural de Campinha-Bacote (2002) possui cinco componentes inter-relacionados:

- **Consciência cultural:** Um profundo autoexame sobre a própria experiência, reconhecendo as tendências, os preconceitos e as suposições sobre outras pessoas
- **Conhecimento cultural:** Conhecimento comparativo suficiente de diversos grupos, incluindo valores, crenças de saúde, práticas de cuidados, visão de mundo e ecologia bicultural geralmente encontrados dentro de cada grupo
- **Competências culturais:** Capacidade de avaliar fatores sociais, culturais e biofísicos que influenciam o tratamento e os cuidados ao paciente
- **Encontros culturais:** Interações transculturais que oferecem oportunidades de aprender sobre outras culturas e desenvolver uma comunicação intercultural eficaz
- **Desejo cultural:** Motivação e comprometimento com os cuidados que movem um indivíduo a aprender com os outros, a aceitar o papel de aprendiz, a estar aberto e aceitar as diferenças culturais, bem como construir sobre as semelhanças culturais.

Blanchet e Pepin (2015) descreveram recentemente os processos

envolvidos no desenvolvimento de competência cultural entre enfermeiras e estudantes de graduação em enfermagem. A experiência clínica e as interações com os pacientes e colegas clínicos ajudam a formar a competência cultural. Os pesquisadores descrevem três dimensões de competência cultural:

- Construção de um relacionamento com o outro
- Trabalho fora do sistema usual de prática
- Reinvenção da prática em uso

Quando a enfermeira compara as características dos modelos e as competências universais associadas à competência cultural, um tema central é que ela mostra a capacidade de conhecer os pacientes através de seus olhos e aprendendo com suas histórias. Se a enfermeira não compreender a visão de mundo de uma pessoa, poderá se tornar muito impessoal e desvinculada da pessoa, e assim indivíduos únicos, cheios de vida, tornam-se objetos estáticos de sua coleta de dados. Você não forma o importante relacionamento necessário para a prestação de cuidados centrados no paciente. Você pode ser tentada a classificar as pessoas de acordo com as diferenças simplistas, caso aborde a compreensão de todos os pacientes de uma mesma maneira (Kumagai e Lypson, 2009). Ao descrever as pessoas apenas em termos de como elas diferem da maioria, você reforça ainda que não intencionalmente a cultura dominante e perde os detalhes do caráter e comportamento de cada indivíduo. Como enfermeira, você é responsável pela avaliação dos problemas de saúde dos pacientes partindo da visão de mundo deles. Por exemplo, os problemas deles são simplesmente os efeitos da enfermidade, ou estão associados a condições sociais de base (Grace e Willis, 2012) como pobreza, falta de transporte ou uma vizinhança insegura?

Cuidados Centrados no Paciente

Dois relatórios de referência do Institute of Medicine (IOM) — *Crossing the Quality Chasm* (IOM, 2001) e *Unequal Treatment* (Smedley et al., 2003) — destacam a importância dos cuidados centrados no paciente e da competência cultural. O relatório *Crossing the Quality Chasm* identifica os cuidados centrados no paciente como uma das seis

"metas" dos cuidados de saúde de alta qualidade, e o relatório *Unequal Treatment* ressalta a importância do desenvolvimento da competência cultural entre os profissionais de saúde a fim de eliminar as disparidades raciais/étnicas desses cuidados (Quadro 9-3). As diferenças entre competência cultural e cuidados centrados no paciente nem sempre são claras. No entanto, Beach et al. (2006) resumem de maneira sucinta as diferenças e semelhanças entre esses dois conceitos:

> *Tanto os cuidados centrados no paciente como a competência cultural têm por objetivo melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, mas cada um enfatiza diferentes aspectos de qualidade. O objetivo primário do movimento centrado no paciente é a prestação de cuidados individualizados e a restauração da ênfase nos relacionamentos pessoais. Destina-se a elevar a qualidade para todos os pacientes. Alternativamente, a meta primária do movimento de competência cultural é aumentar a equidade da saúde e reduzir as disparidades concentrando-se nas pessoas não brancas e outras populações pobres.*

Quadro 9-3 Cuidados Centrados no Paciente para Pacientes LGBT

- Criar um ambiente acolhedor que seja inclusivo de pacientes LGBT. Uma organização de cuidados de saúde deve ter uma política não discriminatória proeminentemente publicada ou declaração de direitos do paciente que mencione explicitamente a orientação sexual e a identidade de gênero. Quaisquer materiais de arte e saúde exibidos devem incluir imagens e tópicos relevantes para os pacientes LGBT.
- As organizações de cuidados de saúde devem criar ou designar banheiros unissex ou com boxes individuais, porque os pacientes cuja aparência possa não estar em conformidade com as expressões tradicionais de gênero podem se sentir desconfortáveis com o uso de banheiros tradicionais destinados a homens e mulheres.

- Assegurar que as políticas de visita sejam justas e implementadas de maneira não discriminatória. Qualquer negação de acesso deve ter uma explicação médica clara.
- Evitar suposições sobre a orientação sexual e identidade de gênero, lembrando que qualquer paciente pode ser LGBT, independentemente de sua idade, aparência e outros eixos de identificação.
- Incluir linguagem inclusiva de LGBT em formulários e avaliações para facilitar a revelação, sabendo que esta é uma escolha que sofre o impacto de muitos fatores. Por exemplo, proporcione opções como "parceiro" sob o tipo de relacionamento. No caso de pais, use pai/guardião, em vez de mãe/pai.
- Usar linguagem neutra e inclusiva quando falar com os pacientes (p.ex., parceiro ou outra pessoa significativa), ouvindo e refletindo a escolha do paciente. Lembre- se de que alguns pacientes LGBT também são casados legalmente.

Dados de Gay and Lesbian Medical Association (GLMA): *Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients*, 2006, http://www.clark.wa.gov/public-health/hiv/documents/ GLMA%20Welcoming.pdf. Acesso em agosto de 2015.

Campinha-Bacote (2011) vê a competência cultural como uma expansão dos cuidados centrados no paciente. Mais especificamente, a competência cultural pode ser vista como uma série necessária de habilidades a ser alcançada pelas enfermeiras a fim de prestar cuidados centrados no paciente eficientes. É importante que as enfermeiras se vejam como quem está se tornando culturalmente competente. A capacidade de exercer a competência cultural pela aplicação dos componentes do modelo de competência cultural de Campinha-Bacote (2002) permitirá que elas prestem cuidados centrados no paciente.

Consciência Cultural

A curiosidade sobre outras maneiras de estar no mundo é uma atitude

importante para a competência cultural; mas é importante também que a enfermeira compreenda as forças que influenciam sua própria visão de mundo. Todos têm preconceitos referentes ao comportamento humano. O preconceito é uma predisposição a ver pessoas ou coisas sob certa luz, positiva ou negativa. Tornar-se mais autoconsciente de seus preconceitos e atitudes sobre o comportamento humano é o primeiro passo para a prestação de cuidados centrados no paciente. A enfermeira deve passar algum tempo, durante sua vida, refletindo sobre o que aprendeu, formal e informalmente, sobre saúde, enfermidade (física e mental), sistema de saúde, papéis de gênero, orientação sexual, raça, capacidade, idade, família e muitas outras questões como parte de seu comprometimento em se tornar uma enfermeira culturalmente competente. É útil pensar em competência cultural como um processo vitalício de aprendizagem sobre os outros e também sobre si mesmo.

Conhecimento Cultural – Visões de Mundo

Realidades históricas e sociais moldam a **visão de mundo** de um indivíduo ou grupo, que determina como as pessoas percebem as outras, como elas interagem e se relacionam com a realidade, e como processam informações (Walker et al., 2010). Visão de mundo refere-se à "maneira como as pessoas tendem a olhar para o mundo ou para seu universo para formar uma imagem ou juízo de valor sobre a vida ou o mundo ao seu redor" (Leininger, 2006). O ciclo de socialização é um processo vitalício de interação com a família, colegas, comunidades, organizações, mídia e instituições pelo qual desenvolvemos nossa visão de mundo (Fig. 9-1). Como enfermeira, é importante que você advogue a favor dos pacientes após a aquisição do conhecimento sobre as visões de mundo deles. Ao avaliar a formação cultural e as necessidades do paciente, você considera a visão de mundo dele, depois planeja e presta cuidados de enfermagem em parceria com cada paciente para assegurar que esses cuidados sejam seguros, eficazes e culturalmente sensíveis (McFarland e Eipperle, 2008).

FIGURA 9-1 Como desenvolvemos nossa visão de mundo.
(Copyright © 2011 Barnes-Jewish Hospital Center for Diversity and Cultural Competence.)

Em qualquer encontro intercultural existe uma perspectiva interna (visão de mundo êmica) e uma perspectiva externa (visão de mundo ética). Por exemplo, uma mulher coreana pede que sua primeira refeição após o parto seja sopa de algas. Esse pedido surpreende sua enfermeira, pois esta tem uma visão interna dos cuidados profissionais pós-parto, mas uma visão externa da cultura coreana. Assim sendo, a enfermeira não está ciente do significado da refeição para a paciente. Por outro lado, a paciente coreana tem uma visão externa dos cuidados profissionais americanos no pós-parto e supõe que a sopa de algas seja disponibilizada no hospital, porque, de acordo com suas crenças culturais, a sopa limpa o sangue e promove a cura e a lactação (Edelstein, 2011).

É fácil que as enfermeiras estereotipem os vários grupos culturais após fazer uma leitura de informações gerais sobre práticas e crenças

étnicas (Kleinman, 2013). Evite os estereótipos ou as generalizações injustificadas sobre qualquer grupo em particular que possam impedir uma avaliação acurada sobre as características únicas e a visão de mundo do indivíduo. Em vez disso, aborde cada pessoa individualmente e faça-lhe perguntas para obter melhor compreensão sobre sua perspectiva e necessidades.

Os cuidados de saúde têm sua própria hierarquia de cultura, dinâmica de poder, valores, crenças e práticas. A pesquisa apoia a ideia de que a participação em um grupo, como a afiliação em um grupo profissional, molda a visão de mundo do indivíduo (Sue, 2006). A maioria dos profissionais de saúde educados nas tradições ocidentais estão imersos na cultura da ciência e biomedicina através dos trabalhos que realizaram e de sua experiência profissional. Consequentemente, muitas vezes eles têm uma visão de mundo diferente daquela de seus pacientes (Kleinman, 2013). Como enfermeira, é melhor ver cada encontro com o paciente como transcultural.

Mesmo quando o paciente e o profissional de saúde têm idades semelhantes ou são do mesmo sexo e etnia, duas perspectivas diferentes estão presentes a cada interação. Quando acessam o sistema de saúde, os pacientes desejam: (1) ver seu profissional de saúde, e (2) se sentir melhor. Por sua vez, os profissionais de saúde esperam que os pacientes: (1) façam e mantenham as consultas; (2) apresentem um histórico de medicações; (3) deem consentimento informado; (4) sigam as instruções (de alta); (5) leiam, entendam e usem os materiais de letramento em saúde; (6) completem corretamente os formulários de seguro; (7) paguem suas contas; e (8) vão para casa e administrem seus cuidados tomando sua medicação de maneira correta, consumindo os alimentos certos, e interrompendo/começando/mudando vários comportamentos (AMA, 2007). Essa lista mostra a complexidade da interação com cada paciente até antes de seu início. A complexidade aumenta à medida que você considera o efeito interativo entre as múltiplas identidades de grupo social do profissional de saúde e do paciente, e de suas experiências de vida únicas.

Enfermeiras, pacientes e todos os outros profissionais de saúde trazem suas visões de mundo para o processo de cuidados. A Analogia do *Iceberg* (Fig. 9-2) é uma ferramenta que ajuda a enfermeira a visualizar os aspectos, visíveis e invisíveis, de sua visão de mundo e reconhecer que esta se aplica a seus pacientes. Assim como a maior parte de um *iceberg*, a maioria dos aspectos da visão de mundo de um indivíduo situa-se fora de sua consciência, e é invisível àqueles que estão ao seu redor. Por exemplo, uma jovem paciente que, de bom grado, concordou com a internação hospitalar por causa de uma condição médica séria que requer cirurgia, poderá recusar a intervenção cirúrgica por razões religiosas. Na visão da paciente, ela veio ao hospital para ajudar a eliminar a dor e a infecção decorrentes de sua enfermidade. Ao mesmo tempo, ela acredita que precisa buscar a vontade de Deus para uma decisão que implica a remoção de uma parte corporal. O profissional de saúde da paciente assume que ela esteja no hospital para receber cuidados para uma doença séria e esteja disposta a fazer todo e qualquer tratamento para curar a doença. As crenças religiosas profundamente arraigadas da paciente sobre a remoção de uma parte corporal não são óbvias pela coleta de dados sobre a preferência religiosa. Assim, será necessário que a enfermeira conduza uma **avaliação cultural** (Quadro 9-4) abrangente para compreender a visão de mundo da paciente, incluindo como seus valores religiosos afetaram sua disposição para receber cuidados. Esses valores profundamente arraigados residem sob o *iceberg*. O comportamento observado (neste caso, a vinda ao hospital) é um sinal visível da visão de mundo da pessoa, porém as crenças, atitudes, conhecimento e experiências que norteiam seu comportamento não são visíveis para os outros; situam-se sob a superfície. O conflito surge quando os profissionais de saúde interpretam os comportamentos dos pacientes sob o prisma de sua própria visão de mundo em vez de tentar descobrir a visão de mundo que guia esse comportamento.

FIGURA 9-2 Tanto a enfermeira como o paciente agem de acordo com suas próprias visões de mundo. Este modelo foi adaptado da Analogia do *Iceberg* de Campinha-Bacote et al. (2005). Incorpora o modelo explanatório de Kleinman (1980). (Copyright © 2011 Barnes-Jewish Hospital Center for Diversity and Cultural Competence.)

Quadro 9-4 Perguntas do Histórico na Avaliação de Enfermagem

Abertas

- O que você acha que causou sua doença?
- Como deseja que o ajudemos em seu problema?
- Diga-me como suas crenças e visões sobre as escolhas de tratamento médico afetam sua vontade de receber cuidados.

Foco

- Você já teve esse problema antes?
- Há alguém com quem você deseja que falemos sobre os seus cuidados?

Contraste

- Qual é a diferença entre este problema e aquele que você teve anteriormente?
- Qual é a diferença entre o que estamos fazendo e o que você acha que deveríamos fazer por você?

Etno-história

- Qual é a sua etnia ou ancestralidade?
- Para pacientes que são de primeira ou segunda geração de imigrantes:
  - Há quanto tempo você/seus pais residiram nesse país?
  - Diga-me por que você/sua família deixaram sua terra natal.
  - A sua vida aqui é muito diferente daquela em sua pátria?

Orientação Sexual e Identidade de Gênero

- Qual é o seu nome legal?
- Como você prefere ser chamado?
- Qual é o seu pronome preferido? (ele, ela, eles ou outro)
- Qual é o seu gênero?
- Seus parceiros sexuais atuais são homens, mulheres ou ambos?
- No passado você teve parceiros sexuais do sexo masculino, feminino ou ambos?
- Qual é o seu estado atual de relacionamento?

Organização Social

- Quem vive com você?
- Quem você considera como membros de sua família?

- Onde vivem os outros membros de sua família?
- Quem toma as decisões para você ou sua família?
- A quem você pede apoio fora da família?
- Quais são as suas expectativas sobre os membros da família e pessoas de apoio? Há diferentes expectativas em relação aos membros da família e pessoas de apoio de diferentes idades e gêneros?

Condições Socioeconômica

- Qual é a sua principal fonte de renda?
- Se empregado: Qual é a sua profissão?

Ecologia Bicultural e Riscos de Saúde

- O que causou seu problema?
- Como este problema afeta, ou afetou, sua vida e sua família?
- Como você trata esse problema em casa?
- Quais outros problemas você tem?

Linguagem e Comunicação

- Qual(ais) língua(s) você fala em casa?
- Qual(ais) língua(s) você usa para ler e escrever?
- Como devemos tratar ou chamar você?
- Que tipos de comunicação incomodam ou ofendem você?

Crenças e Práticas de Cuidados

- O que você faz para se manter bem?
- O que você faz para mostrar a uma pessoa que você se importa com ela?
- Como você cuida de seus familiares doentes?
- Quais cuidadores você procura quando está doente?
- Qual é a diferença entre o que fazemos e o que sua família faz por você quando está doente?

Por causa das diferenças de idade, gênero, preferências políticas, classe, religião ou outras variáveis, os valores culturais geralmente diferem dentro de um único grupo social como família ou um grupo de enfermeiras. Da mesma forma, para os pacientes, membros da família e membros da equipe de saúde, cultura é um processo pelo qual atividades normais, como cumprimentar outra pessoa ou escolher um médico assume um significado emocional e moral além daquele que aparece na superfície (Kleinman, 2013). Pense na complexidade da cultura e visões de mundo. Perceba a necessidade de desenvolver suas competências de realizar avaliações e intervenções culturais que lhe permitirão negociar com sucesso as várias visões de mundo presentes nos encontros com pacientes e famílias (e frequentemente com outros membros da equipe). Mais importante é lembrar-se de que o centro dessa negociação é o cuidado compassivo. Talvez seja útil pensar a respeito desses encontros como trocas de presentes entre indivíduos cujo relacionamento mútuo realmente importa (Kleinman, 2013). Durante esses encontros, os participantes não trocam apenas informações, mas também o reconhecimento, a presença e a afirmação (Kleinman, 2013).

Competências e Intervenções

É necessário que a enfermeira desenvolva competências de avaliação e seja capaz de proporcionar intervenções culturalmente congruentes para se tornar culturalmente competente. A fim de prestar um cuidado centrado no paciente culturalmente competente, a enfermeira deve saber como coletar dados culturais relevantes sobre o(s) problema(s) de saúde de apresentação do paciente e depois como usar esses dados (Campinha-Bacote, 2011). É crucial para o sucesso que a enfermeira seja capaz de conduzir uma avaliação cultural sistemática, comunicar-se com eficiência e ter competência para lidar com sucesso com as diferentes visões de mundo dos outros.

Avaliação Cultural

O objetivo de uma avaliação cultural é obter informações acuradas de um paciente que permitam à enfermeira formular um plano de

cuidados mutuamente aceitável e culturalmente relevante para cada problema de saúde do paciente (Campinha-Bacote, 2011). As enfermeiras precisam ter habilidades para realizar uma avaliação sistemática cultural de indivíduos, grupos e comunidades referentes às suas crenças culturais, valores e práticas. Existem numerosos modelos e ferramentas para facilitar essa avaliação, incluindo o Modelo do Sol Nascente de Leininger (2002), Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar (2002) e o Modelo de Competência Cultural de Purnell (Purnell, 2002). Independentemente de qual seja escolhido, o uso de um modelo de avaliação cultural ajudará a enfermeira a se concentrar na informação mais relevante para os problemas de seu paciente. Esse modelo também a ajudará a entender melhor os fatores complexos que influenciam a visão de mundo cultural de seu paciente. Será necessário avaliar e interpretar a perspectiva do paciente durante a coleta de dados. Faça perguntas abertas, focadas e contrastadas. Incentive seus pacientes a descrever os valores, crenças e práticas que são significativos para os cuidados a eles. Perguntas culturalmente orientadas são de natureza ampla e exigem mais aprendizagem sobre as narrativas pessoais do paciente (Quadro 9-4).

Uma abordagem eficaz na coleta de dados é fazer perguntas que ajudem a enfermeira a compreender o **modelo explanatório** do paciente — suas visões sobre saúde e enfermidade e sobre seu tratamento. Há cinco perguntas na maioria dos modelos explanatórios: etiologia, tempo e modo de início dos sintomas, fisiopatologia, curso da doença (incluindo gravidade e tipo de papel do doente) e o tratamento de um episódio de doença. A compreensão das percepções que o paciente tem desses conceitos e a relação entre essas percepções ajuda a enfermeira a prestar cuidados centrados no paciente combinando os valores e as crenças dele com as perspectivas da enfermeira. O uso de um modelo cultural durante a coleta de dados (como o da Fig. 9-3, que integra o modelo explanatório de Kleinman com a Analogia do *Iceberg* discutida anteriormente) ajudará a enfermeira a desenvolver perguntas abertas que revelem efetivamente as visões de seu paciente sobre a doença (Kleinman e

Benson, 2006). A Tabela 9-1 resume e contrasta o modelo explanatório de doença do paciente com modelo explanatório biomédico de doença (Lynch e Medin, 2006).

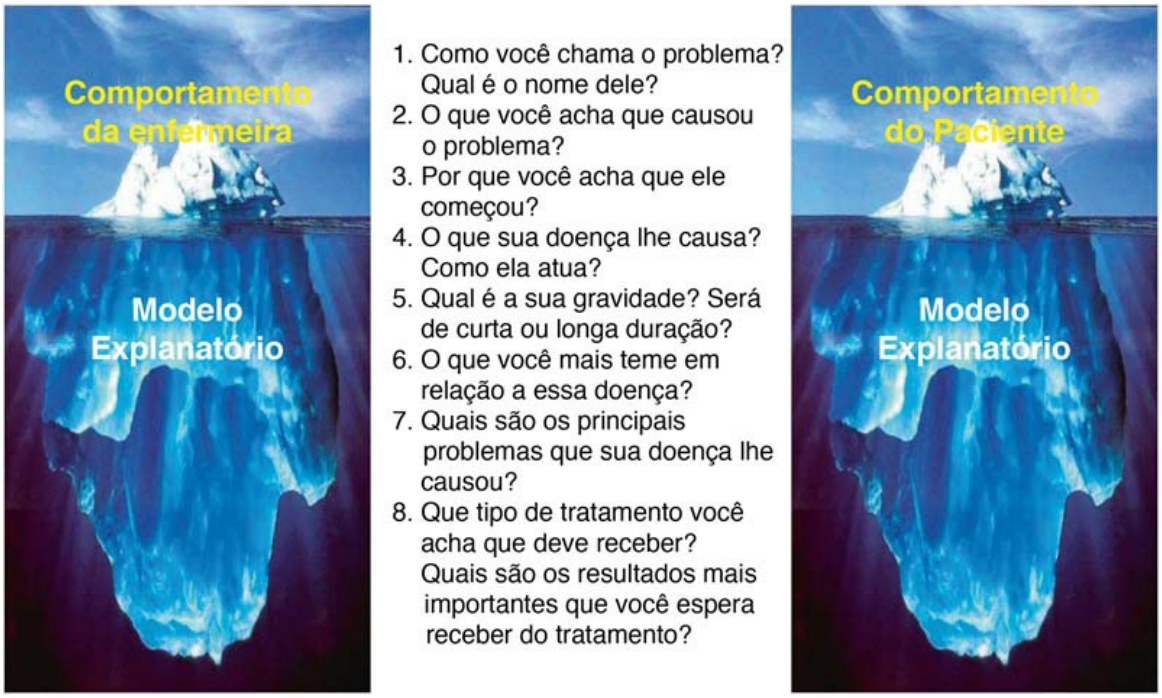


FIGURA 9-3 Modelo Cultural que integra o modelo explanatório de Kleinman à Analogia do *Iceberg*. (Copyright © 2011 Barnes-Jewish Hospital Center for Diversity and Cultural Competence.)

Tabela 9-1
Comparação do Modelo Explanatório

Modelo Explanatório do Paciente	Modelo Explanatório Biomédico
O que você chama de seu problema? Qual é o nome dele?	Etiologia
O que você acha que causou o seu problema? Por que você acha que ele começou?	Tempo e modo de início
O que você acha que sua doença lhe faz? Como essa doença age em seu corpo?	Fisiopatologia
O que vai acontecer com você? O que você mais teme sobre sua doença? Quais são as principais doenças que sua doença lhe causou?	Curso da doença (incluindo a gravidade e a trajetória dos sintomas: aguda, crônica, debilitantes)

Como sua doença deve ser tratada?	Tratamento recomendado

Adaptada de Lynch E, Medin D: Explanatory models of illness: study of within-culture variation, *Cogn Psychol* 53(4):285, 2006.

Ao contrário das abordagens-padrão à coleta de dados de saúde, a coleta de dados culturais é invasiva e pode levar mais tempo para ser conduzida, porque requer a formação de um relacionamento de confiança entre os participantes. Geralmente, ocorre falha de comunicação em transações interculturais. Isso ocorre por causa das diferenças de comunicação verbal entre os participantes além de diferenças na interpretação dos comportamentos do outro. Você pode usar habilidades de comunicação transcultural para compreender melhor o comportamento do paciente e se comportar de maneira culturalmente congruente. A comunicação eficaz é uma competência crítica na prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Numerosos autores desenvolveram a coleta mnemônica de dados culturais e ferramentas de planejamento. Os mnemônicos, ou auxílios da memória, oferecem à enfermeira uma opção diferente para facilitar a realização de avaliação e uma comunicação eficaz com os pacientes sobre o seu plano de cuidado (Quadro 9-5). Os mnemônicos a ajudam a se lembrar dos passos de cada técnica de comunicação. Por exemplo, se você usar o mnemônico em inglês LEARN, seu primeiro passo é escutar (***l****isten*) a explicação ou história do paciente sobre o problema atual. Então você **e**xplica com base na percepção sobre o problema do paciente, seja fisiológico, psicológico ou cultural. Em seguida, você reconhece (***a****cknowledge*) as semelhanças e diferenças entre as duas percepções. É importante reconhecer as diferenças, mas construir sobre as semelhanças (Campinha-Bacote, 2011). O quarto passo envolve ***r***ecomendações que incluam o paciente e a família, quando apropriado. O último passo, então, é a ***n***egociação de um plano centrado no paciente mutuamente consentido e culturalmente orientado. Lembre-se, a avaliação cultural e o planejamento de cuidados exigem um nível de negociação. Leininger (2006) descreve uma negociação de cuidados culturais como ações ou decisões assistenciais, acomodações, facilitadoras ou cuidados criativos que capacitam o profissional a ajudar pessoas com diferentes experiências

a se adaptar ou a negociar com os outros para que os cuidados sejam culturalmente congruentes.

Quadro 9-5 Técnicas de Comunicação com o Uso de Mnemônicos

Técnica de Comunicação	Processo
LEARN	
Berlin EA, Fowkes WC Jr: A teaching framework for cross-cultural health care, *West J Med* 139(6):934, 1982	Ouça (***L****isten*) com empatia, compreendendo a percepção que o paciente tem do problema. ***E*** xplique suas percepções do problema (fisiológica, psicológica, espiritual e/ou cultural). Reconheça (***A****cknowledge*) e discuta diferenças e similaridades culturais entre você e o seu paciente. ***R*** ecomende o tratamento (envolvendo o paciente). ***N*** egocie um acordo (incorpore aspectos selecionados da cultura do paciente ao plano centrado no paciente).
RESPECT	
Bigby JA, editor: *Cross-cultural medicine*, Philadelphia, 2003, American College of Physicians, p. 20.	Sintonia (***R****apport*) • Conecte-se em um nível social. • Procure o ponto de vista do paciente. • Tente de maneira consciente suspender o julgamento. • Reconheça e evite fazer suposições. ***E***mpatia • Lembre-se de que o paciente veio até você para obter ajuda. • Busque e compreenda a razão para os comportamentos ou doença do paciente. • Reconheça verbalmente e legitimize os sentimentos do paciente. Apoio (***S****upport*) • Pergunte a respeito e tente compreender as barreiras aos cuidados e à adesão. • Ajude o paciente a superar as barreiras oferecendo-lhe recursos. • Envolva os membros da família, se apropriado. • Tranquilize o paciente de que você

	está, e estará, disponível para ajudá-lo. ***P*** arceria • Seja flexível em relação aos problemas de controle. • Negocie papéis, quando necessário. • Enfatize que vocês estarão trabalhando juntos para lidar com os problemas médicos. ***E***xplicações • Verifique com frequência quanto à compreensão. • Use técnicas de esclarecimento verbal. ***C***ompetência Cultural • Respeite o paciente e sua cultura e crenças. • Compreenda que a visão do paciente sobre você pode ser influenciada pelos estereótipos. • Esteja ciente de seus próprios preconceitos e pressuposições. • Conheça suas limitações na abordagem aos problemas médicos ao longo das culturas. • Compreenda seu estilo pessoal e reconheça quando ele pode não estar funcionando para um determinado paciente. Confiança (***T***rust) • A autorrevelação pode ser difícil para alguns pacientes. • Não suponha que há confiança; em vez disso, use o tempo que for necessário e trabalhe para obter confiança.
ÉTHNIC	
Levin S, Like, R, Gottlieb J: *ETHNIC: a framework for culturally competent clinical practice*. New Brunswick, NJ, 2000, Department of Family Medicine, UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School.	***E****xplicação* – O paciente explica sua percepção do problema, ou você pergunta quais são as principais preocupações do paciente. ***T****ratamento* – Que tipos de tratamentos o paciente tentou para o problema? *Curadores (**H**ealers)* – O paciente procurou conselho de profissionais de saúde alternativos? ***N****egocie* – Tente encontrar uma opção que seja mutuamente aceitável. ***I****ntervenção* – Chegue a um acordo sobre a intervenção adequada, o que pode incorporar tratamentos alternativos. ***C****olaboração* – Inclua o paciente, os membros da família e outros profissionais de saúde, curadores e recursos da comunidade.

C-LARA	
C-LARA foi desenvolvido pela organização Love Makes a Family; *C* (cheque seu pulso) – o acréscimo do C é contribuição da organização Nonviolent Peaceforce.	Acalme-se (***C****alm yourself down*). Respire fundo. Cheque seu pulso. Ouça (***L****isten*) qual é a perspectiva do paciente da família. ***A****firme:* Expresse conexão com algo que foi compartilhado: um sentimento, uma perspectiva, um princípio. ***R****esponda:* Ao que foi dito. Responda à pergunta. ***A****crescente:* Compartilhe informações adicionais para o paciente e para consideração da família. Nesse passo, você pode educar.

Competência Linguística

Competência linguística é a capacidade de uma organização e sua equipe de se comunicar com eficiência e transmitir informações de tal forma que sejam de fácil compreensão para diversos ouvintes. Esses ouvintes incluem indivíduos de limitada proficiência no vernáculo, aqueles com precárias habilidades de alfabetização ou não alfabetizados, indivíduos com deficiências e os surdos ou com dificuldade auditiva. A competência linguística requer recursos organizacionais (p.ex., recursos educacionais destinados a um nível de leitura de sexta série ou inferior, intérpretes) e os profissionais capazes de responder com eficiência às necessidades de saúde e letramento em saúde mental das populações atendidas. Um serviço importante que as organizações de saúde devem oferecer é o de intérpretes.

A maioria dos profissionais de saúde e praticamente todas as organizações de saúde em toda a nação americana estão sujeitos às leis federais de direitos civis. Essas leis americanas delineiam os requisitos para a provisão de acesso a serviços linguísticos. Também ajudam a assegurar o acesso significativo aos cuidados de saúde de indivíduos com limitada proficiência em inglês (LEP) e oferecem serviços eficazes de comunicação para os indivíduos surdos ou com dificuldade auditiva (TJC, 2013). Como enfermeira, é fundamental ter conhecimento de leis que exigem que as organizações de saúde façam o seguinte:

- Ofereçam serviços gratuitos de auxílio linguístico em todos os pontos de contato para todos os pacientes que falam um português limitado ou são surdos
- Notifiquem os pacientes, tanto verbalmente como por escrito, sobre seu direito de receber serviços de auxílio linguístico
- Adotem medidas para fornecer auxílios e serviços auxiliares, incluindo intérpretes qualificados, anotadores, serviços de transcrição assistidos por computador e materiais escritos
- Assegurem que os intérpretes sejam competentes em terminologia médica e compreendam problemas de confidencialidade e imparcialidade

Não use os familiares do paciente ou outros profissionais como seus intérpretes. A dinâmica cultural, a falta de habilidade de interpretação, o precário letramento em saúde e o preconceito podem levar a uma interpretação imprecisa. O Quadro 9-6 apresenta diretrizes para trabalhar de maneira efieciente com um intérprete.

Quadro 9-6 Trabalho com Intérpretes

Se o paciente precisar de um intérprete, não peça aos familiares ou amigos dele, ou a outros profissionais de saúde sem treinamento para servirem de intérpretes médicos para ajudar na comunicação. Em vez disso, solicite um intérprete com treinamento médico. O intérprete pode estar disponível pessoalmente ou via tecnologia, como por meio de viva-voz ou vídeo. Durante cada encontro:

- Apresente-se ao intérprete e descreva brevemente a finalidade da reunião.
- Determine as qualificações do intérprete.
- Certifique-se de que o intérprete fale a língua do paciente ou tenha um nível adequado de certificação no caso de uso da Linguagem Brasileira de Sinais.
- Considere o possível impacto das diferenças de condições educacional e socioeconômico entre o paciente e o intérprete.
- Certifique-se de que tanto o paciente como o intérprete sejam compatíveis e que ambos compreendam as expectativas do papel

do intérprete.

- Apresente o intérprete ao paciente.
- Não espere que o intérprete faça uma interpretação de palavra por palavra das suas afirmativas. Embora ele deva assegurar que tudo o que foi dito seja interpretado, pode ser necessário que ele use um número maior ou menor de palavras para transmitir o significado de sua conversa com o paciente.
- Se você perceber que a interpretação não está indo bem, pare e aborde a situação diretamente com o intérprete.
- Dê um ritmo à sua fala usando frases curtas, mas sem quebrá-las. Dê tempo para que a resposta do paciente seja interpretada.
- Direcione suas perguntas ao paciente. Olhe para o paciente, e não para o intérprete.
- Peça *feedback* e esclarecimento ao paciente a intervalos regulares.
- Observe os comportamentos verbais e não verbais do paciente.
- Agradeça o paciente e o intérprete.

Letramento em Saúde

O conceito de competência linguística engloba tanto a alfabetização ou letramento em saúde como a limitada proficiência em português. Para a escolha de um estilo de vida saudável, saber como procurar cuidados médicos e aproveitar as medidas de cuidados preventivos requer pessoas para compreender e usar as informações de saúde. O letramento em saúde é a capacidade de obter, processar e compreender as informações de saúde necessárias para tomar decisões de saúde informadas (Office of Disease Prevention and Health Promotion, n.d.). Estudos mostram que o letramento em saúde tem efeitos diretos sobre os resultados de saúde, o que vincula os maus resultados de saúde a uma alfabetização ou letramento limitado em saúde (Berkman et al., 2011; Cho et al., 2008; DeWalt et al., 2004). Mais especificamente, o letramento em saúde mais deficiente tem sido associado a maior risco de mortalidade em idosos, a precária capacidade do paciente para demonstrar que toma suas medicações

de maneira apropriada, a menor capacidade de interpretar etiquetas e mensagens de saúde e a mau estado de saúde geral entre idosos (Berkman et al., 2011). Nos Estados Unidos, aproximadamente nove em dez pessoas enfrentam desafios com o uso de informações sobre cuidados de saúde (NCES, 2006). Os pacientes especialmente vulneráveis são idosos (+ de 65 anos), imigrantes, pessoas de baixa renda, as que não têm diploma de nível médio ou desenvolvimento da educação geral e aquelas com condições de saúde mental e/ou físicas crônicas (AMA, 2007).

As mensurações do letramento em saúde geralmente usadas incluem medidas de alfabetização, como o Teste de Estimativa Rápida de Letramento de Adulto em Saúde (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine/ REALM), que é um teste de identificação de palavras; e o Teste de Letramento Funcional em Saúde de Adultos (Test of Functional Health Literacy in Adults/TOFHLA), que mede as habilidades de leitura e matemática. Nenhum instrumento padrão-ouro se encontra disponível atualmente para uma avaliação adequada do conceito mais global de letramento em saúde, incluindo as interações de habilidades de leitura, habilidades matemáticas e de linguagem oral (Berkman et al., 2011). No entanto, os pesquisadores estão começando a desenvolver instrumentos mais específicos de letramento em saúde (p.ex., Newest Vital Sign, Diabetes Numeracy Test) que se enquadram em contextos de saúde específicos e avaliam as habilidades relacionadas com a condição clínica (Berkman et al., 2011). Curiosamente, em um estudo envolvendo pacientes no sistema Veterans Administration (VA), a única pergunta, "Quão confiante você se sente preenchendo formulários médicos para si mesmo?", mostrou alta correlação com a capacidade de detecção de um letramento em saúde inadequado (Chew et al., 2008).

Ensine-me de Volta ou Mostre-me (Teach Back)

A evidência sugere que os profissionais de saúde que estão atentos tanto ao letramento em saúde quanto às diferenças culturais ajudam a reduzir os erros médicos e a melhorar a adesão do paciente, a comunicação paciente–profissional de saúde–família e os resultados

dos cuidados tanto em níveis individuais como populacionais (Lie et al., 2012). Uma comunicação clara é essencial para a prestação efetiva de cuidados seguros e de qualidade, porém a maioria dos pacientes enfrenta desafios significativos quando se comunicam com seus profissionais de saúde. O método Ensine-me de Volta é uma intervenção que ajuda a enfermeira a confirmar que ela explicou o que o paciente precisa saber da maneira que ele entende. Esta técnica é um processo contínuo de solicitar o *feedback* dos pacientes por meio de sua explicação, ou demonstração, e apresentação das informações recebidas de uma nova maneira até a enfermeira se sentir confiante de que fez uma comunicação clara e que o paciente compreendeu completamente as informações que ela lhe deu (Fig. 9-4) (Cap. 25). Use também a técnica Ensine-me de Volta para ajudá-la a identificar as explicações e as estratégias de comunicação que quase sempre os seus pacientes compreendem (AHRQ, 2013b).

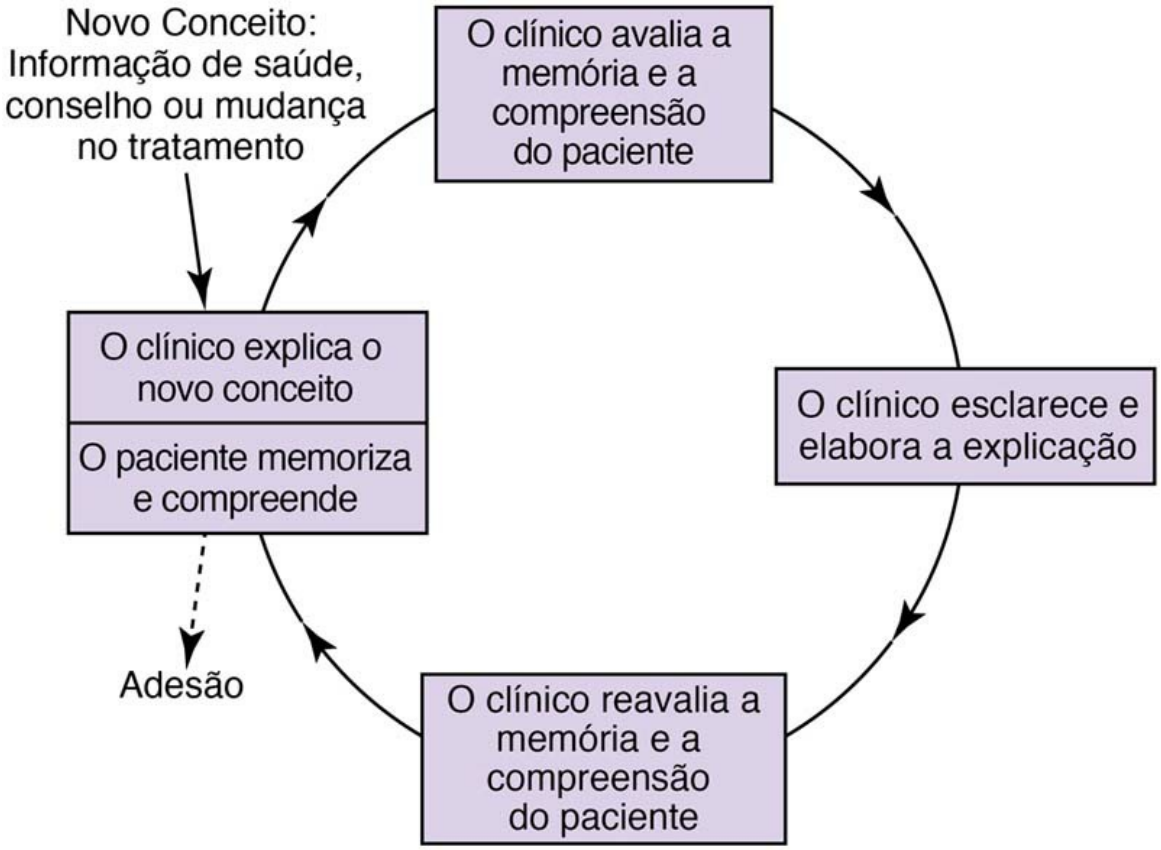


FIGURA 9-4 Usando a técnica Ensine-me de Volta para

fechar o circuito. (De U.S. Health Resources and Services Administration.)

Ao usar a técnica Ensine-me de Volta, não pergunte ao paciente: "Você entendeu?" ou "Você tem alguma pergunta?" Em vez disso, faça perguntas abertas para verificar a compreensão dele. Pode-se fazer perguntas das seguintes maneiras.

- "Eu partilhei muitas informações a serem lembradas. Por favor, agora você me explica de volta para eu ter certeza de que lhe dei as informações necessárias para cuidar bem de si mesmo."
- "O que vai dizer à sua esposa (ou marido/parceiro/filho) sobre as mudanças que fizemos em suas medicações hoje?"
- "Hoje vimos muitas informações sobre como você pode mudar sua dieta, e quero me certificar de que lhe expliquei tudo claramente. Em suas próprias palavras, por favor repasse tudo o que falamos. Como você vai fazer tudo isto funcionar na prática em sua casa?"

É importante compreender que a técnica Ensine-me de Volta não pretende testar o paciente, mas confirmar a clareza da comunicação da enfermeira (AHRQ, 2013b). Muitos pacientes ficam envergonhados por sua incapacidade de ordenar as informações ou orientações de saúde. Ao considerar a técnica Ensine-me de Volta como um teste de suas habilidades de comunicação, a enfermeira assume a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso da interação e cria um ambiente sem constrangimentos para os seus pacientes.

A seguir, algumas dicas úteis a considerar quando se tenta usar o método Ensine-me de Volta.

- *Planeje sua abordagem*. Pense em como vai pedir ao seu paciente para ensiná-la de volta de uma maneira livre de constrangimentos. Lembre-se de que algumas situações não são apropriadas para o método Ensine-me de Volta (AHRQ, 2013b).
- *Use folhetos, imagens* e *modelos* para reforçar suas instruções (AHRQ, 2013b).
- *Esclareça*. Se o paciente não conseguir se lembrar ou não repetir com clareza as suas instruções, esclareça as informações que lhe foram dadas e deixe que ele a ensine novamente. Faça isso até o paciente ser capaz de ensiná-la com as próprias palavras sem simplesmente repetir o que você lhe disse (AHRQ, 2013b). Entenda

o método Ensine-me de Volta como um processo de "fechar o ciclo" (Fig. 9-4).

- *Pratique.* Embora leve algum tempo para se acostumar com o método Ensine-me de Volta, estudos mostram que sua realização não exige tempo depois que ele se torna uma parte de sua rotina (AHRQ, 2013b).

Encontros Culturais

O encontro cultural é uma intervenção que envolve diretamente a enfermeira que interage com pacientes de diversas formações culturais (Campinha-Bacote, 2011). O uso de um relacionamento empático, terapêutico e culturalmente congruente reduzirá a probabilidade de conflito quando a enfermeira participa de tais encontros. Um encontro cultural permite novas formas de identidade comunitária e coletiva entre a enfermeira e seus pacientes. Campinha-Bacote (2011) descreve dois objetivos de um encontro cultural: (1) gerar uma ampla variedade de respostas para enviar e receber comunicação verbal e não verbal de forma acurada e apropriada, e (2) interagir continuamente com pacientes de diversas formações culturais a fim de validar, refinar ou modificar valores, crenças e práticas existentes bem como desenvolver desejo cultural, consciência, habilidade e conhecimento. O desafio é ser capaz de mostrar compaixão, especialmente em caso de se desenvolver um conflito transcultural. No entanto, o conflito dá à enfermeira uma excelente oportunidade para desenvolver compaixão e compartilhar o sofrimento de outrem a fim de alcançar melhores resultados de saúde para seus pacientes. Um encontro centrado no paciente e culturalmente competente deve ser visto como uma situação de "ganho e perda" tanto para o paciente como para a enfermeira. Tal encontro resolve efetivamente o conflito cultural evitando uma situação de "ganho ou perda" para o paciente ou para a enfermeira e, em vez disso, em uma situação de "ganho-perda/ganho-perda" em que os valores do paciente e da enfermeira são respeitados (Campinha-Bacote, 2011).

Desejo Cultural

É fácil evitar os encontros culturais com os pacientes. O tempo, o nosso desconforto pessoal na comunicação com os outros que são "diferentes" e o foco nas prioridades de cuidado físico são apenas alguns dos fatores que podem limitar os encontros com os pacientes. O desejo cultural é a motivação de um profissional de saúde em "querer" — e não "ter que" — participar do processo de se tornar culturalmente competente (Campinha-Bacote, 2011). Envolve uma inclinação natural para participar do processo de competência cultural que se caracteriza por paixão, comprometimento e cuidado. Uma enfermeira eticamente responsável deve admitir a importância da competência cultural e aplicar os princípios aos encontros diários com o paciente.

Dentro das organizações de saúde hoje, estão ocorrendo mais mudanças para integrar os princípios de competência cultural aos processos e práticas organizacionais diários. As agências reguladoras de cuidados de saúde, grupos de reflexão nacional e agências governamentais esperam que as organizações de saúde incorporem a competência cultural às políticas e práticas para assegurar uma comunicação efetiva, a segurança do paciente e a qualidade, bem como os cuidados centrados no paciente. Exemplos dessas políticas organizacionais e práticas incluem:

- Instituir o requisito de que toda a equipe seja treinada em competência cultural.
- Incorporar uma ampla descrição de família em políticas escritas.
- Expandir as políticas e práticas de visitação para incluir as preferências do paciente.
- Exigir que a equipe de enfermagem conduza e documente uma avaliação cultural de todos os pacientes dentro do sistema de documentação clínica.
- Assegurar que as pessoas surdas ou que falem um português limitado tenham acesso a um intérprete.
- Incorporar princípios de letramento em saúde à comunicação escrita e verbal.
- Coletar informações de raça, etnia e linguagem dos pacientes à

admissão e estratificar os dados de resultados por meio desses e de outros indicadores demográficos para identificar disparidades de cuidados.

- Usar dados estratificados de resultados para melhorar a saúde das populações.

Medidas essenciais

A The Joint Commission (TJC) e os Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) são dois dos muitos órgãos reguladores que mantêm os profissionais de saúde responsáveis pela consideração das perspectivas culturais únicas dos pacientes para prestar cuidados seguros e de qualidade. Para melhorar os resultados de saúde, TJC e CMS desenvolveram uma série de padrões de cuidados cientificamente pesquisados, baseados em evidências, chamados de *medidas essenciais* (TJC, 2013). As **medidas essenciais** são os indicadores-chave de qualidade que ajudam as instituições de saúde a melhorar o desempenho, aumentar a contabilidade e reduzir os custos. Todas as medidas essenciais, como a triagem para depressão e o controle da pressão arterial alta, são compatíveis com as prioridades nacionais de saúde. Elas representam condições clínicas, como insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, pneumonia e infecções no local cirúrgico. A expectativa é de que a observância desses padrões de cuidados em escala nacional reduza mortalidade, complicações e reinternações do paciente (Chassin et al., 2010; VanSuch et al., 2006).

Além disso, as medidas essenciais destinam-se a reduzir as disparidades de saúde. De acordo com o relatório National Health Care Disparities Report de 2013, negros e hispânicos receberam cuidados piores que os brancos em cerca de 40% das medidas de qualidades; índios americanos e nativos do Alasca receberam piores cuidados que os brancos em cerca de 30% das medidas essenciais; os asiáticos receberam piores cuidados que os brancos em cerca de 25% das medidas essenciais; indivíduos pobres receberam piores cuidados que os de alta renda em cerca de 60% das medidas essenciais (AHRQ, 2013a).

Embora a maioria das disparidades de qualidade sejam significativamente piores em algumas populações, em comparação com os pacientes brancos, há algumas melhoras nesses resultados, uma vez que se concentram mais e mais esforços na abordagem a

essas disparidades. O Quadro 9-7 apresenta um exemplo de um esforço bem-sucedido de melhora de qualidade focado na equidade e um processo baseado em evidência para conduzir a melhora da qualidade focada na equidade. O relatório National Health Care Disparities Report de 2013 identificou que o número de disparidades que estão se tornando menores excedeu o número daquelas que estão aumentando para negros, hispânicos, asiáticos e indivíduos com condições socioeconômicas mais baixas (AHRQ, 2013a).

Quadro 9-7

Prática baseada em evidências

Melhora da Qualidade Centrada na Equidade

Questão PICO: Qual é o processo de melhora da qualidade (MQ) mais eficaz que as enfermeiras podem usar para eliminar disparidades nos resultados de um paciente em sua unidade?

Resumo de Evidências

As disparidades de cuidados de saúde persistem e indicam uma clara desigualdade na qualidade dos cuidados baseada em raça, etnia, orientação sexual, condições socioeconômicas e outros acessos de identidade social. No entanto, são limitadas as evidências de intervenções MQ que diminuíram com sucesso as disparidades devido aos muitos desafios no desenvolvimento, implementação e estudo de MQ em populações vulneráveis ou em ambientes com escassos recursos (Lion e Raphael, 2015). Além disso, as intervenções para MQ gerais destinadas a melhorar a qualidade como um todo (em contraposição a visar às necessidades específicas da população que sofre as disparidades) podem não melhorar as disparidades e, em alguns casos, podem aumentá-las se houver maior captação ou eficiência da intervenção na população com melhores resultados na linha basal (Lion e Raphael, 2015). Planejar esforços para uma MQ centrada na equidade é a chave para eliminar as disparidades de cuidados de saúde.

Em um estudo recente, os pesquisadores usaram a vigilância da tecnologia de informação (TI) para identificar e rastrear os pacientes com triagem atrasada para câncer colorretal (CCR) a fim de reduzir as disparidades socioeconômicas de sua triagem (Berkowitz et al., 2015). O CCR é a terceira principal causa de mortalidade por câncer em homens e mulheres, podendo ser prevenido com eficácia por meio de diferentes estratégias de triagem (Berkowitz et al., 2015). Os pesquisadores implementaram esse primeiro esforço em 18 locais de prática de cuidados primários, incluindo quatro centros de saúde comunitária no âmbito de uma rede de pesquisa centrada na prática e nas proximidades de Boston. Depois que os pesquisadores descobriram que a finalização da triagem de CCR era menor para os pacientes que não haviam terminado o Ensino Médio que para aqueles que terminaram, eles contataram os pacientes identificados por carta ou telefone. Além disso, pacientes em alto risco receberam serviços do modelo de cuidados centrados no paciente chamado *patient navigation*. A intervenção resultou em um aumento de 3% na triagem geral do CCR e reduziu modestamente a disparidade da triagem entre os indivíduos com um nível educacional inferior. Embora os pesquisadores alcançassem somente uma modesta redução das disparidades, a intervenção demonstrou melhora geral da triagem do ponto de vista de saúde da população (Paluri, 2015). Esse estudo serve como exemplo de que esforços para MQ centrada na equidade podem abordar qualidade e equidade.

O programa nacional Finding Answers (encontrando respostas), da Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) vem pesquisando estratégias e intervenções para eliminar disparidades nos resultados educacionais. Após conduzir 12 revisões sistemáticas da literatura e patrocinar 33 projetos inovadores de pesquisa, o Finding Answers recomendou um roteiro para as organizações procurarem implementar os esforços para MQ centrada na equidade e eliminar disparidades dos resultados de saúde (Clarke et al., n.d.).

Aplicação à Prática de Enfermagem

Estratégias emergentes baseadas em evidências podem ajudar as organizações de saúde a trabalhar no sentido de reduzir as disparidades dos resultados de saúde. O roteiro oferece uma abordagem abrangente para se alcançar a equidade. Use os seis passos seguintes descritos no roteiro de seis passos, *A Roadmap and Best Practices for Organizations to Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Care* (Chin et al., 2012), com o objetivo de implementar MQ centrada em equidade na sua prática:

1. *Identifique as disparidades e se comprometa em reduzi-las.* A lei Affordable Care Act torna uma prioridade a coleta de dados sobre o desempenho da organização de saúde por raça, etnia e linguagem (REL). A competência cultural vai melhorar sua capacidade de avaliar as disparidades ao paciente.
2. *Implemente estrutura e processo de melhora da qualidade básica.* Um processo contínuo necessário para que uma organização de cuidados de saúde construa intervenções. A equipe de enfermagem tem um papel na identificação de oportunidades para melhorar as abordagens práticas para grupos de pacientes vulneráveis.
3. *Faça da equidade um componente integrante dos esforços para melhora da qualidade*. É necessário que as organizações de cuidados de saúde pensem nas necessidades dos pacientes vulneráveis atendidos quando planejarem intervenções para melhorar os cuidados ao paciente.
4. *Planeje a(s) intervenção(ões).* As intervenções devem ser planejadas com o uso de estratégias baseadas em evidências; porém, elas devem ser elaboradas para se adaptar à população de pacientes e ao contexto. Devem visar a um ou mais níveis adequados de influência (i.e., o paciente, o prestador de serviços, o microssistema, a organização, a comunidade ou a política).
5. *Implemente, avalie e ajuste a(s) intervenção(ões)*. As organizações devem iniciar pela implementação de uma mudança em pequena escala (teste-piloto), aprendendo com cada teste e aperfeiçoando a intervenção através dos ciclos de melhora do

desempenho (p.ex., planeje, faça, estude e aja) (*Plan, do, study, act*/ PDSA) (Cap. 5). Esse processo ajudará as organizações a se prepararem para a implementação em escala mais ampla

6. *Manter a(s) intervenção(ões).* Qualquer mudança nas práticas deve ser continuamente avaliada para assegurar que as intervenções recomendadas sejam mantidas.

Enfermeiras e outros profissionais de saúde precisam estar familiarizados com a maneira como as políticas e forças institucionais permitem ou inibem sua capacidade de prestar cuidados seguros e de alta qualidade, culturalmente competentes, centrados no paciente, a todos. Quando as políticas impedem a prestação de cuidados eficazes, a enfermeira e seus colegas devem defender a mudança de política.

Pontos-chave

- Disparidades de acesso à qualidade dos cuidados de saúde, prevenção de saúde e educação em saúde contribuem para a má saúde da população.
- Os sistemas e os profissionais de saúde contribuem para o problema das disparidades de saúde em consequência de recursos inadequados, má comunicação paciente–profissional de saúde, falta de cuidados culturalmente competentes, prestação de cuidados fragmentados e acesso inadequado aos serviços linguísticos.
- Profissionais de saúde e organizações culturalmente competentes podem contribuir para a eliminação das disparidades de saúde.
- A evidência atual mostra que abordar o limitado letramento de saúde e as diferenças culturais geralmente reduz os erros médicos e melhora a adesão, a comunicação paciente–profissional de saúde–família e os resultados dos cuidados.
- O desejo cultural envolve uma inclinação natural para participar do processo de competência cultural que se caracteriza por entusiasmo, comprometimento e cuidados.
- A cultura e as experiências de vida da pessoa moldam sua visão

de mundo sobre saúde, doença e cuidados de saúde.

- Uma abordagem eficaz à coleta de dados do paciente é usar um modelo explanatório do paciente em vez de um modelo biomédico tradicional para revelar as visões do paciente sobre doença
- Tornar-se culturalmente competente é um processo contínuo de longo prazo para um profissional de saúde.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Uma enfermeira entra na sala de exames do serviço de emergência e se encontra com uma paciente de 29 anos que perdeu suas últimas consultas de acompanhamento. A enfermeira nota pelo prontuário médico que a paciente tem hipertensão arterial que o médico diz estar tentando controlar. A paciente acabou de falar com o seu médico, o qual saiu da sala frustrado, porque ela não está tomando a medicação prescrita. A paciente confronta a enfermeira, dizendo, "Estou cansada de ser tratada dessa maneira; ninguém se importa. Preciso encontrar outro médico!" Usando o mnemônico C-LARA, una a resposta da enfermeira com a letra correta correspondente do mnemônico.

1. C _ _ _ _ 2. L _ _ _ _ 3. A _	a. A enfermeira reconhece que é absolutamente razoável que os pacientes esperem que seus profissionais de saúde cuidem de suas situações; e que é decepcionante para os pacientes quando eles têm experiências que os fazem se sentir como se não fossem cuidados. b. A enfermeira usa a técnica de relaxamento antes de responder às preocupações da paciente. Tem calma. Respira fundo. Checa seu pulso. c. A enfermeira diz: "Quero ajudá-la. Farei isso melhor se me disser o que está dificultando sua vinda às consultas e a administração da medicação diária." d. A enfermeira mantém o contato ocular e deixa a paciente discutir sua perspectiva, enquanto permanece atentamente silenciosa. e. A enfermeira explica: "O que quero que você entenda é que sua medicação para pressão arterial só vai funcionar se você tomar a mesma quantidade todos os dias. Suas consultas de acompanhamento são importantes para podermos manter sua pressão arterial sob controle. Vou conseguir uma assistente social para ajudá-la a entender esses problemas de transporte ou ver se podemos encontrar um médico mais próximo de sua casa."

4. R_____	
5. A_____	

2. Quais das seguintes alternativas são consideradas determinantes sociais de saúde? (Selecione todas as que se aplicam.)
    1. Falta de profissionais de saúde da atenção primária em uma área residencial
    2. Educação de má qualidade em escola pública, impedindo que a pessoa desenvolva habilidades adequadas de leitura
    3. Falta de acesso a serviço de saúde ou cobertura limitada do seguro de saúde.
    4. Oportunidades de emprego que não proporcionam férias ou saídas por doença remuneradas
    5. O número de vezes que a pessoa se exercita durante a semana
    6. Uma vizinhança insegura que impede que a pessoa dê voltas pelo quarteirão ou se socialize com os vizinhos
3. Qual das seguintes mudanças pode ajudar a enfermeira a criar um ambiente mais inclusivo para pacientes lésbicas, *gays*, bissexuais e transgêneros (LGBT)? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Incluir explicitamente a orientação sexual e a identidade de gênero nas políticas de não discriminação
    2. Exibição de arte que reflete a comunidade LGBT
    3. Modificar formulários de cuidados de saúde para dar oportunidades de revelação da identidade de gênero e orientação sexual
    4. Não perguntar aos pacientes sobre sua identidade de

gênero e orientação sexual para evitar deixá-los desconfortáveis

5. Assegurar o acesso a banheiros unissex ou a boxes com divisórias

4. Qual das seguintes alternativas é exemplo de problemas com o sistema de saúde que contribui para disparidades de saúde? (Selecione todas as que se aplicam.)
    1. Um profissional de saúde supõe que um paciente perdeu duas consultas porque não se importa com a própria saúde e não o questiona sobre as razões para não comparecer às visitas.
    2. A enfermeira de preparação para a alta em um hospital usa o método Ensine-me de Volta com um paciente para assegurar que comunicou claramente as instruções de alta a ele.
    3. Um hospital comunitário não conta com uma equipe adequada de assistentes sociais que sejam capazes de garantir o acesso dos pacientes aos recursos necessários para cuidarem da saúde.
    4. Um hospital dá alta a um paciente sem garantir que ele conte com um profissional de saúde da atenção primária e tenha feito uma consulta de acompanhamento.
    5. Uma enfermeira usa um membro da família como intérprete para explicar as medicações do paciente.
    6. O hospital conduz a melhora da qualidade sem estratificar dados por raça, etnia, linguagem, condições socioeconômicas, orientação sexual e outros eixos de identidades de grupo social.

5. Una cada letra do mnemônico RESPECT com uma afirmação que descreve o conceito que a letra representa.

1. R. ____ 2.	a. Pergunte sobre e tente compreender as barreiras aos cuidados e à adesão, e então ofereça recursos para ajudar o paciente a superá-las, envolvendo os membros da família, se apropriado, e tranquilize o paciente de que você está e estará disponível para ajudá-lo. b. Os pacientes podem ter diferentes razões para não revelar informações importantes. Ganhe a confiança dele por meio de ações e atitudes que demonstrem respeito, compaixão e o seu interesse na parceria. c. Trabalhe em proximidade com o paciente sendo flexível em relação a questões de controle, negociando papéis quando necessário, e enfatizando que você vai trabalhar junto com ele

E. _____ 3. S. _____ 4. P. _____ 5. E. _____ 6. C. _____ 7. T. _____	para abordar os problemas médicos. d. Dê explicações sobre o processo e sobre sua ação, verificando com frequência a compreensão e ao uso de técnicas verbais de clarificação como a Ensine-me de Volta. e. Aborde cada encontro pensando em competência cultural e em como você pode demonstrar respeito pelo paciente e por sua cultura e crenças. f. Aborde o encontro com empatia, lembrando que o paciente veio até você em busca de ajuda. Procure e compreenda a análise lógica do paciente sobre seus comportamentos ou enfermidade, reconhecendo e legitimando verbalmente seus sentimentos. g. Conecte-se em nível social, procurando o ponto de vista do paciente; tente suspender conscientemente o julgamento e evite fazer suposições.

6. Um paciente é admitido pelo serviço de emergência (DE) após um grave acidente automobilístico. A enfermeira avalia-o e rapidamente descobre que ele fala mal o português. Espanhol é sua língua primária. A enfermeira fala um pouco de espanhol. Quais intervenções seriam apropriadas nesse momento? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
   1. A enfermeira solicita um intérprete profissional.
   2. Sendo esta uma situação de emergência, a enfermeira interpretará e identificará as necessidades prioritárias do paciente.
   3. A enfermeira determina as qualificações do intérprete e se

certificará de que o intérprete possa falar o dialeto do paciente.
    4. A enfermeira usa frases curtas para explicar os tratamentos fornecidos no Serviço de Emergência.
    5. A enfermeira direciona as perguntas para o paciente olhando para ele e não para o intérprete.
7. Uma nova enfermeira está cuidando de uma paciente obesa hospitalizada sem moradia. Esta é a primeira vez que ela é admitida ao hospital, e é agendada para cirurgia. Qual das seguintes alternativas é uma competência universal que ajudará a enfermeira a trabalhar com eficiência com essa paciente?
    1. A enfermeira muda seu foco para compreender a paciente, pedindo- lhe: "Descreva para mim o curso de sua doença."
    2. A enfermeira diz à paciente: "Suas escolhas de alimentos e falta de vontade de se exercitar se somam aos seus problemas de saúde."
    3. A enfermeira pede à paciente: "Fale-me sobre os principais problemas de saúde que você teve por não ter um lar."
    4. A enfermeira explica: "Por causa de sua obesidade, é importante saber os efeitos que isso tem sobre a cicatrização de feridas devido à reduzida perfusão tecidual."
8. Qual afirmativa, feita por uma enfermeira recém-graduada sobre a técnica Ensine-me de Volta requer intervenção e mais instruções da enfermeira preceptora?
    1. "Depois de ensinar o paciente a usar um inalador, eu preciso usar a técnica Ensine-me de Volta para testar a compreensão do meu paciente."
    2. "A técnica Ensine-me de Volta é um processo contínuo de pedir um *feedback* aos pacientes."
    3. "O uso da técnica Ensine-me de Volta vai me ajudar a identificar explicações e estratégias de comunicação que meus pacientes compreenderão com mais frequência."
    4. "O uso de figuras, desenhos e modelos pode aumentar a

eficácia da técnica Ensine-me de Volta."

9. Nos Estados Unidos, nunca houve um presidente de cultura asiática ou hispânica. Este é um exemplo de:
   1. Desigualdade social
   2. Marginalização
   3. Subinclusão
   4. Localização social
10. Uma enfermeira trabalhou em uma agência de saúde domiciliar por alguns anos. Ela vai visitar uma paciente que tem diabetes e vive em uma instalação de habitação pública. Esta é a primeira vez que a enfermeira cuida da paciente. A paciente tem quatro outros membros da família que vivem com ela em um apartamento de um quarto. Qual dos seguintes, com base no modelo de competência cultural de Campinha-Bacote (2002), é um exemplo de consciência cultural?
   1. A enfermeira inicia uma discussão com o paciente pedindo-lhe: "Fale-me sobre os membros da família que vivem com você."
   2. A enfermeira pergunta, "O que você acredita ser necessário para fazê-lo sentir-se melhor?"
   3. A enfermeira, silenciosamente, reflete sobre como seus preconceitos referentes à pobreza podem influenciar seu modo de avaliar a paciente.
   4. A enfermeira usa uma abordagem empática e terapêutica na maneira de interagir com o paciente.
11. Una as definições a seguir com os termos-chave relacionados com a interseccionalidade.

1. Subinclusão 2. Desigualdade social 3. Localização social	a. Os grupos têm acesso desigual aos recursos, serviços e posições. b. Um grupo tem sido negligenciado na pesquisa e no plano das intervenções. c. O lugar de um indivíduo na sociedade baseia-se em sua participação em um grupo social que determine o acesso aos recursos.

12. Uma enfermeira está se preparando para realizar uma

avaliação cultural de um paciente. Qual das seguintes perguntas é um exemplo de uma pergunta de contraste?

1. Fale-me sobre seus antecedentes étnicos.
2. Você já teve esse problema no passado?
3. Onde vivem os outros membros de sua família?
4. Qual é a diferença entre esse problema e aquele que você teve anteriormente?

13. Como a enfermeira pode trabalhar para o desenvolvimento da consciência cultural? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Refletir sobre sua aprendizagem passada sobre saúde, enfermidade, raça, gênero e orientação sexual
    2. Desenvolver maior autoconhecimento sobre preconceitos pessoais
    3. Reconhecer conscienciosamente os múltiplos fatores que influenciam sua própria visão de mundo
    4. Fazer um autoexame em profundidade sobre sua própria experiência
    5. Aprender o máximo possível de fatos sobre um grupo étnico
14. Durante um encontro com um paciente idoso, a enfermeira reconhece que é necessária uma minuciosa coleta de dados culturais, porque o paciente chegou recentemente ao pais vindo da Rússia e nunca foi hospitalizado antes. A enfermeira quer discutir semelhanças culturais entre ela e o paciente. Qual passo do mnemônico LEARN é este?
    1. Escutar
    2. Explicar
    3. Reconhecer
    4. Recomendar tratamento
    5. Negociar acordos
15. Quando você cuida de um paciente que não fala português, é necessário chamar um intérprete profissional. Qual das seguintes alternativas são princípios apropriados para trabalhar com intérpretes? (Selecione todos os que se aplicam.)

1. Espere que o intérprete faça a interpretação de suas afirmações palavra por palavra de tal forma que não sejam mal entendidas pelo paciente.
2. Se você perceber que uma interpretação não é correta, pare e trate a situação diretamente com o intérprete.
3. Dê um ritmo à conversação de modo que haja tempo para que a resposta do paciente seja interpretada.
4. Direcione suas perguntas para o intérprete.
5. Peça um *feedback* e esclarecimento ao paciente a intervalos regulares.

Respostas: 1. 1b, 2d, 3a, 4c, 5e; **2.** 1, 2, 3, 4, 6; **3.** 1, 2, 3, 5; **4.** 1, 3, 4, 5, 6; **5.** 1g, 2f, 3a, 4c, 5d, 6e, 7b; **6.** 1, 3, 4, 5; **7.** 3; **8.** 1; **9.** 2; **10.** 3; **11.** 1b, 2a, 3c; **12.** 4; **13.** 1, 2, 3, 4; **14.** 3; **15.** 2, 3, 5.

Referências

Adams M, et al. *Teaching for diversity and social justice*. ed 2 New York: Routledge; 2007.

Administration on Aging: *Profile of Older Americans: future growth,* 2014, http://www.aoa.acl.gov/Aging_Statistics/Profile/2014/4.aspx. Accessed July 13, 2015.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): 2013 *National Healthcare Disparities Report*, 2013a, http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhdr12/index.html. Accessed May, 2014.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): *Health literacy universal precautions toolkit,* 2013b, http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html. Accessed April 5, 2015.

American Medical Association (AMA) *Health literacy and patient safety: help patients understand*. Chicago: American Medical Association Foundation; 2007.

Beach MC, et al. The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality, Commonwealth Fund Publication No. 960. *Medicine*. 2006;82(2):193.

Berlin EA, Fowkes Jr WC. A teaching framework for cross-cultural health care. *West J Med*. 1982;139(6):934.

Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):181.

Campinha-Bacote J. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: the journey continues*. ed 5 Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates; 2007.

Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(2):5.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Health disparities and inequalities report—United States, 2013. *MMWR Suppl*. 2013;62(3):1.

Chassin MR, et al. Accountability measures—using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med*. 2010;363(7):6838.

Chin MH, et al. A Roadmap and Best Practices for Organizations to Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *J Gen Int Med*. 2012;27(8):992–1000.

Cho S, et al. Toward a field of intersectionality studies: theory, applications, and praxis. *Signs (Chic)*. 2013;38(4):785.

Edelstein S. *Food, cuisine and cultural competency for culinary, hospitality and healthcare*

professionals. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2011.

Giger JN, Davidhizar RD. The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):185.

Grace P, Willis D. Nursing responsibilities and social justice: an analysis in support of disciplinary goals. *Nurs Outlook*. 2012;60(4):198.

Hollenbach AD, et al. *Implementing curricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD: a resource for medical educators*. Washington: Association of American Medical Colleges; 2014.

Institute of Medicine (IOM) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy of Sciences, National Academies Press; 2001.

Institute of Medicine (IOM) *Future directions for the National Healthcare Quality and Disparities Reports*. Washington DC: National Academy of Sciences, National Academies Press; 2010.

James C, et al. *Putting women's health care disparities on the map: examining racial and ethnic disparities at the state level*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; 2009: http://kff.org/disparities-policy/report/putting-womens-health-care-disparities-on-the/. Accessed July 13, 2015.

Kaiser Family Foundation (KFF): *Eliminating racial/ethnic disparities in health care: what are the options?* 2008, http://kff.org/disparities-policy/issue-brief/eliminating-racialethnic-disparities-in-health-care-what/. Accessed April 5, 2015.

Kaiser Family Foundation: *Disparities in health and health care: five key questions and answers,* November 2012, http://kff.org/disparities-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-five-key-questions-and-answers/. Accessed July 8, 2015.

Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1980.

Kleinman A. From illness as culture to caregiving as moral experience. *N Engl J Med*. 2013;368(15):1376.

Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006;3(10):e294.

Kumagai A, Lypson M. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice, and multicultural education. *Acad Med*. 2009;84(6):782.

Leadership for Healthy Communities *Overweight and obesity among Latino Youths*. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation; 2014: http://www.rwjf.org/en/library/research/2014/05/overweight-and-obesity-among-latino-youths.html. Accessed July 18, 2015.

Leininger MM. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural

nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):189.

Leininger MM. Cultural care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger MM, McFarland MR, eds. *Culture care diversity and universality: worldwide nursing theory*. ed 2 Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2006: p 1.

Leininger MM, McFarland MR. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. ed 3 New York: McGraw-Hill; 2002.

Lie D, et al. What do health literacy and cultural competence have in common? Calling for a collaborative health professional pedagogy. *J Health Commun*. 2012;17:13.

Lion KC, Raphael JL. Partnering health disparities research with quality improvement science in pediatrics. *Pediatrics*. 2015;135(2):354.

Lynch E, Medin D. Explanatory models of illness: a study of within-culture variation. *Cogn Psychol*. 2006;53(4):285: [Epub April 18, 2006].

McFarland MR, Eipperle MK. Culture care theory: a proposed practice theory guide for nurse practitioners in primary care settings. *Contemp Nurse*. 2008;28(1–2):48.

McGovern L, et al: *The relative contribution of multiple determinants to health outcomes*, 2014, Robert Wood Johnson Foundation, Health Policy Brief. http://www.rwjf.org/content/dam/farm/articles/articles/2014/rwjf415185. Accessed April 5, 2015.

Mutha S, et al. *Bringing equity into quality improvement: an overview and opportunities ahead*. San Francisco: Center for the Health Professions at the University of California; 2012: http://futurehealth.ucsf.edu/Public/Publications-and-Resources/Content.aspx?topic=Bringing_Equity_Into_QI_1. Accessed July 13, 2015.

National Center for Cultural Competence (NCCC): *The cultural competence and linguistic competence policy assessment (CLCPA)*, Washington, DC, n.d., Georgetown University Center for Child and Human Development. http://www.clcpa.info/. Accessed April 5, 2015.

National Center for Education Statistics (NCES) *The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: US Department of Education; 2006: http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483. Accessed April 5, 2015.

National Institutes of Health (NIH): *Cultural competency*, 2015. http://www.nih.gov/clearcommunication/culturalcompetency.htm. Accessed July 13, 2015.

National Quality Forum (NQF): *Healthcare disparities and cultural competence consensus standards: technical report*, 2012,

http://www.qualityforum.org/Publications/2012/09/Healthcare_Disparities_and_ Accessed July 21, 2015.

Office of Disease Prevention and Health Promotion: *Quick Guide to Health Literacy: Fact Sheet- Health Literacy and Health Outcomes*, n.d. Available at http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/factsliteracy.htm. Accessed July 18, 2015.

Office of Minority Health (OMH), US Department of Health and Human Services (USDHHH): *Cancer and African Americans,* 2013a, http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=4&lvlid=16. Accessed July 8, 2015.

Office of Minority Health (OMH), US Department of Health and Human Services (USDHHH): *Chronic liver disease and Asian Americans/Pacific Islanders,* 2013b, http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=4&lvlid=47. Accessed July 8, 2015.

Office of Minority Health (OMH), US Department of Health and Human Services (USDHHH): *Think cultural health: CLAS and continuing education,* 2013c, https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/index.asp. Accessed July 8, 2015.

Office of Minority Health (OMH), US Department of Health and Human Services (USDHHH): *Infant Mortality Disparities Fact Sheet,* 2014, http://minorityhealth.hhs.gov/omh/content.aspx?ID=6907&lvl=3&lvlID=8. Accessed July 8, 2015.

Paluri R. Capsule commentary on Berkowitz et al, Building equity improvement into quality improvement: reducing socioeconomic disparities in colorectal cancer screening as part of population health management. *J Gen Intern Med*. 2015;30(7):1001.

Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):193.

Rabin RC: *Respecting Muslim patient's needs,* 2010, New York Times, http://www.nytimes.com/2010/11/01/health/01patients.html?_r=0. Accessed December 29, 2013.

Ranji U, et al: *Health and access to care and coverage for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals in the U.S.: The Henry J Kaiser Family Foundation Disparities Policy*, April 23, 2015, http://kff.org/disparities-policy/issue-brief/health-and-access-to-care-and-coverage-for-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-individuals-in-the-u-s/ Accessed July 13, 2015.

Saha S, et al. Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *J Natl Med Assoc*. 2008;100(11):1275.

Smedley B, et al. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.

Sue DW. *Multicultural social work practice*. Ken, NJ: John Wiley & Sons; 2006.

The Joint Commission (TJC): *Core measure sets*, Chicago, 2013, TJC. http://www.jointcommission.org/core_measure_sets.aspx. Accessed April 5, 2015.

United Health Foundation: *America's health rankings: United States overview, 2014 edition results*, 2014, http://cdnfiles.americashealthrankings.org/SiteFiles/Reports/Americas%20Health Accessed April 5, 2015.

US Census Bureau: *The American community survey*, 2008-2012, 2013, http://www.census.gov/acs/www/. Accessed August 15, 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Healthy people 2020 health disparities,* 2015, http://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities. Accessed July 18, 2015.

VanSuch M, et al. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalized patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization's heart failure core measures reflect better care?. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(6):414.

World Health Organization (WHO): *Social determinants of health*, Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008, 2013, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concep Accessed April 5, 2015.

Referências de pesquisa

Berkman ND, et al: *Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review*, Evidence Report/Technology Assessment No. 199. (Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under contract No. 290-2007-10056-I.) AHRQ Publication Number 11-E006, Rockville, MD, 2011, Agency for Healthcare Research and Quality.

Berkowitz SA, et al. Building equity improvement into quality improvement: reducing socioeconomic disparities in colorectal cancer screening as part of population health management. *J Gen Intern Med*. 2015;30(7):942.

Blanchet G, Pepin J. A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Educ Today*. 2015; pii: S0260-6917(15)00247-6. [Epub ahead of print].

Chew LD, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med*. 2008;23(5):561–566.

Cho YI, et al. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1809–1816.

Clarke AR, et al: A roadmap to reduce racial and ethnic disparities in health care, n.d., Robert Wood Johnson Foundation.

DeWalt DA, et al. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Int Med*. 2004;19(12):1228–1239.

Walker RL, et al. Ethnic group differences in reasons for living and the moderating role of cultural worldview. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2010;16(3):372.

10

Cuidados às Famílias

OBJETIVOS

- Discutir as tendências atuais na família americana.
- Discutir como o termo *família* reflete a diversidade da família.
- Explicar como a relação entre a estrutura familiar e os padrões de funcionamento afeta a saúde dos indivíduos dentro da família e a família como um todo.
- Discutir as formas comuns de família e suas implicações para a saúde.
- Discutir o papel das famílias e de seus membros como cuidadores.
- Discutir os fatores que promovem ou impedem a saúde da família.
- Comparar a família como contexto com a família como paciente e explicar de que maneira essas perspectivas influenciam a prática de enfermagem.
- Usar o processo de enfermagem para prover as necessidades de saúde da família.

TERMOS-CHAVE

Família, p. 117

Família como contexto, p. 123
Família como paciente, p. 123
Família como sistema, p. 123
Família cuidadora, p. 127
Formas de família, p. 118
Persistência, p. 122
Resiliência, p. 122

A família

A família é a instituição central da sociedade; porém, o conceito, a estrutura e o funcionamento da unidade familiar continuam a mudar com o tempo. As famílias enfrentam muitos desafios, incluindo os efeitos de saúde e doença, gravidez e educação dos filhos, mudanças em sua estrutura e dinâmica, além do cuidado aos pais idosos. As características ou atributos da família, como durabilidade, resiliência e diversidade, ajudam-na a se adaptar a esses desafios.

Durabilidade familiar é um sistema de apoio e estrutura dentro da família que se estende além das paredes da casa. Por exemplo, os pais podem se casar novamente, ou os filhos saírem de casa quando adultos, mas no final a "família" supera os períodos prolongados e inevitáveis de mudanças de estilo de vida.

Resiliência familiar é a capacidade da família para enfrentar tanto os estressores esperados como os inesperados. A capacidade de adaptação da família às mudanças estruturais e de papel, aos marcos de desenvolvimento e às crises demonstra resiliência. Por exemplo, uma família é resiliente quando o provedor familiar perde o emprego e outro membro assume esse papel. A família sobrevive e prospera como resultado dos desafios encontrados diante dos estressores.

Diversidade familiar é a singularidade de cada unidade familiar. Por exemplo, algumas famílias têm a experiência de um primeiro casamento, mas têm filhos em fase tardia da vida. Outra família inclui pais com filhos pequenos e avós vivendo na casa. Cada pessoa dentro de uma unidade familiar tem necessidades específicas, pontos fortes e considerações importantes de desenvolvimento.

Quando a enfermeira cuida dos pacientes e suas famílias, ela é responsável por compreender a dinâmica familiar, o que inclui sua composição (configuração), estrutura, função, solução de problemas e capacidade de enfrentamento. Use esse conhecimento para construir os pontos fortes e os recursos do paciente e da família (Duhamel, 2010). O sistema de saúde em rápida mudança promove a alta hospitalar precoce de pacientes de volta à comunidade. Viver

como uma família durante uma doença é um desafio; as funções, as comunicações e os papéis da família se alteram (Arestedt et al., 2013). O objetivo do cuidado de enfermagem centrado na família é abordar as necessidades abrangentes da família como uma unidade; e defender, promover, apoiar e proporcionar o bem-estar e a saúde do paciente e cada um dos familiares (Martin et al., 2013; Brazil et al., 2012; Popejoy, 2011).

Conceito de Família

O termo família evoca a imagem visual de adultos e crianças em convívio satisfatório e harmonioso (Fig. 10-1). Para alguns, esse termo evoca a imagem oposta. As famílias representam mais que um conjunto de indivíduos, e uma família é mais que a soma de seus membros (Kaakinen et al., 2014). As famílias são tão diversas quanto os indivíduos que as compõem. Os pacientes têm valores profundamente arraigados sobre suas famílias, os quais merecem respeito.

FIGURA 10-1 Celebrações e tradições familiares fortalecem o papel da família.

Os relacionamentos específicos entre paciente, famílias e profissionais de saúde estão no centro dos cuidados ao paciente e à família. Infelizmente, muitas vezes, esses relacionamentos são definidos e moldados pelas crenças dos profissionais de saúde (Bell, 2013), e não pelas necessidades do paciente e do cuidador familiar. Como enfermeira, você precisa avaliar e entender como seus pacientes definem suas famílias e como percebem o estado geral dos relacionamentos entre os familiares. Pense em **família** como um conjunto de relacionamentos que o paciente identifica como família ou uma rede de indivíduos que influenciam as vidas uns dos outros, existindo ou não laços biológicos reais ou legais.

Definição: O Que É Família?

Definir família parece ser uma tarefa simples inicialmente. No entanto, diferentes definições resultam em debates acalorados entre cientistas sociais e legisladores. A definição de família é significativa e

afeta quem está incluído em políticas de seguro-saúde, quem tem acesso aos registros escolares dos filhos, quem tem devolução conjunta de imposto de renda e quem é elegível para benefícios de auxílio-doença ou programas assistenciais públicos. A família é definida em termos biológicos, legais ou como uma rede social com laços e ideologias construídos pessoalmente. Para alguns pacientes, família inclui apenas as pessoas relacionadas com casamento, nascimento ou adoção. Para outros, tias, tios, amigos próximos, pessoas que coabitam e até os animais de estimação são família. Compreenda que as famílias se configuram de muitas formas e têm diversas orientações culturais e étnicas. Não existem duas famílias iguais; cada uma tem seus pontos fortes, fraquezas e recursos. Você deve cuidar tanto da família quanto do paciente. Eficientes administradores de enfermagem têm a clara visão de que cuidar das famílias é crucial para a missão da instituição de saúde e para a saúde da nação (Bell, 2014).

Tendências atuais e formas de família

As **formas de família** são os padrões de pessoas considerados por seus membros como parte da família (Quadro 10-1). Apesar de todas as famílias terem alguns pontos em comum, cada forma familiar tem problemas e pontos fortes exclusivos. Mantenha a mente aberta no que se refere às pessoas que compõem uma família para não negligenciar recursos e preocupações em potencial.

Quadro 10-1 Formas de Família

Família Nuclear

A família nuclear consiste em marido e mulher (e talvez em um ou mais filhos).

Família Extensa

A família extensa inclui os parentes (tias, tios, avós e primos) além da família nuclear.

Família Monoparental

A família monoparental é formada quando um genitor deixa a família nuclear por causa de morte, divórcio ou abandono ou quando uma só pessoa decide ter ou adotar uma criança.

Família Mista

A família mista é formada quando os pais trazem os filhos adotivos, sem parentesco, ou adotivos de relacionamentos anteriores para a nova situação de convivência.

Família Alternativa

Os relacionamentos incluem casas com muitos adultos, famílias com "saltos de geração" (avós cuidando de netos), grupos comunais com filhos, "não famílias" (adultos que vivem sozinhos), parceiros

de coabitação e casais homossexuais.

Embora a instituição da família permaneça forte, a família propriamente dita está mudando. Em algumas situações, as pessoas estão se casando mais tarde, as mulheres estão postergando a gravidez e os casais estão optando por ter menos filhos ou por não ter nenhum. O número de pessoas que vivem sozinhas está se expandindo rapidamente e representa aproximadamente 25% de todos os lares (U.S. Bureau of the Census, 2011). Entre 2006 e 2010, os Centers for Disease Control and Prevention relataram a probabilidade, em 68% das mulheres e em 70% dos homens, de que um primeiro casamento dure pelo menos 10 anos, e a probabilidade em 52% das mulheres e em 56% dos homens de que um primeiro casamento sobreviva por 20 anos (Copen et al., 2012). Um grande número de adultos divorciados volta a se casar. Geralmente, um novo casamento resulta em uma família mista com um conjunto complexo de relacionamentos entre todos os membros.

Os papéis conjugais também são mais complexos à medida que cresce o número de famílias com dois provedores de renda. A maioria das mulheres trabalha fora, e cerca de 60% das mães fazem parte da força de trabalho (U.S. Bureau of the Census, 2011). Conciliar o emprego e a vida familiar cria vários desafios, em termos de cuidados aos filhos e tarefas domésticas, para ambos os pais.

No Brasil, o Censo de 2010 aponta para os mais variados arranjos de famílias com maior participação da mulher no mercado de trabalho, queda nas taxas de fecundidade e envelhecimento da população, quando comparado ao Censo de 2010. Além disso, houve crescimento no percentual de casais sem filhos (com ou sem parentes), de 14,9% para 20,2% do total de famílias. As famílias monoparentais femininas foram de 15,3% (Censo 2000) para 16,2% (Censo de 2010), enquanto as masculinas se mantiveram praticamente com os mesmos índices, 1,9% para 2,4%. O número de casais que optam por não ter filhos cresceu de 13,0 para 17,7%,

enquanto as famílias cujos casais têm filhos caiu de 56,4% para 49,4%, o equivalente a uma queda de 7% em 10 anos. A pessoa responsável pela família é aquela designada pela família para expressar diversas situações, ou seja, o provedor principal ou arrimo da família, a tomadora de decisões mais importantes, a pessoa idosa ou outro termo a ele associado. Portanto, é importante perguntar quem é o responsável e não quem é o provedor financeiro. No Censo de 2010, 56,8% das pessoas com idade entre 30 e 54 anos foram consideradas como responsáveis pela família, e os que declararam sua cor como preta e parda somaram 49,9% e brancas 48,6%. A força de trabalho feminina na manutenção da família. Nas famílias com casais, 62,7% dos responsáveis têm fonte de renda, independentemente do sexo do responsável. No entanto, entre as famílias nas quais as mulheres são as responsáveis, 21,2% não possuem rendimento, enquanto o cônjuge apresenta fontes de renda, particularmente porque a taxa de atividade masculina é bem superior à feminina, no Brasil; 66,4% das mulheres compartilham a renda familiar com o seu cônjuge.

A maternidade tardia avançou no país, pois as mulheres que se tornaram mães entre 30 e 34 cresceram de 14,4% em 2002 para 19% em 2012; enquanto isso, o número de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos caiu no Brasil de 20,4% para 17,7%. Atribui-se ao maior grau de escolaridade da mulher, maiores oportunidades de emprego e queda nas taxas de fecundidade como explicativos para essas mudanças.

Fonte: BRASIL. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010. Famílias e domicílios. Resultados da Amostra.** Rio de Janeiro: Editora IBGE, 2010, 203 p. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilios_amostra.pdf

CRUZ, M.S.; CARVALHO, F. J. C.; GUILHERME, I. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 46 | jan./jun. 2016 [Citado 2016 Set 18], p. 243-266.

Disponível em: http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/567/391

O número de famílias monoparentais parece estar se estabilizando. Quarenta e um por cento das crianças estão vivendo com mães que nunca se casaram; muitas dessas crianças são o resultado de uma gravidez na adolescência. Embora as mães estejam à frente da maioria das famílias monoparentais, as famílias somente com o pai estão crescendo (U.S. Bureau of the Census, 2011).

A gravidez na adolescência é uma preocupação cada vez maior. A maioria das mães adolescentes continua a viver com suas famílias. A gravidez na adolescência traz consequências a longo prazo para a mãe. Por exemplo, mães adolescentes frequentemente abandonam o Ensino Médio e apresentam inadequadas competências profissionais, além de dispor de limitados recursos para cuidar da saúde. A esmagadora tarefa de ser pai ou mãe durante a adolescência quase sempre causa estresse nos relacionamentos e recursos da família. Além do risco maior de uma gravidez subsequente na adolescência, torna-se impossível a aquisição de qualificações profissionais, o que se acrescenta a estilos de vida mais pobres (Harper et al., 2010). Os estressores também afetam os progenitores adolescentes quando sua parceira engravida. Geralmente, eles contam com precários sistemas de apoio e menos recursos para sua educação como pais. Além disso, os pais adolescentes relatam relacionamentos familiares precocemente adversos, tais como exposição à violência doméstica e a separação ou divórcio dos pais, além da falta de modelos positivos de paternidade (Biello et al., 2010). Consequentemente, ambos os pais adolescentes quase sempre enfrentam as tarefas normais de desenvolvimento e identidade, mas têm de aceitar o papel de paternidade ou maternidade para o qual ainda não estão prontos física, emocional, social e/ou financeiramente.

Muitos casais homossexuais definem seus relacionamentos em termos de família. Aproximadamente metade de todos os casais de *gays* vivem juntos, em comparação com três quartos dos casais de lésbicas. Os casais de mesmo sexo são mais abertos sobre suas

preferências sexuais e se expressam mais sobre seus direitos legais. Algumas famílias homossexuais incluem filhos por meio de adoção ou inseminação artificial ou de relacionamentos anteriores (Reczek e Umberson, 2012).

O grupo etário que cresce de forma mais rápida na América é o dos 65 anos e acima. Pela primeira vez na história, o americano médio tem mais pais vivos que filhos, sendo mais provável que as crianças tenham de viver com os avós e até com os bisavós. Este "grisalhamento" da América continua a afetar o ciclo de vida familiar, particularmente a "geração sanduíche" — composta por crianças de adultos mais velhos (seção sobre cuidados restauradores). Esses indivíduos, que em geral estão na meia-idade, têm de satisfazer as próprias necessidades, juntamente as dos filhos e dos pais idosos. Esse equilíbrio de necessidades muitas vezes ocorre à custa de seus próprios recursos e bem-estar.

Os cuidadores familiares também necessitam do apoio dos profissionais de saúde (Touhy e Jett, 2014). Na maioria das vezes, esses cuidadores dedicam mais de 20 horas de cuidados por semana, e esses cuidados são integrados à família e às obrigações de trabalho atuais (Touhy e Jett, 2014). Cuidar de um parente frágil ou doente crônico é um processo constante em que as famílias precisam continuar redefinindo seus relacionamentos e papéis (Arestedt et al., 2013). Não raro, cônjuges em seus 60 e 70 anos são os principais cuidadores uns dos outros, e esses cuidadores têm preocupações específicas (Quadro 10-2).

Quadro 10-2

Foco em idosos

Preocupações com o Cuidador Familiar

- Avalie a família quanto à existência de cuidadores que prestam cuidados diários ou de repouso para os membros idosos da família. Por exemplo, determine os papéis do cuidado para os membros da família (p.ex., dando apoio financeiro adicional,

designando alguém para fazer as compras de mantimentos e medicações, prestando cuidados físicos ativos).

- Avalie quanto à sobrecarga do cuidador, como tensão nos relacionamentos entre os cuidadores familiares e o receptor de cuidados, alterações no nível de saúde, mudanças de humor, bem como ansiedade e depressão dos cuidadores (Tamayo et al., 2010).
- Avalie o bem-estar espiritual dos cuidadores. Muitos idosos usam a espiritualidade e a religião para enfrentar as mudanças na vida e manter o bem-estar psicológico (Kim et al., 2011).
- As famílias de idosos têm uma rede social diferente das famílias mais jovens, porque os amigos e os membros da família de mesma geração, muitas vezes, já faleceram ou também estão muito doentes. Procure apoio social na comunidade e por meio de afiliação a uma igreja (Tamayo et al., 2010).
- Reserve algum tempo para educar e dar reforço individualizado ao cuidador. Eduque os cuidadores sobre a importância da presença, esperança e compartilhamento com o ente querido e com outros cuidadores familiares (Dobrina et al., 2014).

Um número cada vez maior de avós está criando seus netos (U.S. Bureau of the Census, 2011). Essa nova responsabilidade parental é consequência de vários fatores sociais: mobilização militar, desemprego, gravidez na adolescência e abuso de substâncias; bem como de taxas de divórcio que resultam em monoparentalidade. A maioria dos avós reassume o papel parental para seus netos em consequência de intervenção legal, quando os pais são inadequados ou renunciam a suas obrigações paternas (Touhy e Jett, 2014).

As famílias enfrentam muitos desafios, incluindo as mudanças de estruturas e papéis com a alteração de condições econômicas na sociedade. Além disso, os cientistas sociais identificam cinco outras tendências como ameaças ou preocupações enfrentadas pelas famílias: (1) alteração de condições econômicas (p.ex., queda da renda familiar e falta de acesso aos cuidados de saúde), (2) falta de moradia, (3) violência doméstica, (4) presença de doenças agudas ou crônicas ou

trauma, e (5) cuidados em fim de vida (Kim et al., 2011; Martin et al, 2013).

Alteração das Condições Econômicas

Para algumas famílias, fazer frente às despesas é uma preocupação diária por causa do declínio em sua condição econômica. A economia afeta as famílias no extremo inferior da escala econômica, e as famílias monoparentais são especialmente vulneráveis. O resultado é que muitas famílias têm uma cobertura inadequada de seguro-saúde. Por causa das recentes tendências econômicas, os filhos adultos muitas vezes se defrontam com a volta para casa após a faculdade por não encontrar emprego ou, em alguns casos, por perder o emprego.

O número de crianças americanas que vivem abaixo do nível de pobreza continua a crescer. Existem 16,4 milhões vivendo abaixo do nível de pobreza; e aproximadamente 8 milhões de crianças não contam com o seguro (Children's Defense Fund [CDF], 2014). Ainda que a lei Affordable Care Act (ACA) vise à melhora do acesso a um seguro financeiramente viável, é um desafio contínuo o acesso a cuidados de saúde adequados (USDHHS, 2014). Ao cuidar dessas famílias, seja sensível às suas necessidades de independência e ajude-as a obter recursos financeiros e cuidados de saúde adequados. Por exemplo, assista uma família oferecendo-lhe informações sobre os recursos da comunidade para obtenção de auxílio para pagamento de contas de energia elétrica, cuidados médicos e odontológicos e material escolar.

Falta de Moradia

A falta de moradia é um importante problema de saúde pública. De acordo com as organizações de saúde pública, a falta absoluta de moradia descreve aquelas pessoas sem abrigo físico e que dormem ao relento, em veículos, em edifícios abandonados ou em outros locais não destinados à habitação humana. A situação de rua descreve os indivíduos que contam com abrigos físicos, mas estes não atendem aos padrões de saúde e segurança (National Coalition for the

Homeless, 2014).

A porção de crescimento mais rápido da população em situação de rua é a das famílias com crianças. Isso inclui famílias nucleares completas e famílias monoparentais. A expectativa é de que 3,5 milhões de pessoas em situação de rua e 1,35 milhão de pessoas constituam famílias com crianças. Pobreza, doença mental e física, além da carência de habitações a preços acessíveis são as causas primárias da falta de moradia (National Coalition for the Homeless, 2014). A situação de rua afeta gravemente o funcionamento, a saúde e o bem-estar da família e de seus membros (CDF, 2014). Crianças de famílias em situação de rua geralmente têm saúde regular ou má, assim como apresentam maiores índices de asma, infecções de ouvido, problemas gástricos e doença mental (Cap. 3). Como resultado, geralmente o único acesso aos cuidados de saúde dessas crianças é através do serviço de emergência.

Crianças em situação de rua enfrentam dificuldades tais como não atender aos requisitos para frequentar escolas públicas com residência, impossibilidade de obter registros anteriores de matrícula escolar, e de se matricular e frequentar a escola. Consequentemente, são mais propensas à evasão escolar e a se tornarem inadequadas para o trabalho (National Coalition for the Homeless, 2014). As famílias em situação de rua e seus filhos estão em sério risco de desenvolver problemas de saúde, psicológicos e socioeconômicos em longo prazo. Por exemplo, geralmente as crianças se encontram com baixa cobertura vacinal e em risco de contrair doenças infantis; podem se atrasar na escola e estar em risco de abandonar os estudos; ou então de desenvolver comportamentos de risco (CDF, 2014).

Violência Doméstica

A violência doméstica inclui não apenas os relacionamentos de parceiro íntimo conjugal, de coabitação e namorados, mas também os abusos familiar, de idosos e de crianças. Estes incluem abusos emocional, físico e sexual, que ocorrem em todas as classes sociais (Futures without Violence, 2014).

Os fatores associados à violência familiar são complexos e englobam

estresse, pobreza, isolamento social, psicopatologia e comportamento familiar aprendido. Outros fatores, como uso abusivo de álcool e drogas, gravidez, orientação sexual e doença mental, aumentam a incidência de abuso dentro de uma família (Futures without Violence, 2014). Embora, algumas vezes, o abuso termine quando o indivíduo deixa o ambiente familiar específico, geralmente as consequências negativas físicas e emocionais são prolongadas. Uma das consequências é mudar de uma situação abusiva para outra. Por exemplo, uma adolescente vê o casamento como uma maneira de sair da casa dos pais abusivos e, por sua vez, une-se a um indivíduo que continua o abuso no casamento.

Impacto de doença e acidentes

Qualquer doença aguda ou crônica influencia toda a família em termos econômicos, emocionais, sociais e funcionais, além de afetar a tomada de decisões e os recursos familiares. A hospitalização de um membro é estressante para toda a família. Os ambientes hospitalares são estranhos, bem como os médicos e as enfermeiras, a linguagem médica é difícil de entender ou interpretar, e os membros família se separam uns dos outros.

Doença Aguda/Crônica

Durante uma doença aguda, como trauma, infarto do miocárdio ou cirurgia, os membros da família muitas vezes permanecem em salas de espera, aguardando para receber informações sobre seu ente querido. A comunicação entre os membros da família pode ser mal direcionada por causa de medo e preocupação. Algumas vezes, emergem conflitos familiares anteriores, enquanto outros são suprimidos. Com a implementação de um modelo de cuidado centrado no paciente, os familiares do paciente e os tomadores de decisão familiares substitutos devem se tornar parceiros ativos tanto para cuidar como para tomar decisões. A participação da família à beira do leito, durante a troca de profissional de saúde por exemplo, dá a oportunidade de envolver o paciente e os familiares na discussão do plano de cuidados de enfermagem atual e em longo prazo (Tobiano et al., 2012). Quando possível, os pacientes e os cuidadores familiares desejam participar de uma tomada de decisões sobre o tratamento e o manejo da doença/sintoma vigente (Brazil et al., 2012). É essencial a incorporação das crenças, valores culturais e padrões de comunicação tanto do paciente como da família à prestação de cuidados individualizados centrados em paciente/família (Campinha-Bacote, 2011).

As doenças crônicas são um problema de saúde global e apresentam contínuos desafios para as famílias. Frequentemente, os padrões e as

interações familiares, atividades sociais, trabalho e horários da casa, recursos econômicos bem como outras necessidades e funções da família devem ser reorganizados em torno da doença ou deficiência crônica. Apesar dos estressores, as famílias desejam aceitar e administrar a doença e se esforçam para adquirir o equilíbrio na vida familiar (Arestedt et al., 2013). Um cuidado de enfermagem inteligente envolve o paciente e a família na prevenção e/ou controle das crises médicas, controle dos sintomas, aprendizagem de como executar terapias específicas, ajustes às mudanças no decorrer da doença, prevenção do isolamento, obtenção de recursos na comunidade e assistência à família na resolução do conflito (Arestedt et al., 2013; O'Shea et al., 2014).

Trauma

O trauma é súbito, imprevisível e às vezes traz risco de vida. Os membros da família geralmente lutam para enfrentar os desafios de um evento potencialmente fatal, o que pode incluir estressores associados ao familiar hospitalizado em regime de cuidados intensivos, ansiedade, depressão, ônus econômico e impacto do trauma tanto no funcionamento como na tomada de decisões da família (McDaniel e Allen, 2012). A situação de pobreza dos membros da família torna-os muito vulneráveis e menos capazes de tomar decisões importantes sobre a sua saúde. Ao cuidar dos familiares, defenda o paciente e a família e responda com honestidade às suas perguntas (Grant e Ferrell, 2012). Quando não souber a resposta, procure alguém que a saiba. Proporcione uma tranquilização realista; pois dar falsas esperanças desfaz a confiança entre enfermeira e paciente, além de afetar o modo como a família se ajusta às "más notícias". Quando da hospitalização de um paciente, reserve algum tempo para se certificar de que a família está confortável. Você pode levar-lhes algo para comer ou beber, dar-lhes um cobertor ou incentivá-los a tomar uma refeição. Às vezes, basta dizer aos familiares que você ficará com o seu ente querido, quando eles se forem, para que se sintam mais confortáveis.

Cuidados em Fim de Vida

A enfermeira vai encontrar muitas famílias em que um de seus membros está doente em fase terminal. Embora as pessoas equiparem a doença terminal ao câncer, muitas doenças têm aspectos terminais (p.ex., insuficiência cardíaca, doenças pulmonares e renais, assim como as doenças neuromusculares). Apesar de alguns membros da família poderem estar preparados para a morte de seu ente querido, é grande sua necessidade de informação, apoio, tranquilização e presença (Cap. 37). Use a presença para refinar um relacionamento terapêutico com o paciente e a família (Cap. 7). Use também a presença e a comunicação terapêutica para intensificar os relacionamentos entre os membros da família e promover a tomada de decisão compartilhada (Dobrina et al., 2014). Quanto mais a enfermeira souber sobre a família de seu paciente, como interagem entre si, seus pontos fortes e fracos, melhor será. Cada família aborda e enfrenta as decisões de fim de vida de modo diferente. Incentive o paciente e a família a tomar decisões sobre os cuidados de enfermagem (p.ex., o controle da dor ou as medidas de conforto não farmacológicas preferidas) e as terapias específicas. Ajude a família a realizar o cuidado domiciliar, se desejar, e obtenha *hospice* e outros recursos adequados, incluindo o apoio no luto (Brazil et al., 2012). Informe a família sobre o processo de morte e certifique-se de que os familiares saibam o que fazer nesse momento, seja sensível às necessidades deles (p.ex., proporcione privacidade e dê-lhes tempo suficiente para as despedidas).

Abordagens de enfermagem e família: visão geral

A compreensão dos estágios de desenvolvimento e os atributos da família permitem que você preste cuidados de enfermagem ao paciente, à família como um todo e aos indivíduos dentro da estrutura familiar. Essas perspectivas teóricas e seus conceitos fornecem o fundamento para a avaliação e as intervenções familiares.

Estágios de Desenvolvimento

As famílias, assim como os indivíduos, mudam e crescem com o tempo. Apesar de estarem longe de serem idênticas umas das outras, as famílias tendem a passar por estágios comuns. Cada estágio de desenvolvimento tem seus próprios desafios, necessidades e recursos, e inclui tarefas que precisam ser concluídas antes que a família seja capaz de passar, com sucesso, para o estágio seguinte. As mudanças sociais e a população idosa têm causado mudanças nos estágios e transições no ciclo de vida da família. Por exemplo, filhos adultos não estão deixando o "ninho" como seria previsível ou tão cedo como no passado, e muitos estão voltando para a casa. Além disso, é maior o número de pessoas que vivem até os 80 e 90 anos. A idade de 65 anos é considerada agora a "retaguarda da meia-idade" e a extensão desse estágio no ciclo de vida familiar aumentou, assim como o estágio avançado da vida familiar.

McGoldrick e Carter basearam seu modelo clássico, de 1985, de estágios de vida familiar em: expansão, contração, assim como no realinhamento dos relacionamentos familiares que dão apoio à entrada, à saída e ao desenvolvimento de seus membros (Kaakinen et al., 2014). Esse modelo descreve os aspectos emocionais das transições de estilo de vida e das mudanças e tarefas necessárias para que a família prossiga o seu desenvolvimento (Tabela 10-1). Use esse modelo para promover comportamentos familiares de realização de tarefas essenciais e ajudar as famílias a se preparar para as transições

posteriores (p.ex., preparar-se para um novo bebê ou se ajustar para lidar com uma doença crônica) (Cap. 13).

Tabela 10-1

Estágios do Ciclo de Vida da Família

Estágio do Ciclo de Vida da Família	Processo Emocional de Transição: Princípios-chave	Mudanças na Condição Familiar Necessárias para Proceder ao Desenvolvimento
Adulto jovem independente	Aceitação da separação pais– filhos	Diferenciação de si próprio em relação à família de origem Desenvolvimento de relacionamentos íntimos Estabelecer-se no trabalho
União de famílias por meio do casamento: casal recém-casado	Compromisso com o novo sistema	Formação do sistema conjugal Realinhamento de relacionamentos com famílias extensas e amigos para incluir o cônjuge
Família com filhos pequenos	Aceitação dos membros da nova geração no sistema	Ajuste do sistema conjugal para dar espaço aos filhos Assumir papéis parentais Realinhamento dos relacionamentos com a família extensa para incluir os papéis de pais e avós
Família com adolescentes	Maior flexibilidade dos limites familiares para incluir a independência dos filhos	Mudança nos relacionamentos pai– filho para permitir que os adolescentes entrem e saiam do sistema Reorientação das questões materiais e de carreira na meia-idade Começo da mudança em relação à preocupação com os idosos
Família com adultos jovens	Encaminha os filhos e segue em frente Aceitação de múltiplas saídas e entradas no sistema familiar	Ajuste à redução do tamanho da família Desenvolvimento de relacionamentos de adulto com adulto entre os filhos crescidos e os pais Realinhamento dos relacionamentos para incluir genros, noras, sogros, sogras e netos Enfrentamento de incapacidades e morte dos pais (avós)
Família sem filhos	Manutenção da flexibilidade	Reenfoque sobre questões de carreira e novas oportunidades na carreira Reorientação sobre problemas do parceiro e do casamento Redefinição das atividades recreacionais
Família em idade avançada	Aceitação das mudanças dos papéis geracionais	Manutenção própria ou do casal do funcionamento e interesses diante do declínio fisiológico; exploração de novas opções familiares e de papel social Abertura de espaço no sistema para a sabedoria e a experiência dos idosos; apoio às gerações mais velhas sem assumir excessiva responsabilidade por elas Preparação para a aposentadoria Enfrentamento da perda do cônjuge, irmãos e outros

		pares e preparação para a própria morte; uma revisão da vida, em que se revisam experiências e decisões

De Duvall EM, Miller BC: Marriage and family development, ed 6, Boston, 2005, Allyn & Bacon. Printed and electronically reproduced by permission of Pearson Education, Upper Saddle River, NJ.

Atributos das Famílias

É importante avaliar e compreender como os atributos familiares afetam os cuidados à família. As famílias possuem uma estrutura e um modo de funcionamento. Estrutura e função estão estreitamente relacionadas e interagem continuamente, além de causar impacto na saúde da família.

Estrutura

A estrutura é baseada na participação contínua como um membro da família e no padrão dos relacionamentos, os quais muitas vezes são numerosos e complexos. Cada família tem uma estrutura e um modo de funcionamento únicos. Por exemplo, um membro da família pode ter um relacionamento com o cônjuge, o empregador e os colegas de trabalho. Cada um desses relacionamentos tem diferentes demandas, papéis e expectativas. Os múltiplos relacionamentos e suas expectativas geralmente são fontes de estresse pessoal e familiar (Cap. 38).

Mesmo as definições de estrutura sendo variáveis, você pode avaliar a estrutura familiar por meio das seguintes perguntas: "Quem foi incluído em sua família?" "Quem realiza quais tarefas (p.ex., cozinhar, gerir as finanças, cuidar de um genitor)?" e "Quem toma quais decisões?" A estrutura aumenta ou reduz a capacidade de resposta da família aos estressores esperados e inesperados da vida diária. Estruturas muito rígidas ou flexíveis algumas vezes ameaçam o funcionamento familiar. Estruturas rígidas ditam especificamente quem realiza as diferentes tarefas, limitando também o número de pessoas fora da família imediata com permissão para assumir essas tarefas. Por exemplo, em uma estrutura familiar rígida, a mãe é a

única pessoa aceitável para dar apoio emocional aos filhos e/ou realizar a tarefas domésticas. O marido é a única pessoa aceitável para dar apoio financeiro, fazer a manutenção de veículos, realizar trabalhos no quintal e/ou todos os reparos na casa. A mudança no estado de saúde da pessoa responsável pela tarefa impõe um ônus sobre uma família rígida, porque nenhuma outra pessoa está disponível, disposta ou é considerada aceitável para assumir a tarefa. Uma estrutura extremamente flexível também apresenta problemas para a família. Às vezes, falta estabilidade que, de outra forma, levaria a uma ação automática durante uma crise ou mudança rápida.

Função

O funcionamento familiar é aquilo que a família faz. Os aspectos funcionais específicos incluem a maneira como a família se reproduz, interage para socializar seus jovens, coopera para satisfazer as necessidades econômicas e se relaciona com a sociedade mais ampla. O funcionamento da família também tem seu foco nos processos usados por ela para alcançar seus objetivos. Alguns processos incluem comunicação entre os membros da família, estabelecimento de metas, resolução de conflitos, prestação de cuidados, criação e uso dos recursos internos e externos. Os objetivos reprodutivos, sexuais, econômicos e educacionais tradicionais que, no passado, eram os objetivos universais de uma família não mais se aplicam a todas as famílias. Por exemplo, um casal casado que decide não ter filhos ainda se considera uma família. Outro exemplo inclui a família mista cujos cônjuges levam para um novo casamento crianças em idade escolar. No entanto, os cônjuges decidem não misturar suas finanças e ter objetivos educacionais separados para seus filhos pequenos. O resultado é que essa família não tem os padrões econômicos tradicionais de uma família nuclear.

As famílias atingem suas metas com mais sucesso quando a comunicação é clara e direta. Uma comunicação clara aperfeiçoa a solução de problemas e de conflitos, além de facilitar o enfrentamento das mudanças na vida ou de estressores potencialmente fatais. Outro processo para facilitar o alcance de um objetivo inclui a capacidade de

educar e promover o crescimento. Por exemplo, algumas famílias fazem uma celebração específica por um bom boletim escolar, um trabalho bem feito ou metas específicas. Elas também educam ajudando as crianças a saber o que é certo e o que é errado. Nessa situação, uma família pode ter uma forma específica de disciplina como "ficar de castigo" ou retirar privilégios, e as crianças sabem por que a disciplina é aplicada. Assim, quando a situação ocorre, a criança é disciplinada e aprende que não deve se comportar daquela forma novamente.

As famílias precisam contar com múltiplos recursos disponíveis. Por exemplo, uma rede social é um excelente recurso. Relacionamentos sociais, como amigos ou igrejas na comunidade, são importantes para as celebrações familiares, mas também agem como moderadores, particularmente nos momentos de estresse, reduzindo a vulnerabilidade da família.

Família e Saúde

Quando se avalia uma família, é importante que a enfermeira use um guia, como a abordagem ao sistema de saúde da família (SSF), para identificar todas as suas necessidades. O SSF é um modelo holístico que orienta a coleta de dados e o cuidado às famílias (Anderson, 2000; Anderson e Friedemann, 2010). O SSF inclui cinco domínios/processos da vida familiar: interativo, de desenvolvimento, enfrentamento, integridade e saúde. A abordagem ao SSF é um método de coleta de dados da família, para determinar as áreas de preocupação e os pontos fortes, que ajuda a enfermeira a desenvolver um plano de cuidados com resultados e intervenções de enfermagem específicos para uma família. Assim como em todos os sistemas, o SSF tem objetivos mencionados e não mencionados, que variam de acordo com o estágio no ciclo de vida da família, valores familiares e preocupações individuais de seus membros. Quando se trabalha com famílias, o objetivo do cuidado é melhorar sua saúde ou bem-estar, auxiliar na gestão das condições patológicas ou transições e alcançar resultados de saúde relacionados com as áreas de preocupação.

Muitos fatores influenciam a saúde de uma família (p.ex., sua

posição relativa na sociedade, recursos econômicos e limites geográficos). Apesar de existirem famílias americanas dentro da mesma cultura, elas vivem de maneiras muito diferentes em consequência de raça, valores, classe social e etnia. Em alguns grupos minoritários, múltiplas gerações de famílias monoparentais convivem em uma mesma casa. Classe social e etnia produzem diferenças no acesso das famílias aos recursos e compensações da sociedade. Esse acesso cria diferenças na vida familiar e, mais significativamente, nas diferentes oportunidades de vida para seus membros.

A distribuição da riqueza afeta muito a capacidade de manutenção da saúde. Pouco preparo educacional, pobreza e diminuição do apoio social combinados ampliam o seu efeito tanto sobre a doença na família como na quantidade de doenças na família. A estabilidade econômica aumenta o acesso da família a serviços de saúde adequados, cria mais oportunidades de educação, aumenta a boa nutrição e diminui o estresse (CDF, 2014; National Coalition for the Homeless, 2014).

A família é o contexto social primário em que ocorrem a promoção de saúde e a prevenção da doença. Crenças, valores e práticas da família influenciam fortemente os comportamentos de promoção de saúde de seus membros. Por sua vez, o estado de saúde de cada indivíduo influencia o modo de funcionamento de uma unidade familiar e sua capacidade de alcançar os objetivos. Quando o funcionamento familiar é satisfatório no que se refere a atingir as metas, seus membros tendem a sentir que sua família e eles próprios são positivos. Por outro lado, quando não atingem os objetivos, as famílias veem a si mesmas como ineficientes (Epley et al., 2010).

Algumas famílias não atribuem grande valor à boa saúde. De fato, algumas aceitam práticas prejudiciais à saúde. Em alguns casos, um membro da família dá mensagens mistas sobre saúde. Por exemplo, um pai escolhe fumar ao mesmo tempo que diz aos filhos que fumar lhes faz mal. O ambiente familiar é crucial, porque o comportamento de saúde, reforçado no início da vida, tem forte influência sobre as práticas de saúde posteriores. Além disso, o ambiente familiar é um fator crucial no ajuste do indivíduo a uma crise. Embora os

relacionamentos se tornem tensos quando confrontados com a doença, a pesquisa indica que, quando os membros da família recebem apoio dos profissionais de saúde, eles mostram potencial para se adaptar aos estressores e desenvolvem mecanismos de enfrentamento (Arestedt et al., 2013).

Atributos de Famílias Saudáveis

A família é uma unidade dinâmica; ela é exposta a ameaças, pontos fortes, mudanças e desafios. Algumas famílias são à prova de crise, enquanto outras são propensas a ela. A família à prova de crise, ou eficaz, é capaz de combinar a necessidade de estabilidade com a necessidade de crescimento e mudança. Esse tipo de família tem uma estrutura flexível que permite um desempenho adaptável de tarefas e a aceitação de ajuda de fora do sistema familiar. A estrutura é flexível o suficiente para permitir a adaptabilidade, mas não a ponto de faltar coesão e senso de estabilidade à família. A família eficaz tem o controle sobre o ambiente que a cerca e influencia o ambiente imediato da casa, da vizinhança e da escola. A família ineficaz, ou propensa à crise, não tem, ou acredita que não tem, o controle sobre seus ambientes.

Persistência e **resiliência** são fatores que moderam o estresse da família. A persistência da família está nos pontos fortes e na durabilidade da unidade familiar. O senso de controle sobre o resultado da vida, a visão da mudança como benéfica e produtora de crescimento, além de uma orientação ativa em vez de passiva na adaptação aos eventos estressantes, caracterizam a persistência da família (McCubbin et al., 1996). A resiliência ajuda a avaliar respostas saudáveis quando indivíduos e famílias experimentam eventos estressantes. Os recursos e técnicas que a família, ou os indivíduos dentro da família, usam para manter o equilíbrio ou um nível de saúde ajudam a compreender o seu nível de resilência.

Fatores Genéticos

Os fatores genéticos refletem a hereditariedade da família ou a suscetibilidade genética a doenças que podem ou não resultar em

desenvolvimento real de uma doença. O escopo da genômica nos cuidados de enfermagem é amplo e abrange avaliação de risco, gestão de risco, aconselhamento e opções, bem como as decisões de tratamento (Calzone et al., 2012). As aplicações clínicas de conhecimentos genético e genômico para enfermeiras têm implicações para os cuidados de pessoas, famílias, comunidades e populações ao longo do ciclo de vida (Calzone et al., 2013).

Em certas famílias, a identificação dos fatores genéticos e o aconselhamento genético ajudam os membros da família a decidir se farão ou não o teste para detectar presença de uma doença e/ou se terão filhos ou não (Calzone et al., 2013; Kirk, 2013). Algumas famílias optam por não ter filhos, enquanto outras escolhem não saber os riscos genéticos e ter filhos; outras famílias escolhem saber o risco e então determinam se terão filhos ou não. Algumas dessas doenças (p.ex., doença cardíaca ou renal) são tratáveis. Sabendo os riscos genéticos para certos cânceres, como certos cânceres de mama, uma mulher pode escolher mastectomias bilaterais profiláticas para reduzir o risco de desenvolvimento da doença. As famílias com doenças neurológicas genéticas, como a doença de Huntington, podem optar por não ter filhos. Quando as famílias conhecem esses riscos, elas têm a oportunidade de tomar decisões informadas sobre o seu estilo de vida e comportamentos de saúde, são mais vigilantes sobre o reconhecimento das mudanças em sua saúde e, em alguns casos, procuram intervenção médica mais cedo (Kirk, 2013).

Enfermagem e família

Para oferecer compaixão e cuidados a seus pacientes e suas famílias, é necessário que a enfermeira tenha uma base de conhecimento científico em teoria da família bem como conhecimento em enfermagem e família. É necessário o foco na família para dar alta hospitalar aos pacientes que retornam aos ambientes da família ou comunidade. Pode ser necessário que os membros da família assumam o papel de cuidador primário. Os cuidadores familiares têm necessidades únicas de enfermagem e cuidados. Geralmente, precisam compreender o processo e os resultados da doença e aprender a realizar procedimentos de enfermagem, porém com muita frequência se sentem abandonados pelo sistema de saúde (Plank et al., 2012). Quando ocorre uma doença que muda a sua vida, a família tem que fazer importantes ajustes para cuidar de um de seus membros. Quase sempre, as necessidades psicológicas, sociais e de saúde do cuidador não são atendidas (Tamayo et al., 2010).

O trabalho de enfermagem e família baseia-se na suposição de que todas as pessoas, independentemente da idade, são membros de algum tipo de forma familiar, como a família nuclear tradicional ou a família alternativa (Fig. 10-2). O objetivo da enfermagem e família é ajudar uma família e cada um de seus membros a obter, e manter, o máximo de saúde durante e depois da experiência da doença. Enfermagem e família é o foco do futuro em todos os ambientes de prática e é importante em todos os ambientes de cuidados de saúde.

FIGURA 10-2 Atividades recreacionais da família fortalecem o funcionamento familiar. (Cortesia de Bill Branson, National Cancer Institute.)

Existem diferentes abordagens à prática de enfermagem e família. Para fins deste capítulo, a prática de enfermagem e família tem três níveis de abordagem: (1) **família como contexto**; (2) **família como paciente**; e (3) o modelo mais recente, que é **família como sistema**. A família como sistema inclui tanto os conceitos relacionais como os transacionais. Todas as abordagens reconhecem que o cuidado centrado no paciente para um membro da família influencia todos os outros, além de afetar o funcionamento familiar. As famílias estão em contínua mudança. Como resultado, a necessidade de apoio familiar muda com o tempo, e é importante que a enfermeira compreenda que a família é algo mais complexo que simplesmente uma combinação de membros individuais.

Família como Contexto

Quando a família é vista como contexto, o foco primário está na saúde e no desenvolvimento de cada membro existente em um ambiente específico (i.e., a família do paciente). Embora o foco esteja no estado de saúde do indivíduo, avalie em que medida a família provê as

necessidades básicas de seus membros. Essas necessidades variam, dependendo do nível de desenvolvimento e situação do indivíduo. Como as famílias fornecem mais que apenas os materiais essenciais, também é necessário que a enfermeira considere a própria capacidade de ajudar os pacientes a atender às necessidades psicológicas.

Família como Paciente

Quando a família é vista como paciente, os processos familiares e relacionamentos (p.ex., cuidados parentais ou familiares) são os focos principais dos cuidados de enfermagem. O foco deve estar no histórico de enfermagem levantando-se dados sobre padrões familiares *vs.* características de cada membro da família. Concentre-se nos padrões e processos que sejam condizentes com a obtenção e manutenção da saúde da família. Por exemplo, no caso de ser uma família cuidadora, avalie quem são os cuidadores familiares do paciente, seus diferentes papéis e como eles interagem para atender às necessidades desse paciente. Planeje os cuidados para atender não apenas às necessidades do paciente, mas também às necessidades de mudança da família. Para lidar com problemas familiares muito complexos, em geral é necessária uma abordagem interdisciplinar. Sempre esteja ciente dos limites da prática de enfermagem e faça encaminhamentos, se for adequado.

Família como Sistema

É importante compreender que, mesmo a enfermeira sendo capaz de fazer distinções teóricas e práticas entre família como contexto e família como paciente, não necessariamente essas distinções se excluem mutuamente. Quando se cuida de uma família como sistema, cuida-se de cada um de seus membros (família como contexto) e da unidade familiar (família como paciente), usando todos os recursos ambientais, sociais, psicológicos e comunitários disponíveis.

O seguinte cenário clínico ilustra os três níveis de abordagens para o cuidado às famílias.

Você dá assistência aos cuidados de final de vida de Davi Daniel, que tem 35 anos e, no passado, era analista de informática. Davi e sua esposa, Lisa, têm três filhos em idade escolar. Davi expressou o desejo de morrer em casa e não no hospital ou em uma instituição de cuidados prolongados. Lisa está de licença do emprego por motivo de ordem familiar para ajudar Davi nesse período. Lisa e Davi são filhos únicos. Os pais de Davi já faleceram, mas a mãe de Lisa comprometeu-se em ficar com a família para ajudar Lisa e Davi.

Quando a família é vista como contexto, o foco da enfermeira estará primeiro no paciente (Davi) como um indivíduo. Você avalia e atende às necessidades de Davi em fim de vida, como conforto, higiene e nutrição, assim como às suas necessidades sociais e emocionais. Determina como Davi está enfrentando o fato de saber que sua vida está chegando ao fim e a percepção dele sobre como isso afetará sua família. Quando se vê a família como paciente, a enfermeira vai avaliar e atender às necessidades da esposa e dos filhos de Davi. Determine até que ponto estão sendo atendidas as necessidades básicas da família no que diz respeito à atividade normal, conforto e nutrição e se ela tem recursos para apoio emocional e social. Determine a necessidade de repouso da família (especialmente, a esposa) e seu estágio de enfrentamento (o filho mais velho demonstra muita raiva e medo). É importante determinar as demandas colocadas sobre Davi e a família, como sobrevivência econômica e bem-estar dos filhos. Além disso, é preciso avaliar continuamente os recursos disponíveis da família, como tempo, habilidades de enfrentamento e nível de energia para apoiar Davi durante o fim de vida.

Quando a família é vista como sistema, a enfermeira usará elementos sob as perspectivas anteriores, mas também avaliará os recursos disponíveis à família. Usando o conhecimento de família como contexto, como paciente e como sistema, individualize decisões de cuidados com base no histórico de enfermagem da família e em seu julgamento clínico. Por exemplo, com base em sua avaliação, você determina que a família não está se alimentando adequadamente. Você também determina que Lisa está passando por mais estresse, não

está dormindo bem e tentando “fazer tudo” referente às atividades escolares e extraclasse das crianças. Além disso, quando os membros de sua igreja vêm ajudar, Lisa não quer sair do lado do leito de Davi. Você reconhece que essa família está sob um enorme estresse e que suas necessidades básicas, refeições, repouso e atividades escolares não estão sendo atendidas de maneira adequada. Como resultado, você determina que (1) a família precisa de ajuda com as refeições, (2) Lisa precisa de tempo para descansar e (3) a igreja da família está pronta a ajudar nos cuidados diários de Davi. Com base nessas decisões, você trabalha com Lisa, Davi e a família para estabelecer uma programação entre Lisa, sua mãe e dois membros próximos da igreja para proporcionar a Lisa algum tempo longe do leito de Davi. Porém, Davi e Lisa determinam quando será este período. Por causa do envolvimento dos membros da igreja, estes passam a assumir a responsabilidade pelos mantimentos e toda a preparação das refeições para a família. Além disso, outros membros da igreja ajudam nas atividades escolares e extraclasse das crianças.

Processo de enfermagem na família

As enfermeiras interagem com as famílias em vários ambientes clínicos e comunitários. O processo de enfermagem é o mesmo, seja o seu foco o contexto, o paciente ou o sistema. Também é o mesmo usado para os indivíduos e incorpora as necessidades da família e do paciente. A enfermeira usa o processo de enfermagem para cuidar de um indivíduo dentro de uma família (p.ex., a família como contexto) ou da família inteira (p.ex., a família como paciente).

Ao iniciar o cuidado às famílias, use essas abordagens para organizar uma abordagem familiar ao processo de enfermagem:

1. Avalie todos os indivíduos dentro do contexto da família.
2. Avalie a família como paciente.
3. Avalie a família como sistema.

O Histórico de Enfermagem na Avaliação das Necessidades da Família

A avaliação da família é uma prioridade para que os cuidados prestados e o apoio à família sejam adequados. O papel da enfermeira é essencial para auxiliar as famílias a se ajustar às doenças agudas, crônicas e terminais; mas primeiro é preciso compreender a unidade familiar e o que significa a doença do paciente para os membros da família e para o funcionamento familiar (Anderson e Friedemann, 2010). Também é necessário compreender como a doença afeta a estrutura familiar e o apoio de que a família precisa (Kaakinen et al., 2014). Embora a família como um todo seja diferente de seus membros individuais, a mensuração da saúde da família é mais que um resumo da saúde de todos os seus membros. A forma, estrutura, função e saúde da família são áreas únicas para a coleta de seus dados. O Quadro 10-3 lista as cinco áreas da vida familiar para incluir na coleta de dados.

Quadro 10-3 Os Cinco Domínios da Vida Familiar: Sistema de Saúde Familiar – Plano de Avaliação da Família

Processos Interativos

- Relacionamentos familiares – É uma família nuclear ou mista? É uma família monoparental?
- Comunicação familiar – Como os membros da família compartilham ideias, preocupações, problemas?
- Criação familiar – Como os valores da família são estabelecidos e comunicados? Como são estabelecidas as regras da casa?
- Expressão de intimidade – A família se abraça, se toca, ri, ou chora em conjunto?
- Apoio social – Quem, na comunidade, escola ou local de trabalho é próximo à família?
- Resolução de conflitos – Como ocorre a resolução de conflito? Quem a inicia? Qual é o conflito comum?
- Papéis (instrumentais e expressivos) – Quais são os papéis formais, como o assalariado, o disciplinador, o solucionador de problemas? Quais são os papéis informais (p.ex., pacificador)?
- Lazer familiar – Férias: o que a família faz para relaxar? Os pais têm sua "noite de namoro"?

Processos de Desenvolvimento

- Transições familiares atuais – Morte, divórcios, filhos que saem de casa/voltam para casa, novos nascimentos, recentemente
- Estágios familiares de conclusão ou progressão – Anos de criação dos filhos, saída dos filhos de casa, tornar-se avós
- Questões de desenvolvimento individual que afetam o desenvolvimento da família – Indivíduos, na família, com problemas sociais, como dificuldade na escola ou problemas legais, que não podem participar do desenvolvimento familiar

- Desenvolvimento de problema de saúde e impacto familiar – Doenças agudas ou crônicas, gravidezes de alto risco, atraso no desenvolvimento físico

Processos de Enfrentamento

- Solução de problemas – Como a família soluciona os problemas anteriores? Há apenas um solucionador de problemas ou a resolução é familiar?
- Uso de recursos – A família usa terapeutas familiares ou individuais, Alcoólicos Anônimos, recursos de resolução de conflitos, recursos de controle da raiva?
- Estressores da vida familiar e aborrecimentos diários e da vida – Quais são as preocupações financeiras da família? As crianças são sobrecarregadas com atividades? Quem é o cuidador dos idosos?
- Estratégias de enfrentamento e eficácia familiar – Como a família e os membros individuais enfrentam as situações (p.ex., exercício, evitação, comer em excesso, discutir)?
- Experiências passadas em lidar com as crises – Como lidaram com as crises passadas (p.ex., lidar com o estresse financeiro, doença, problemas legais).
- Recursos de resistência familiar – A família adota medidas para evitar o estresse (p.ex., aderir a um orçamento, obter recursos de tutoria para seus filhos)?

Processos de Integridade

- Valores familiares – O que a família considera como seus valores importantes (p.ex., saúde, união)?
- Crenças familiares – Quais são as crenças da família sobre saúde/doença, cuidados ao final da vida e orientações antecipadas?
- Significado de família – Peça ao paciente ou a outro membro significativo para descrever o que a família significa para ele ou ela.
- Rituais familiares – Como a família celebra feriados, aniversários,

casamentos; como a família lida com a morte (p.ex., velórios, funerais)?

- Espiritualidade familiar – Pergunte o que significa espiritualidade. Como a família define sua espiritualidade?
- Cultura e práticas familiares – Identifique os costumes e práticas culturais que causam impacto nos cuidados de saúde.

Processos de Saúde

- Crenças familiares sobre saúde e crenças sobre preocupações ou problemas de saúde – A família pratica a promoção de saúde e a prevenção de doenças ou espera até o problema ocorrer?
- Comportamentos de saúde da família – Como reage o membro da família doente? Como a família reage à doença? Os membros da família reagem da mesma maneira a um familiar doente, ou reagem de modo diferente quando uma dona de casa *vs.* assalariado adoece?
- Os padrões de saúde e as atividades de cuidados à saúde – Como os membros da família cuidam de sua saúde? Como administram os cuidados a um familiar doente?
- Responsabilidades de cuidados à família – Quando alguém adoece, quem é o cuidador? É sempre a mesma pessoa?
- Condições, tratamentos e consequências da doença para a família – Obtenha o histórico da doença atual e tratamento da família.
- Estressores familiares com a doença – Quais são esses estressores (p.ex., agravamento de uma doença crônica ou quando a "mãe" está doente e não pode cuidar da casa)?
- Relacionamento com os profissionais de saúde e o acesso ao sistema de saúde – Que tipo de profissional de saúde a família tem (p.ex., cuidados primários, pediatra)? Com que frequência a família visita esses profissionais? Houve hospitalizações?

Modificado de Anderson KH, Friedemann ML: Strategies to teach family assessment and intervention through an online international curriculum, *J Fam Nurs* 16(2):213, 2010; and Anderson KH: The family health system approach to family systems nursing, *J Fam Nurs* 6(2):103, 2000.

Durante uma coleta de dados, incorpore o conhecimento da doença do paciente e avalie tanto o paciente como a família. Quando focar a família, inicie a coleta de dados da família determinando qual é a definição de família do paciente e sua atitude em relação a ela. O conceito de família é altamente individualizado. A definição do paciente influenciará em que medida você será capaz de incorporar a família aos cuidados de enfermagem. Para determinar a forma de família e seus membros, pergunte ao paciente quem ele considera como família ou com quem ele compartilha fortes sentimentos emocionais. Se o paciente for incapaz de expressar um conceito de família, pergunte-lhe com quem ele vive, passa o tempo e compartilha confidências, e então indague se ele considera essas pessoas como família ou semelhantes à família. Para avaliar mais a estrutura familiar, faça perguntas que determinem a estrutura de poder e o padrão de papéis e tarefas (p.ex., "Quem decide onde vão passar as férias?" "Como são divididas as tarefas em sua família?" "Quem corta a grama?" "Quem normalmente prepara as refeições?").

Avalie as funções da família, como capacidade de proporcionar apoio emocional aos seus membros, capacidade de enfrentar os problemas de saúde ou situações atuais, bem como o seu estabelecimento de objetivos adequado e o progresso feito em direção à realização (Fig. 10-3). Também determine se a família é capaz de prover e distribuir recursos econômicos suficientes e se a sua rede social é extensa o bastante para lhe dar apoio.

FIGURA 10-3 Enfermeira realizando a educação da família.
(De Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, ed 10, St Louis, 2015, Mosby.)

Aspectos Culturais

Sempre reconheça e respeite a formação cultural da família durante a coleta de dados (Cap. 9). Cultura é uma variável importante quando se avalia uma família, porque raça e etnia afetam a estrutura, a função, as crenças de saúde, os valores e a maneira como a família percebe os eventos (Quadro 10-4). Uma coleta de dados abrangente, culturalmente sensível da família é essencial para formar uma compreensão de vida familiar, mudanças atuais na vida familiar, objetivos e expectativas gerais, bem como do planejamento de

cuidados centrados na família.

Quadro 10-4

Aspectos culturais do cuidado

Enfermagem e Família

As famílias têm perspectivas e características únicas; além de diferenças em valores, crenças e filosofias. A herança cultural de uma família ou membro da família afeta as práticas religiosas e de cuidados de saúde; atividades recreacionais e preferências nutricionais. Seja culturalmente sensível e respeitosa quando cuidar de pacientes multiculturais. Incorpore preferências culturais individualizadas em seu plano de cuidados para que ele seja culturalmente congruente. Planeje seus cuidados para integrar os valores pessoais, padrões de vida e crenças do paciente e da família às terapias prescritas.

Implicações dos Cuidados Centrados no Paciente

- Focar as necessidades da família e compreender as crenças, valores, costumes e papéis quando planejar os cuidados (Brazil et al., 2012). A percepção de certos eventos varia através dos grupos culturais e causa um impacto particular nas famílias. Por exemplo, o cuidado à avó tem um grande significado para a família extensa.
- Os valores, práticas e papéis da família cuidadora variam através das culturas (Plank et al., 2012).
- A estrutura familiar algumas vezes inclui múltiplas gerações que convivem. O apoio intergeracional e os padrões de arranjos de vida estão relacionados com a formação cultural. Por exemplo, é mais provável que as famílias de primeira geração vivam em lares de família extensa (Giger, 2013).
- Em algumas culturas, é um sinal de desrespeito aos idosos colocá-los em asilos, mesmo quando um eles apresentam grave demência

(Giger, 2013).

- A modéstia é um valor forte em muitas culturas. Algumas mulheres trazem membros da família do sexo feminino às visitas de cuidados de saúde, e uma profissional de saúde deve examinar a mulher.
- Na presença de doença crítica ou terminal, algumas culturas vêm em grupos orar com a família ao lado do leito do paciente (Giger, 2013).
- As crenças de saúde diferem entre as várias culturas, o que afeta a decisão da família e seus membros sobre quando e onde procurar auxílio.

Para chegar a conclusões sobre as necessidades das famílias baseadas na formação cultural é necessário um pensamento crítico. É imperativo lembrar que generalizações categóricas muitas vezes são errôneas. Generalizações excessivas em termos de características de grupos raciais e étnicos não levam a uma maior compreensão da família com diversidade cultural. Famílias culturalmente diferentes variam de maneiras significativas; porém, negligenciar o exame das similaridades leva a suposições imprecisas e à estereotipagem (Giger, 2013).

Conhecer a cultura da família e o significado desta para a estrutura e o funcionamento familiar, as práticas de saúde e as celebrações da família ajuda a planejar o cuidado centrado na família (Cap. 9). Para determinar a influência da cultura sobre a família, você pergunta ao paciente sobre seus antecedentes culturais. Indague sobre as práticas culturais. Por exemplo, "Que tipo de alimentos você consome?", "Quem cuida dos familiares doentes?", "Você ou alguém de sua família já foi hospitalizado?", "Os familiares permaneceram no hospital?", "Você usa alguma prática de saúde da sua cultura como acupuntura ou meditação?", "Qual é o papel dos avós na educação de seus filhos?"

Uma avaliação abrangente e culturalmente sensível da família é fundamental para que você compreenda a vida familiar, as mudanças

atuais dentro dela, bem como seus objetivos gerais e expectativas (Campinha-Bacote, 2011). Esses dados fornecem o fundamento para os cuidados de enfermagem centrados na família (Anderson e Friedemann, 2010).

Planejamento de Alta

Se um paciente estiver hospitalizado ou em um ambiente de reabilitação, o planejamento da alta começa com o início dos cuidados e inclui a família. Você é responsável por uma coleta de dados acurada sobre o que será necessário para o cuidado domiciliar no momento da alta, juntamente com quaisquer desvantagens no ambiente domiciliar. Por exemplo, se uma paciente pós-operatória tiver alta hospitalar e o marido idoso não se sentir confortável com as trocas de curativo necessárias, você terá de descobrir se alguém mais na família ou vizinhança está disposto a fazer isso. Caso contrário, será necessário que você providencie o encaminhamento para os serviços de cuidados domiciliares. Se a paciente também necessitar de exercício e treinamento de força, consulte o profissional de saúde primário para recomendar o encaminhamento para fisioterapia.

Cuidados com Foco na Família

Use uma abordagem focada na família ao avaliar o paciente e a família a fim de aprimorar seus cuidados de enfermagem. Ao estabelecer um relacionamento com um paciente e sua família, é importante identificar recursos potenciais e externos. Uma avaliação completa fornece essas informações.

A colaboração com os membros da família é essencial, seja a família o paciente ou o contexto dos cuidados. Colabore estreitamente com todos os membros da família quando determinar o que eles esperam alcançar em relação à saúde da família. Embase um relacionamento colaborativo positivo em respeito e confiança mútuos. A família precisa se sentir o máximo possível "no controle".

Diagnóstico de Enfermagem

Depois de avaliar as necessidades e a situação do paciente e da família, a enfermeira identifica os diagnósticos de enfermagem atuais e de risco. Uma série de diagnósticos dentro do domínio de funções ou papéis e relacionamento é identificada pela North American Nursing Diagnosis Association International (Herdman e Kamitsuru, 2014): papéis ou função de cuidador e relações familiares. As relações de funções ou papel são definidas pela NANDA (Herdman e Kamitsuru, 2014, p. 277) como "conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas". Exemplos de diagnósticos de enfermagem aplicáveis ao cuidado à família:

- *Tensão no Papel de Cuidador*
- *Parentalidade Prejudicada*
- *Risco de Tensão no Papel de Cuidador*
- *Processos Familiares Interrompidos*

Certifique-se de agrupar os fatores de risco adequados ou definir características quando fizer um diagnóstico de enfermagem. Os diagnósticos precisam ser relevantes para que o seu plano de cuidados seja adequado às necessidades do paciente e da família.

Planejamento de Cuidados

Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem pertinentes, trabalhe junto com os pacientes e suas famílias no desenvolvimento de planos de cuidado claramente compreensíveis e com a concordância de todos os membros em sua observância. Os objetivos e resultados que você estabelece precisam ser concretos e realistas, compatíveis com o estágio de desenvolvimento da família, e aceitáveis para os membros da família e seus estilos de vida.

Ao oferecer alternativas às atividades de cuidados e indagar aos membros da família sobre suas próprias ideias e sugestões, você ajuda a reduzir os sentimentos de impotência que eles tenham. Por exemplo, a oferta de opções sobre como preparar uma dieta com baixo teor de gordura ou como reorganizar o mobiliário de um quarto para acomodar um membro da família com deficiência dá à família a oportunidade de expressar suas preferências, fazer escolhas e

finalmente sentir que fez a sua contribuição. A colaboração com outras disciplinas aumenta a probabilidade de uma abordagem abrangente às necessidades de cuidados de saúde da família e assegura melhor continuidade dos cuidados. O uso de outras disciplinas é particularmente importante quando é necessário planejar a alta de um centro de enfermagem para casa ou para uma instituição de cuidados prolongados (O'Shea et al., 2014; Tyrrell et al., 2012).

Quando a família é vista como paciente, a enfermeira terá de dar apoio à comunicação entre todos os familiares. Isso assegura que a família permaneça informada sobre os objetivos e intervenções de saúde. Geralmente, você participará da resolução de conflito entre os membros da família de modo que cada um seja capaz de confrontar e resolver problemas de uma maneira saudável. Ajude a família a identificar e usar recursos externos e internos, se necessário (Arestedt et al., 2013). Por exemplo, quem na família pode realizar a tarefa de comprar mantimentos enquanto o paciente é incapaz de dirigir? São os membros da igreja que podem vir e oferecer cuidados de repouso? Por fim, sua meta é ajudar a família a atingir um ponto de função ótimo, considerando os recursos, capacidades e desejos da família de se tornar mais saudável.

A sensibilidade cultural (Cap. 9) na enfermagem e família requer o reconhecimento não apenas dos diversos antecedentes étnicos, culturais e religiosos dos pacientes, mas também das diferenças e similaridades dentro da mesma família. Ao planejar os cuidados centrados na família, reconheça e integre práticas culturais, cerimônias religiosas e rituais. O uso de técnicas eficazes e respeitosas de comunicação permite-lhe colaborar com a família para determinar a melhor forma de integrar suas crenças e práticas ao plano de cuidados de saúde. Por exemplo, famílias que mantêm tradições culturais asiáticas e mexicanas frequentemente querem permanecer ao lado do leito dia e noite, assim como prestar cuidados pessoais aos seus entes queridos. Integrar os valores e necessidades da família ao plano de cuidados envolve a educação dos membros da família sobre como adotar medidas simples e diretas de cuidados, prestando assim cuidados culturalmente sensíveis e competentes. Em conjunto, a

enfermeira e a família, misturam as necessidades de cuidados de saúde e culturais do paciente.

Implementação de cuidados centrados na família

Quando se cuida de um paciente tendo a família como contexto, direcionando os cuidados à família como paciente, ou prestando cuidados à família como sistema, as intervenções de enfermagem terão por meta aumentar as capacidades dos membros da família em certas áreas, remover barreiras aos cuidados de saúde e fazer o que a família não é capaz de fazer por si mesma. Ajude a família na solução de problemas, preste serviços práticos e expresse um senso de aceitação e afeto ouvindo atentamente as preocupações e sugestões dos membros da família.

Um dos papéis que você precisa adotar é o de educadora. A educação em saúde é um processo pelo qual a enfermeira e o paciente compartilham informações de maneira bidirecional (Cap. 25). Às vezes, você identifica as necessidades de informações de família/paciente por meio de questionamento direto, mas os métodos para identificar essas necessidades geralmente são bem mais sutis (Plank et al., 2012). Por exemplo, você identifica que um novo pai está receoso em limpar o cordão umbilical de seu filho recém-nascido, ou que uma mulher idosa não está usando com segurança sua bengala ou andador. É necessária uma comunicação respeitosa. Quase sempre, você descobre as necessidades de informação dizendo: "Noto que você está tentando não tocar no cordão umbilical. Tenho visto muito isso." Ou "Você usa a bengala da maneira que fazia antes de eu lhe mostrar um jeito de evitar quedas ou tropeçar nela; você se importa se eu lhe mostrar?" Quando você é confiante e competente, em vez de se achar uma autoridade no assunto, as defesas do paciente esmorecem, tornando-o disposto a ouvir sem se sentir envergonhado. Você também identificará as necessidades de aprendizagem do paciente e da família com base na condição de saúde do paciente e nas limitações físicas e mentais. Seu foco como educadora pode ser o cuidador familiar, para preparar a pessoa a lidar com as habilidades e os

processos necessários para gerir as necessidades do paciente dentro de casa.

Família Cuidadora

O apoio da família é um fator-chave da permanência de um indivíduo em casa e na comunidade, mas acarreta custos substanciais aos cuidadores, a suas famílias e à sociedade. Se os cuidadores familiares não estivessem mais disponíveis, o custo econômico dos cuidados de saúde dos Estados Unidos e dos serviços e de apoio de longo prazo (LTSS, sigla em inglês para *long-term service and support*) aumentariam astronomicamente (AARP, 2011). O valor econômico da família cuidadora foi estimado em US$ 450 bilhões, superior à despesa total do Medicaid (US$ 361 billhões) e se aproximou dos gastos totais do Medicare (US$ 509 bilhões). Esses custos excedem o total de vendas de grandes empresas (p.ex., Wal-Mart [US$ 408 bilhões]) (AARP, 2011).

Existem aproximadamente 42,1 milhões de cuidadores com 19 anos ou mais velhos que estão prestando, em média, 20 horas de cuidados por semana (AARP, 2011). Muitas vezes, eles assumem essa responsabilidade sem reconhecer o efeito que isso tem sobre suas vidas e sem perceber que o alívio está disponível (McDaniel e Allen, 2012).

O papel do cuidador familiar é multifacetado (Quadro 10-5). Os cuidadores familiares precisam de preparação para atender a essas demandas, incluindo os cuidados físicos e os apoios psicológico, social e espiritual (Grant e Ferrell, 2012). Os cuidadores familiares sofrem emocionalmente. Consequentemente, podem estar em risco para uma variedade de condições físicas que vão desde depressão e doença cardíaca até os transtornos alimentares. Além disso, o cuidador geralmente põe suas necessidades de saúde "em segundo plano" e deixa de ir a consultas de rotina de cuidados de saúde primários, a triagens de rotina e aos cuidados odontológicos de rotina (Dobrina et al., 2014; Kim et al., 2011).

Quadro 10-5

Prática baseada em evidências

Educação sobre Cuidados para o Cuidador Familiar

Questão PICO: Um programa de educação sobre cuidados destinado aos cuidadores familiares reduz o seu estresse e a exaustão?

Resumo de Evidência

Quando um membro da família tem uma doença ou trauma que altera a sua função física ou cognitiva, geralmente este é um importante evento que muda a vida da família e do cuidador familiar. Quando o paciente é deslocado para hospitalização e reabilitação e volta para casa, a família enfrenta grandes mudanças em sua dinâmica, interações sociais, compromissos financeiros e sistemas de apoio emocional (Tyrrell et al., 2012; Tamayo et al., 2010). Quando o paciente volta para casa, as incapacidades existentes afetam o cuidador principal e os outros membros da família. Os papéis sociais e as atividades da família e do cuidador, as atividades e práticas relacionadas com a saúde bem como a dinâmica familiar, tudo muda (Bell, 2014). Como resultado, os membros da família relatam estresse e exaustão relacionados com as contínuas demandas do papel de cuidador (McDaniel e Allen, 2012). Os programas educacionais de preparação do cuidador ajudam os cuidadores familiares a identificar métodos para enfrentar as demandas e a expandir os recursos dos cuidados. A identificação das intervenções e recursos ajuda o cuidador a manter não apenas o senso de esperança, mas também o seu próprio estado de saúde, a participar de mais atividades sociais e a ter algum descanso das tarefas diárias do cuidado (McDaniel e Allen, 2012).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Ensine os cuidadores familiares a identificar os estressores

potenciais, como isolamento social, atividades de cuidados que exigem muito fisicamente, comportamentos do paciente e disponibilidade de recursos (Sansoni et al., 2013).

- Identifique os pontos fortes da família (p.ex., se alguns membros da família são bons em auxiliar seu ente querido a se exercitar, se o envolvem em atividades de reabilitação física), e use esses pontos fortes para reduzir a exaustão potencial do cuidador (Sansoni et al., 2013; Tyrrell et al., 2012).
- Avalie a experiência do cuidador familiar (p.ex., o cuidador observou algum cuidado técnico de enfermagem? O cuidador tem antecedentes de cuidados de saúde? Ele prestou cuidados a outra pessoa?).
- Faça um plano de educação para o cuidador individualizado com a finalidade de reforçar a experiência e preencher quaisquer lacunas de conhecimento.
- Incentive o cuidador familiar a marcar uma reunião de rotina da família para compartilhar com ela as alegrias e preocupações e identificar suas necessidades de assistência (Bell, 2014).
- Incentive o cuidador a estabelecer um período de rotina para repouso. O cuidador então saberá quando poderá ter algum tempo para relaxamento, ou no caso de cônjuges, de ter um "noite de encontro".
- Eduque os membros da família a fazer parte do sistema de apoio. Mostre-lhes como participar dos cuidados de um membro da família (Bell, 2014; Tamayo et al., 2010).

Múltiplos programas americanos de alcance nacional, como a National Family Caregivers Association (www.thefamilycaregiver.org) e a National Alliance for Caregiving (www.caregiving.org), conectam os cuidadores familiares às informações e serviços que podem ajudar a melhorar suas vidas e o nível de cuidados que podem oferecer a seus entes queridos.

Família cuidadora é um processo familiar que ocorre em resposta a uma doença e engloba múltiplos processos cognitivos,

comportamentais e interpessoais. Envolve tipicamente a prestação rotineira de serviços e atividades de cuidados pessoais para um membro da família por parte de um cônjuge, irmãos, amigos ou pais. As atividades de cuidados incluem a busca de recursos, prestação de cuidados pessoais (banhar, alimentar ou arrumar), monitoramento das complicações ou efeitos colaterais de uma doença ou tratamento, providenciar atividades instrumentais da vida diária (compras ou faxina), apoio emocional contínuo e tomada de decisões necessárias. A família cuidadora pode criar sobrecarga e tensão para o cuidador. As demandas físicas e emocionais são altas, e a própria doença do paciente gera mudanças na estrutura e papéis familiares (McDaniel e Allen, 2012). Na maioria dos casos, os cuidadores familiares se sentem mal preparados para assumir as demandas de cuidados a seus entes queridos. Ainda que o cuidador deseje cuidar de seu ente querido, geralmente ele sente extrema pressão para fazer tudo e corretamente, incluindo controlar sintomas complexos e medicações, bem como fazer julgamentos acurados sobre quando contatar os profissionais de saúde (Grant e Ferrell, 2012). Proporcionar educação ao cuidador familiar ajuda a aliviar um pouco o estresse do cuidado (Quadro 10-6).

Quadro 10-6

Educação em saúde do paciente

Família Cuidadora: Tensão no Papel de Cuidador

Objetivo

- O paciente/família adotará duas intervenções para reduzir a tensão no papel de cuidador.

Estratégias de Educação

- Explique a todos os membros da família envolvidos nos cuidados que a tensão desse papel pode estar presente quando ocorrer o seguinte:
  - O apetite/peso, sono ou atividades do cuidador sofrem

alteração. Além disso, podem ocorrer afastamento social, irritabilidade, raiva ou modificações no nível de saúde do cuidador.
  - O cuidador fica receoso ao aprender novas terapias ou de administrar novas medicações para o membro da família incapacitado/doente.
  - O cuidador perde o interesse em sua aparência pessoal.
  - Os sinais de tensão no papel de cuidador podem se intensificar se ocorrerem alterações no estado de saúde do ente querido, ou quando são considerados cuidados institucionais.
- Intervenções sobre a tensão no papel de cuidador.
  - Ajude os membros da família a estabelecer horários alternados para proporcionar algum repouso ao cuidador primário.
  - Planeje uma programação ou outros métodos para fornecimento de mantimentos, refeições e limpeza da casa para o cuidador e o paciente.
  - Identifique os recursos da comunidade para o transporte, cuidados de repouso e grupos de apoio.
- Ofereça-lhe oportunidade de fazer perguntas e, quando possível, dê-lhe um número de telefone para perguntas e assistência.
- Forneça aos membros da família informações de contato do profissional de saúde do paciente e instrua-os a telefonar, se o cuidador parecer excessivamente exausto, ou observar alterações nas interações e atenção do cuidador às atividades normais.

Avaliação

- Peça à família para identificar dois ou três indicadores de tensão no papel de cuidador.
- Revise com a família o plano que ela tem para providenciar compras de mantimentos, refeições e cuidados de repouso ocasionais para o cuidador e o paciente.
- Pergunte à família onde ela guarda as informações de contato do profissional de saúde do paciente e quando telefonariam para ele.

Quando um indivíduo se torna dependente de outro membro da família para cuidado e assistência, um estresse significativo afeta tanto o cuidador quanto o receptor de cuidados. Além disso, o cuidador precisa continuar a atender às demandas de seu estilo de vida normal (p.ex., educação dos filhos, trabalho em período integral ou lidar com problemas pessoais ou doença). Em muitos casos, os filhos adultos, a geração sanduíche, estão tentando cuidar de seus pais e ao mesmo tempo atendendo às necessidades de sua própria família (Quadro 10-6). Sem adequada preparação e apoio dos profissionais de saúde, os cuidados põem a família em risco de sérios problemas, incluindo o declínio da saúde do cuidador e a do receptor de cuidados, além de relacionamentos disfuncionais e até abusivos (McDaniel e Allen, 2012; Tamayo et al., 2010).

A prestação de cuidados e o apoio para os cuidadores familiares aumenta a segurança do paciente e envolve o uso dos recursos disponíveis na família e comunidade. É muito útil o estabelecimento de um horário para os cuidados de tal forma que permita a participação de todos os membros da família, ajudando os pacientes a identificar os membros da família extensa que possam compartilhar quaisquer ônus financeiros representados pelos cuidados, e conseguir que parentes distantes enviem cartões e cartas o seu apoio. No entanto, é imperativo compreender o relacionamento entre os cuidadores potenciais e os receptores de cuidados. Se o relacionamento não for de apoio, geralmente os serviços da comunidade serão um recurso melhor para o paciente e a família.

O uso de recursos da comunidade inclui a localização de um serviço necessário à família ou a prestação de cuidados de repouso para que o cuidador familiar passe algum tempo longe do receptor de cuidados. São exemplos de serviços benéficos às famílias os grupos de apoio ao cuidador, serviços de habitação e transporte, serviços de alimentos e nutrição, limpeza da casa, serviços legais e financeiros, cuidados domiciliares, *hospice* e recursos de saúde mental. Antes de encaminhar a família a um recurso da comunidade, é crítico que a enfermeira compreenda a dinâmica da família e saiba se a família deseja apoio. Geralmente, o cuidador familiar resiste à ajuda, sentindo-se obrigado

a ser a única fonte de cuidados ao receptor. Seja sensível aos relacionamentos familiares e ajude os cuidadores a compreender a normalidade das demandas de cuidados. Uma vez concedidos os recursos adequados, os cuidadores familiares são capazes de adquirir as habilidades e o necessário para cuidar efetivamente de seus entes queridos dentro do contexto domiciliar, mantendo ao mesmo tempo relacionamentos pessoais ricos e gratificantes.

Apesar de suas demandas, a família cuidadora pode ser positiva e gratificante. O cuidado é mais que simplesmente uma série de tarefas. É um processo interativo, seja a esposa que cuida do marido ou a filha que cuida da mãe. A dinâmica interpessoal entre os membros da família influencia a qualidade final dos cuidados. Assim, você tem um papel-chave em ajudá-los a desenvolver melhores habilidades de comunicação e solução de problemas para formar os relacionamentos necessários ao sucesso dos cuidados (Tamayo et al., 2010). O cuidar ocorre em todos os aspectos do cuidado. À medida que os custos dos cuidados de saúde continuam a aumentar, as famílias são importantes cuidadoras. Você pode ajudá-la em seu papel de cuidador, mostrando a seus membros como executar aspectos específicos dos cuidados físicos (p.ex., trocas de curativos), e também a encontrar equipamento de cuidados domiciliares (p.ex., oxigenoterapia) além de identificar recursos na comunidade. A preparação dos membros da família para as atividades e responsabilidades do cuidado é útil para que este se torne uma experiência significativa tanto para o cuidador como para o paciente.

Promoção de Saúde

Embora a família seja o contexto social básico em que os membros aprendem comportamentos de saúde, o foco principal da promoção de saúde tem sido tradicionalmente nos indivíduos. Quando se implementa a enfermagem da família, as intervenções de promoção de saúde destinam-se a melhorar ou manter o bem-estar físico, social, emocional e espiritual da unidade familiar e seus membros (Duhamel, 2010). Os comportamentos de promoção de saúde precisam estar vinculados ao estágio de desenvolvimento de uma

família (p.ex., cuidados pré-natais adequados para a família em estágio de concepção ou a adesão a programas de imunização para a família com filhos em idade escolar). As intervenções da enfermeira precisam capacitar cada um dos membros e toda a família a alcançar níveis ótimos de bem-estar.

Uma abordagem para alcançar os objetivos e promover a saúde é o uso dos pontos fortes da família. As famílias geralmente não olham para o seu próprio sistema como possuidor de componentes inerentes e positivos. Os pontos fortes da família incluem comunicação clara, adaptabilidade, práticas saudáveis de educação dos filhos, apoio e carinho entre os familiares, uso da crise para crescimento, compromisso mútuo e com a unidade familiar, um senso de bem-estar e coesão, além de espiritualidade (Kim et al., 2011). Ajude a família a se concentrar em seus pontos fortes e não nos problemas e fraquezas. Por exemplo, ressalte que o casamento de 30 anos de um casal resistiu a muitas crises e transições. Portanto, é provável que sejam capazes de se adaptar a este desafio mais recente. Encaminhe as famílias para os programas de promoção de saúde destinados a expandir esses atributos, se necessário. Por exemplo, algumas comunidades contam com atividades de condicionamento de baixo custo para crianças em idade escolar que se destinam a reduzir o risco de obesidade.

Cuidados Agudos

A família deve ser o foco central dos cuidados de enfermagem, e é crucial para enfatizar as necessidades da família dentro do contexto do atual sistema de cuidados intensivos de saúde. Por exemplo, esteja ciente das implicações da alta hospitalar precoce para pacientes e suas famílias. Em muitas famílias, todos os membros quase sempre têm seus empregos fora de casa, e adultos jovens que vivem na casa também estão envolvidos em trabalhos escolares e de meio período. Além disso, algumas famílias podem ser multigeracionais. Esses fatores podem ser recursos ou desafios para a preparação dos membros da família para ajudar nos cuidados de saúde ou localizar recursos adequados na comunidade. Não suponha que, por haver múltiplas pessoas na família, seja mais fácil se conseguir uma família

cuidadora. Geralmente, quando os membros da família assumem o papel de cuidador, eles perdem o apoio de outras pessoas significativas e estão em risco de tensão no papel de cuidador (Laitinen, et al., 2011). Certifique-se sempre de que as famílias estejam dispostas a assumir as responsabildades de cuidados depois da volta do paciente para casa. O conhecimento sobre as necessidades do paciente e da família é essencial para direcionar as intervenções de enfermagem e maximizar os resultados.

Em um ambiente de cuidados agudos, é essencial a comunicação clara. Ajude a família a identificar métodos para manter linhas abertas de comunicação com você e a equipe de saúde para antecipar as necessidades de seu paciente e dos membros da família. Por exemplo, quando um membro da família está doente, como você usará as práticas de cuidado para ajudar os familiares a informar as famílias nuclear e estendida sobre um progresso ou retrocesso? Identifique quem toma as decisões na família e dirija-se de modo consistente ao tomador de decisões. Em algumas situações, este também precisa de assistência para desenvolver um método de comunicação clara de quaisquer decisões. Nesta era eletrônica, algumas famílias estão usando *blogs* na internet como uma maneira de fornecer informações consistentes. Ajude a família a determinar se esta é a melhor abordagem às suas necessidades e estrutura.

Da mesma forma, é importante que a equipe de saúde use técnicas de comunicação que apoiem e promovam a clara compreensão além de defender as expectativas da família (Laitinen et al., 2011). Além disso, a clara comunicação da equipe de saúde ajuda a simplificar a terminologia médica e permite que a família compreenda as questões de saúde, os tipos de decisões e os resultados dos cuidados de saúde.

Cuidados Restauradores e Contínuos

Em ambientes de cuidados restauradores e contínuos, o desafio na enfermagem da família é tentar manter as capacidades funcionais dos pacientes dentro do contexto familiar. Isso inclui dispor de enfermeiras de cuidados domiciliares para ajudar os pacientes a permanecer em suas casas após sofrer lesões ou doenças agudas,

submeter-se a cirurgia ou na exacerbação de doença crônica. Também requer que se encontrem caminhos para melhorar as vidas de indivíduos deficientes e com doença crônica e suas famílias.

Pontos-chave

- A estrutura e as funções familiares influenciam as vidas de cada um de seus membros.
- Os membros da família influenciam-se mutuamente em relação a crenças, práticas e estado de saúde.
- O conceito da família é altamente individual; o foco do cuidado está na atitude do paciente em relação à família e não em uma definição inflexível da família.
- A estrutura, o funcionamento e a posição relativa da família na sociedade influenciam significativamente sua saúde e capacidade de responder aos problemas de saúde.
- A enfermeira pode ver a família de três maneiras: como contexto, como paciente ou como sistema.
- As medidas de saúde familiar envolvem mais que um resumo da saúde de cada um de seus membros.
- Os cuidadores familiares geralmente são o cônjuge idoso ou os filhos adultos que tentam trabalhar em período integral e cuidar de pais idosos.
- A sensibilidade cultural é vital para a enfermagem e família. Alguns membros têm diferentes crenças, tradições e restrições, mesmo dentro da mesma geração.
- Família cuidadora é um processo interativo que ocorre no contexto dos relacionamentos entre seus membros.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. A família C. inclui a mãe; o padrasto; duas filhas biológicas adolescentes da mãe; e uma filha biológica do pai, S., de 25 anos. A filha por parte do pai acabou de mudar para a casa após perder o emprego em outra cidade. A família está transformando um estúdio em quarto para S. e está em processo de distribuição de tarefas domésticas. Quando você fala com os membros da família, todos acham que a família deve se ajustar às mudanças de estilo de vida. Este é um exemplo de família com:
    1. Diversidade.
    2. Durabilidade.
    3. Resiliência.
    4. Configuração.
2. Qual é a razão mais comum para pedir aos avós para educar seus netos?
    1. Monoparentalidade
    2. Intervenções legais
    3. Famílias com dupla fonte de renda
    4. Aumento da taxa de divórcios
3. Qual das seguintes alternativas afeta mais o acesso da família a cuidados de saúde adequados, a oportunidades de educação e a uma boa nutrição?
    1. Desenvolvimento
    2. Função familiar
    3. Estrutura familiar
    4. Estabilidade econômica
4. Você está cuidando de uma família que consiste no pai e um menino de 3 anos, o qual tem asma bem controlada, mas às vezes não comparece às consultas de cuidados. Vivem em habitação com o apoio do governo. O pai está estudando para ser um profissional de tecnologia da informação. Tanto sua renda como o seu tempo são limitados, e ele admite que vai jantar frequentemente em restaurantes *fast-food*. No entanto, ele e o filho passam muito tempo juntos. A família recebe cuidados de saúde com o apoio do Estado para a criança, mas

esta não conta com seguro-saúde ou um médico pessoal. A criança está inscrita em um programa de creche assistido pelo governo. Quais dos seguintes constituem riscos para esse nível de saúde familiar? (Selecione todos os que se aplicam.)

1. Condição econômica
2. Doença crônica
3. Subsegurado
4. Creche mantida pelo governo
5. Frequência de jantares em restaurantes *fast-food*
6. Habitação com apoio do Estado

5. Qual das seguintes avaliações familiares são mais importantes para o sucesso de uma família cuidadora (Selecione todas as que se aplicam.)
   1. Nível educacional dos membros da família
   2. Preferências alimentares culturais
   3. Colaboração entre os membros da família
   4. Apoio social
   5. Práticas de resolução de conflitos
6. Quais das seguintes alternativas são os possíveis resultados quando há uma clara comunicação com a família? (Selecione todas as que se aplicam.)
   1. Objetivos da família
   2. Maior socialização
   3. Tomada de decisões
   4. Métodos de disciplina
   5. Melhora da educação
   6. Enfrentamento prejudicado
7. Uma família decidiu cuidar de um avô com câncer terminal na casa da filha. Família cuidadora é algo novo para a família. Ao assistir essa família, quando seus membros começam a planejar seus papéis de cuidadores, quais são as duas avaliações de prioridade máxima para melhor informar sobre o funcionamento familiar? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
   1. Comunicação

2. Tomada de decisões
3. Desenvolvimento
4. Condição econômica
5. Estrutura familiar

8. Uma família está enfrentando a perda de emprego do pai, que é o principal provedor de renda, e a realocação para outra cidade onde terá um novo emprego. As crianças terão de mudar de escola, e sua esposa terá de se demitir de um emprego do qual gosta. Quais das seguintes alternativas contribuem para a persistência dessa família? (Selecione todas as que se aplicam.)
   1. Reuniões familiares
   2. Papéis familiares estabelecidos
   3. Nova vizinhança
   4. Disposição para mudar no momento de estresse
   5. Orientação passiva para a vida
9. Uma família está passando por uma importante mudança. Exatamente quando dois filhos gêmeos se formam na faculdade e deixam a casa para iniciar suas carreiras, o marido perde seu emprego de executivo bem pago. Como a família mantinha os dois filhos na faculdade ao mesmo tempo, não poupou para a aposentadoria. O casal planejava poupar de maneira agressiva depois que os filhos terminassem a faculdade. Nessa situação, qual das seguintes alternativas demonstra a resiliência familiar? (Selecione todas as que se aplicam.)
   1. Reassumir o trabalho em período integral quando o cônjuge perder o emprego
   2. Problemas crescentes entre os irmãos
   3. Desenvolver passatempos quando os filhos saírem de casa
   4. Pôr a culpa nos membros da família
   5. Esperar que os filhos a ajudem economicamente
   6. Consultar um planejador financeiro
10. Na visão da família como contexto, qual é o foco principal?
   1. Os membros da família dentro de um sistema

2. O processo e os relacionamentos familiares
3. Conceitos relacionais e transacionais da família
4. Necessidades de saúde de um membro individual

11. Uma enfermeira de *hospice* está cuidando de uma família que está prestando cuidados em fim de vida à sua avó, que tem câncer de mama terminal. Quando a enfermeira a visita, o foco está no controle dos sintomas da avó e na assistência à família nas habilidades de enfrentamento. Essa abordagem é um exemplo de qual das seguintes?
    1. Família como contexto
    2. Família como paciente
    3. Família como sistema
    4. Família como estrutura
12. Uma nova família de imigrantes, que consiste em avô, dois adultos e três crianças em idade escolar, decidiu receber cuidados de promoção de saúde do Centro de Convivência. Esta é a sua primeira visita, e a coleta de dados da família, o histórico de saúde e um exame físico de cada membro da família são necessários. Quais das seguintes alternativas estão incluídas na coleta de dados da função familiar? (Selecione todas as que se aplicam.)
    1. Práticas culturais
    2. Tomada de decisões
    3. Serviços nas vizinhanças
    4. Rituais e celebrações
    5. Dados de criminalidade nas vizinhanças
    6. Disponibilidade de parques
13. Duas mães solteiras são profissionais ativas e têm filhas adolescentes. Elas também têm vidas sociais intensas e ocasionalmente têm encontros amorosos. Há três anos, decidiram compartilhar uma casa e os custos habitacionais, custos de vida e responsabilidades dos cuidados das filhas. As filhas consideram a outra família como sua família. Que forma de família é representada?
    1. Relacionamento familiar diverso

2. Relacionamentos familiares mistos
3. Relacionamento familiar estendido
4. Relacionamento familiar alternativo

14. Durante uma visita a uma clínica da família, uma enfermeira educa uma mãe sobre imunizações, uso de assento para crianças em carros e segurança na casa para bebê e criança pequena. Que tipo de intervenções de enfermagem são essas?
    1. Atividades de promoção de saúde
    2. Atividades de agudos
    3. Atividades de cuidados restauradores
    4. Atividades de cuidados de crescimento e desenvolvimento
15. Uma família decidiu cuidar de seu pai que se encontra nos estágios finais de uma doença neurológica debilitante. Embora ele esteja alerta, não consegue falar de maneira clara ou realizar atividades de autocuidados; ele indica que deseja permanecer envolvido na vida familiar enquanto for possível e gosta de passar o tempo com a esposa e filhos adolescentes. Qual alternativa define melhor a família cuidadora? (Selecione todas as que se aplicam.)
    1. Planejar uma família carinhosa para criar os filhos
    2. Prestar cuidados físicos e emocionais para um membro da família
    3. Estabelecer um ambiente físico seguro para a família
    4. Monitorar quanto a efeitos colaterais e tratamentos
    5. Reduzir o uso de recursos da comunidade

Respostas: 1. 3; **2.** 2; **3.** 4; **4.** 1, 3, 5; **5.** 3, 4, 5; **6.** 1, 3, 4; **7.** 1, 2; **8.** 1, 2, 4**; 9.** 1, 3, 6; **10.** 4; **11.** 2; **12.** 1, 2, 4; **13.** 4; **14.** 1; **15.** 2, 3, 4.

Referências

AARP Public Policy Institute: *Valuing the invaluable: 2011 Update: The growing contributions and costs of family caregiving*, 2011, http://assets.aarp.org/rgcenter/ppi/ltc/i51-caregiving.pdf. Accessed April 2015.

Anderson KH, Friedemann ML. Strategies to teach family assessment and intervention through an online international curriculum. *J Fam Nurs*. 2010;16(2):213.

Bell JM. Knowledge translation in family nursing: gazing into the promised land. *J Fam Nurs*. 2014;20(1):3.

Bell JM. Family nursing is more than family-centered care. *J Fam Nurs*. 2013;19(4):411.

Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(2):5.

Children's Defense Fund (CDF) *The state of America's children 2014 report*. Washington DC: Children's Defense Fund; 2014: http://www.childrensdefense.org/library/state-of-americas-children/2014-soac.pdf. Accessed April 2015.

Copen CE, et al. *First marriages in the United States: Data from the 2006-2010 National Survey of Family Growth. National health statistics reports, No 49*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2012.

Duhamel F. Implementing family nursing: how do we translate knowledge into clinical practice? Part 2. *J Fam Nurs*. 2010;16(1):8.

Epley P, et al. Characteristics and trends in family-centered conceptualizations. *J Fam Social Work*. 2010;13:269.

Futures Without Violence: *National health resource center on domestic violence, futures without violence*, 2014, http://www.futureswithoutviolence.org/resources-events/get-the-facts. Accessed April 2015.

Giger J. *Transcultural nursing assessment and intervention*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

Grant M, Ferrell B. Nursing role implications for family caregiving. *Semin Oncol Nurs*. 2012;28(4):279.

Herdman TH, Kamitsuru S, eds. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.

Kaakinen JR, et al. *Family health care nursing: theory, practice, and research*. ed 5 Philadelphia: FA Davis; 2014.

Kirk M. Introduction to genetics and genomics: a revised framework for nursing. *Nurs Stand*. 2013;28(8):37.

Laitinen H, et al. When time matters: the reality of patient care in acute care settings. *Int J Nurs Pract*. 2011;17:388.

Martin P, et al. Family health nursing: a response to the global health challenges. *J Fam Nurs*. 2013;19(1):99.

National Coalition for the Homeless *Faces of homeless—the eCourse*. Washington, DC: The Coalition; 2014: http://homelessfaces.org/. Accessed April 2015.

Tobiano G, et al. Family member's perceptions of the nursing bedside handover. *J Clin Nurs*. 2012;22:192.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess: Gerontological nursing healthy aging*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

US Bureau of the Census *Population profile of the United States, 2009*. Washington, DC: The Bureau; 2011: http://www.census.gov/prod/2011pubs/acs-13.pdf. Accessed April 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Read the law*, 2014, http://www.hhs.gov/healthcare/rights/law/index.html. Accessed April 2015.

Referências de pesquisa

Anderson KH. The family health system approach to family systems nursing. *J Fam Nurs*. 2000;6(2):103.

Arestedt L, et al. Living as a family in the midst of chronic illness. *Scand J Caring Sci*. 2013;28:29.

Biello KB, et al. Effect of teenage parenthood on mental health trajectories: does sex matter?. *Am J Epidemiol*. 2010;162(3):279.

Brazil K, et al. Family caregiver views on patient-centered care at the end of life. *Scand J Caring Sci*. 2012;26:513.

Calzone KA, et al. Survey of nursing integration of genomics into nursing practice. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44(4):428.

Calzone KA, et al. A blueprint for genomic nursing science. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(1):96.

Dobrina R, et al. An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(2):64.

Harper CC, et al. Abstinence and teenagers: prevention counseling practices of health care providers serving high-risk patients in the United States. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010;42(2):125.

Kim SS, et al. Spirituality and psychological well-being: testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders. *Res Nurs Health*. 2011;34:103.

McCubbin MA, et al. Family hardiness index (FHI). In: McCubbin HI, ed. *Family assessment: resiliency, coping, and adaptation, inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin Press; 1996.

McDaniel KR, Allen DG. Working and caregiving: the impact on caregiver stress, family-work conflict, and burnout. *J Life Care Planning*. 2012;10(4):21.

O'Shea F, et al. Family care experiences in nursing home facilities. *Nurs Older People*. 2014;26(2):26.

Plank A, et al. Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *J Clin Nurs*. 2012;21:2072.

Popejoy LL. Complexity of family caregiving and discharge planning. *J Fam Nurs*. 2011;17:61.

Reczek C, Umberson D. Gender, health behavior, and intimate relationships: lesbian, gay, and straight contexts. *Soc Sci Med*. 2012;74(1783).

Sansoni J, et al. Caregiver of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature. *Ann Ig*. 2013;25(3):235.

Tamayo GJ, et al. Caring for the caregiver. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(1):E50.

Tyrrell EF, et al. Nursing contributions to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *J Adv Nurs*. 2012;68(11):2466.

11

Teorias do Desenvolvimento

OBJETIVOS

- Discutir os fatores que influenciam o crescimento e o desenvolvimento.
- Descrever as teorias do desenvolvimento biofísico.
- Descrever e comparar as teorias psicanalíticas/psicossociais propostas por Freud e Erikson.
- Descrever a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget.
- Aplicar as teorias do desenvolvimento ao planejar intervenções nos cuidados dos pacientes durante o ciclo de vida.
- Discutir as implicações em enfermagem da aplicação dos princípios de desenvolvimento no cuidado ao paciente.

TERMOS-CHAVE

Desenvolvimento biofísico, p. 132
Raciocínio convencional, p. 137
Teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, p. 134
Modelo psicanalítico do desenvolvimento da personalidade de Freud, p. 133
Teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg, p. 137
Teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, p. 136

Raciocínio pós-convencional, p. 137
Temperamento, p. 135

A compreensão do crescimento e desenvolvimento normais ajuda as enfermeiras no prognóstico, prevenção e detecção de divergências dos padrões esperados no paciente. O crescimento abrange as mudanças físicas que ocorrem do período pré-natal à idade adulta avançada, além de demonstrar tanto o progresso como a degeneração. Desenvolvimento refere-se às mudanças biológicas, cognitivas e socioemocionais que se iniciam na concepção e continuam ao longo da vida. O desenvolvimento é dinâmico e inclui progressão. Porém, em alguns processos de doença, o desenvolvimento é retardado ou regride.

Os indivíduos têm padrões únicos de crescimento e desenvolvimento. A capacidade de progredir através de cada fase do desenvolvimento influencia a saúde geral do indivíduo. A experiência de sucesso ou fracasso em uma fase afeta a capacidade de completar as fases subsequentes. Se os indivíduos tiverem repetidas falhas de desenvolvimento, podem ocorrer inadequações algumas vezes. No entanto, quando o indivíduo experimenta repetidos sucessos, há promoção de saúde. Por exemplo, uma criança que não anda aos 20 meses demonstra retardo da capacidade motora grossa, o que torna lenta a exploração e a manipulação do ambiente. Em contrapartida, a criança que anda aos 10 meses é capaz de explorar e encontrar estímulos no ambiente.

Quando cuidar de pacientes, adote a perspectiva de ciclo vital do desenvolvimento humano que leva em consideração todos os estágios do desenvolvimento. Tradicionalmente, o desenvolvimento concentra-se na infância, mas uma visão abrangente do desenvolvimento também inclui as mudanças que ocorrem durante os anos da idade adulta. A compreensão do crescimento e desenvolvimento ao longo da vida ajuda no planejamento de perguntas para a triagem e histórico de saúde, promoção e manutenção da saúde, assim como educação

em saúde para pacientes de todas as idades.

Teorias do desenvolvimento

As teorias do desenvolvimento proporcionam uma estrutura para examinar, descrever e apreciar o desenvolvimento humano. Por exemplo, o conhecimento da teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson ajuda as pessoas que prestam o cuidado a entender a importância de apoiar o desenvolvimento de confiança básica no estágio da infância. A confiança estabelece o fundamento para todos os relacionamentos futuros. As teorias do desenvolvimento também são importantes para ajudar as enfermeiras a avaliar e tratar a resposta do indivíduo a uma doença. A compreensão da tarefa ou necessidade específica de cada estágio de desenvolvimento orienta as pessoas que prestam o cuidado no planejamento de cuidados individualizados e adequados aos pacientes. Teorias do desenvolvimento específicas descrevendo o processo de envelhecimento dos adultos são discutidas nos Capítulos 13 e 14.

O desenvolvimento humano é um processo dinâmico e complexo que não pode ser explicado por uma só teoria. Este capítulo apresenta as teorias do desenvolvimento biofísico, psicanalítico/psicossocial, cognitivo e moral. Os Capítulos 25 e 36 cobrem as áreas de teoria da aprendizagem para a educação e desenvolvimento espiritual do paciente.

Teorias do Desenvolvimento Biofísico

Desenvolvimento biofísico é a maneira como nossos corpos físicos crescem e mudam. Os profissionais de saúde são capazes de quantificar e comparar as alterações, que ocorrem durante o crescimento de um bebê recém-nascido, com as normas estabelecidas. Como o corpo físico envelhece? Quais são os desencadeadores do movimento corporal em direção à mudança das características físicas da infância, prosseguindo pela adolescência, até as mudanças físicas da idade adulta?

Teoria do Desenvolvimento de Gesell

O fundamento da teoria do desenvolvimento de Gesell é que o padrão de crescimento de cada criança é único e é direcionado pela atividade genética (Gesell, 1948). Gesell descobriu que o padrão de maturação em humanos segue uma sequência fixa de desenvolvimento. O desenvolvimento sequencial é evidente em fetos, nos quais há uma ordem específica de desenvolvimento do sistema de órgãos. Hoje sabemos que o crescimento em humanos é tanto cefalocaudal como proximodistal. O padrão cefalocaudal descreve uma sequência em que o crescimento é mais rápido no topo (p. ex., cabeça/cérebro desenvolvem-se mais depressa do que a coordenacão de braço e perna). O padrão de crescimento proximodistal começa no centro do corpo e move-se em direção às extremidades (p. ex., os sistemas de órgãos no tronco do corpo se desenvolvem antes dos braços e pernas). Os genes direcionam a sequência do desenvolvimento; mas os fatores ambientais também o influenciam, e o resultado são as alterações no desenvolvimento. Por exemplo, os genes direcionam a taxa de crescimento em altura de um indivíduo, mas esse crescimento só será maximizado se as condições ambientais forem adequadas. A má nutrição ou a doença crônica geralmente afetam a taxa de crescimento, resultando em menor estatura, independentemente do plano genético. No entanto, a nutrição adequada e a ausência de doença não podem resultar em uma altura superior àquela determinada pela hereditariedade.

Teorias Psicanalíticas/Psicossociais

As teorias do desenvolvimento psicanalíticas/psicossociais descrevem o desenvolvimento humano sob as perspectivas de personalidade, pensamento e comportamento (Tabela 11-1). A teoria psicanalítica explica o desenvolvimento como primariamente inconsciente e influenciado pela emoção. Os teóricos psicanalíticos sustentam que esses conflitos inconscientes influenciam o desenvolvimento durante os estágios universais que ocorrem em todos os indivíduos (Berger, 2011).

Tabela 11-1

Comparação entre as Principais Teorias do Desenvolvimento

Estágio/Idade de Desenvolvimento	Freud (Desenvolvimento Psicossocial)	Erikson (Desenvolvimento Psicossocial)	Piaget (Desenvolvimento Cognitivo/Moral)	Kohlberg (Desenvolvim do Raciocínio Moral)
Infância (do nascimento aos 18 meses)	Estágio oral	Confiança *versus* desconfiança Capacidade de confiar nos outros	Período sensório-motor Progresso da atividade reflexa para as ações repetitivas simples	
Primeira infância (dos 18 meses aos 3 anos)	Estágio anal	Autonomia *versus* vergonha e dúvida Autocontrole e independência	Período pré-operacional – pensamento com o uso de símbolos Egocêntrica	Nível pré-convenciona Orientação casti obediência
Pré-escolar (3-5 anos)	Estágio fálico	Iniciativa *versus* culpa Altamente imaginativa	Uso de símbolos Egocêntrica	Nível pré-convenciona Pré-moral Orientação instrumental
Infância intermediária (6-12 anos)	Estágio latente	Diligência *versus* inferioridade Envolvida em tarefas e atividade	Período de operações concretas Pensamento lógico	Nível convencio Orientação de b menino–boa menina
Adolescência (12-19 anos)	Estágio genital	Identidade *versus* confusão de papel Maturidade sexual, "Quem sou eu?"	Período de operações formais Pensamento abstrato	Nível pós-convenciona Orientação de contrato soci
Adulto jovem		Intimidade *versus* isolamento Afiliação *versus* amor		
Adulto		Generatividade *versus* autoabsorção e estagnação		
Idoso		Integridade *versus* desesperança		

Sigmund Freud

O **modelo psicanalítico do desenvolvimento da personalidade de Freud** determina que os indivíduos passam por cinco estágios de desenvolvimento psicossexuais e que cada estágio se caracteriza pelo prazer sexual em partes do corpo: na boca, no ânus e na genitália. Freud acreditava que a personalidade adulta resulta da maneira como um indivíduo resolve os conflitos entre essas fontes de prazer e as exigências da realidade (Santrock, 2012b).

Estágio 1: Oral (do Nascimento aos 12 aos 18 Meses)

Inicialmente, a sucção e a satisfação oral não apenas são vitais à vida, mas também extremamente prazerosas por si sós. Na fase tardia desse estágio, o bebê começa a perceber que mãe/pai são algo separado de si mesmo. A interrupção da disponibilidade física ou emocional do genitor (p. ex., vínculo inadequado ou doença crônica) pode afetar o desenvolvimento do bebê.

Estágio 2: Anal (dos 12 aos 18 Meses aos 3 Anos)

O foco do prazer muda para a região anal. As crianças se tornam cada vez mais conscientes das sensações prazerosas dessa região corporal, havendo interesse pelos produtos de seu esforço. Com o processo de treinamento de toalete, a criança retarda a gratificação para atender às expectativas dos pais e da sociedade.

Estágio 3: Fálico ou Edipiano (dos 3 aos 6 Anos)

Os órgãos genitais são o foco do prazer durante este estágio. O menino passa a se interessar pelo pênis; a menina se torna consciente da ausência de pênis, o que é conhecido como *inveja do pênis*. Este é um período de exploração e imaginação quando a criança fantasia sobre o genitor do sexo oposto como o seu primeiro interesse amoroso, o que é conhecido como *complexo de Édipo ou Electra*. No final desse estágio, a criança tenta reduzir esse conflito identificando-se com o genitor do mesmo sexo como uma maneira de reconhecimento e aceitação.

Estágio 4: Latência (dos 6 aos 12 Anos)

Neste estágio, Freud acreditava que a criança reprimisse e canalizasse os impulsos sexuais, desde o estágio edipiano anterior, transformando-os em atividades produtivas socialmente aceitáveis. Dentro dos mundos educacional e social da criança, há muito a aprender e realizar.

Estágio 5: Genital (da Puberdade à Vida Adulta)

Neste estágio sexual final, os impulsos sexuais despertam novamente e são direcionados para um indivíduo fora do círculo familiar. Os conflitos anteriores não resolvidos vêm à tona durante a adolescência. Depois que o indivíduo resolve os conflitos, ele é capaz então de ter um relacionamento sexual adulto maduro.

Freud acreditava que os componentes da personalidade humana se desenvolvessem em estágios e regulassem o comportamento. Esses componentes são o id, o ego e o superego. O id (p. ex., impulsos instintivos básicos direcionados à obtenção de prazer) é a parte mais primitiva da personalidade e se origina na infância. O bebê não é capaz de tolerar a demora e suas necessidades devem ser atendidas imediatamente. O ego representa o componente da realidade, mediadora dos conflitos entre o ambiente e as forças do id. Ele ajuda as pessoas a julgar a realidade de maneira precisa, a regular os impulsos e a tomar boas decisões. O ego, geralmente, é referido como o senso que o indivíduo tem de si mesmo. O terceiro componente, o superego, realiza as ações de regulação, restrição e proibição. Geralmente referido como a consciência, o superego é influenciado pelos padrões de forças sociais externas (p. ex., o pai ou o professor).

Alguns dos críticos de Freud afirmam que ele baseou sua análise do desenvolvimento da personalidade em determinantes biológicos e ignorou a influência da cultura e da experiência. Outros pensam que as hipóteses básicas de Freud, como o complexo de Édipo, não são aplicáveis às diferentes culturas. Os psicanalistas, hoje, acreditam que o papel do pensamento consciente é muito maior do que Freud imaginava (Santrock, 2012a).

Erik Erikson

Freud exerceu forte influência sobre seus seguidores psicanalistas, incluindo Erik Erikson (1902-1994), que elaborou uma teoria do desenvolvimento diferente da teoria de Freud em um importante aspecto: os estágios de Erikson enfatizam o relacionamento de uma pessoa com a família e a cultura em vez dos impulsos sexuais (Berger, 2011).

De acordo com a **teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson**, os indivíduos precisam realizar uma determinada tarefa antes de dominar o estágio com sucesso e progredir para o seguinte. Cada tarefa é composta por conflitos de opostos, e uma vez dominadas as tarefas elas são novamente desafiadas e testadas durante novas situações ou em momentos de conflito (Hockenberry e Wilson, 2015). Os oito estágios de vida de Erikson são descritos aqui.

Confiança versus desconfiança (do Nascimento até 1 Ano)

O estabelecimento de um senso básico de confiança é essencial para o desenvolvimento de uma personalidade saudável. Para que a resolução desse estágio seja bem- sucedida, é necessário que o bebê conte com um cuidador constante que esteja disponível para atender às suas necessidades. A partir dessa confiança básica nos pais, o bebê é capaz de confiar em si mesmo, nos outros e no mundo (Hockenberry e Wilson, 2015). A formação de confiança resulta em fé e otimismo. O uso de orientação preventiva pela enfermeira ajuda os pais a enfrentar a hospitalização de um bebê e os comportamentos deste quando receber alta para o domicílio.

Autonomia versus Sentimento de Vergonha e Dúvida (de 1 a 3 Anos)

Neste estágio, a criança em crescimento realiza mais algumas atividades básicas de autocuidado, incluindo andar, alimentar-se e ir ao banheiro. Essa independência recém-descoberta é o resultado de maturação e imitação. As crianças pequenas desenvolvem sua autonomia fazendo escolhas. As escolhas típicas dessa faixa etária incluem atividades referentes a relacionamentos, desejos e brinquedos. Também há oportunidade de aprender que os pais e a

sociedade têm expectativas sobre essas escolhas. Limitar as escolhas e/ou impingir punições rigorosas leva a sentimentos de vergonha e dúvida. A criança pequena que domina com sucesso esse estágio alcança o autocontrole e a força de vontade. A enfermeira modela uma orientação compreensiva que oferece apoio e compreensão dos desafios desse estágio. As escolhas disponíveis para a criança devem ser de natureza simples e seguras.

Iniciativa versus Culpa (dos 3 aos 6 Anos)

As crianças gostam do faz de conta e de experimentar novos papéis. Fantasia e imaginação permitem que explorem o seu ambiente. Também nesse momento estão desenvolvendo seu superego ou consciência. Os conflitos geralmente ocorrem entre o desejo da criança de explorar e os limites impostos ao seu comportamento. Esses conflitos algumas vezes levam a sentimentos de frustração e culpa. A culpa também ocorre se as respostas das pessoas que prestam o cuidado forem muito rigorosas. Crianças pré-escolares aprendem a manter o senso de iniciativa sem impor sobre a liberdade dos outros. A resolução bem-sucedida desse estágio resulta em direção e propósito. Ensinar a uma criança o controle dos impulsos e os comportamentos cooperativos ajuda a família a evitar os riscos de alterações no crescimento e desenvolvimento. As crianças pré-escolares frequentemente manifestam animismo, uma característica do desenvolvimento que as faz tratar as bonecas ou os bichos de pelúcia como se tivessem pensamentos e sentimentos. A ludoterapia também é fundamental para ajudar a criança a lidar com sucesso com as ameaças inerentes relacionadas à hospitalização ou à doença crônica.

Diligência versus Inferioridade (dos 6 aos 11 Anos)

Crianças em idade escolar estão ansiosas para se dedicar à aprendizagem de habilidades e recursos socialmente produtivos. Aprendem a trabalhar e brincar com os colegas. Elas se desenvolvem com as realizações e os elogios. Sem um apoio adequado para as novas habilidades de aprendizagem, ou se estas habilidades forem

muito difíceis, elas desenvolvem um sentimento de inadequação e inferioridade. As crianças nessa idade precisam ser capazes de ter experiências de realizações reais para desenvolver o senso de competência. Erikson acreditava que as atitudes do adulto em relação ao trabalho são determinadas pela realização bem-sucedida dessa tarefa (Erikson, 1963). Durante a hospitalização, é importante que a criança em idade escolar entenda as rotinas e participe o mais ativamente possível de seu tratamento. Por exemplo, algumas crianças gostam de manter um registro de sua ingestão e eliminação.

Identidade versus Confusão de Papel (Puberdade)

As dramáticas alterações fisiológicas associadas à maturação sexual marcam esse estágio. Há acentuada preocupação com a aparência e a imagem corporal. Este estágio, no qual começa o desenvolvimento da identidade com o objetivo de alcançar alguma perspectiva ou direção, responde à pergunta: "Quem sou eu". A aquisição do senso de identidade é essencial para a tomada de decisões adultas, como a escolha de uma vocação ou um parceiro para casamento. Cada adolescente move-se de maneira única na sociedade como um membro interdependente. Existem também novas demandas sociais, oportunidades e conflitos que se relacionam à identidade emergente e à separação da família. Erikson acreditava que o domínio bem-sucedido desse estágio resultava em dedicação e fidelidade aos ideais dos outros e aos seus próprios (Hockenberry e Wilson, 2015). Elkind (1967) identificou uma noção da invulnerabilidade percebida em adolescentes que contribui para os comportamentos de risco. As enfermeiras oferecem educação e orientação preventiva aos pais sobre as mudanças e desafios para os adolescentes. As enfermeiras também ajudam os adolescentes hospitalizados a lidar com sua doença dando-lhes suficientes informações para permitir que eles tomem decisões sobre o seu plano de tratamento.

Intimidade versus Isolamento (Adulto Jovem)

Adultos jovens, tendo desenvolvido o senso de identidade, aprofundam sua capacidade de amar os outros e cuidar deles.

Procuram amizades significativas e um relacionamento com outra pessoa. Erikson descreveu a intimidade como a descoberta de si mesmo e em seguida a perda de si mesmo em outra pessoa (Santrock, 2012a). Se o adulto jovem não for capaz de estabelecer companheirismo e intimidade, o resultado é o isolamento por temer a rejeição e a decepção (Berger, 2011). As enfermeiras devem compreender que, durante a hospitalização, a necessidade de intimidade dos adultos jovens continua presente; assim estes se beneficiam com o apoio da pessoa parceira ou outra pessoa significativa nesse período.

Generatividade versus Autoabsorção e Estagnação (Meia-idade)

Após o desenvolvimento de um relacionamento íntimo, o adulto concentra-se no apoio às futuras gerações. A capacidade de expandir o envolvimento pessoal e social é crítica para esse estágio de desenvolvimento. Adultos na meia-idade alcançam o sucesso nesse estágio pela contribuição às futuras gerações por meio de parentalidade, educação, atuação como mentor e envolvimento na comunidade. A obtenção da generatividade resulta em cuidar de outras pessoas como um ponto forte básico. A incapacidade de ter um papel no desenvolvimento da geração seguinte resulta em estagnação (Santrock, 2012a). As enfermeiras ajudam os adultos fisicamente enfermos a escolher maneiras criativas de promover o desenvolvimento social. As pessoas de meia-idade geralmente encontram uma sensação de plenitude pelo voluntariado em uma escola, hospital ou igreja local.

Integridade versus Desesperança (Idade Avançada)

Muitos idosos revisam suas vidas com um senso de satisfação, mesmo com os seus inevitáveis erros. Outros se veem como fracassados, com suas vidas marcadas pela desesperança e pesar. Os idosos geralmente se empenham em uma avaliação retrospectiva de suas vidas. Eles interpretam suas vidas como um todo significativo ou se sentem pesarosos por causa dos objetivos não alcançados (Berger, 2011). Como o processo de envelhecimento cria perdas físicas e sociais,

alguns adultos também sofrem a perda de *status* e função (p. ex., por aposentadoria ou doença). Essas lutas externas se unem às lutas internas como a busca de um significado para a vida. Enfrentar esses desafios cria um potencial para o crescimento e a força básica da sabedoria (Fig. 11-1).

FIGURA 11-1 Costurar mantém esta idosa ativa.

As enfermeiras estão em posições de influência dentro de suas

comunidades para ajudar as pessoas a se sentirem valorizadas, apreciadas e necessárias. Erikson disse: "Crianças saudáveis não terão medo da vida, se os seus pais tiverem integridade suficiente para não temer a morte" (Erikson, 1963). Embora Erikson acreditasse que os problemas na vida adulta resultam da resolução malsucedida de estágios anteriores, sua ênfase nos relacionamentos familiares e na cultura ofereceram uma visão ampla do desenvolvimento no ciclo de vida. Como enfermeira, você usará esse conhecimento sobre o desenvolvimento ao prestar cuidados em qualquer ambiente de saúde.

Teorias Relacionadas ao Temperamento

Temperamento é um estilo de comportamento que afeta as interações emocionais do indivíduo com os outros (Santrock, 2012a). Personalidade e temperamento geralmente estão estreitamente ligados, e a pesquisa mostra que os indivíduos possuem algumas características que perduram na vida adulta. As diferenças individuais que as crianças apresentam em resposta a seu ambiente influenciam significativamente a maneira como os outros respondem a elas e às suas necessidades. O conhecimento do temperamento ajuda os pais a compreender melhor os seus filhos (Hockenberry e Wilson, 2015).

Os psiquiatras Stella Chess (1914-2007) e Alexander Thomas (1914-2003) conduziram um estudo longitudinal em 20 anos que identificou três classes básicas de temperamento:

- *A criança fácil* — Calma e de temperamento equilibrado. Esta criança tem hábitos regulares e previsíveis. Uma criança fácil é aberta e adaptável à mudança e mostra um humor de leve a moderadamente intenso, que é tipicamente positivo.
- *A criança difícil* — Altamente ativa, irritável e de hábitos irregulares. O afastamento negativo dos outros é típico e a criança precisa de um ambiente mais estruturado. A criança difícil adapta-se lentamente a novas rotinas, pessoas ou situações. As expressões de humor geralmente são intensas e principalmente negativas.
- *A criança de "aquecimento lento"* — É típica a reação negativa e de

pouca intensidade aos novos estímulos. A criança adapta-se lentamente com o contato repetido, a não ser que seja pressionada, e responde com resistência leve, mas passiva, à novidade ou às mudanças na rotina.

A pesquisa sobre temperamento e sua estabilidade continuou, com ênfase na capacidade do indivíduo para tomar decisões pensadas sobre o comportamento em situações difíceis. O conhecimento do temperamento e de como ele impacta o relacionamento pai-filho é crítico para se dar uma orientação preventiva aos pais. Com o nascimento de um segundo filho, a maioria dos pais acha que as estratégias que funcionaram bem com o primeiro filho já não funcionam mais. A enfermeira individualiza o aconselhamento para melhorar acentuadamente a qualidade das interações entre pais e filhos (Hockenberry e Wilson, 2015).

Perspectivas do Desenvolvimento Adulto

Os primeiros estudos do desenvolvimento tinham como foco somente a infância porque os estudiosos ao longo da história consideravam o processo de envelhecimento como um declínio inevitável e irreversível. Todavia, sabemos agora que, embora as mudanças venham mais lentamente, as pessoas continuam a desenvolver novas habilidades e a se adaptar às mudanças de ambiente. A perspectiva do ciclo de vida sugere que a compreensão do desenvolvimento adulto requer múltiplos pontos de vista. Duas maneiras usadas pelos pesquisadores para estudar o desenvolvimento adulto são: a visão de estágio-crise e a abordagem de ciclo de vida. A teoria de estágio mais bem conhecida é a desenvolvida por Erik Erikson, já discutida anteriormente. Outra teoria de estágio que contribuiu para a compreensão do desenvolvimento durante o ciclo de vida foi apresentada pelo trabalho de Robert Havighurst.

Teoria do Estágio-Crise

Físico, educador e especialista em envelhecimento, Robert Havighurst (1900-1991) conduziu extensa pesquisa e desenvolveu a teoria do

desenvolvimento humano baseado nas tarefas desenvolvimentais. A teoria de Havighurst incorpora três fontes principais das tarefas desenvolvimentais: tarefas que vêm à tona devido à maturação física, tarefas que se desenvolvem a partir de valores pessoais e tarefas que são o resultado de pressões da sociedade. Assim como Erikson, Havighurst acreditava que a resolução bem-sucedida da tarefa desenvolvimental era essencial para o sucesso na progressão pelo ciclo de vida. Ele identificou seis estágios e de seis a dez tarefas desenvolvimentais para cada estágio: infância e primeira infância (do nascimento aos 6 anos), infância intermediária (de 6 a 12 anos), adolescência (de 13 a 18 anos), adulto jovem (de 19 a 30 anos), adulto de meia-idade (de 30 a 60 anos) e idoso (acima de 60 anos). Havighurst acreditava que o número de tarefas difere em cada nível de idade por causa da inter-relação entre biologia, sociedade e valores pessoais. Nos últimos anos, ele voltou seu foco para o estudo do envelhecimento. Em resposta à visão de que os idosos devem se afastar gradualmente da sociedade, Havighurst propôs a teoria da atividade, que determina que a continuação de um estilo de vida ativo, participante, resulta em mais satisfação e bem-estar no envelhecimento (Cap. 14).

Abordagem de Ciclo de Vida

A abordagem contemporânea dos eventos da vida leva em consideração as variações que ocorrem em cada indivíduo. Esta visão considera as circunstâncias pessoais (saúde e apoio familiar), o modo como a pessoa vê e se ajusta às mudanças, e o contexto social e histórico vigente em que vive. O aumento da expectativa de vida tornou popular a abordagem do desenvolvimento no ciclo de vida (Santrock, 2012b). Paul Baltes (1939-2006), um especialista em desenvolvimento no ciclo de vida, via esse desenvolvimento como vitalício, multidimensional, multidirecional, flexível, multidisciplinar e contextual. Na visão de Baltes, o desenvolvimento é estruturado pela interação de fatores biológicos, socioculturais e individuais (Baltes et al., 2005). A pesquisa atual sobre o envelhecimento bem-sucedido é muito mais condizente com a abordagem de ciclo de vida

que dá ênfase a objetivos relacionados à idade que sejam orientados aos relacionamentos e ao apoio social contínuo com vistas ao bem-estar (Reichstadt et al., 2010).

Teoria Cognitiva do Desenvolvimento

As teorias psicanalíticas/psicossociais têm seu foco no pensamento inconsciente e nas emoções do indivíduo; as teorias cognitivas ressaltam o modo como as pessoas aprendem a pensar e dar sentido ao seu mundo. Como ocorre no desenvolvimento da personalidade, os teóricos cognitivos exploraram a infância e a idade adulta. Algumas teorias destacam as mudanças qualitativas do pensamento; outras se expandem para incluir as dimensões sociais, culturais e comportamentais.

Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) interessava-se mais pelo desenvolvimento da organização intelectual da criança: seu modo de pensar, raciocinar e perceber o mundo. A **teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget** inclui quatro períodos relacionados à idade e demonstra categorias específicas de conhecimento e compreensão (Cap. 12). Ele elaborou sua teoria com base em anos de observação de crianças, enquanto ele explorava, manipulava e tentava dar a elas um sentido fora do mundo em que viviam. Piaget acreditava que os indivíduos mudam de um estágio a outro procurando o equilíbrio cognitivo ou um estado de equilíbrio mental, e que eles constroem estruturas mentais para auxiliar em sua adaptação ao mundo (Santrock, 2012a). Dentro de cada um desses períodos principais de desenvolvimento cognitivo estão os estágios específicos (Tabela 11-1).

Período I: Sensório-motor (do Nascimento aos 2 Anos)

Os bebês desenvolvem um esquema ou padrão de ação para lidar com o ambiente (Quadro 11-1). Esses esquemas incluem bater, olhar, agarrar ou chutar. Os esquemas se tornam atividades autoiniciadas (p. ex., o bebê que aprende que sugar o faz alcançar um resultado

prazeroso generaliza a ação para sugar os dedos, o cobertor ou as roupas). A obtenção bem-sucedida do prazer leva a uma maior exploração. Durante esse estágio, a criança aprende sobre si mesma e seu ambiente por meio de ações motoras e reflexas. Aprende que está separada do ambiente e que os aspectos do ambiente (p. ex., pais ou o brinquedo favorito) continuam a existir mesmo que nem sempre sejam vistos. Piaget chamou de *permanência do objeto* essa compreensão de que os objetos continuam a existir mesmo quando não podem ser vistos, ouvidos ou tocados, e considerou que esta é uma das mais importantes realizações da criança.

Quadro 11-1

Prática baseada em evidências

Aplicação da Teoria do Desenvolvimento ao Cuidado de Bebês

Questão PICO: Em pacientes neonatais, o envolvimento emocional parental na hora de dormir resulta em melhor qualidade e duração do sono do bebê?

Resumo de Evidência

Cerca de 20% a 30% dos bebês têm dificuldade em adormecer e manter o sono (Ball, 2014; Shapiro-Mendoza et al., 2015). A disponibilidade emocional da mãe na hora de dormir tem sido ligada a melhor qualidade do sono em bebês, o que se acredita estar associado a sentimentos de segurança do bebê. Por outro lado, o excessivo envolvimento parental e a tranquilização física na hora de dormir estão ligados a frequentes interrupções do sono durante a noite. As mães que têm dúvidas sobre sua capacidade materna ou sentem raiva ou impotência diante das demandas de seu bebê tendem a ser muito intrusivas à hora de dormir e relatam má qualidade de sono do bebê (Cook et al., 2012). Tikotzky et al. (2015) notaram que, quando as mães não amamentavam o bebê na hora de

dormir, a maior participação dos pais no ritual da hora de dormir melhorava o sono da criança. É importante que as enfermeiras apliquem a teoria do desenvolvimento e reconheçam a importância da participação parental na qualidade do sono do bebê.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Eduque os pais no sentido de realinhar suas expectativas em relação aos padrões de sono do bebê (Ball, 2014).
- Esteja ciente do valor do envolvimento dos pais no cuidado e alimentação do bebê, particularmente por volta do horário de dormir (Ball, 2014).
- Ajude os pais que estão amamentando a estabelecer um ritual na hora de dormir que envolva o pai (Tikotzky et al., 2015).
- Compreenda que o bebê tem necessidade do envolvimento parental para desenvolver o senso de segurança e melhorar a qualidade do sono.

Período II: Pré-operacional (dos 2 aos 7 Anos)

Durante esse período, as crianças aprendem a pensar com o uso de símbolos e imagens mentais. Elas exibem "egocentrismo", já que veem objetos e pessoas sob um ponto de vista único, o seu próprio. Acreditam que todos têm a sua mesma expêriencia do mundo. No início deste estágio, as crianças demonstram "animismo" em que personificam os objetos. Acreditam que os objetos inanimados têm pensamentos, desejos e sentimentos naturais. Seu pensamento é muito influenciado pela fantasia e pelo pensamento mágico. As crianças neste estágio têm dificuldade de conceituar o tempo. Brincar se torna o meio principal pelo qual elas promovem seu desenvolvimento cognitivo e aprendem sobre o mundo (Fig. 11-2). As intervenções de enfermagem durante esse período identificam o uso do brincar como uma maneira da criança compreender os eventos que ocorrem. A ludoterapia é uma intervenção de enfermagem que ajuda a criança a enfrentar os procedimentos invasivos e intrusivos que podem ocorrer durante a hospitalização. Além disso, a ludoterapia ajuda a criança

doente a progredir em termos de desenvolvimento.

FIGURA 11-2 Brincar é importante para o desenvolvimento da criança.

Período III: Operações Concretas (dos 7 aos 11 Anos)

Agora, as crianças são capazes de realizar operações mentais. Por exemplo, ela pensa sobre uma ação que antes era realizada fisicamente. As crianças agora são capazes de descrever um processo

sem realmente fazê-lo. Nesse momento, elas estão aptas a coordenar duas perspectivas concretas no pensamento social e científico de tal forma que são capazes de apreciar a diferença entre sua perspectiva e a de um amigo. A reversibilidade é uma das características principais do pensamento operacional concreto. Agora as crianças podem fazer a imagem mental de uma série de passos e reverter esses passos para voltar ao ponto de partida. A capacidade de classificar objetos mentalmente de acordo com suas dimensões quantitativas, conhecida como *seriação*, é alcançada. São capazes de ordenar corretamente ou classificar objetos por tamanho, peso ou outras características. Outra importante realização neste estágio é a conservação, ou a capacidade de ver objetos ou quantidades como permanecendo os mesmos, apesar da mudança em sua aparência física (Santrock, 2012b).

Período IV: Operações Formais (dos 11 Anos à Idade Adulta)

A transição do pensamento concreto para o operacional formal ocorre em estágios nos quais há prevalência do pensamento egocêntrico. Este egocentrismo leva os adolescentes a demonstrar sentimentos e comportamentos caracterizados por autoconsciência: a crença de que suas ações e aparência estão sendo constantemente examinadas (uma "audiência imaginária"), que seus pensamentos e sentimentos são únicos (a "fábula pessoal"), e que são invulneráveis (Santrock, 2012b). Estes sentimentos de invulnerabilidade em geral levam a comportamentos de risco, especialmente no início da adolescência. À medida que os adolescentes compartilham experiências com os colegas, aprendem que muitos de seus pensamentos e sentimentos são compartilhados por quase todos, o que os ajuda a saber que não são tão diferentes. À medida que amadurecem, seu pensamento move-se para os temas abstratos e teóricos. Eles têm a capacidade de raciocinar em relação às possibilidades. Para Piaget, este estágio marcava o fim do desenvolvimento cognitivo.

O trabalho de Piaget foi desafiado ao longo dos anos, à medida que os pesquisadores continuavam a estudar o desenvolvimento cognitivo. Por exemplo, alguns aspectos do desempenho objetivo emergem mais cedo do que Piaget acreditava, e outras capacidades

cognitivas podem vir à tona mais tardiamente do que o previsto. Sabemos agora que muitos adultos podem não se tornar pensadores operacionais formais e permanecem no estágio concreto, enquanto outros têm um desenvolvimento cognitivo que vai além dos estágios propostos por Piaget (Santrock, 2012b). A avaliação da capacidade cognitiva se torna crítica quando se oferece educação em saúde aos pacientes e famílias.

Pesquisa sobre Desenvolvimento Cognitivo Adulto

A pesquisa sobre desenvolvimento cognitivo na idade adulta começou nos anos 1970 e continua atualmente. Ela confirma que os adultos nem sempre chegam a uma resposta para um problema, mas com frequência aceitam várias soluções possíveis. Os adultos também incorporam emoções, lógica, praticidade e flexibilidade ao tomar decisões. Com base nessas observações, desenvolvimentistas propuseram um quinto estágio de desenvolvimento cognitivo denominado *pensamento pós-formal*. Neste estágio, os adultos demonstram a capacidade de reconhecer que as respostas variam de uma situação a outra e que as soluções precisam ser sensíveis.

Um dos primeiros a desenvolver uma teoria da cognição do adulto foi William Perry (1913-1998), que estudou universitários e descobriu que o desenvolvimento cognitivo continuado envolvia uma crescente flexibilidade cognitiva. Quando os adolescentes eram capazes de mudar da posição de apenas aceitar uma resposta para a posição de perceber que as explicações alternativas podiam estar certas, dependendo da perspectiva do indivíduo, ocorria uma significativa mudança cognitiva. Os adultos mudam a maneira de usar o conhecimento, e a ênfase muda da obtenção de conhecimento para o uso do conhecimento para alcançar um objetivo.

Teoria do Desenvolvimento Moral

O desenvolvimento moral refere-se a mudanças nos pensamentos, emoções e comportamentos da pessoa, os quais influenciam as crenças

sobre o que é certo ou errado. Ele engloba tanto as dimensões *interpessoais* como as *intrapessoais*, uma vez que rege o modo de interagir com os outros (Santrock, 2012b). Embora vários teóricos psicossociais e cognitivos abordem o desenvolvimento moral em suas respectivas teorias, as teorias de Piaget e Kohlberg são as mais conhecidas (Tabela 11-1).

Teoria do Desenvolvimento Moral de Lawrence Kohlberg

A **teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg** expande a teoria cognitiva de Piaget. Kohlberg entrevistava crianças, adolescentes e eventualmente adultos e descobriu que o raciocínio moral se desenvolve em estágios. Pelo exame das respostas a uma série de dilemas morais, ele identificou seis estágios de desenvolvimento moral sob três níveis (Kohlberg, 1981).

Nível I: Raciocínio Pré-convencional

Este é o nível pré-moral, em que há limitado pensamento cognitivo e o pensamento do indivíduo é principalmente egocêntrico. Neste estágio, o pensamento baseia-se principalmente em gostos e prazeres. Este estágio progride em direção a um comportamento guiado pelo castigo. A razão moral para agir, o "por quê", eventualmente relaciona-se às consequências que a pessoa acredita que irão ocorrer. Essas consequências vêm na forma de castigo ou recompensa. É neste nível que as crianças veem a doença como um castigo por brigarem com os irmãos ou desobedecerem aos pais. As enfermeiras precisam estar cientes desse pensamento egocêntrico e reforçar que a criança não fica doente por mau comportamento.

Estágio 1: Orientação de Castigo e Obediência

Neste primeiro estágio, a resposta da criança a um dilema moral se dá em termos de obediência absoluta à autoridade e às regras. A criança neste estágio raciocina: "Devo seguir as regras, senão serei castigada.". Evitar o castigo ou a consideração inquestionável à autoridade é a

motivação característica para se comportar. As consequências físicas guiam as escolhas certas e erradas. Se a criança é pega, deve estar errada; se escapar, deve estar certa.

Estágio 2: Orientação Instrumental Relativista

Neste estágio, a criança reconhece que há mais de uma visão correta; o professor tem uma visão que é diferente da de seu pai. A decisão de fazer algo moralmente correto baseia-se na satisfação das próprias necessidades e ocasionalmente nas necessidades dos outros. A criança percebe o castigo não como uma prova de estar errada (como no estágio 1), mas como algo que alguém deseja evitar. As crianças neste estágio seguem as regras de seu genitor de estar em casa na hora do jantar porque não querem ficar o resto da noite de castigo em seu quarto se chegarem tarde.

Nível II: Raciocínio Convencional

No Nível II, **raciocínio convencional**, a pessoa vê o raciocínio moral baseado em sua própria internalização sobre as expectativas sociais e dos outros. Ela quer atender às expectativas da família, grupo ou nação, e não apenas desenvolve lealdade à ordem, mas mantém o seu apoio ativo à ordem e a justifica. A tomada de decisão moral neste nível muda: "O que ganho com isso?" para "Como isso afetará meus relacionamentos com os outros?". A ênfase agora está nas regras sociais e na abordagem centrada na comunidade (Berger, 2011). As enfermeiras observam isto quando os membros de uma família tomam decisões de final da vida para seus entes queridos. Cada membro da família geralmente enfrenta esse tipo de dilema moral. O apoio ao luto envolve a compreensão do nível de tomada de decisão moral de cada membro da família (Cap. 37).

Estágio 3: Orientação de Bom Menino-Boa Menina

O indivíduo quer ganhar a aprovação e manter as expectativas de seu grupo imediato. "Ser bom" é importante e definido como ter motivos positivos, mostrar preocupação pelos outros e manter relacionamentos mútuos por meio de confiança, lealdade, respeito e

gratidão. O indivíduo recebe aprovação por "ser bom". Por exemplo, neste estágio, a pessoa fica na escola após as aulas e realiza tarefas extras para ganhar a aprovação do professor.

Estágio 4: Orientação de Manutenção da Sociedade

Os indivíduos expandem o seu foco do relacionamento com os outros para incluir preocupações com a sociedade durante o estágio 4. As decisões morais levam em consideração as perspectivas sociais. O comportamento correto é cumprir o seu dever, mostrar respeito para com a autoridade e manter a ordem social. Os adolescentes optam por não ir a uma festa onde sabem que será servida cerveja, não porque temem ser pegos, mas porque sabem que não é correto.

Nível III: Raciocínio Pós-convencional

O indivíduo encontra um equilíbrio entre os direitos humanos básicos e obrigações e as regras e normas da sociedade no nível de **raciocínio pós-convencional**. Ele se afasta das decisões morais baseadas na autoridade ou em concordância com grupos para definir seus próprios valores e princípios morais. Os indivíduos neste estágio começam a busca do que seria uma sociedade ideal. Os princípios morais e os ideais passam a ter destaque neste nível (Berger, 2011).

Estágio 5: Orientação de Contrato Social

Quando chega ao estágio 5, o indivíduo observa a lei da sociedade, mas reconhece a possibilidade de mudar essa lei para melhorar a sociedade. Também reconhece que os diferentes grupos sociais têm diferentes valores, mas acredita que todas as pessoas racionais concordariam sobre direitos básicos, como liberdade e vida. Os indivíduos neste estágio fazem um esforço mais independente para determinar o que a sociedade *deve* valorizar, e não o que a sociedade como um grupo *iria* valorizar, como ocorreria no estágio 4. A Constituição dos Estados Unidos é baseada nessa moralidade.

Estágio 6: Orientação do Princípio Ético Universal

O estágio 6 define o "certo" pela decisão da consciência de acordo

com princípios éticos de própria escolha do indivíduo. Esses princípios são abstratos, como a Regra de Ouro, e recorrem à compreensão lógica, à universalidade e à consciência (Kohlberg, 1981). Por exemplo, o princípio de justiça requer que o indivíduo trate a todos de maneira imparcial, respeitando a dignidade básica de todas as pessoas, e orienta-o a basear as decisões no respeito igual por todos. A desobediência civil é uma maneira de distinguir o estágio 5 do estágio 6. O estágio 5 enfatiza os direitos básicos, o processo democrático e o cumprimento das leis sem questionar; enquanto o estágio 6 define os princípios pelos quais os acordos serão mais justos. Por exemplo, a pessoa no estágio 5 obedece à lei, mesmo que não seja justa para um certo grupo racial. O indivíduo no estágio 6 pode não cumprir uma lei se ela não parecer justa para o grupo racial. Por exemplo, Martin Luther King acreditava que, embora precisássemos de leis e processos democráticos, as pessoas comprometidas com a justiça têm a obrigação de desobedecer às leis injustas e aceitar as penalidades por desobedecer a essas leis (Crain, 1985).

Críticos de Kohlberg

Kohlberg construiu uma maneira sistemática de ver o desenvolvimento moral e é reconhecido como um líder em teoria do desenvolvimento moral. No entanto, os críticos de seu trabalho levantam questões sobre sua escolha dos sujeitos de pesquisa. Por exemplo, a maioria dos sujeitos de Kohlberg é formada por indivíduos do sexo masculino e educados nas tradições filosóficas ocidentais. A pesquisa que tentou apoiar a teoria de Kohlberg com indivíduos educados nas filosofias orientais descobriu que esses indivíduos nunca passavam dos estágios 3 ou 4 do modelo de Kohlberg. Para alguns, essas descobertas sugerem que as pessoas das filosofias orientais não atingiram os níveis mais altos de desenvolvimento moral, o que não é verdadeiro. Outros acreditam que o projeto de pesquisa de Kohlberg não permitiu uma maneira de medir os indivíduos educados em uma cultura diferente.

Kohlberg também é criticado pelos vieses de idade e gênero. Carol Gilligan critica Kohlberg por seus vieses de gênero. Ela acredita que

Kohlberg desenvolveu sua teoria com base em uma perspectiva de justiça com foco nos direitos dos indivíduos. Em contrapartida, a pesquisa de Gilligan olhou para o desenvolvimento moral sob uma perspectiva de cuidado que via as pessoas em suas comunicações interpessoais, relacionamentos e preocupação com os outros (Gilligan, 1982; Santrock, 2012b). Outros pesquisadores examinaram a teoria de Gilligan em estudos com crianças e não encontraram evidência para apoiar as diferenças de gênero (Santrock, 2012b).

Raciocínio Moral e a Prática de Enfermagem

As enfermeiras precisam saber qual é o seu próprio nível de raciocínio moral. A identificação de seu próprio nível de desenvolvimento moral é essencial para separar suas crenças das dos outros quando ajudam os pacientes em seus processos de tomada de decisão moral. Também é importante identificar o nível de raciocínio moral e ético usado pelos outros membros da equipe de saúde e sua influência sobre o plano de cuidados ao paciente. O ideal é que todos os membros da equipe de saúde estejam no mesmo nível, criando um resultado unificado. Isto é exemplificado no seguinte cenário: a enfermeira está cuidando de uma pessoa sem-teto e acredita que todos os pacientes mereçam o mesmo nível de cuidado. A gerente do caso, que é responsável pela alocação de recursos, queixa-se da permanência prolongada do paciente e da quantidade de gastos com ele. A enfermeira e a gerente do caso estão em conflito por causa de seus diferentes níveis de tomada de decisão em suas práticas. Elas decidem realizar uma reunião com a equipe de saúde para discutir suas diferenças e o dilema ético de assegurar que o paciente receba um nível apropriado de cuidado. Tais decisões éticas devem ser examinadas por meio dos princípios éticos de autonomia; beneficência, não maleficência e justiça (Cap. 22).

As teorias do desenvolvimento ajudam as enfermeiras a usar as habilidades de pensamento crítico quando se perguntarem como e por que as pessoas respondem de uma certa maneira. Dentre os diversos conjuntos de teorias incluídas neste capítulo, a complexidade do desenvolvimento humano é evidente. Nenhuma teoria descreve com sucesso todas as complexidades do crescimento e desenvolvimento

humano. Hoje, a enfermeira precisa ser versada nas várias perspectivas teóricas ao trabalhar com os pacientes.

A avaliação de um paciente requer a análise minuciosa e a interpretação dos dados para se chegar a conclusões acuradas sobre as necessidades desenvolvimentais desse paciente. A identificação precisa dos diagnósticos de enfermagem depende da capacidade da enfermeira na consideração da teoria do desenvolvimento em uma análise de dados. Compare os comportamentos normais de desenvolvimento com aqueles projetados pela teoria do desenvolvimento. Entre os exemplos de diagnósticos de enfermagem aplicáveis aos pacientes com problemas desenvolvimentais estão o *risco de retardo no desenvolvimento, retardo de crescimento e desenvolvimento* e o *risco de crescimento desproporcional.*

Crescimento e desenvolvimento, segundo a perspectiva do ciclo de vida, é multidimensional. As teorias incluídas são a base para uma significativa observação do padrão de crescimento e desenvolvimento de um indivíduo. Elas são diretrizes importantes para a compreensão de processos humanos importantes, permitindo às enfermeiras começar a prognosticar as respostas humanas e a identificar os desvios do normal.

Pontos-chave

- As enfermeiras administram cuidados a indivíduos em vários estágios de desenvolvimento. A teoria do desenvolvimento fornece uma base para que eles avaliem e compreendam as respostas observadas em seus pacientes.
- O desenvolvimento não é limitado à infância e à adolescência; as pessoas crescem e se desenvolvem ao longo de seu ciclo de vida.
- As teorias do desenvolvimento são uma maneira de explicar e tentar prever o comportamento humano.
- Crescimento refere-se às alterações quantitativas que as enfermeiras mensuram e comparam às normais.
- Desenvolvimento implica um processo progressivo e contínuo de mudança, levando a um estado de capacidade funcional

organizada e especializada. Essas mudanças são quantitativamente mensuráveis, porém a mensuração é mais clara nas mudanças qualitativas.

- A teoria do desenvolvimento biofísico explora as teorias de por que os indivíduos envelhecem a partir de um determinado ponto biológico, por que o desenvolvimento segue uma sequência previsível e como os fatores ambientais podem influenciar o desenvolvimento.
- O desenvolvimento cognitivo tem seu foco nos processos de pensamento racional que inclui as alterações na maneira como crianças, adolescentes e adultos realizam operações intelectuais.
- As tarefas desenvolvimentais são realizações relacionadas à idade, cujo sucesso leva à felicidade; enquanto o fracasso geralmente leva à infelicidade, desaprovação e dificuldade em realizar tarefas posteriores.
- A crise de desenvolvimento ocorre quando uma pessoa tem grande dificuldade em realizar as tarefas do período atual de desenvolvimento.
- As teorias psicossociais descrevem o desenvolvimento humano sob as perspectivas de personalidade, pensamento e comportamento, com graus variáveis de influência das forças biológicas internas e das forças sociais/culturais externas.
- Temperamento é um padrão de comportamento que afeta as interações do indivíduo com os outros.
- A teoria do desenvolvimento moral tenta definir como o raciocínio moral amadurece em um indivíduo.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. A enfermeira está ciente de que crianças pré-escolares geralmente mostram uma característica de desenvolvimento

que as faz tratar bonecas ou animais de pelúcia como se tivessem pensamentos e sentimentos. Este é um exemplo de:
   1. Raciocínio lógico.
   2. Egocentrismo.
   3. Pensamento concreto.
   4. Animismo.
2. Os pais de uma criança de 18 meses notam que ela está com "raiva" por causa de uma mudança na rotina. É mais provável que o temperamento desta criança seja descrito como:
   1. Lento aquecimento.
   2. Difícil.
   3. Hiperativa.
   4. Fácil.
3. Brian, de 9 anos, tem dificuldade em fazer amigos na escola e em ser escolhido para jogar em um time. Ele também tem problemas para concluir sua tarefa de casa e, consequentemente, recebe poucos *feedbacks* positivos de seus pais ou do professor. De acordo com a teoria de Erikson, o fracasso neste estágio de desenvolvimento resulta em:
   1. Sentimento de culpa.
   2. Baixa autoestima.
   3. Sentimentos de inferioridade.
   4. Desconfiança.
4. Uma enfermeira educa os pais sobre como controlar os impulsos dos filhos e promover comportamentos cooperativos. Isto seria durante qual dos estágios de desenvolvimento de Erikson?
   1. Confiança *versus* desconfiança
   2. Iniciativa *versus* culpa
   3. Diligência *versus* inferioridade
   4. Autonomia *versus* sentimento de vergonha e dúvida
5. Quando Ryan tinha 3 meses de idade, ele tinha um trem de brinquedo; quando a visão do trem era bloqueada, ele não o procurava. Agora que ele tem 9 meses de idade, ele o procura, refletindo a presença de:

    1. Permanência do objeto.
    2. Brincadeira sensório-motora.
    3. Esquemas.
    4. Pensamento mágico.
6. Quando a enfermeira prepara uma criança de 4 anos de idade para um procedimento, qual é o método de desenvolvimento mais apropriado a usar?
    1. Permitir que a criança observe outra criança que está sendo submetida ao mesmo procedimento
    2. Mostrar à criança figuras do procedimento a que se submeterá
    3. Falar com a criança em termos simples sobre o que acontecerá
    4. Preparar a criança por meio de brincadeiras com bonecas e equipamento médico de brinquedo
7. Quais das seguintes alternativas são exemplos da forma de raciocínio convencional do desenvolvimento cognitivo? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Uma mulher de 35 anos de idade está falando com você sobre seu recente diagnóstico de doença crônica. Ela está preocupada com as opções de tratamento em relação à sua capacidade de continuar a cuidar de sua família. À medida que considera as opções e alternativas, ela incorpora informações, seus valores e emoções para decidir qual plano será o melhor.
    2. Um jovem pai está considerando se volta ou não a estudar para fazer pós-graduação. Ele considera o impacto que o compromisso de tempo poderá causar sobre as necessidades de sua esposa e seu filho bebê.
    3. Uma adolescente é incentivada por seus colegas a realizar furtos em lojas. Ela decide não se juntar aos colegas nessa atividade por receio de ser pega no ato.
    4. A mãe solteira de dois filhos está descontente com seu empregador. Ela não conseguiu garantir um emprego alternativo, mas decide deixar o emprego atual.

8. Você está cuidando de um homem recém-aposentado que parece recluso e lhe diz que está “entediado com a vida”. Aplicando o estudo de Havighurst, você o ajudaria a encontrar significado na vida:
    1. Incentivando-o a explorar novos papéis.
    2. Incentivando-o a se deslocar para outra cidade.
    3. Explicando-lhe a necessidade de simplificar a vida.
    4. Incentivando-o a adotar um novo animal de estimação.
9. Coloque os seguintes estágios de desenvolvimento psicossexual de Freud na ordem adequada por progressão de idade.
    1. Edipiano
    2. Latência
    3. Oral
    4. Genital
    5. Anal
10. De acordo com a teoria cognitiva de Piaget, é mais provável que uma criança de 12 anos de idade participe de quais das seguintes atividades?
    1. Usar blocos de construção para determinar como as casas são construídas
    2. Escrever uma história sobre um palhaço que quer deixar o circo
    3. Desenhar figuras de uma família usando figuras adesivas
    4. Escrever um ensaio sobre patriotismo
11. Allison, de 15 anos de idade, liga para sua melhor amiga, Laura, e está chorando. Ela tem um encontro com John, alguém com quem esperava sair há meses, mas agora está com uma espinha na testa. Laura acredita firmemente que John e todos vão notar a espinha imediatamente. Este é um exemplo de:
    1. Audiência imaginária.
    2. Síndrome da falsa crença.
    3. Fábula pessoal.
    4. Síndrome de absorção pessoal.

12. Elizabeth, que está fazendo sexo sem proteção com seu namorado, comenta com os amigos: “Vocês souberam da Kathy? Vocês sabem que ela é bem namoradeira; ouvi dizer que está grávida. Isso nunca aconteceria comigo!”. Este é um exemplo de adolescente com:
    1. Audiência imaginária.
    2. Síndrome da falsa crença.
    3. Fábula pessoal.
    4. Senso de invulnerabilidade.
13. Quais das seguintes atividades são exemplos do uso da teoria da atividade em idosos? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Ensinar um idoso a usar o e-mail para se comunicar com o neto que vive em outro estado
    2. Introduzir o golfe como um novo passatempo
    3. Liderar um grupo de caminhada de idosos todas as manhãs
    4. Envolver um idoso em um projeto comunitário com um objetivo a curto prazo
    5. Dirigir uma peça comunitária no teatro local
14. Dave relata estar feliz e satisfeito com a sua vida. O que sabemos a seu respeito?
    1. Ele está em um dos períodos tardios de desenvolvimento, preocupado com a revisão de sua vida.
    2. Ele é atípico, uma vez que a maioria das pessoas em qualquer dos estágios de desenvolvimento relata significativa insatisfação com suas vidas.
    3. Ele está em um dos primeiros períodos de desenvolvimento, preocupado em estabelecer uma carreira e relacionamentos satisfatórios a longo prazo.
    4. É difícil determinar o estágio de desenvolvimento de Dave, uma vez que a maioria das pessoas relata satisfação geral com suas vidas em todos os estágios.
15. Você está trabalhando em uma clínica que presta serviços a pessoas sem-teto. As normas locais atuais proíbem a prestação de serviços que você acredita serem necessários aos seus

pacientes. Você segue as normas, mas ao mesmo tempo está comprometida em influenciar as autoridades para mudá-las. Esta ação representa o estágio de _____ de desenvolvimento moral.

Respostas: 1. 4; **2.** 2; **3.** 3; **4.** 2; **5.** 1; **6.** 4; **7.** 1, 2; **8.** 1; **9.** 3, 5, 2, 1, 4; **10.** 2; **11.** 1; **12.** 4; **13.** 1, 2, 4; **14.** 4; **15.** Orientação de contrato social

Referências

Baltes PB, et al. The psychological science of human aging. In: Johnson ML, ed. *The Cambridge handbook of age and aging*. New York: Cambridge University Press; 2005:47.

Berger KS. *The developing person: through the life span*. ed 8 New York: Worth; 2011.

Crain WC. *Theories of development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1985.

Elkind D. Egocentrism in adolescence. *Child Dev*. 1967;38:1025.

Erikson E. *Childhood and society*. New York: Norton; 1963.

Gesell A. *Studies in child development*. New York: Harper; 1948.

Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press; 1982.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Kohlberg L. *The philosophy of moral development: moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row; 1981.

Reichstadt J, et al. Older adults' perspectives on successful aging: qualitative interviews. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010;18(7):567.

Santrock JW. *Life span development*. ed 13 New York: McGraw-Hill; 2012.

Santrock JW. *A topical approach to life span development*. ed 6 New York: McGraw-Hill; 2012.

Referências de pesquisa

Ball HL. Reframing what we tell parents about normal infant sleep and how we support them. *Breastfeed Rev*. 2014;22(3):11.

Cook F, et al. Baby business: a randomized controlled trial of a universal parenting program that aims to prevent early infant sleep and cry problems and associated parental depression. *BMC Pediatr*. 2012;12:13.

Shapiro-Mendoza CK, et al. Trends in infant bedding use: National Infant Sleep Position study, 1993-2010. *Pediatrics*. 2015;135(1):10.

Tikotzky L, et al. Infant sleep development from 3 to 6 months postpartum: links with maternal sleep and paternal involvement. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2015;80(1):107.

12

Da Concepção à Adolescência

OBJETIVOS

- Discutir as preocupações de saúde fisiológicas e psicossociais comuns durante a transição da criança da vida intrauterina para a extrauterina.
- Descrever as características do crescimento físico do nascituro e do nascimento à adolescência.
- Descrever o desenvolvimento cognitivo e psicossocial do nascimento à adolescência.
- Explicar o papel do brincar no desenvolvimento de uma criança.
- Discutir maneiras em que uma enfermeira é capaz de ajudar os pais a atender às necessidades de desenvolvimento de seus filhos.

TERMOS-CHAVE

Adolescência, p. 153
Índice de Apgar, p. 142
Vínculo, p. 142
Estágio embrionário, p. 141
Estágio fetal, p. 141
Feto, p. 141

Erros inatos do metabolismo (EIMs), p. 144
Lactância, p. 144
Modelagem, p. 143
Período neonatal, p. 142
Estágio pré-embrionário, p. 141
Período pré-escolar, p. 149
Puberdade, p. 153
Idade escolar, p. 150
Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), p. 152
Fase de 1 a 3 anos de idade, p. 147

Estágios de crescimento e desenvolvimento

O crescimento e desenvolvimento humanos são processos contínuos e complexos tipicamente divididos em estágios organizados por grupos etários, por exemplo, da concepção à adolescência. Embora essa divisão cronológica seja arbitrária, ela se baseia no tempo e na sequência das tarefas do desenvolvimento que a criança deve realizar para progredir para outro estágio. Este capítulo tem como foco várias alterações físicas, psicossociais e cognitivas, assim como riscos de saúde e promoção de saúde durante os diferentes estágios de crescimento e desenvolvimento.

Seleção de um sistema de desenvolvimento para enfermagem

A prestação de cuidados de enfermagem apropriados em termos de desenvolvimento é mais fácil quando o planejamento é baseado em um sistema teórico (Cap. 11). Uma abordagem organizada, sistemática, assegura que você avalie a criança de maneira adequada e planeje os cuidados de modo a atender às necessidades dela e da família. Se você prestar cuidados somente como uma série de ações isoladas, irá negligenciar algumas das necessidades de desenvolvimento da criança. A abordagem de desenvolvimento incentiva os cuidados organizados e direcionados ao nível atual de funcionamento da criança para motivar o autodirecionamento e a promoção de saúde. Por exemplo, as enfermeiras incentivam as crianças de 1 a 3 anos a se alimentarem sozinhas para promover sua independência em desenvolvimento e também seu senso de autonomia. Outro exemplo envolve a compreensão da enfermeira sobre a necessidade de o adolescente ser independente e desse modo estabelecer um contrato sobre o plano de cuidados e sua implementação.

Vida intrauterina

Desde o momento da concepção até o nascimento, o desenvolvimento humano prossegue em um ritmo previsível e rápido. Durante a gestação ou no período pré-natal, o embrião cresce a partir de uma só célula até um ser fisiológico complexo. Todos os principais sistemas de órgãos se desenvolvem no útero, com algum funcionamento antes do nascimento. O desenvolvimento prossegue em um padrão cefalocaudal (da cabeça ao dedo do pé) e proximal-distal (de central a periférico) (Murray e McKinney, 2010).

Calcula-se que a gravidez que chega ao termo completo dure, em média, de 38 a 40 semanas, e é dividida em três estágios ou trimestres. Com início no dia da fertilização, os primeiros 14 dias são referidos como **estágio pré-embrionário**, seguido pelo **estágio embrionário**, que dura do 15º dia até a oitava semana. Esses dois estágios são então seguidos pelo **estágio fetal**, que dura do final da oitava semana até o nascimento (Perry et al., 2014). A gestação é dividida geralmente em fases iguais de 3 meses chamadas de *trimestres*.

A placenta começa o desenvolvimento na terceira semana do estágio embrionário e produz hormônios essenciais que ajudam a manter a gravidez. A placenta funciona como pulmões, rins e trato gastrintestinal do feto, e também como um órgão endócrino. Por ser extremamente porosa, a placenta deixa passar materiais nocivos, como vírus, substâncias químicas e fármacos, da mãe para a criança. Esses agentes são chamados de *teratógenos* e podem causar desenvolvimento anormal das estruturas no embrião. O efeito dos teratógenos no **feto** ou nascituro depende do estágio de desenvolvimento em que ocorre a exposição, a suscetibilidade genética do indivíduo e a quantidade da exposição. O estágio embrionário é o mais vulnerável, visto que todos os órgãos do corpo estão formados na oitava semana. Algumas infecções maternas podem atravessar a barreira placentária e influenciam negativamente a saúde da mãe, do feto, ou de ambos. É importante educar as mulheres sobre fontes evitáveis de teratógenos e ajudá-las a fazer escolhas saudáveis de estilo de vida antes e durante a

gravidez.

Promoção da Saúde durante a Gravidez

A dieta de uma mulher antes e durante a gravidez tem um efeito significativo sobre o desenvolvimento fetal. Mulheres que não consomem nutrientes e calorias adequados durante a gravidez podem não ser capazes de atender às necessidades nutricionais do feto. O aumento de peso nem sempre indica aumento de nutrientes. Além disso, o padrão de ganho de peso é importante para o crescimento tecidual na mãe e no feto. Para mulheres com peso normal para a altura, o ganho de peso recomendado é de 11 a 15 kg durante os três trimestres (Murray e McKinney, 2010). Como enfermeira, você está em uma posição-chave para proporcionar às mulheres a educação necessária sobre nutrição antes da concepção e durante a gravidez.

A gravidez apresenta um desafio de desenvolvimento que inclui estados fisiológicos, cognitivos e emocionais que são acompanhados por estresse e ansiedade. A mulher gestante logo aceitará o papel parental; e os relacionamentos dentro da família mudarão, com ou sem o envolvimento de um parceiro. A gravidez pode ser um período de conflito ou apoio; a dinâmica familiar impacta o desenvolvimento fetal. As reações parentais à gravidez mudam ao longo do período gestacional, em que a maioria dos casais está ansiosa pelo nascimento e o acréscimo de um novo membro à família (Perry et al., 2014). Ouça cuidadosamente as preocupações expressas por uma mãe e seu parceiro e ofereça-lhe apoio a cada trimestre.

A idade da mulher grávida às vezes tem um papel na saúde do feto e na gravidez como um todo. Os fetos de mães mais velhas estão em risco de defeitos cromossômicos, e as mulheres mais velhas podem ter mais dificuldade em engravidar. Estudos indicam que adolescentes grávidas geralmente procuram menos os cuidados pré-natais do que as mulheres entre 20 e 30 anos, além de estarem em maior risco de complicações de gravidez e parto. Os bebês de mães adolescentes estão em risco maior de prematuridade; baixo peso ao nascer; bem como à exposição ao álcool, drogas e tabaco no útero e na primeira infância (USDHHS, 2014b). As adolescentes que podem participar de

aulas de pré-natal podem melhorar sua nutrição e ter bebês mais saudáveis.

O crescimento fetal e as alterações hormonais durante a gravidez geralmente resultam em desconforto para a gestante. As preocupações comuns expressas incluem problemas, como náusea e vômito, sensibilidade nas mamas, frequência urinária, azia, constipação, edema de tornozelo e dor nas costas. Sempre antecipe esses desconfortos e ofereça educação em autocuidados durante toda a gravidez. A discussão das causas fisiológicas desses desconfortos e oferecer sugestões para um tratamento seguro pode ser muito útil para as gestantes, além de contribuir para a saúde geral durante a gravidez (Perry et al., 2014; USDHHS, 2014b).

Algumas terapias complementares e alternativas, como os suplementos herbais, podem ser prejudiciais durante a gravidez. Sua avaliação deve incluir perguntas sobre o uso dessas substâncias ao fazer orientação (Murray e McKinney, 2010). Você pode promover a saúde materna e fetal fornecendo informações acuradas e completas sobre os comportamentos de saúde que apoiam resultados positivos de gravidez e parto.

Transição da vida intrauterina para a extrauterina

A transição da vida intrauterina para a vida extrauterina requer profundas alterações fisiológicas no recém-nascido e ocorre durante as primeiras 24 horas de vida. A avaliação do recém-nascido durante esse período é essencial para assegurar que a transição ocorra conforme o esperado. A idade gestacional e o desenvolvimento, a exposição a drogas depressoras, antes ou durante o parto, e o estilo comportamental do próprio recém-nascido também influenciam o ajuste ao ambiente externo.

Alterações Físicas

A avaliação imediata da condição do recém-nascido para determinar o funcionamento fisiológico dos principais sistemas de órgãos ocorre ao nascimento. A ferramenta de avaliação de uso mais amplo é o **índice de Apgar**. Frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, reflexo de irritabilidade e cor são avaliados para determinar o estado geral do recém-nascido. A avaliação de Apgar geralmente é conduzida em 1 e 5 minutos após o nascimento e, algumas vezes, é repetida até que a condição do recém-nascido se estabilize. A alteração fisiológica mais extrema ocorre quando o recém-nascido deixa a circulação do útero e desenvolve funcionamento circulatório e respiratório independente.

As intervenções de enfermagem ao nascimento incluem a manutenção de uma via aérea permeável, estabilização e manutenção da temperatura corporal, além da proteção ao recém-nascido contra a infecção. A remoção das secreções nasofaríngeas e orofaríngeas com seringa de bulbo ou sucção assegura a permeabilidade da via aérea. Os recém-nascidos são sensíveis à perda de calor e estresse causado pelo frio. Como a hipotermia aumenta as necessidades de oxigênio, é essencial estabilizar e manter a temperatura corporal do recém-nascido. Um recém-nascido saudável pode ser colocado diretamente

sobre o abdome da mãe e coberto com cobertores quentes, ou o calor é fornecido por meio de um aquecedor radiante. A prevenção da infecção é uma importante preocupação nos cuidados a um recém-nascido, cujo sistema imune é imaturo. Uma boa técnica de lavagem das mãos é o fator mais importante na proteção de um recém-nascido contra uma infecção. Você pode ajudar a prevenir a infecção instruindo os pais e os visitantes a lavar as mãos antes de tocar o bebê.

Alterações Psicossociais

Após a avaliação física imediata e aplicação de pulseiras de identificação, a enfermeira promove o atendimento das necessidades dos pais e do recém-nascido de um contato físico íntimo. A interação precoce pais-filho incentiva o **vínculo** entre eles. Simplesmente colocar os membros da família juntos não promove a proximidade. A maioria dos recém-nascidos saudáveis está desperta e alerta na primeira meia-hora após o nascimento. Este é um bom momento para começar a interação pais-filho. O contato corporal próximo, que muitas vezes inclui a amamentação, é uma maneira satisfatória da maioria das famílias iniciarem o vínculo. Se o contato imediato não for possível, incorpore-o ao plano de cuidados o mais cedo possível, o que significa levar o recém-nascido a uma mãe doente ou levar os pais a uma criança prematura doente. O vínculo é um processo que evolui durante os primeiros 24 meses do bebê, e muitos psicólogos acreditam que um vínculo seguro é uma base importante para o desenvolvimento psicológico em fase posterior da vida (Perry et al., 2014).

Recém-nascido

O **período neonatal** compreende os primeiros 28 dias de vida. Durante esse estágio, o funcionamento físico do recém-nascido é principalmente reflexivo, e a estabilização dos principais sistemas de órgãos é a tarefa principal do corpo. O comportamento influencia consideravelmente a interação entre o recém-nascido, o ambiente e os cuidados. Por exemplo, a criança com 2 semanas em média sorri espontaneamente e é capaz de olhar para o rosto da mãe. O impacto desses comportamentos reflexivos geralmente é uma explosão de sentimentos de amor da mãe que a induzem a afagar o bebê. Você aplica o conhecimento desse estágio de crescimento e desenvolvimento para promover a saúde parental e do recém-nascido. Por exemplo, o choro do recém-nascido geralmente é uma resposta reflexiva a uma necessidade não atendida (p. ex., fome, fadiga ou desconforto). Assim, por meio de aconselhamento, você ajuda os pais a identificar maneiras de atender a essas necessidades, alimentando o bebê quando solicitados, em vez de seguir um horário rígido.

Alterações Físicas

A enfermeira realiza uma avaliação de enfermagem abrangente logo que o funcionamento fisiológico do recém-nascido esteja estável, geralmente poucas horas após o nascimento. Nesse momento, ele mede altura, peso, circunferências de cabeça e tórax, temperatura, pulso e respirações, e observa a aparência geral, funções corporais, capacidades sensitivas, reflexos e responsividade. Após uma avaliação física abrangente, a enfermeira avalia a idade gestacional e as interações entre o bebê e a mãe que indiquem um vínculo bem-sucedido (Hockenberry e Wilson, 2015).

Em média, o recém-nascido pesa de 2.700 a 4.000 g, tem 48 a 53 cm de comprimento e 33 a 35 cm de circunferência da cabeça. Os neonatos perdem até 10% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida, principalmente por meio de perdas de líquidos pela respiração,

micção, defecação, assim como por baixa ingestão de líquidos. Normalmente, eles recuperam o peso de nascimento na segunda semana de vida; e é evidente um padrão gradual de aumento de peso, altura e circunferência da cabeça. A medição acurada logo que possível após o nascimento fornece um parâmetro para futura comparação (Hockenberry e Wilson, 2015).

As características físicas normais incluem a presença contínua de lanugem na pele das costas; cianose nas mãos e pés nas primeiras 24 horas; e um abdome mole, protuberante. A cor da pele varia de acordo com a herança racial e genética e se altera gradualmente durante a infância. A **modelagem**, ou sobreposição, dos ossos moles do crânio, permite que a cabeça fetal se ajuste aos vários diâmetros da pelve materna e é uma ocorrência comum nos partos naturais. Os ossos se reajustam em poucos dias, produzindo uma aparência arredondada da cabeça. As suturas e fontanelas geralmente são palpáveis ao nascimento. A Figura 12-1 mostra o formato em diamante da fontanela anterior e o formato triangular da fontanela posterior entre os ossos não fundidos do crânio. Geralmente, a fontanela anterior fecha-se em 12 a 18 meses, enquanto a fontanela posterior se fecha no final do segundo ou terceiro mês.

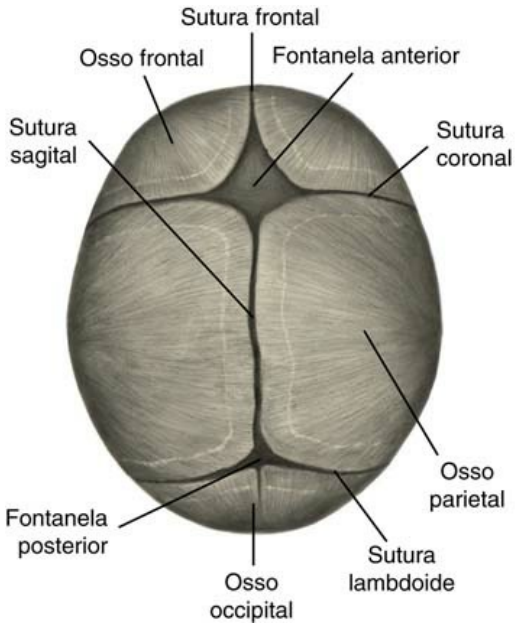


FIGURA 12-1 Fontanelas e linhas de sutura. (De Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, 10. ed., St Louis, 2015, Mosby.)

Avalie a função neurológica observando o nível de atividade, o alerta, a irritabilidade e a responsividade aos estímulos, assim como a presença e força dos reflexos do recém-nascido. Os reflexos normais incluem piscar em resposta a luzes brilhantes, sobressaltar-se em resposta a ruídos altos ou a movimentos súbitos, sugar, reflexo de sucção, agarrar-se, bocejar, tossir, espirrar, preensão palmar, engolir, preensão plantar, reflexo de Babinski e soluçar. A avaliação desses reflexos é vital porque o recém-nascido depende principalmente dos reflexos para sobrevivência e em resposta a seu ambiente. A Figura 12-2 mostra o reflexo tônico do pescoço do recém-nascido.

FIGURA 12-2 Reflexo tônico do pescoço. Os recém-nascidos assumem essa posição enquanto estão em posição

supina. (De Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, 10. ed., St Louis, 2015, Mosby.)

As características comportamentais normais do recém-nascido incluem períodos de sucção, choro, sono e atividade. Os movimentos geralmente são esporádicos, mas são simétricos e envolvem as quatro extremidades. A posição fetal relativamente flexionada da vida intrauterina continua à medida que o recém-nascido tenta manter a sensação de proteção e segurança. Os recém-nascidos normalmente observam o rosto do cuidador; têm um sorriso reflexivo não intencional; e respondem a estímulos sensoriais, particularmente ao rosto, à voz e ao toque do cuidador.

De acordo com as recomendações da American Academy of Pediatrics (AAP, 2014b), posicione os bebês de costas para dormir para diminuir o risco da síndrome da morte súbita infantil (SMSI) (Hockenberry e Wilson, 2015; Murray e McKinney, 2010). Os recém-nascidos estabelecem seu ciclo individual de sono-atividade, e os pais desenvolvem sensibilidade aos sinais do bebê. As enfermeiras têm um importante papel no sentido de demonstrar aos pais o correto posicionamento em decúbito dorsal para reduzir a incidência de SMSI (Perry et al., 2014). Há relatos de que dormirem juntos ou partilhar o leito possivelmente também está associado a aumento do risco de SMSI (Hockenberry e Wilson, 2015). As medidas de segurança incluem um adequado posicionamento; remoção de animais de pelúcia, colchão, roupas de cama e travesseiros fofos; bem como evitar o superaquecimento do bebê. Deve-se evitar o tabagismo durante a gravidez e na proximidade do bebê, pois isto o põe em maior risco de SMSI (Hockenberry e Wilson, 2015).

Alterações Cognitivas

O desenvolvimento cognitivo tem início com comportamentos, reflexos e funções sensoriais inatos. Os recém-nascidos iniciam as atividades reflexas, aprendem comportamentos e desejos. Ao nascer, os bebês são capazes de focalizar objetos a cerca de 20 a 25 cm de seus rostos e de perceber as formas. A preferência pelo rosto humano é

aparente. Ensine os pais sobre a importância de proporcionar estímulo sensorial, como conversar com seus bebês e segurá-los para que vejam seus rostos. Isto permite que eles procurem ou recebam os estímulos, reforçando assim a aprendizagem e promovendo o desenvolvimento cognitivo.

Para os recém-nascidos, o choro é um meio de comunicação para dar dicas aos pais. Alguns bebês choram porque suas fraldas estão molhadas ou porque estão com fome ou querem colo. Outros choram apenas para fazer barulho ou porque precisam ser mudados de posição ou de atividade. O choro frustra os pais se eles não puderem ver uma causa aparente. Com a ajuda da enfermeira, os pais aprendem a identificar os padrões de choro do bebê e a adotar a ação apropriada, quando necessário.

Alterações Psicossociais

Durante o primeiro mês de vida, a maioria dos pais e recém-nascidos normalmente desenvolvem um forte vínculo que vai se aprofundando. As interações durante os cuidados de rotina intensificam ou diminuem o processo de vínculo. Alimentação, higiene e medidas de conforto consomem grande parte do período de vigília do bebê. Essas experiências interativas proporcionam o fundamento para a formação de vínculos profundos. Desde cedo, os irmãos mais velhos precisam ter a oportunidade de se envolver nos cuidados do recém-nascido. O envolvimento familiar ajuda a apoiar o crescimento e o desenvolvimento, além de promover afeto (Fig. 12-3).

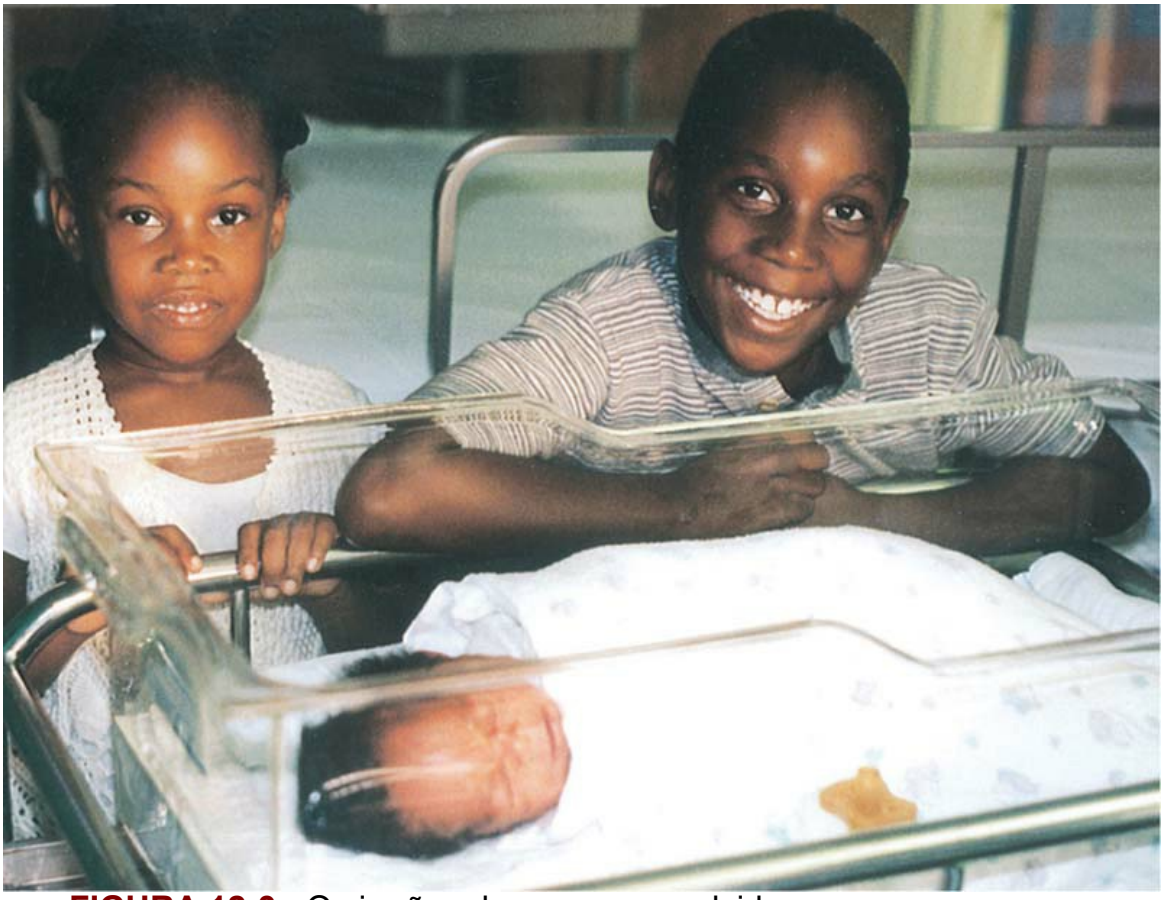


FIGURA 12-3 Os irmãos devem ser envolvidos nos cuidados do recém-nascido. (Cortesia de Elaine Polan, RNC, BSN, MS.)

Se os pais ou filhos tiverem complicações de saúde após o nascimento, isto *pode* comprometer o processo de vínculo. Os sinais comportamentais do bebê algumas vezes são fracos ou ausentes, e possivelmente os cuidados são mutuamente menos satisfatórios. Alguns pais cansados ou doentes têm dificuldade para interpretar e responder aos seus bebês. Os bebês prematuros e os nascidos com anomalias congênitas geralmente são muito fracos para responder aos sinais dos pais e necessitam de cuidados especiais de suporte da enfermagem. Por exemplo, os bebês nascidos com defeitos cardíacos se cansam facilmente durante as alimentações. As enfermeiras podem apoiar o vínculo parental ressaltando as qualidades e respostas positivas do recém-nascido e reconhecendo o quão difícil pode ser a separação entre pais e bebê.

Promoção de Saúde

Triagem

Os testes de triagem de recém-nascidos são administrados antes dos bebês deixarem o hospital para identificar condições sérias ou potencialmente fatais antes do início dos sintomas. Os resultados dos testes de triagem são enviados diretamente ao pediatra do bebê. Se um teste de triagem sugerir um problema, o médico do bebê geralmente faz o acompanhamento com a aplicação de outros testes e, se necessário, pode encaminhar a criança a um especialista para tratamento. Exames de sangue ajudam a determinar os **erros inatos do metabolismo (EIMs)**. Estes consistem em distúrbios genéticos causados pela ausência ou deficiência de uma substância, geralmente uma enzima, essencial para o metabolismo celular, que resulta em proteína anormal, carboidrato, ou metabolismo de gordura. Embora os EIMs sejam raros, eles são responsáveis por uma significativa proporção de problemas de saúde em crianças. A triagem neonatal é realizada para detectar fenilcetonúria (PKU), hipotireoidismo, galactosemia e outras doenças para permitir um tratamento apropriado para prevenir retardo mental permanente e outros problemas de saúde.

A AAP recomenda a triagem universal da audição do recém-nascido antes da alta, uma vez que estudos indicaram que a incidência de perda auditiva é tão alta quanto 1 a 3 por 1.000 recém-nascidos normais (Perry et al., 2014). Se as pessoas que prestam os cuidados de saúde detectarem a perda antes dos 3 meses de idade e a intervenção for iniciada aos 6 meses, as crianças poderão alcançar o desenvolvimento normal da linguagem em concordância com o desenvolvimento cognitivo até a idade de 5 anos (Hockenberry e Wilson, 2015).

Assentos de Carro Infantis

Um componente essencial a ser ensinado à alta é o uso de um assento de carro aprovado pelo governo para o transporte do bebê do hospital ou da maternidade para casa. As lesões automobilísticas são a

principal causa de morte infantil nos Estados Unidos. Muitas dessas mortes ocorrem quando a criança não está presa de maneira adequada pelo cinto de segurança (Hockenberry e Wilson, 2015). Os pais precisam aprender a ajustar o cinto de segurança à criança e instalar o assento no carro de maneira adequada. Todos os bebês e crianças pequenas devem ser conduzidos em assentos de segurança, virados para a traseira do carro, até os 2 anos de idade ou até atingirem o maior peso ou altura permitidos pelo fabricante ou pela segurança do assento (AAP, 2015a). Colocar o bebê em um assento de segurança virado para trás, no banco dianteiro de um veículo, é extremamente perigoso se houver um *air bag* lateral de passageiro. As enfermeiras são responsáveis pela orientação sobre o uso do assento infantil antes da alta hospitalar.

Berços e o Sono

Os padrões de segurança do governo foram alterados em 2011, nos Estados Unidos, para proibir a fabricação ou comercialização de berços com trilhos ajustáveis laterais (AAP, 2014b). Os novos berços comercializados nos Estados Unidos devem atender a essas normas governamentais de segurança. Os berços que não atenderem aos padrões de segurança devem ser desmontados e descartados (AAP, 2014b). Os pais também precisam inspecionar um berço antigo para se certificar de que o intervalo entre as grades não seja superior a 6 cm. O colchão do berço deve se encaixar perfeitamente, e os brinquedos de berço ou móbiles devem estar firmemente presos, sem cordão ou tiras penduradas. Oriente os pais a remover os móbiles logo que a criança seja capaz de alcançá-los (Hockenberry e Wilson, 2015). Também considere o uso de um cercado móvel, desde que não seja um modelo banido do mercado por acarretar algum risco.

Lactente

Durante a **lactância**, o período de 1 mês a 1 ano de idade, ocorrem alterações e crescimento físico rápidos. Este é o único período que se distingue por essas drásticas alterações físicas e acentuado desenvolvimento. Os avanços no desenvolvimento psicossocial são auxiliados pela progressão do comportamento reflexivo para um comportamento mais intencional. A interação entre os bebês e o ambiente é maior e mais significativa para eles. Durante esse primeiro ano de vida, a enfermeira observa facilmente o potencial adaptativo dos bebês porque as mudanças no crescimento e desenvolvimento ocorrem de forma muito rápida.

Alterações Físicas

O crescimento constante e proporcional de um bebê é mais importante do que os valores absolutos do crescimento. Os gráficos de idade normal e medidas de crescimento relacionadas ao gênero permitem que a enfermeira compare o crescimento com os padrões normais para a idade da criança. As medidas registradas com o tempo são a melhor maneira de monitorar o crescimento e identificar os problemas. O tamanho aumenta rapidamente durante o primeiro ano de vida; o peso de nascimento dobra em cerca de 5 meses e triplica em 12 meses. A altura aumenta, em média, 2,5 cm durante cada um dos primeiros 6 meses e cerca de 1,2 cm por mês até os 12 meses (Hockenberry e Wilson, 2015).

Ao longo do primeiro ano de vida, a visão e a audição do bebê continuam a se desenvolver. Alguns bebês de apenas 3,5 meses são capazes de unir os estímulos visuais e auditivos (Hockenberry e Wilson, 2015). Os padrões de função corporal também se estabilizam, o que é evidenciado por sono previsível, eliminação e rotinas de alimentação. Alguns reflexos que estão presentes no recém-nascido, como piscar, bocejar e tossir, permanecem por toda a vida; enquanto outros, como preensão, sucção e reflexo de Moro ou reflexo de

sobressalto desaparecem após vários meses.

As habilidades motoras grossas envolvem as atividades dos grandes músculos e em geral são cuidadosamente monitoradas pelos pais, que relatam com facilidade os recentes avanços nos marcos de desenvolvimento. Os recém-nascidos só conseguem sustentar momentaneamente a cabeça, mas aos 4 meses isto já não ocorre na maioria dos bebês. O mesmo desenvolvimento rápido é evidente quando os bebês aprendem a sentar, levantar e depois a andar. As habilidades motoras finas envolvem pequenos movimentos corporais e são mais difíceis de alcançar do que as habilidades motoras grossas. A maturação da coordenação olho-mão ocorre nos primeiros 2 anos de vida, quando a capacidade dos bebês de segurar brevemente um chocalho aos 2 meses evolui até a capacidade de desenhar um arco com um lápis aos 24 meses. O desenvolvimento prossegue a um ritmo variável para cada indivíduo, mas geralmente segue o mesmo padrão e ocorre no mesmo período de tempo (Tabela 12-1).

Tabela 12-1

Desenvolvimento Motor Fino e Grosso na Infância

Idade	Habilidade Motora Grossa	Habilidade Motora Fina
Do nascimento até 1 mês de idade	A queda da cabeça para trás persiste Não é capaz de se sentar ereto Predominam os reflexos inatos	Preensão reflexiva
De 2 a 4 meses	Quando em posição prona, levanta a cabeça e o tórax e suporta o peso nos antebraços Com apoio, consegue sentar-se ereto com bom controle da cabeça Pode se virar de lado para decúbito dorsal	Segura o chocalho por breves períodos Olha para os dedos e brinca com eles É capaz de levar objetos da mão à boca
De 4 a 6 meses	Vira-se da posição de bruços para decúbito dorsal aos 5 meses e depois de decúbito dorsal volta à posição de bruços aos 6 meses É capaz de apoiar grande parte de seu peso quando é puxado para sentar Não há queda da cabeça para trás quando é puxado para sentar	Agarra objetos à vontade e pode deixá-los cair para pegar outro objeto Puxa os pés até a boca para explorá-los É capaz de segurar uma mamadeira
De 6 a 8 meses	Senta-se sozinho sem apoio Suporta todo o peso sobre os pés e pode segurar-se nos móveis Pode mudar da posição sentada para ficar de joelhos	Bate um objeto no outro Puxa um cordão para obter um objeto Transfere objetos de uma mão à outra

De 8 a 10 meses	Engatinha ou arrasta o corpo todo junto ao chão usando os braços Estende-se para se levantar ou sentar Engatinha sobre mãos e joelhos	Pega pequenos objetos Usa bem a preensão em pinça Mostra preferência de mão
De 10 a 12 meses	Fica em pé sozinho Anda segurando-se nos móveis Senta-se a partir da posição em pé	É capaz de colocar objetos dentro de recipientes É capaz de segurar um lápis preto ou de cor e fazer uma marca em um papel

Adaptada de Hockenberry M, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, 10. ed., St Louis, 2015, Mosby; Perry S et al.: *Maternal child nursing care*, 5. ed., St Louis, 2014, Mosby.

Alterações Cognitivas

O complexo desenvolvimento cerebral durante o primeiro ano é demonstrado pelas mudanças de comportamento do bebê. Quando ele recebe um estímulo visual, auditivo e de tato por meio dos sentidos em desenvolvimento, o cérebro em desenvolvimento interpreta esses estímulos. Assim, o bebê aprende por experimentação e manipulação do ambiente. O desenvolvimento de habilidades motoras e o aumento da mobilidade expandem o ambiente do bebê e, com o desenvolvimento das habilidades visuais e auditivas, aumenta o seu desenvolvimento cognitivo. Por essas razões, Piaget (1952) chamou esse primeiro estágio de desenvolvimento cognitivo, que se estende até cerca do terceiro aniversário, de período sensório-motor (Cap. 11). Nesse estágio de desenvolvimento cognitivo, os bebês exploram seu mundo por meio dos sentidos. Eles aprendem por experimentação e por tentativa e erro. Eles agitam e atiram coisas e põem coisas na boca. Dos 7 aos 9 meses de idade, começam a perceber que as coisas continuam a existir mesmo que não possam mais ser vistas. Isto é conhecido como permanência do objeto e é um importante marco do desenvolvimento por demonstrar que a memória deles está começando a se desenvolver.

Os bebês precisam de oportunidades para desenvolver e usar seus sentidos. É preciso que as enfermeiras avaliem a conveniência e a adequação dessas oportunidades. Por exemplo, bebês doentes ou hospitalizados às vezes não têm energia para interagir com o seu

ambiente, retardando assim o seu desenvolvimento cognitivo. Os bebês precisam ser estimulados de acordo com o seu temperamento, energia e idade. A enfermeira usa estratégias de estimulação que maximizam o desenvolvimento dos bebês, que ao mesmo tempo conservam sua energia e orientação. Um exemplo disto é conversar com o bebê e incentivá-lo a sugar uma chupeta, enquanto lhe administra alimentação por tubo.

Linguagem

A fala é um importante aspecto da cognição que se desenvolve durante o primeiro ano. Os bebês progridem do choro, arrulho e riso para a imitação de sons, entendendo o significado de comandos simples, e repetindo palavras com o conhecimento de seu significado. De acordo com Piaget, isto demonstra que o bebê está exibindo algumas habilidades simbólicas. Com 1 ano de idade, eles não apenas reconhecem seus próprios nomes, mas também são capazes de dizer de três a cinco palavras e entender quase 100 palavras (Hockenberry e Wilson, 2015). Como enfermeiro, você promove o desenvolvimento da linguagem incentivando os pais a nomear objetos para os quais o bebê voltou a atenção. Você também avalia o desenvolvimento da linguagem deles para identificar atrasos no desenvolvimento ou anormalidades em potencial.

Alterações Psicossociais

Separação e Individuação

Durante seu primeiro ano, os bebês começam a se diferenciar dos outros como seres distintos capazes de agir por si mesmos. Inicialmente, eles não têm consciência dos seus limites; mas com as experiências repetidas com o ambiente, os bebês aprendem onde o seu eu [self] termina e onde começa o mundo externo. À medida que eles determinam seus próprios limites físicos, começam a responder aos outros (Fig. 12-4).

FIGURA 12-4 Sorrir e conversar com um bebê incentiva a formação de vínculo. (De Murray SS, McKinney ES: *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*, 6. ed., St Louis, 2014, Saunders.)

Bebês de 2 e 3 meses de idade começam a sorrir de maneira responsiva em vez de reflexiva. Da mesma maneira, reconhecem as diferenças entre as pessoas à medida que melhoram suas capacidades sensoriais e cognitivas. Aos 8 meses, a maioria dos bebês é capaz de diferenciar um estranho de uma pessoa familiar e responder de modo diferente a ambas. O estreito vínculo com seus cuidadores principais, com mais frequência os pais, ocorre geralmente nessa idade. Os bebês procuram essas pessoas para obter apoio e conforto durante os momentos de estresse. A capacidade de distinguir entre si mesmo e os outros permite aos bebês interagir e se socializar mais em seus ambientes. Por exemplo, aos 9 meses, os bebês participam de brincadeiras sociais simples, como bate-palminhas e esconder-achar. Brincadeiras interativas mais complexas, como o esconde-esconde envolvendo objetos, são possíveis com 1 ano de idade.

Erikson (1963) descreve a crise do desenvolvimento psicossocial em

um bebê como confiança *versus* desconfiança. Ele explica que a qualidade das interações pais-filho determina o desenvolvimento de confiança ou desconfiança. O bebê aprende a confiar em si mesmo, nos outros e no mundo por meio do relacionamento entre pais e filho e pelos cuidados que recebe (Hockenberry e Wilson, 2015). Durante a infância, o estilo comportamental e o temperamento da criança se tornam aparentes e influenciam as interações entre pais e filho. A enfermeira deve ajudar os pais a compreender o temperamento do filho e determinar as práticas adequadas de educação da criança (Cap. 11).

Avalie a disponibilidade e a adequação das experiências que contribuem para o desenvolvimento psicossocial. Bebês hospitalizados geralmente têm dificuldade em estabelecer limites físicos por causa de repetidos procedimentos corporais invasivos e sensações dolorosas. Limitar essas experiências negativas e proporcionar sensações agradáveis são intervenções que apoiam o desenvolvimento psicossocial inicial. As separações prolongadas dos pais complicam o processo de vínculo e aumentam o número de cuidadores com os quais o bebê deve interagir. O ideal é que os pais prestem a maior parte dos cuidados durante uma hospitalização. Quando os pais não estão presentes, em casa ou no hospital, tente limitar o número de cuidadores diferentes que têm contato com o bebê e siga as orientações dos pais para os cuidados. Essas intervenções promovem o desenvolvimento contínuo da confiança do bebê.

Brincar

A brincadeira proporciona oportunidades para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, sociais e motoras. A maior parte das brincadeiras infantis é exploratória, uma vez que os bebês usam seus sentidos para observar e examinar seus próprios corpos e objetos de interesse em seu ambiente. Os adultos facilitam a aprendizagem da criança planejando atividades que promovem os marcos de desenvolvimento e oferecendo brinquedos seguros para a criança explorar com a boca e manusear, como chocalhos, blocos de madeira,

anéis plásticos para empilhar, bichos de pelúcia para apertar e caixinhas-surpresa.

Riscos à Saúde

Prevenção de Lesões

As lesões causadas por acidentes com veículos motorizados, aspiração, asfixia, quedas ou envenenamento são uma causa importante de morte em crianças de 6 a 12 meses de idade. A compreensão das principais realizações do desenvolvimento durante esse período permite o planejamento da prevenção de lesões. À medida que a criança alcança ganhos no desenvolvimento motor e se torna cada vez mais curiosa sobre o ambiente, vigilância e supervisão constantes são críticos para a prevenção de lesões.

Maus-tratos a Crianças

Os maus-tratos das crianças incluem o abuso físico intencional ou a negligência, abuso emocional ou negligência e abuso sexual (Hockenberry e Wilson, 2015). Um número maior de crianças sofre negligência do que qualquer outro tipo de maus-tratos. Crianças de qualquer idade podem sofrer maus-tratos, porém as mais novas são as mais vulneráves. Além disso, muitas sofrem mais de um tipo de maus-tratos. Não há um perfil que se ajuste a uma vítima de maus-tratos, e os sinais e sintomas são variáveis (Quadro 12-1).

Quadro 12-1 Sinais de Alerta para o Abuso

- Evidência física de abuso ou negligência, incluindo lesões anteriores
- Histórias conflitantes sobre acidente/trauma
- Lesão atribuída a um irmão ou outros
- Lesão incompatível com a história, como uma concussão e um braço quebrado por queda da cama
- História incompatível com a idade de desenvolvimento da criança

(p. ex., aos 6 meses de idade queimou-se porque abriu a torneira de água quente)

- Uma queixa inicial não associada aos sinais e sintomas presentes (p. ex., levar a criança à clínica por causa de um resfriado quando há evidência de trauma físico)
- Resposta inadequada da criança, especialmente da criança mais velha (p. ex., não querer ser tocada, olhar para o cuidador antes de responder a qualquer pergunta)
- Relatos anteriores de abuso na família
- Frequentes visitas ao departamento de emergência ou à clínica

Adaptado de Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, 10. ed., St Louis, 2015, Mosby.

A combinação de sinais e sintomas ou um padrão de lesão deve levantar suspeita. É importante que o profissional de saúde esteja ciente de certos processos de doença e práticas culturais. A falta de consciência das variantes normais, como as manchas mongólicas, faz com que o profissional de saúde suponha que se trate de abuso. Crianças que são hospitalizadas por maus-tratos têm as mesmas necessidades de desenvolvimento das outras crianças de sua idade, e a enfermeira precisa apoiar o relacionamento da criança com os pais (Hockenberry e Wilson, 2015).

Promoção da Saúde

Nutrição

A qualidade e a quantidade da nutrição influenciam profundamente o crescimento e desenvolvimento do bebê. Muitas mulheres já selecionaram um método de alimentação bem antes do nascimento do bebê; outras farão perguntas somente no final da gravidez. As enfermeiras estão em uma posição privilegiada para ajudar os pais a selecionar e fornecer uma dieta nutricionalmente adequada para seu filho. É preciso entender que fatores como apoio, cultura, demandas

do papel e experiências anteriores influenciam os métodos de alimentação (Hockenberry e Wilson, 2015).

A amamentação é recomendada para a nutrição do bebê porque o leite materno contém os nutrientes essenciais de proteína, gorduras, carboidratos e imunoglobulinas que reforçam a capacidade de resistir à infecção. Tanto a AAP quanto o U.S. Department of Health e Human Services (USDHHS) recomendam o leite humano no primeiro ano de vida (Hockenberry e Wilson, 2015). Porém, se a amamentação não for possível ou a mãe não quiser amamentar, uma alternativa aceitável é uma fórmula comercial fortificada com ferro. Avanços recentes no preparo da fórmula infantil incluem a adição de nucleotídeos e ácidos graxos de cadeia longa, que aumentam a função imune e o desenvolvimento cerebral. O uso de leite de vaca integral, leite de vaca a 2% ou produtos lácteos alternados antes dos 12 meses de idade não é recomendado. A composição do leite de vaca integral pode causar sangramento intestinal, anemia e maior incidência de alergias (Hockenberry e Wilson, 2015).

Em média, o bebê de 1 mês de idade ingere aproximadamente 530 a 620 mL de leite materno ou fórmula por dia. Essa quantidade aumenta ligeiramente durante os primeiros 6 meses e diminui após a introdução de alimentos sólidos. A quantidade de fórmula por alimentação e o número de alimentações variam entre os bebês. A adição de alimentos sólidos não é recomendada antes dos 6 meses de idade, porque o trato gastrintestinal não está suficientemente maduro para lidar com esses nutrientes complexos e os bebês são expostos aos antígenos alimentares que produzem alergias à proteína do alimento. Em termos de desenvolvimento, os bebês não estão prontos para os alimentos sólidos antes dos 6 meses. O reflexo de extrusão (protrusão) causa a expulsão do alimento para fora da boca. A introdução de cereais, frutas, vegetais e carnes durante o segundo semestre de vida fornece ferro e fontes adicionais de vitaminas. Isto se torna especialmente importante quando as crianças mudam do leite materno ou fórmula para o leite de vaca integral após o primeiro aniversário. Os alimentos sólidos devem ser oferecidos à base de um alimento novo por vez. Isto permite identificar se um alimento causa

uma reação alérgica. O uso de suco de frutas e bebidas não nutritivas, como as bebidas com sabor de frutas ou refrigerantes, devem ser evitados, uma vez que estes não fornecem calorias suficientes e apropriadas durante esse período (Hockenberry e Wilson, 2015). Os bebês também toleram os alimentos da tabela, bem cozidos, com 1 ano de idade. A quantidade e a frequência das alimentações variam entre as crianças; portanto, certifique-se de discutir os diferentes padrões alimentares com os pais.

Suplementação

A necessidade de suplementos vitamínicos e minerais na dieta depende da dieta do bebê. Bebês a termo completo nascem com algumas reservas de ferro. O lactente amamentado absorve ferro adequado do leite materno durante os primeiros 4 a 6 meses de vida. Após os 6 meses, o cereal fortificado com ferro geralmente é uma fonte adequada de suplementação. O ferro da fórmula não é absorvido tão prontamente, por essa razão os bebês amamentados dessa forma precisam receber fórmula fortificada com ferro durante o primeiro ano de vida.

Concentrações adequadas de flúor para proteger contra cáries dentais não estão disponíveis no leite humano; portanto, recomenda-se geralmente água fluoretada ou suplemento de flúor. Uma preocupação recente refere-se ao uso de terapias médicas complementares e alternativas em crianças que podem ou não ser seguras. Pesquise sobre o uso desses produtos para ajudar os pais a determinar se o produto é realmente seguro ou não para a criança (Hockenberry e Wilson, 2015).

Imunizações

O uso disseminado de imunizações resultou no dramático declínio das doenças infecciosas nos últimos 50 anos e, portanto, é o fator mais importante na promoção de saúde durante a infância. Embora a maioria das imunizações possa ser administrada a pessoas de qualquer idade, recomenda-se que a administração da série principal se inicie logo após o nascimento e seja completada durante a primeira

infância. As vacinas estão entre os medicamentos mais seguros e confiáveis usados. Algumas vezes ocorrem efeitos colaterais menores; mas são raras as reações sérias. É preciso educar os pais no que se refere à importância das imunizações e aos efeitos colaterais comuns, como febre de grau baixo e sensibilidade local. O programa recomendado de imunizações se modifica à medida que novas vacinas são desenvolvidas e ocorrem avanços na área de imunologia. Mantenha-se informada sobre as políticas vigentes e direcione os pais para o cuidador principal a fim de obter o programa de imunizações de seu filho. A AAP mantém o programa mais atual em seu site da internet, http://www.aap.org. A pesquisa nas últimas três décadas tem indicado claramente que os bebês sentem dor com os procedimentos invasivos (p. ex., injeções) e as enfermeiras precisam estar cientes das medidas para redução ou eliminação da dor em qualquer procedimento de cuidados de saúde (Cap. 32).

Sono

Os padrões de sono variam entre os bebês, e muitos deles têm um padrão de dias e noites invertidos até 3 a 4 meses de idade. Assim, é comum que durmam durante o dia. Aos 6 meses, a maioria dos bebês é noturna e dormem entre 9 e 11 horas à noite. O sono diário total é de 15 horas em média. A maioria dos bebês cochila uma ou duas vezes ao dia no final do primeiro ano de vida. Muitos pais preocupam-se com os padrões de sono do filho, especialmente se ele tiver alguma dificuldade como recusar-se a dormir, ou despertares frequentes durante a noite. Avalie cuidadosamente o problema individual antes de sugerir intervenções para abordar essa preocupação.

Crianças de um a três anos de idade

A **fase de 1 a 3 anos de idade** inicia-se no momento em que as crianças começam a andar independentemente até andarem e correrem com facilidade, um período que compreende dos 12 aos 36 meses. A independência da criança pequena é cada vez mais reforçada pelo aumento das habilidades cognitivas e da mobilidade física. Elas se tornam cada vez mais conscientes de suas capacidades de controle e ficam satisfeitas com o sucesso de seus esforços nessa nova habilidade. Esse sucesso leva-as a tentativas repetidas de controlar seus ambientes. Quando não são bem-sucedidas nessas tentativas, o resultado é um comportamento negativo e birras. Esses comportamentos são mais comuns quando os pais interrompem a ação independente inicial. Os pais mencionam esses comportamentos como os mais problemáticos durante os anos da primeira infância e às vezes expressam frustração ao tentar estabelecer limites consistentes e firmes, ao mesmo tempo que incentivam a independência. As enfermeiras e os pais podem lidar com o negativismo limitando as oportunidades de receber um "não" como resposta. Por exemplo, não pergunte à criança, "Você quer tomar seu medicamento agora?" Em vez disso, diga-lhe que é hora de tomar o medicamento e ofereça uma escolha de tomá-lo com água ou suco.

Alterações Físicas

Em média, o crescimento da criança nessa fase é 7,5 cm de altura, ganhando a cada ano aproximadamente 1,8 a 2,7 kg (Hockenberry e Wilson, 2015). O desenvolvimento rápido das habilidades motoras permite que a criança participe de atividades de autocuidados, como alimentar-se, vestir-se e usar o toalete. No início, a criança caminha em posição ereta com marcha e postura largas, abdome protuberante e os braços para os lados para obter equilíbrio. Logo a criança começa a usar escadas, usando o corrimão ou a parede para manter o equilíbrio, enquanto sobe, colocando ambos os pés em um mesmo degrau antes

de prosseguir. O sucesso promove a coragem para tentarem a posição ereta para descer as escadas da mesma maneira. As habilidades de locomoção logo incluem correr, saltar, ficar em um pé só durante vários segundos, e chutar uma bola. A maioria das crianças anda em triciclos, sobe escadas, além de correr bem quando de seu terceiro aniversário.

As habilidades motoras finas passam do rabisco espontâneo para o desenho preciso de círculos e cruzes. Aos 3 anos, a criança faz o desenho de pessoas em formato de varetas e normalmente é capaz de empilhar pequenos blocos em forma de torre. As crianças agora seguram lápis de cor com os dedos e não com os punhos e podem imitar traços verticais e horizontais. São capazes de se alimentar com uma colher sem rodá-la e tomar o conteúdo de um copo sem derramar. As crianças são capazes de virar as páginas de um livro por vez e virar maçanetas com facilidade (Hockenberry e Wilson, 2015).

Alterações Cognitivas

Por volta dos 2 anos de idade, as crianças aumentam sua capacidade de se lembrar de eventos e começam a pôr pensamentos em palavras. Reconhecem que são seres separados de suas mães, mas não conseguem assumir a visão do outro. O raciocínio da criança baseia-se em sua própria experiência de um fato. Usam símbolos para representar objetos, lugares e pessoas. As crianças demonstram essa função quando imitam o comportamento de outra pessoa que viu anteriormente (p. ex., fingir que se barbeiam como o papai), fingem que um objeto é outro (p. ex., usam um dedo como um revólver), e usam a linguagem para representar objetos ausentes (p. ex., pedir uma garrafa).

Linguagem

Aos 18 meses, a criança usa aproximadamente 10 palavras. No 24º mês de idade, a criança tem um vocabulário de até 300 palavras e geralmente é capaz de dizer sentenças em duas palavras, embora a capacidade de entender a fala seja muito maior do que o número de

palavras adquiridas (Hockenberry e Wilson, 2015). Segundo Piaget, o estágio pré-operacional de desenvolvimento começa na primeira infância. As crianças começam a pensar de forma mais simbólica sobre as coisas, à medida que o seu vocabulário se desenvolve (Piaget, 1952). "Quem é esse?" e "O que é isso?" são as perguntas típicas que as crianças fazem durante esse período. Expressões verbais como "eu faz isto" e "isto é meu" demonstram que a criança de 2 anos de idade usa os pronomes e deseja a independência e ter o controle. Aos 36 meses, a criança pode usar sentenças simples, seguir algumas regras gramaticais, e aprender a usar cinco ou seis palavras novas por dia. Os pais podem facilitar melhor o desenvolvimento da linguagem conversando com seus filhos. Ler para as crianças ajuda a expandir seu vocabulário, conhecimento e imaginação. A televisão não deve ser usada para substituir a interação pais-filho, uma vez que já demonstrou que atrasa o desenvolvimento da linguagem (Hockenberry e Wilson, 2015).

Alterações Psicossociais

Segundo Erikson (1963) o senso de autonomia emerge durante a primeira infância. As crianças lutam por independência usando seus músculos em desenvolvimento para fazer tudo sozinhas e se tornarem os mestres de suas funções corporais. Suas vontades fortes são exibidas com frequência em comportamentos negativos, quando os cuidadores tentam direcionar suas ações. As birras resultam quando as restrições parentais frustram as crianças. É necessário que os pais promovam a independência gradativa das crianças, permitindo que elas façam coisas que não lhes causem dano ou a outros. Por exemplo, as crianças pequenas que desejam aprender a segurar seus próprios copos geralmente se beneficiam com o uso de copos com duas alças, com bicos, e babadores de plástico com bolsos para coletar o leite espirrado durante o processo de aprendizagem.

Brincar

Durante o estágio pré-operacional do desenvolvimento, a imaginação

da criança se desenvolve e elas começam a discernir a diferença entre passado e futuro, embora ainda não consigam entender conceitos mais complexos como causa e efeito (Piaget, 1952). Socialmente, as crianças permanecem fortemente apegadas a seus pais e temem a separação deles. Em sua presença, elas se sentem seguras, e sua curiosidade é evidente quando fazem explorações do ambiente. A criança continua a se envolver em brincadeiras solitárias durante essa fase, mas também começa a participar de brincadeiras paralelas, que é brincar *ao lado* de outra criança em vez de brincar *com* ela. As brincadeiras expandem o desenvolvimento cognitivo e psicossocial da criança. É importante considerar sempre se os brinquedos apoiam o desenvolvimento da criança, assim como a segurança do brinquedo.

Riscos à Saúde

As habilidades locomotoras recém-desenvolvidas e a curiosidade insaciável das crianças pequenas as põem em risco de lesões. Elas precisam de estrita supervisão o tempo todo e particularmente quando se encontram em ambientes que não são "à prova de crianças" (Fig. 12-5).

FIGURA 12-5 Devem ser adotadas precauções de segurança para crianças de 1 a 3 anos. (Cortesia de Elaine Polan, RNC, BSN, MS.)

É frequente a ocorrência de envenenamentos, porque as crianças próximas aos 2 anos de idade se interessam em pôr na boca qualquer objeto ou substância para aprender a respeito. Os pais prudentes removem ou trancam todos os possíveis venenos, incluindo plantas,

materiais de limpeza e medicamentos. Essas ações dos pais criam um ambiente mais seguro para o comportamento exploratório das crianças. O envenenamento por chumbo continua a ser um sério risco à saúde nos Estados Unidos, e crianças com menos de 6 anos de idade são mais vulneráveis (Hockenberry e Wilson, 2015).

As crianças pequenas não têm consciência do perigo da água e sua habilidade recém-desenvolvida de andar faz do afogamento a principal causa de morte acidental nesse grupo etário. Estabelecer limites é de extrema importância para a segurança das crianças. Acidentes com veículos automotivos são responsáveis por metade de todas as mortes acidentais de crianças entre 1 e 4 anos de idade. Algumas dessas mortes são o resultado de não usarem cinto de segurança, e algumas são atribuídas a lesões dentro do carro em consequência da não observância das orientações de uso de um assento de segurança infantil (Hockenberry e Wilson, 2015). Realiza-se melhor a prevenção de lesões pela associação de várias lesões com a obtenção dos marcos de desenvolvimento.

As crianças que adoecem e necessitam de hospitalização são mais estressadas pela separação de seus pais. As enfermeiras incentivam os pais a permanecer com seu filho o máximo possível e a participar ativamente da prestação de cuidados. A criação de um ambiente que apoie os pais é muito útil para obter a cooperação da criança. O estabelecimento de um relacionamento de confiança com os pais geralmente resulta na aceitação do tratamento por parte da criança.

Promoção de Saúde

Nutrição

A obesidade infantil e as doenças crônicas associadas resultantes são fontes de preocupação de todos os profissionais de saúde. É na primeira infância que as crianças estabelecem os hábitos alimentares de toda a vida, com maior ênfase na escolha dos alimentos. Cada vez mais elas alcançam as necessidades nutricionais ao consumir alimentos sólidos. A criança saudável requer uma ingestão diária balanceada de pão e grãos, vegetais, frutas, produtos lácteos e

proteínas. Como o consumo diário superior a um litro de leite por dia geralmente diminui o apetite da criança por esses alimentos sólidos essenciais, resultando em ingestão inadequada de ferro, aconselhe os pais a limitar a ingestão de leite a 2 a 3 xícaras ao dia (Hockenberry e Wilson, 2015). Não se deve oferecer às crianças o leite com baixo teor de gordura ou desnatado até os 2 anos de idade, porque elas precisam da gordura para um crescimento físico e intelectual satisfatório.

A hora das refeições tem um significado físico e psicossocial. Se os pais se esforçam para controlar a ingestão alimentar das crianças, os resultados podem ser problemas de comportamento e conflitos. As crianças pequenas geralmente desenvolvem "manias alimentares", ou desejo de consumir um alimento repetidamente. Em vez de se incomodar com esses comportamentos, incentive os pais a oferecer uma variedade de alimentos nutritivos às refeições, assim também apenas lanches nutritivos entre as refeições. Servir salgadinhos para crianças permite que elas se alimentem por si mesmas e satisfaçam sua necessidade de independência e controle. Porções pequenas, razoáveis, permitem que as crianças comam toda a sua refeição.

Treinamento para Uso do Toalete

O aumento das habilidades de locomoção, a capacidade de se despir e o desenvolvimento do controle do esfíncter permitem o treinamento para uso do toalete, caso a criança já tenha desenvolvido as necessárias habilidades cognitivas e de linguagem. Os pais geralmente consultam as enfermeiras para que avaliem se a criança está pronta para o treinamento para o uso do toalete. Reconhecer o desejo de urinar e/ou defecar é crucial para determinar a prontidão mental da criança. A criança pequena também deve ser motivada a se segurar para agradar os pais, em vez de se soltar para agradar a si mesma, para que realize com sucesso o treinamento para o uso do toalete (Hockenberry e Wilson, 2015). Como enfermeiro, lembre os pais que paciência, consistência e uma atitude neutra, em conjunto com a prontidão da criança, são essenciais para o treinamento ao uso do toalete.

Pré-escolares

O **período pré-escolar** refere-se aos anos entre 3 e 5 anos de idade. As crianças refinam o domínio de seus corpos e esperam ansiosamente o início da educação formal. Muitas pessoas consideram esses anos os mais intrigantes para mães e pais, porque as crianças são menos negativas, compartilham seus pensamentos de maneira mais precisa, assim como interagem e se comunicam com mais eficiência. O desenvolvimento físico ocorre em ritmo mais lento do que o desenvolvimento cognitivo e psicossocial.

Alterações Físicas

Vários aspectos do desenvolvimento físico continuam a se estabilizar nos anos pré-escolares. As crianças ganham cerca de 2,3 kg ao ano; o peso médio aos 3 anos é 14,5 kg; aos 4 anos, é 16,8 kg; e aos 5 anos é de cerca de 18,6 kg. Os pré-escolares crescem de 6,2 a 7,5 cm por ano, dobram sua estatura de nascimento por volta dos 4 anos, e permanecem na média de 107 cm de altura em seu quinto aniversário. O alongamento das pernas resulta em crianças de aparência mais delgada. Há pouca diferença entre os sexos, embora os meninos sejam ligeiramente maiores, com mais músculos e menos tecido adiposo. A maioria das crianças está completamente treinada no uso do toalete nos anos pré-escolares (Hockenberry e Wilson, 2015).

A coordenação muscular fina e grossa melhora. Crianças pré-escolares correm bem, sobem e descem degraus com facilidade e aprendem a saltar. Aos 5 anos geralmente pulam com pés alternados, pulam corda e começam a usar patins e a nadar. A melhora das habilidades motoras finas permite manipulações intricadas. Elas aprendem a copiar cruzes e quadrados. Triângulos e losangos geralmente são dominados entre os 5 e 6 anos de idade. Rabiscos e desenhos ajudam a desenvolver as habilidades musculares finas e a coordenação olho-mão necessária para copiar letras e números.

As crianças precisam de oportunidades para aprender e praticar

novas habilidades físicas. Os cuidados de enfermagem de crianças saudáveis e doentes incluem uma avaliação sobre a disponibilidade dessas oportunidades. Embora as crianças com doenças agudas se beneficiem com o repouso e a exclusão das atividades diárias normais, aquelas com condições crônicas ou que foram hospitalizadas por longos períodos precisam de contínua exposição a oportunidades de desenvolvimento. Os pais e a enfermeira criam essas oportunidades nas experiências diárias das crianças, dependendo de suas habilidades, necessidades e nível de energia.

Alterações Cognitivas

A maturação do cérebro continua, com um crescimento mais rápido ocorrendo nas áreas do lobo frontal, onde o planejamento e organização das novas atividades, além de atenção às tarefas, são da maior importância. A mielinização completa dos neurônios do cérebro não ocorre antes dos 6 ou 7 anos (Leifer, 2013).

As crianças pré-escolares demonstram sua capacidade de pensar de forma mais complexa pela classificação de objetos de acordo com o tamanho ou cor e por meio de questionamento. As crianças já aumentaram a interação social, o que é ilustrado por uma criança de 5 anos que oferece uma bandagem a uma criança com um corte no dedo. Elas se tornam conscientes das relações de causa e efeito, como é ilustrado pela afirmação: "O sol se põe porque as pessoas querem dormir". O início do pensamento causal também é evidente em pré-escolares. Por exemplo, se dois eventos estiverem relacionados no tempo ou no espaço, as crianças os ligam de maneira causal. Por exemplo, uma criança hospitalizada raciocina: "Eu chorei a noite passada e é por isso que a enfermeira me aplicou a injeção". As crianças próximas aos 5 anos começam a usar regras para entender a causa. Começam então a raciocinar do geral para o particular. Isto forma a base para um pensamento mais lógico. A criança agora raciocina: "Eu tomo duas injeções ao dia, e é por isso que tomei uma ontem à noite". As crianças nesse estágio também acreditam que os objetos inanimados têm qualidades vitais e são capazes de uma ação, como se pode observar por comentários como: "As árvores choram

quando seus galhos quebram".

O conhecimento do mundo das crianças pré-escolares permanece estreitamente ligado às experiências concretas (percebidas pelos sentidos). Mesmo sua vida rica de fantasia é baseada em sua percepção da realidade. A mistura desses dois aspectos geralmente leva a muitos medos infantis, e às vezes os adultos os interpretam erroneamente como mentiras quando as crianças de fato estão apresentando a realidade sob suas perspectivas. Os pré-escolares acreditam que, se uma regra não for obedecida, isso resulta em punição imediata. Durante esses anos eles acreditam que a punição está automaticamente ligada a um ato e ainda não percebem que é socialmente mediada (Perry et al., 2014).

O maior temor desse grupo etário parece ser o dano corporal; isto é evidente pelo medo que as crianças têm do escuro, de animais, trovões e da equipe médica. Muitas vezes, esse medo interfere em sua disposição para permitir as intervenções de enfermagem, como a aferição dos sinais vitais. As crianças pré-escolares cooperam se lhes for permitido ajudar a enfermeira a medir a pressão arterial dos pais ou manipular o equipamento da enfermeira.

Linguagem

Os vocabulários das crianças pré-escolares continuam a aumentar rapidamente; aos 6 anos elas têm de 8.000 a 14.000 palavras em uso para definir objetos familiares, identificar cores e expressar seus desejos e frustrações (Perry et al., 2014). A linguagem é mais social, e as perguntas se expandem para "Por quê?" e "Como assim?" na busca de informações. Palavras foneticamente semelhantes, como *sexta* e *cesta*, ou *coxo* e *cocho*, causam confusão em crianças pré-escolares. Evite essas palavras durante a preparação das crianças para os procedimentos e avalie a compreensão que elas têm de suas explicações.

Alterações Psicossociais

O mundo dos pré-escolares se expande para além da família,

alcançando a vizinhança, onde crianças encontram outras crianças e adultos. Sua curiosidade e iniciativa em desenvolvimento levam à exploração ativa do ambiente, desenvolvendo novas habilidades, e fazendo novos amigos. As crianças pré-escolares têm excesso de energia que lhes permite planejar e tentar muitas atividades que estão além de suas capacidades, como despejar o leite da embalagem em sua tigela de cereais. A culpa surge nas crianças quando elas ultrapassam os limites de suas capacidades e acham que não se comportaram de maneira correta. Crianças que na hora da raiva desejaram que o irmão morresse se sentem culpadas se esse irmão ficar doente. As crianças precisam aprender que o "desejo" de que algo aconteça não faz com que isso aconteça. Erikson (1963) recomenda que os pais ajudem seus filhos a encontrar um equilíbrio saudável entre iniciativa e culpa, permitindo que eles façam as coisas por si mesmos, impondo ao mesmo tempo firmes limites e dando-lhes orientações.

As fontes de estresse em pré-escolares podem incluir alterações nas disposições dos cuidados, começar a ir à escola, o nascimento de um irmão, problemas conjugais dos pais, mudança para uma nova casa ou uma doença. Durante esses momentos de estresse, as crianças pré-escolares às vezes revertem a situação molhando a cama ou chupando o dedo, e querem que os pais as alimentem, vistam e as abracem. Esses comportamentos dependentes muitas vezes são confusos e embaraçosos para os pais. Estes se beneficiam com a tranquilização da enfermeira de que se trata de comportamentos normais de enfrentamento da criança. Proporcione experiências que essas crianças sejam capazes de controlar. Esses sucessos as ajudam a voltar ao nível anterior de funcionamento independente. À medida que as habilidades de linguagem se desenvolvem, incentive as crianças a conversar sobre os seus sentimentos. Brincar também é uma excelente maneira para as crianças pré-escolares de extravasar a frustração ou raiva, além de ser uma maneira socialmente aceitável de lidar com o estresse.

Brincar

As brincadeiras das crianças pré-escolares se tornam mais sociais após o terceiro aniversário, uma vez que elas mudam de paralelas para associativas. Crianças que brincam juntas participam de uma atividade semelhante se não idêntica; no entanto, não há divisão de trabalho ou organização ou regras rígidas. A maioria das crianças de 3 anos de idade é capaz de brincar com outra criança de maneira cooperativa em que fazem algo ou desempenham papéis designados como o de mãe e bebê. Aos 4 anos, as crianças brincam em grupos de duas ou três, e aos 5 anos o grupo tem um líder temporário para cada atividade.

Durante o estágio pré-operacional de crescimento e desenvolvimento, a criança começa a participar da brincadeira de "faz de conta" (Piaget, 1952). A brincadeira de faz de conta permite que as crianças aprendam a compreender os pontos de vista das outras, desenvolvam habilidades na solução de problemas sociais, e se tornem mais criativas. Algumas crianças têm amigos imaginários de brincadeiras. Esses amigos servem a muitos propósitos. São amigos que, quando a criança está solitária, realizam o que a criança está tentando fazer, e experienciam o que a criança quer esquecer ou lembrar. Os amigos imaginários de brincadeiras são um sinal de saúde e permitem que a criança faça a distinção entre realidade e fantasia.

Televisão (TV), vídeos, jogos eletrônicos e programas de computador também ajudam a respaldar o desenvolvimento e a aprendizagem das habilidades básicas. No entanto, estes devem ser apenas uma parte das atividades totais das brincadeiras da criança. A recomendação da AAP (2014a) é assistir a programas de TV educacionais, não violentos, por não mais de 1 a 2 horas por dia, os quais devem ser supervisionados pelos pais ou outros adultos responsáveis da casa. Limitar o tempo de assistir à TV proporcionará mais tempo para que as crianças leiam, participem de atividades físicas e se socializem com outras (Hockenberry e Wilson, 2015).

Riscos à Saúde

À medida que as habilidades motoras finas e grossas se desenvolvem

e a criança se torna mais coordenada com melhor equilíbrio, as quedas se tornam um problema menos frequente. As orientações para prevenção de lesão na criança pequena também se aplicam à criança pré-escolar. As crianças precisam aprender sobre segurança em casa, e os pais precisam continuar a exercer estreita supervisão das atividades delas. As crianças nessa idade são grandes imitadoras; assim o exemplo dos pais é importante. Por exemplo, o uso de um capacete pelo pai, enquanto pratica ciclismo, é um exemplo apropriado para a criança pré-escolar.

Promoção de Saúde

Há pouca pesquisa explorando as percepções que as crianças pré-escolares têm de sua própria saúde. As crenças parentais sobre saúde, sensações corporais das crianças, bem como sua capacidade de realizar as atividades normais da vida diária as ajudam a desenvolver atitudes sobre sua saúde. Normalmente, as crianças pré-escolares são bastante independentes quanto a se lavar, se vestir e se alimentar. As alterações nessa independência influenciam seus sentimentos sobre a própria saúde.

Nutrição

Há pouca variação entre as necessidades nutricionais para pré-escolares e as das crianças pequenas. A ingestão diária média é 1.800 calorias. Os pais geralmente se preocupam com a quantidade de alimentos que seu filho está consumindo, e é uma preocupação relevante pelo problema de obesidade infantil. Porém, a qualidade do alimento é mais importante que a quantidade na maioria das situações. Crianças pré-escolares consomem cerca da metade do tamanho da porção para o adulto médio. Maus hábitos alimentares são característicos na criança de 4 anos de idade; no entanto, aos 5 anos ela está mais interessada em experimentar novos alimentos (CDC, 2014).

Sono

Crianças pré-escolares têm em média um sono de 12 horas à noite e os cochilos são infrequentes. Os transtornos do sono são comuns durante esses anos. Os transtornos vão desde problemas para adormecer, pesadelos e até postergar a hora de dormir com extensos rituais. Frequentemente, as crianças tiveram atividades e estimulação excessivas. Ajudá-las a reduzir as atividades antes de dormir normalmente resulta em melhores hábitos de sono.

Visão

A triagem visual geralmente começa nos anos pré-escolares e precisa ocorrer a intervalos regulares. Um dos testes mais importantes é determinar a presença de visão não binocular ou estrabismo. A detecção precoce e o tratamento do estrabismo são essenciais nas idades de 4 a 6 anos para prevenir ambliopia, a cegueira resultante do desuso (Hockenberry e Wilson, 2015).

Crianças em idade escolar e adolescentes

As alterações do desenvolvimento entre as idades de 6 e 18 anos são diversas e abrangem todas as áreas de crescimento e desenvolvimento. As crianças desenvolvem, expandem, refinam e sincronizam habilidades físicas, psicossociais, cognitivas e morais de tal forma que são indivíduos capazes de se tornar um membro aceito e produtivo da sociedade. O ambiente em que o indivíduo desenvolve as habilidades também se expande e se diversifica. Em vez dos limites da família e amigos íntimos, o ambiente agora inclui escola, comunidade e igreja. Com uma avaliação específica para a idade, será necessário que a enfermeira revise as expectativas adequadas de desenvolvimento de cada grupo etário. Ela pode promover a saúde auxiliando as crianças e adolescentes a alcançar um equilíbrio necessário do desenvolvimento.

Crianças em idade escolar

Durante esses "anos intermediários" da infância, é estabelecido o fundamento para os papéis adultos no trabalho, recreação e interação social. Em países industrializados, esse período de **idade escolar** começa quando a criança inicia a escola elementar por volta dos 6 anos. A puberdade, por volta dos 12 anos de idade, sinaliza o final da infância intermediária. As crianças fazem grandes progressos no desenvolvimento durante esses anos, à medida que desenvolvem competências em habilidades físicas, cognitivas e psicossociais.

A escola ou a experiência educacional expande o mundo da criança e é uma transição de uma vida de brincadeiras relativamente livres para brincadeiras estruturadas, aprendizagem e trabalho. A escola e o lar influenciam o crescimento e o desenvolvimento, que necessitam do ajuste dos pais e da criança. A criança aprende a lidar com as regras e as expectativas apresentadas pela escola e pelos colegas. Os pais precisam aprender a permitir que o filho tome decisões, aceite responsabilidades e aprenda com as experiências da vida.

Alterações Físicas

A taxa de crescimento durante esses primeiros anos escolares é lenta e constante, uma relativa calma antes do estirão do crescimento da adolescência. A criança em idade escolar parece ser mais magra do que a pré--escolar, em consequência das alterações na distribuição e espessura da gordura. O aumento médio de altura é 5 cm ao ano, enquanto o peso aumenta de 1,8 a 3,2 kg ao ano. Muitas crianças dobram seu peso durante esses anos da infância intermediária, e a maioria das meninas superam os meninos em altura e peso no final dos anos escolares (Hockenberry e Wilson, 2015).

As crianças em idade escolar se tornam mais graciosas durante os anos escolares porque a coordenação de seus grandes músculos melhora e sua força dobra. A maioria das crianças pratica habilidades motoras grossas básicas de correr, pular, equilibrar-se, lançar e pegar

durante jogos, resultando no refinamento da função e das habilidades neuromusculares. As diferenças nas taxas individuais de domínio das habilidades e a realização final dessas habilidades se tornam aparentes durante a participação das crianças em muitas atividades e jogos. As habilidades motoras finas melhoram; e à medida que adquirem o controle sobre os dedos e punhos, elas se tornam proficientes em uma ampla gama de atividades.

A maioria das crianças de 6 anos de idade é capaz de segurar um lápis habilmente e copiar letras e palavras; aos 12 anos, a criança é capaz de fazer desenhos detalhados e escrever sentenças cursivas. Pintar, desenhar, jogar *video game* e modelagem permite que as crianças pratiquem e melhorem as habilidades recém-aperfeiçoadas. As habilidades motoras finas aperfeiçoadas das crianças na infância intermediária permitem que elas se tornem muito independentes para se banhar, se vestir e cuidar das necessidades pessoais dos outros. Elas desenvolvem fortes preferências pessoais na maneira de atender a essas necessidades. Doenças e hospitalização ameaçam o controle das crianças nessas áreas. Portanto, é importante permitir que participem dos cuidados e mantenham o máximo possível de independência. Não se deve permitir que as crianças, cujos cuidados exigem a restrição de líquidos, decidam sobre a quantidade de líquidos que vão ingerir em 24 horas. Mas podem ajudar a decidir sobre o tipo de líquidos e ajudar a manter um registro de sua ingestão.

A avaliação do desenvolvimento neurológico geralmente é baseada na coordenação motora fina. A coordenação motora fina é crítica para o sucesso na típica escola americana, onde as crianças têm de segurar lápis pretos e de cor, assim como usar tesouras e réguas. A oportunidade de praticar essas habilidades por meio de trabalhos escolares e brincadeiras é essencial para aprender comportamentos complexos e coordenados.

À medida que o crescimento esquelético progride, a aparência corporal e a postura da criança mudam. Antes, a postura da criança era de ombros inclinados, com ligeira lordose e abdome proeminente. A postura de uma criança em idade escolar é mais ereta. É essencial avaliar as crianças, especialmente as meninas após os 12 anos, para

detecção de escoliose, a curvatura lateral da espinha.

O formato do olho altera-se por causa do crescimento esquelético. Isto melhora a acuidade visual, e uma visão 20/20 no adulto normal é alcançável. A triagem para detecção de problema de visão e audição é mais fácil, e os resultados são mais confiáveis porque as crianças em idade escolar têm melhor compreensão e cooperam com as orientações do teste. A enfermeira da escola tipicamente avalia o crescimento, os estados visual e auditivo das crianças em idade escolar e encaminha aquelas com possíveis anormalidades a um profissional de saúde, como o médico ou pediatra da família.

Alterações Cognitivas

Segundo Piaget, as crianças começam a transição para o estágio operacional concreto do crescimento e desenvolvimento por volta dos 7 anos de idade, quando começam a demonstrar um pensamento lógico, mais concreto. Elas se tornam menos egocêntricas e começam a compreender que seus pensamentos e sentimentos podem não ser compartilhados por outros (Piaget, 1952). As alterações cognitivas conferem à criança em idade escolar a capacidade de pensar de maneira lógica sobre o aqui e agora e a compreender a relação entre coisas e ideias. Agora elas se tornam capazes de usar suas capacidades desenvolvidas de pensamento para experienciar os eventos sem ter de representá-los (Hockenberry e Wilson, 2015). Seus pensamentos não são mais dominados por suas percepções; assim sua capacidade de compreender o mundo expande-se muito.

Crianças em idade escolar têm a capacidade de se concentrar em mais de um aspecto de uma situação. Começam a compreender que os outros nem sempre veem as coisas como elas e até começam a entender um outro ponto de vista. Elas têm agora a capacidade de reconhecer que a quantidade de uma substância permanece a mesma até quando esta muda de formato ou aparência. Por exemplo, duas bolas de argila de tamanho igual continuam a ter a mesma quantidade de argila, mesmo quando uma delas é achatada e a outra permanece com o formato de bola.

A criança pequena é capaz de separar os objetos em grupos de

acordo com sua forma ou cor, enquanto a criança em idade escolar compreende que o mesmo elemento pode existir em duas categorias ao mesmo tempo. Aos 7 ou 8 anos, essas crianças desenvolvem a habilidade de colocar objetos em ordem de acordo com o seu tamanho crescente ou decrescente (Hockenberry e Wilson, 2015). As crianças em idade escolar geralmente têm coleções, como cartões de beisebol ou animais de pelúcia que demonstram essa nova habilidade cognitiva.

Desenvolvimento da Linguagem

O desenvolvimento da linguagem é tão rápido durante a infância intermediária que não é mais possível equiparar idade com realizações de linguagem. As crianças melhoram seu uso da linguagem e expandem seu conhecimento estrutural. Elas se tornam mais conscientes das regras de sintaxe, das regras de articulação das palavras em frases e sentenças. Também identificam as generalizações e exceções às regras. Aceitam a linguagem como um meio de representar o mundo de maneira subjetiva e perceber que as palavras têm significados arbitrários em vez de absolutos. As crianças começam a pensar sobre a linguagem, o que lhes permite apreciar piadas e charadas. Já não são tão propensas a usar a interpretação literal de uma palavra; em vez disto raciocinam sobre o seu significado dentro de um contexto (Hockenberry e Wilson, 2015).

Alterações Psicossociais

Erikson (1963) identifica a tarefa de desenvolvimento das crianças em idade escolar como diligência *versus* inferioridade. Durante esse período, as crianças se esforçam para adquirir competência e habilidades necessárias para que funcionem como os adultos. As crianças em idade escolar que são positivamente reconhecidas pelo sucesso têm senso de valor. Aquelas que enfrentam o fracasso geralmente têm sentimentos de mediocridade ou demérito, que algumas vezes resulta em afastamento da escola e dos colegas.

As crianças em idade escolar começam a definir a si mesmas

baseadas mais nas características internas do que nas externas. Elas começam a definir seu autoconceito e desenvolvem a autoestima, uma autoavaliação geral. A interação com os colegas permite que as crianças definam suas próprias realizações em relação às outras, à medida que trabalham para desenvolver uma autoimagem positiva (Perry et al., 2014).

Segundo Piaget, as crianças em idade escolar, por volta dos 11 anos de idade, podem começar a entrar no quarto estágio, que é o final do desenvolvimento intelectual, o das operações formais. Neste estágio, elas começam a ponderar sobre as relações abstratas. Podem formular hipóteses e considerar diferentes possibilidades. Piaget acreditava que este era o estágio final do desenvolvimento cognitivo e que o desenvolvimento intelectual continuado nos adolescentes e adultos dependia do acúmulo de conhecimento (Piaget, 1952).

Relacionamentos com os Colegas

As realizações em grupo e pessoais se tornam importantes para a criança em idade escolar. O sucesso é importante nas atividades físicas e cognitivas. O jogo envolve os colegas e a busca de objetivos do grupo. Embora as atividades solitárias não sejam eliminadas, o jogo em grupo as atrai. Aprender a contribuir, colaborar e a trabalhar de maneira cooperativa em direção a um objetivo comum se torna uma medida de sucesso (Fig. 12-6).

FIGURA 12-6 Crianças em idade escolar ganham o senso de realização ao brincar com os colegas. (De Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, 10. ed., St Louis, 2015, Mosby.)

A criança em idade escolar prefere colegas do mesmo sexo aos do sexo oposto. Em geral, meninos e meninas veem o sexo oposto de maneira negativa. A influência do colega se torna bem variada durante esse estágio de desenvolvimento. Clubes e grupos de colegas se tornam proeminentes. As crianças em idade escolar geralmente desenvolvem os "melhores amigos", com os quais compartilham segredos e esperam interagir em base diária. A identidade de grupo aumenta quando a criança em idade escolar se aproxima da adolescência.

Identidade Sexual

Freud descreveu a infância intermediária como o período de latência porque acreditava que as crianças desse período tinham pouco interesse em sua sexualidade. Hoje, muitos pesquisadores acreditam

que as crianças em idade escolar têm grande curiosidade sobre sua sexualidade. Algumas a experimentam, mas esse jogo geralmente é transitório. A curiosidade das crianças por revistas de adultos ou pelo significado das palavras sexualmente explícitas também é um exemplo de seu interesse sexual. Este é o momento para sua exposição à educação sexual, incluindo maturação sexual, reprodução e relacionamentos (Hockenberry e Wilson, 2015).

Estresse

Hoje as crianças passam por mais estresse do que as de gerações anteriores. O estresse vem das expectativas parentais; expectativas dos colegas; do ambiente escolar; assim como da violência na família, na escola ou na comunidade. Algumas crianças em idade escolar cuidam de si mesmas antes ou depois da escola sem a supervisão de um adulto. As crianças que voltam para uma casa vazia às vezes sentem mais estresse e estão em maior risco de lesão e comportamentos inseguros (Hockenberry e Wilson, 2015). A enfermeira auxilia a criança a enfrentar o estresse ajudando os pais e a criança a identificar os estressores potenciais e a planejar intervenções para minimizar o estresse e a resposta da criança ao estresse. Técnicas de respiração profunda, imagens positivas e relaxamento progressivo de grupos musculares são intervenções que a maioria das crianças pode aprender (Cap. 38). Inclua os pais, a criança e o professor na intervenção para obter o máximo de sucesso.

Riscos à Saúde

Acidentes e lesões são o principal problema de saúde que afeta crianças em idade escolar. Agora é maior sua exposição a vários ambientes e com menos supervisão, porém suas habilidades motoras e cognitivas desenvolvidas as tornam menos propensas a sofrer uma lesão não intencional. Algumas crianças em idade escolar assumem riscos e tentam participar de atividades que estão além de sua capacidade. As lesões por veículos automotivos, como passageiros ou pedestres, assim como as lesões de ciclismo, estão entre as mais

comuns nesse grupo etário.

As infecções respondem pela maioria de todas as doenças da infância; as infecções respiratórias são as mais prevalentes. O resfriado comum continua a ser a principal doença da infância. Certos grupos de crianças são mais propensos a doença e deficiência, muitas vezes como resultado de barreiras aos cuidados à saúde. A correlação entre pobreza e prevalência da doença é alta. O acesso aos cuidados geralmente é muito limitado, e tanto a promoção de saúde como as medidas preventivas de saúde são mínimas.

Promoção de Saúde

Percepções

Durante os anos da idade escolar, a identidade e autoconceito se tornam mais fortes e mais individualizados. A percepção de bem-estar baseia-se em fatos prontamente observáveis, como presença ou ausência de doença e adequação de alimentação ou sono. A capacidade funcional é o padrão pelo qual a saúde pessoal e a saúde dos outros são julgadas. Crianças de 6 anos de idade têm consciência de seu corpo e se mostram pudicas e sensíveis ao serem expostas. É preciso que as enfermeiras providenciem sua privacidade e lhes ofereçam explicações sobre os procedimentos comuns.

Educação em Saúde

O período de idade escolar é crucial para a aquisição de comportamentos e práticas de saúde para uma vida adulta saudável. Como a cognição está progredindo durante o período, uma educação em saúde eficiente deve ser apropriada em termos de desenvolvimento. A promoção de boas práticas de saúde é uma responsabilidade da enfermagem. Programas direcionados à educação em saúde são frequentemente organizados e conduzidos na escola. Uma educação em saúde eficiente ensina as crianças não apenas sobre seus corpos, mas também sobre como as escolhas que elas fazem causam impacto em sua saúde (Hockenberry e Wilson, 2015). Durante a realização desses programas, o foco está no desenvolvimento de

comportamentos que afetam de maneira positiva o estado de saúde das crianças.

Manutenção da Saúde

Os pais precisam reconhecer a importância das visitas anuais de manutenção da saúde para imunizações, triagens e cuidados odontológicos. Quando seu filho em idade escolar chegar aos 10 anos de idade, os pais precisam começar as discussões em preparação para as futuras mudanças pubertárias. Os tópicos incluem informação introdutória referente a menstruação, relações sexuais, reprodução e **doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)**. O papilomavírus humano (HPV) é um vírus disseminado que infectará mais de 50% de homens e mulheres ao longo de suas vidas (AAP, 2015b). Em muitos indivíduos, o HPV é eliminado espontaneamente, enquanto em outros ele pode causar consequências significativas. As mulheres podem desenvolver cânceres cervical, vaginal e vulvar, bem como verrugas genitais; e os homens podem desenvolver verrugas genitais. Por não ser possível determinar quem irá ou não desenvolver a doença causada pelo vírus, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2013b), juntamente com a AAP, recomenda a vacinação de rotina contra o HPV em meninas de 11 a 12 anos e jovens mulheres dos 13 aos 26 anos, que ainda não tenham sido vacinadas. Recomenda-se ainda que a vacina contra o HPV seja administrada a meninos e homens jovens dos 9 aos 26 anos.

Segurança

Acidentes como incêndios e colisões de automóveis e bicicletas são as principais causas de morte e lesão no período de idade escolar, por esta razão, a segurança é uma consideração prioritária na educação em saúde. Eduque as crianças sobre as medidas de segurança para prevenir acidentes. Incentive as crianças nessa idade a assumir a responsabilidade por sua própria segurança, como o uso de capacetes ao praticar ciclismo.

Nutrição

Muitas vezes, o crescimento se torna lento durante o período de idade escolar, em comparação com a infância e a adolescência. As crianças em idade escolar estão desenvolvendo padrões alimentares que são independentes da supervisão dos pais. A disponibilidade de lanches e restaurantes *fast food* dificulta muito às crianças fazer escolhas saudáveis. A prevalência da obesidade em crianças de 6 a 11 anos de idade aumentou de 6,5% em 1980 para 18% em 2012. Além disso, a incidência de adolescentes obesos, de 12 a 19 anos, aumentou de 5% para quase 21% durante o mesmo período de tempo (CDC, 2014). A obesidade na infância se tornou um importante problema de saúde, resultando em aumento do risco de hipertensão, diabetes, doença arterial coronariana, esteatose, complicações pulmonares, como apneia do sono, problemas musculoesqueléticos, dislipidemia e potencial para problemas psicológicos. Estudos descobriram que as crianças com sobrepeso são provocadas com mais frequência, têm menos probabilidade de serem escolhidas como amigos, e maior probabilidade de serem consideradas preguiçosas e medíocres por seus colegas (Hockenberry e Wilson, 2015). As enfermeiras contribuem para atender às metas da política nacional americana pela promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo a nutrição. As crianças em idade escolar precisam participar de programas educacionais que permitam que planejem, selecionem e preparem refeições e lanches saudáveis. Elas precisam de uma adequada ingestão calórica para o crescimento durante a infância, acompanhada de atividade para um contínuo desenvolvimento motor grosso.

Adolescentes

A **adolescência** é o período em que o indivíduo faz a transição da infância para a vida adulta, geralmente entre 13 e 20 anos de idade. O termo *adolescente* normalmente se refere à maturação psicológica do indivíduo, enquanto **puberdade** refere-se ao ponto em que a reprodução se torna possível. As alterações hormonais da puberdade resultam em mudanças na aparência da pessoa jovem, e o desenvolvimento cognitivo resulta na capacidade de formular hipóteses e lidar com abstrações. São necessários ajustes e adaptações para fazer frente a essas mudanças simultâneas e tentar estabelecer um senso de identidade maduro. No passado, muitos se referiam à adolescência como um período estressante e tumultuado, com confusão interna, mas hoje se reconhece que a maioria dos adolescentes atende com sucesso aos desafios desse período.

A compreensão da enfermeira sobre desenvolvimento proporciona uma perspectiva única para auxiliar os adolescentes e os pais a prever e enfrentar os estresses da adolescência. As atividades de enfermagem, particularmente a educação, promovem um desenvolvimento saudável. Essas atividades ocorrem em várias situações e ambientes; e você pode direcioná-las para o adolescente, os pais, ou ambos. Por exemplo, a enfermeira conduz seminários em um colégio para oferecer sugestões práticas para a solução de problemas que preocupam um grande grupo de estudantes, como o tratamento de acne ou a tomada de decisões responsáveis sobre o uso de drogas ou álcool. Da mesma forma, um programa de educação em grupo para pais sobre como lidar com os adolescentes poderia promover a compreensão deles sobre o desenvolvimento do adolescente.

Alterações Físicas

As alterações físicas ocorrem rapidamente na adolescência. A maturação sexual ocorre com o desenvolvimento de características sexuais primárias e secundárias. As quatro principais alterações físicas

são:

1. Aumento da taxa de crescimento do esqueleto, músculos e vísceras.
2. Alterações específicas do sexo, como as que ocorrem na largura dos ombros e quadril.
3. Alteração na distribuição de músculo de gordura.
4. Desenvolvimento do sistema reprodutivo e características sexuais secundárias.

Existe ampla variação no momento em que ocorrem as alterações físicas associadas à puberdade entre os sexos e no mesmo sexo.

As meninas geralmente passam por mudanças pré-pubescentes 1 a 2 anos antes dos meninos. Também há evidência de que as meninas afro-americanas se desenvolvem mais cedo que as caucasianas. Embora não esteja claro, acredita-se que esse fenômeno seja influenciado porque a criança está com sobrepeso e por fatores ambientais (Perry et al., 2014). As taxas de ganho de altura e peso normalmente são proporcionais, e a sequência de mudanças do crescimento na puberdade é a mesma na maioria dos indivíduos.

Alterações hormonais no corpo criam mudanças quando o hipotálamo começa a produzir hormônios liberadores de gonadotropina que estimulam as células ovarianas a produzir o estrógeno e as células testiculares a produzir testosterona. Esses hormônios contribuem para o desenvolvimento de características sexuais secundárias, como o crescimento de pelos e as mudanças na voz, e têm um papel essencial na reprodução. As mudanças nas concentrações desses hormônios também estão ligadas à acne e ao odor corporal. A compreensão dessas alterações hormonais permite que você tranquilize os adolescentes e os eduque sobre as necessidades de cuidados corporais.

É extremamente importante para os adolescentes serem como os seus colegas (Fig. 12-7). É extremamente difícil para eles aceitar qualquer mudança no período em que ocorrem as alterações físicas. Portanto, ofereça apoio emocional àqueles que estão passando pela puberdade precoce ou atrasada. Até mesmo os adolescentes cujas alterações físicas estão ocorrendo nos períodos normais procuram a

confirmação e a tranquilização sobre sua normalidade.

FIGURA 12-7 As interações com os colegas ajudam a aumentar a autoestima durante a puberdade. (©Petrenko Andriy.)

Os aumentos de altura e peso normalmente ocorrem durante o estirão de crescimento pré-puberal, que atinge um pico em meninas por volta dos 12 anos e em meninos por volta dos 14 anos. A altura das meninas aumenta de 5 a 20 cm, enquanto o peso aumenta de 6,8 a 25 kg. A altura dos meninos aumenta aproximadamente de 10 a 30 cm, enquanto o peso aumenta de 6,8 a 29,5 kg. Os indivíduos têm um ganho final de 20% a 25% na altura, e de 50% no peso durante esse período (Hockenberry e Wilson, 2015).

As meninas alcançam 90% a 95% de sua altura adulta na menarca (o início da menstruação) e chegam à sua altura máxima aos 16 a 17 anos de idade, enquanto os meninos continuam a crescer até os 18 a 20 anos

de idade. A gordura é redistribuída em proporções adultas, à medida que aumentam a altura e o peso, e gradualmente o tronco do adolescente assume uma aparência adulta. Embora existam diferenças sexuais e individuais, o crescimento segue um padrão similar em ambos os sexos. As curvas de crescimento pessoal ajudam a enfermeira a avaliar o desenvolvimento físico. Porém, a progressão contínua do indivíduo ao longo da curva é mais importante do que a comparação com o normal.

Alterações Cognitivas

Os adolescentes desenvolvem a habilidade de determinar e classificar possibilidades, solucionar problemas e tomar decisões por meio de operações lógicas. Eles pensam de maneira abstrata e lidam efetivamente com problemas hipotéticos. Quando confrontado com um problema, o adolescente considera uma infinita variedade de causas e soluções. Pela primeira vez, o jovem vai além das propriedades físicas ou concretas de uma situação e usa os poderes do raciocínio para entender o abstrato. Os indivíduos em idade escolar pensam sobre o que é, enquanto os adolescentes são capazes de imaginar o que poderia ser.

Os adolescentes agora são capazes de pensar em termos do futuro em vez de apenas nos eventos atuais. Estas habilidades recém-desenvolvidas permitem que o indivíduo tenha mais sagacidade e habilidade em *video games*, jogos de computador e de tabuleiro que exigem pensamento abstrato e raciocínio dedutivo sobre as muitas estratégias possíveis. Um adolescente soluciona até problemas que requerem a manipulação simultânea de vários conceitos abstratos. O desenvolvimento dessa habilidade é importante na busca de uma identidade. Por exemplo, habilidades cognitivas recém-adquiridas permitem que o adolescente defina comportamentos de papel sexual apropriados, efetivos e confortáveis, e considerem seu impacto sobre os colegas, a família e a sociedade. Um nível mais alto de funcionamento cognitivo torna o adolescente receptivo a informações mais detalhadas e diversas sobre sexualidade e comportamentos sexuais. Por exemplo, a educação sexual inclui uma explicação sobre

as mudanças sexuais fisiológicas e medidas de anticoncepção.

Os adolescentes também desenvolvem a habilidade de compreender como as ideias e ações de um indivíduo influenciam os outros. Este desenvolvimento complexo do pensamento leva-os a questionar a sociedade e seus valores. Embora os adolescentes tenham a capacidade de pensar tão bem quanto um adulto, eles não têm as experiências sobre as quais construir. É comum os adolescentes considerarem seus pais muito intolerantes ou materialistas. É nesse momento que os adolescentes acreditam serem únicos e diferentes dos demais, o que dá origem aos seus comportamentos de risco. Em outras palavras, acham que são invencíveis. Por exemplo, um adolescente pode afirmar que é "capaz de dirigir em alta velocidade e não sofrer um acidente".

Habilidades de Linguagem

O desenvolvimento de linguagem está razoavelmente completo na adolescência, embora ele continue a se expandir. O foco principal se torna as habilidades de comunicação que o adolescente usa com eficiência em varias situações. Os adolescentes precisam comunicar pensamentos, sentimentos e fatos aos colegas, pais, professores e a outra pessoa com autoridade. As habilidades usadas nessas diversas situações de comunicação são variáveis. Os adolescentes precisam selecionar as pessoas com quem se comunicar, decidir sobre a exata mensagem e escolher a maneira de sua transmissão. Por exemplo, a maneira dos adolescentes contarem aos pais sobre notas baixas não é a mesma usada para contar aos amigos. As boas habilidades de comunicação são críticas para que os adolescentes superem a pressão dos colegas e os comportamentos não saudáveis. A seguir, são apresentadas algumas dicas para se comunicar com adolescentes:

- Não evite a discussão de questões sensíveis. Fazer perguntas sobre sexo, drogas e escola promove a abertura de canais para outras discussões.
- Faça perguntas abertas (Cap. 24).
- Procure o significado por trás de palavras ou ações.
- Fique alerta a dicas do estado emocional deles.

- Envolva outros indivíduos e recursos, quando necessário.

Alterações Psicossociais

A procura de identidade pessoal é a principal tarefa do desenvolvimento psicossocial do adolescente. Os adolescentes estabelecem relacionamentos íntimos com seus colegas ou permanecem em isolamento social. Erikson (1963) vê a confusão de identidade (ou papel) como o principal risco desse estágio e sugere que um comportamento sectarista e a intolerância às diferenças, observadas no comportamento do adolescente, são as defesas deles contra a confusão de identidade (Erikson, 1968). Os adolescentes trabalham para se tornarem emocionalmente independentes de seus pais, mantendo ao mesmo tempo os laços familiares. Muitas vezes, eles são descritos como ambivalentes. Amam e odeiam os pais. Além disso, precisam desenvolver seus próprios sistemas éticos baseados em valores pessoais. Precisam fazer escolhas sobre vocação, educação futura e estilo de vida. Os vários componentes da identidade total evoluem a partir dessas tarefas e compõem a identidade pessoal adulta, que é única do indivíduo.

Identidade Sexual

As alterações físicas da puberdade realçam o sucesso da identidade sexual. A evidência física da maturidade incentiva o desenvolvimento de comportamentos masculinos e femininos. Se essas alterações físicas envolverem desvios, a pessoa terá mais dificuldade em desenvolver uma identidade sexual confortável. Os adolescentes dependem desses indícios físicos porque desejam assegurar a masculinidade ou feminilidade e não querem ser diferentes dos colegas. Sem essas características físicas, alcançar a identidade sexual é difícil.

Identidade de Grupo

Os adolescentes procuram uma identidade de grupo por precisarem de estima e aceitação. A semelhança em se vestir ou falar é comum em

grupos de adolescentes. Os grupos de colegas conferem ao adolescente um senso de pertencimento, aprovação e a oportunidade de aprender um comportamento aceitável. A popularidade com os colegas do mesmo sexo e do sexo oposto é importante. A forte necessidade de uma identidade de grupo parece entrar em conflito, às vezes, com a busca de identidade pessoal. É como se os adolescentes necessitassem de vínculos estreitos com os colegas para mais tarde alcançar o senso de individualidade.

Identidade Familiar

O movimento dos adolescentes em direção aos relacionamentos mais fortes com os colegas contrapõe-se aos movimentos de afastamento dos pais. Embora a independência financeira não seja uma norma para os adolescentes na sociedade americana, muitos trabalham meio período, usando seu ganho para promover a independência. Quando não podem obter um trabalho de meio período por causa dos estudos, atividades escolares e outros fatores, os pais podem fornecer os subsídios para roupas e despesas ocasionais, o que os incentiva a desenvolver habilidades de tomada de decisões e controlar o orçamento.

Alguns adolescentes e famílias têm mais dificuldade durante esses anos do que outros. Os adolescentes precisam fazer escolhas, agir independentemente e experimentar as consequências de suas ações. As enfermeiras ajudam as famílias a considerar maneiras apropriadas para promoverem a independência de seus adolescentes, mantendo ao mesmo tempo a estrutura familiar.

Identidade de Saúde

Outro componente da identidade pessoal é a percepção da saúde. Este é um componente de interesse específico dos profissionais de saúde. Os adolescentes saudáveis avaliam sua própria saúde de acordo com as sensações de bem-estar, capacidade de funcionar normalmente e ausência de sintomas (Hockenberry e Wilson, 2015). Muitas vezes, eles também incluem a manutenção da saúde e os comportamentos de

promoção de saúde como preocupações importantes.

Portanto, as intervenções para melhorar a percepção de saúde se concentram no período da adolescência. As mudanças rápidas durante esse período tornam os programas de promoção de saúde especialmente cruciais. Os adolescentes tentam novos papéis, começam a estabilizar sua identidade, e adquirem valores e comportamentos a partir dos quais seu estilo de vida adulta evoluirá. São capazes de identificar comportamentos, por exemplo, tabagismo e uso de substâncias, como ameaças à saúde em termos gerais, mas frequentemente tendem a subestimar o efeito das consequências potencialmente negativas de suas próprias ações (Hockenberry e Wilson, 2015).

Riscos à Saúde

Acidentes

Os acidentes continuam a ser a principal causa de morte na adolescência. Acidentes com veículos motorizados, que são a causa mais comum de morte, resultaram em 74% de todas as mortes não intencionais entre adolescentes de 10 a 19 anos (Hockenberry e Wilson, 2015). Esses acidentes geralmente estão associados a intoxicação por álcool ou uso de drogas. As fatalidades no ciclismo tiveram probabilidade 4 a 7 vezes maior de ocorrer em homens do que em mulheres. Outras causas frequentes de morte acidental em adolescentes são o afogamento e o uso de armas de fogo. Os adolescentes pensam que são indestrutíveis, o que leva a comportamentos de risco. O uso de álcool precede muitas lesões, e os adolescentes continuam a ser tanto as vítimas como os perpetradores de violência. Um objetivo do projeto *Healthy People 2020* é a redução da porcentagem de escolas de ensino médio e públicas que apresentam ocorrências violentas (USDHHS, 2014a).

Violência e Homicídio

O homicídio é a segunda principal causa de morte no grupo etário de 15 a 24 anos, e em adolescentes afro-americanos é a causa mais

provável de morte (National Institutes of Health, 2012). Os resultados do Youth Risk Behavior Surveillance System mostram que, em 2013, 17,9% dos estudantes do ensino médio portavam uma arma (p. ex., revólver, clava ou faca) em algum momento durante os 30 dias precedentes (CDC, 2013a). É mais provável que os indivíduos de 12 anos ou mais sejam mortos por uma pessoa conhecida ou membro de gangue e, com mais frequência, por uma arma de fogo. Como manter um revólver em casa aumenta o risco de homicídio e suicídio de adolescentes, quando aconselhar famílias inclua uma avaliação para a presença de um revólver em casa. (Hockenberry e Wilson, 2015).

A violência entre adolescentes se tornou uma preocupação nacional (Quadro 12-2). As estatísticas mostram que, em 2012, 52 em cada 1.000 estudantes de ensino médio foram vítimas de violência na escola (USDEIES, 2012). Essa violência não se limita apenas a agressões físicas e brigas, ameaças e intimidação, assédio sexual, ou *bullying*. Pode também incluir roubo. As enfermeiras que trabalham com adolescentes precisam estar cientes do potencial para a violência na escola e incluir perguntas de triagem quando prestarem cuidados de saúde, independentemente da situação.

Quadro 12-2

Prática baseada em evidências

Programas de Prevenção de Violência na Escola

Questão PICO: Existem programas curriculares para estudantes dos ensinos fundamental ou médio, em sala de aula, para promover comportamentos e atitudes pró-sociais, em comparação com os esforços para melhorar o clima social e interpessoal de uma escola em termos de redução da violência na escola?

Resumo de Evidências

A violência na escola é um problema complexo e continua a ser um problema nos Estados Unidos. A pesquisa sobre segurança na escola inclui agora uma gama mais ampla de comportamentos,

entre os quais agressão, violência e *bullying* (Astor et al., 2010). Segundo os dados do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2013a), a prevalência de ser vítima de *bullying* na propriedade escolar chega aos 27,9%. O *bullying* é considerado uma das maiores preocupações de saúde pública dos jovens nos Estados Unidos. Não apenas representa um dos maiores riscos à saúde, mas seus efeitos são tanto imediatos como a longo prazo e podem afetar o desenvolvimento do funcionamento dos indivíduos durante o seu ciclo de vida (American Educational Research Association, 2013). Estudantes que tiveram a experiência de *bullying* experimentam as mais altas taxas de problemas de saúde física e mental, incluindo depressão e ansiedade. Eles também apresentam problemas de ajuste social, que podem persistir na vida adulta (Ttofi et al., 2011). O *bullying* pode assumir muitas formas, como agressão física ou verbal, incluindo a exclusão social ou a humilhação. Pode ser leve, moderada ou grave (Espelage et al., 2013). Pode ocorrer em confrontos face a face ou por meios digitais (*cyberbullying*). Por exemplo, pesquisa recente revelou que estudantes que participam de violência na escola também são mais propensos a ter sono insuficiente (Hildebrand et al., 2013).

Uma abordagem adotada pelas escolas é fortalecer a sua segurança por meio de políticas de tolerância zero e direcionadas ao endurecimento. As políticas de endurecimento tornam as escolas um alvo mais difícil por meio de projetos de arquitetura, câmeras e outras medidas de segurança (Astor et al., 2010). A outra abordagem usa programas educacionais, incluindo o treinamento de habilidades sociais, resolução de conflitos e mediação de colegas, intervenções de sono, programas para melhorar o ambiente escolar, assim como programas de desenvolvimento do jovem para ajudar os estudantes a participar das atividades na comunidade. Programas curriculares em sala de aula são mais eficazes quando oferecidos aos estudantes em um ambiente escolar positivo que promova os relacionamentos entre os estudantes e os funcionários da escola (Johnson et al., 2011).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- A avaliação contínua da violência na escola é crítica para se proporcionar um ambiente escolar saudável (Johnson et al., 2011).
- Eduque os pais e as crianças sobre os sinais de *cyberbullying*, como e-mails malignos e de ódio, assim como de mídia social inadequada (Espelage et al., 2013).
- Ensine os pais a colocar controles de segurança nos computadores domésticos e smartphones e tablets (Espelage et al., 2013).
- Focalize a importância de uma boa noite de sono (Hildebrand et al., 2013).
- Trabalhe com os educadores e estudantes para proporcionar um ambiente que promova a saúde do adolescente. (American Educational Research Association, 2013).

Suicídio

O suicídio é a principal causa de morte em adolescentes de 15 a 24 anos (CDC, 2011). Em estatísticas recentes reportadas pelo CDC, 16% dos estudantes de ensino médio indicaram já ter contemplado seriamente o suicídio nos 12 meses precedentes (CDC, 2012). Depressão e isolamento social geralmente precedem uma tentativa de suicídio, mas este provavelmente resultará da combinação de vários fatores. As enfermeiras devem ser capazes de identificar os fatores associados ao risco de suicídio do adolescente e dos eventos precipitantes. Os seguintes sinais de alerta ocorrem geralmente pelo menos um mês antes da tentativa de suicídio:

- Diminuição do desempenho escolar
- Afastamento
- Perda de iniciativa
- Solidão, tristeza e choro
- Transtornos do apetite e do sono
- Verbalização do pensamento suicida

Faça encaminhamentos imediatos aos profissionais de saúde mental, quando a avaliação sugerir que os adolescentes estão considerando o suicídio. A orientação ajuda-os a manter o foco nos aspectos positivos da vida e a fortalecer as habilidades de

enfrentamento.

Uso de Substância

O uso de substância é uma preocupação para todos os que trabalham com adolescentes. Os adolescentes geralmente acreditam que as substâncias que alteram o humor criam um senso de bem-estar ou melhoram o nível de desempenho. Todos os adolescentes estão em risco de uso experimental ou recreacional de substância, mas aqueles que têm famílias disfuncionais estão em risco maior de uso crônico e dependência física. Alguns adolescentes acreditam que o uso de substância os torna mais maduros. Acreditam também que parecerão e se sentirão melhores com o uso de drogas (Hockenberry e Wilson, 2015). O tabagismo continua a ser um problema entre adolescentes; e embora seu uso esteja declinando, 3 em 10 adolescentes são fumantes ativos ao término do ensino médio.

Transtornos Alimentares

O sobrepeso e a obesidade no adolescente são preocupações atuais nos Estados Unidos, e a maioria dos adolescentes tenta fazer regime em algum momento para controlar o peso. Infelizmente, o número de transtornos alimentares é crescente nas adolescentes; assim os benefícios de uma dieta saudável devem ser discutidos com todos os adolescentes. A triagem nutricional de rotina deve fazer parte dos cuidados de saúde prestados a todos os adolescentes. As áreas a serem incluídas na avaliação são a história da dieta passada e presente, registros alimentares, hábitos alimentares, atitudes, crenças de saúde, assim como fatores socioeconômicos e psicossociais (Hockenberry e Wilson, 2015).

A anorexia nervosa e a bulimia são dois transtornos alimentares que aparecem na adolescência. A anorexia nervosa é uma síndrome clínica com componentes físicos e psicossociais que envolvem a busca da magreza por meio da fome. As pessoas com anorexia nervosa têm medo intenso de ganhar peso e se recusam a manter o peso corporal mínimo normal para sua idade e altura. A bulimia nervosa é mais

identificada com a compulsão alimentar e com os comportamentos para impedir o ganho de peso. Os comportamentos incluem o vômito autoinduzido, uso indiscriminado de laxantes e outras medicações, assim como excesso de exercícios. Ao contrário da anorexia, a bulimia ocorre dentro de uma variação normal de peso; assim é muito mais difícil de ser detectada. Como os adolescentes raramente dão informações voluntariamente sobre os seus comportamentos para impedir o ganho de peso, é importante coletar uma história alimentar completa. Esses transtornos, se não detectados e não tratados, levarão a significativa morbidade e mortalidade (Grodner et al., 2012; Hockenberry e Wilson, 2015).

Doenças Sexualmente Transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) afetam 3 milhões de adolescentes sexualmente ativos ao ano. Esse alto grau de incidência torna imperativo que os adolescentes sexualmente ativos passem por triagem para DSTs, mesmo quando não apresentem sintomas. O exame físico anual de um adolescente sexualmente ativo inclui minuciosa história sexual e cuidadoso exame da genitália para que as DSTs não sejam omitidas. Seja proativa usando o processo de entrevista para identificar os fatores de risco no adolescente e prover educação para prevenção das DSTs, incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o papilomavírus humano (HPV) e gestações indesejáveis (Hockenberry e Wilson, 2015). Como foi discutido anteriormente para crianças em idade escolar, a imunização para a infecção por HPV deve ser considerada nesse momento, caso ainda não tenha sido administrada.

Gravidez

A gravidez na adolescência continua a ser um importante desafio social para a nação. Os Estados Unidos têm a taxa mais alta de gravidez na adolescência e de gravidez anualmente, em comparação com outras nações industrializadas (Hockenberry e Wilson, 2015). A gravidez na adolescência ocorre em todas as classes socioeconômicas,

em escolas públicas e particulares, em todas as etnias e religiões, e em todas as partes do país. A gravidez na adolescência com supervisão pré-natal precoce é menos prejudicial para mãe e filho do que se acreditava anteriormente. As adolescentes grávidas precisam de especial atenção à nutrição, supervisão de saúde e apoio psicológico. As mães adolescentes também precisam auxiliar no planejamento do futuro e obter creches competentes para seus bebês.

Promoção de Saúde

Educação em Saúde

Os programas de saúde comunitários e em escolas destinados aos adolescentes têm por foco a promoção de saúde e a prevenção de doenças. As enfermeiras precisam ser sensíveis às dicas emocionais dos adolescentes antes de iniciar a educação em saúde para saber quando eles estão prontos para discutir suas preocupações. Além disso, as discussões com os adolescentes precisam ser particulares e confidenciais. Os adolescentes definem saúde de modo muito semelhante ao dos adultos e procuram oportunidades para alcançar seu potencial físico, mental e emocional. Foram desenvolvidas e implementadas numerosas clínicas em escolas para responder às necessidades dos adolescentes. É muito mais provável que os adolescentes usem esses serviços de saúde se encontrarem profissionais de saúde cuidadosos e respeitosos (Hockenberry e Wilson, 2015).

As enfermeiras têm um importante papel na prevenção de lesões e mortes acidentais. Por exemplo, incentivar os adolescentes a discutir alternativas a dirigir veículos quando sob a influência de drogas ou álcool prepara-os para considerar essas alternativas quando surgir a ocasião. Como enfermeira, identifique os adolescentes em risco de abuso, ofereça educação para prevenir acidentes relacionados ao uso de substância, e também aconselhamento para aqueles que estão em reabilitação.

Minorias Adolescentes

As estimativas para o próximo século predizem que as minorias como um grupo se tornarão a maioria. Adolescentes afro-americanos, hispânicos, latinos, asiáticos, nativos americanos e nativos americanos do Alasca são o segmento de crescimento mais rápido na população dos EUA. As minorias adolescentes experimentam uma porcentagem maior de problemas de saúde e barreiras aos cuidados de saúde (Hockenberry e Wilson, 2015). As questões de interesse para esses adolescentes que vivem em um ambiente de alto risco incluem dificuldades de aprendizagem ou emocionais, morte relacionada à violência, lesões não intencionais, aumento da taxa de gravidez na adolescência, DSTs, infecção por HIV e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A pobreza é um importante fator que afeta negativamente as vidas das minorias adolescentes. O acesso limitado aos serviços de saúde é comum. As enfermeiras são capazes de dar uma significativa contribuição para a melhora do acesso a cuidados de saúde apropriados para os adolescentes. Com o conhecimento sobre várias culturas e os meios para cuidar das minorias adolescentes, as enfermeiras agem como defensoras no sentido de assegurar o acesso aos serviços apropriados.

Adolescentes *Gays*, Lésbicas e Bissexuais

Pesquisadores têm estudado o desenvolvimento de uma identidade *gay* ou lésbica em adultos, mas são limitados os estudos relacionados aos adolescentes. Sabe-se amplamente que, embora alguns adolescentes participem de atividade sexual com o mesmo gênero, não necessariamente se tornam homossexuais quando adultos (Hockenberry e Wilson, 2015). Os adolescentes que acreditam que têm uma orientação homossexual ou bissexual muitas vezes tentam manter isso às ocultas para evitar qualquer estigma associado. Isso aumenta sua vulnerabilidade à depressão e ao suicídio. Os adolescentes que optam por assumir uma orientação homossexual ou bissexual se tornam de risco para violência, perseguição e abuso da família. Se um adolescente optar por assumir a orientação sexual para você, ajude-o a construir um plano de segurança antes de dizer à família ou amigos dele, caso a resposta não seja de apoio

(Hockenberry e Wilson, 2015). Um dos objetivos do projeto *Healthy People 2020* é aumentar a porcentagem de escolas de ensino fundamental e médio que proíbam a perseguição baseada na orientação sexual ou identidade de gênero do estudante (USDHHS, 2014a).

Pontos-chave

- Uma perspectiva de desenvolvimento ajuda a enfermeira a compreender os pontos em comum e as variações de cada estágio e o impacto que podem ter sobre a saúde do paciente.
- Durante os períodos críticos de desenvolvimento, um grande número de fatores incentiva ou retarda os desenvolvimentos físico, cognitivo e psicossocial ideais.
- Em crianças, os desenvolvimentos fisiológico, cognitivo e psicossocial continuam da concepção à adolescência; assim, a enfermeira deve estar familiarizada com os parâmetros normais para determinar os problemas potenciais e identificar as maneiras de promover o desenvolvimento normal.
- O período de crescimento e desenvolvimento mais rápidos ocorre durante a infância.
- O desenvolvimento das habilidades motoras finas e grossas das crianças de 1 a 3 anos de idade apoia o movimento em direção à independência.
- As crianças pré-escolares interpretam literalmente a linguagem e não são capazes de ver o ponto de vista de outros.
- O crescimento físico durante os anos escolares é lento e estável até o estirão de crescimento esquelético pouco antes da puberdade.
- A principal tarefa de desenvolvimento psicossocial da criança em idade escolar é o desenvolvimento do senso de diligência ou competência.
- A adolescência começa com a puberdade, quando as características sexuais primárias começam a se desenvolver e as características sexuais secundárias completam o desenvolvimento.

- Os adolescentes são capazes de solucionar complexos problemas mentais, que incluem o uso do raciocínio dedutivo.
- Os acidentes são a principal causa de morte em todos os grupos etários.
- As doenças sexualmente transmissíveis são as doenças transmissíveis mais comuns em adolescentes.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Em uma entrevista com uma paciente grávida, a enfermeira discutiu os três fatores de risco que foram citados como um possível efeito sobre o desenvolvimento pré-natal. Eles são:
    1. Nutrição, estresse e idade materna.
    2. Prematuridade, estresse e idade materna.
    3. Nutrição, idade materna e infecções fetais.
    4. Infecções fetais, prematuridade e placenta prévia.
2. Uma mãe trouxe sua filha de 6 meses para fazer um exame rotineiro. Qual de suas afirmações indica a necessidade de receber mais ensino?
    1. "Posso começar a dar leite integral a ela em cerca de 12 meses."
    2. "Posso continuar a amamentar por mais 6 meses."
    3. "Comecei a dar mais sucos de frutas a ela para aumentar sua ingestão de vitamina."
    4. "Posso começar a dar alimentos sólidos a ela agora."
3. O tipo de lesão a que a criança está mais vulnerável em uma determinada idade está mais estreitamente relacionado a qual das alternativas?
    1. Provisão de supervisão de um adulto
    2. Nível educacional dos pais
    3. Saúde física da criança
    4. Nível de desenvolvimento da criança

4. Qual abordagem seria melhor para a enfermeira usar com uma criança pequena hospitalizada?
    1. Sempre ofereça várias opções.
    2. Estabeleça alguns limites para permitir a expressão aberta.
    3. Use métodos não invasivos, quando possível.
    4. Estabeleça com a mãe um relacionamento de apoio.
5. Uma enfermeira está dando informações sobre prevenção da síndrome da morte súbita infantil (SMSI) à mãe de um bebê. Qual das seguintes afirmações indica que a mãe tem uma boa compreensão? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. "Não vou usar uma chupeta para ajudar meu bebê a dormir."
    2. "Vou me certificar de que meu bebê não ficará de bruços enquanto dorme."
    3. "Vou colocar meu bebê de costas para dormir."
    4. "Vou me certificar de que o quarto do meu bebê está frio."
    5. "Vou manter berço para-choques na cama para prevenir correntes de ar."
6. A sequência de habilidades na ordem esperada do desenvolvimento motor grosso em um bebê que está iniciando uma habilidade precoce é:
    1. Mudar da posição prona para a sentada sem assistência
    2. Sentar-se a partir da posição em pé
    3. Sentar-se ereto sem apoio
    4. Rolar da posição de bruços para o decúbito dorsal
    5. É capaz de virar da posição de lado para o decúbito dorsal
7. Os pais estão preocupados com o negativismo de seu filho pequeno. Para evitar uma resposta negativa, qual das seguintes alternativas é a melhor maneira que uma enfermeira pode demonstrar para pedir que uma criança pequena coma o seu almoço?
    1. Você gostaria de comer o seu almoço agora?
    2. Quando você vai querer comer o seu almoço?
    3. Você gostaria de fatias ou de molho de maçã em seu sanduíche?

    4. Você gostaria de se sentar à mesa grande para comer?
8. Quando as enfermeiras estão se comunicando com adolescentes, elas devem:
    1. Ficar alertas às dicas do estado emocional deles.
    2. Fazer perguntas abertas para obter respostas diretas.
    3. Evitar procurar um significado por trás das palavras ou ações dos adolescentes.
    4. Evitar discutir questões sensíveis, como sexo e drogas.
9. Qual das seguintes afirmações é mais descritiva do desenvolvimento psicossocial de crianças em idade escolar?
    1. Meninos e meninas brincam igualmente entre si.
    2. A influência dos colegas ainda não é um fator importante para a criança.
    3. Elas gostam de participar de jogos com regras rígidas.
    4. As crianças frequentemente têm "melhores amigos".
10. Você está cuidando de um menino de 4 anos que foi hospitalizado por causa de uma infecção. Ele lhe diz que estava doente porque era "ruim". Qual é a interpretação mais correta de seu comentário?
    1. Indicativo de extremo estresse
    2. Representativo de seu desenvolvimento cognitivo
    3. Sugestivo de excessiva disciplina em casa
    4. Indicativo de seu sentimento de inferioridade em desenvolvimento
11. Em um exame de rotina, a mãe comenta que sua filha come pouco às refeições, só se senta à mesa por pouco tempo, e quer lanches o tempo todo. Qual das seguintes alternativas a enfermeira recomenda?
    1. Oferecer lanches nutritivos.
    2. Oferecer recompensas para comer às refeições.
    3. Evitar lanches, pois assim ela terá fome à hora das refeições.
    4. Explique-lhe com firmeza por que comer à hora das refeições é importante.
12. Uma criança de 8 anos está sendo internada em um hospital

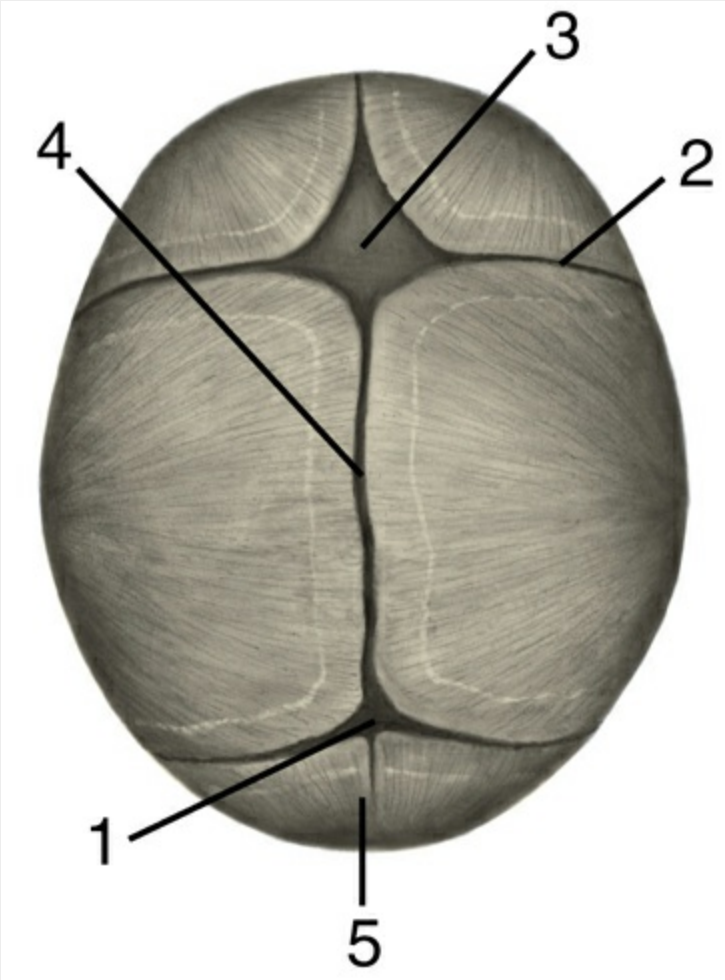
vinda do departamento de emergência com uma lesão decorrente de uma queda de bicicleta. Qual das seguintes alternativas ajudará mais em sua adaptação ao hospital?

1. Explique-lhe as rotinas do hospital, como o horário de refeições.
2. Use termos como “benzinho” e “querida” para mostrar uma atitude afetuosa.
3. Explique-lhe quando seus pais poderão visitá-la e por que seus irmãos não podem lhe fazer uma visita.
4. Como ela é muito jovem, oriente seus pais sobre as instalações em seu quarto e no hospital.

13. Uma enfermeira de escola está aconselhando uma criança obesa de 10 anos de idade. Quais seriam os fatores importantes a considerar no planejamento de uma intervenção de apoio à saúde da criança? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Considere tanto a criança como a família ao abordar o problema.
    2. Considere o uso de medicações para suprimir o apetite.
    3. Primeiramente, planeje a perda de peso pela dieta e depois acrescente atividades, se forem toleradas.
    4. Planeje uma ingestão alimentar para permitir o crescimento.
    5. Considere uma consulta a um cirurgião bariátrico, se as outras medidas falharem.
14. Você está trabalhando em um centro de saúde para adolescentes quando uma paciente de 15 anos lhe confidencia que acha que está grávida e está preocupada porque pode estar com uma doença sexualmente transmissível (DST). Seu teste de gravidez foi negativo. Qual é a próxima prioridade da enfermeira para os cuidados?
    1. Contate os pais dela para alertá-los sobre a necessidade de fazer a anticoncepção da filha.
    2. Encaminhe-a a um profissional de saúde primário para obter uma prescrição para anticoncepção.

3. Aconselhe-a nas práticas de sexo seguro.
4. Peça-lhe para trazer seu parceiro à clínica para fazer testes de detecção de doença sexualmente transmissível.

15. Um bebê de 4 meses não está se sentindo bem há 2 dias. Sua mãe o trouxe à clínica para uma consulta com o seu profissional de saúde. Que número identifica a área da cabeça do bebê onde a enfermeira pode avaliar quanto à desidratação?
    1. 1
    2. 2
    3. 3
    4. 4
    5. 5



Respostas: 1. 1; **2.** 3; 3. 4; **4.** 4; **5.** 2, 3, 4; **6.** 5, 4, 3, 1, 2; **7.** 3; **8.** 1; **9.** 4; **10**. 2; **11.** 1; **12.** 1; **13.** 1, 4; **14.** 3; **15.** 3.

Referências

American Academy of Pediatrics (AAP): *Healthy children: family life: where we stand: TV viewing time*, 2014a. http://www.healthychildren.org/English/family-life/Media/Pages/Where-We-Stand-TV-Viewing-Time.aspx. Accessed March 2015.

American Academy of Pediatrics (AAP): *Healthy children: safety and prevention: new crib standards: what parents need to know*, 2014b. http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/sleep/Pages/New-Crib-Standards-What-Parents-Need-to-Know.aspx. Accessed March 2015.

American Academy of Pediatrics (AAP): *Healthy children: safety and prevention: car seats: information for families for 2015*, 2015a. http://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/pages/Car-Safety-Seats-Information-for-Families.aspx?nfstatus=401& nftoken=00000000-0000- 0000-0000-000000000000&nfstatusdescription= ERROR%3a+ No+local+ token. Accessed March 2015.

American Academy of Pediatrics (AAP): *Healthy children: safety and prevention: HPV (Gardasil): what you need to know*, 2015b. http://www.healthychildren.org/english/safety-prevention/immunizations/pages/Human-Papillomavirus-HPV-Vaccine-What-You-Need-to-Know.aspx. Accessed March 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Ten leading causes of death by age group, United States—2011*, 2011. http://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/leading_causes_of_death_by_age_group a.pdf. Accessed March 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Suicide facts at a glance 2012*, 2012. http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf. Accessed March 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *MMWR surveillance summaries: youth risk behavior surveillance—United States, 2013*, 2013a. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6304a1.htm?s_cid=ss6304a1_w. Accessed March 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *HPV (human papillomavirus) Gardasil®vaccine information statement*, 2013b. http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hpv-gardasil.html. Accessed March 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Childhood obesity facts*, 2014. http://www.cdc.gov/healthyyouth/obesity/facts.htm. Accessed March 2015.

Erikson EH. *Childhood and society*. ed 2 New York: Norton; 1963.

Erikson EH. *Identity: youth and crises*. New York: Norton; 1968.

Grodner LR, et al. *Nutritional foundations and clinical applications: a nursing approach*. ed 5 St Louis: Mosby, VitalBook file. Pageburst Online; 2012.

Hockenberry M, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Leifer G. *Growth and development across the lifespan*. ed 2 Philadelphia: Saunders, VitalBook file, Pageburst Online; 2013.

Murray SS, McKinney ES. *Foundations of maternal- newborn and women's health nursing*. ed 5 Philadelphia: Saunders, VitalBook file, Pageburst Online; 2010.

National Institutes of Health: US National Library of Medicine: *Death among children and adolescents*, 2012. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001915.htm. Accessed March 2015.

Perry S, et al. *Maternal child nursing care*. ed 5 St Louis: Mosby, VitalBook file, Pageburst Online; 2014.

Piaget J. *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press; 1952.

US Department of Education Institute of Education Sciences (USDEIES) National Center for Education Statistics: *Number of non-fatal victimization against students 12-18 and rate of victimizations per 1000 students, by type of victimization, location and selected student characteristics: 2012*, 2012. http://nces.ed.gov/programs/digest/d13/tables/dt13_228.25.asp. Accessed August 2014.

US Department of Health and Human Services (USDHHS), Health Resources and Services Administration: *Adolesc Health*, 2014a. http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=2#16 Accessed March 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS), Health Resources and Services Administration: *Child health USA 2013*, 2014b. http://mchb.hrsa.gov/chusa13. Accessed March, 2015.

Referências de pesquisa

American Educational Research Association. *Prevention of bullying in schools, colleges, and universities: research report and recommendations*. Washington, DC: American Educational Research Association; 2013.

Astor RA, et al. How can we improve school safety research?. *Educ Res*. 2010;39(1):69.

Espelage DL, et al. *Prevention of bullying in schools, colleges and universities (research report and recommendations)*. Washington, DC.: American Educational Research Association; 2013.

Hildebrand AK, et al. Increased risk for school violence-related behaviors among adolescents with insufficient sleep. *J School Health*. 2013;83(6):408.

Johnson SL, et al. Prioritizing the school environment in school violence prevention efforts. *J Sch Health*. 2011;81(6):331.

Ttofi MM, et al. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Aggress Confl Peace Res*. 2011;3:63.

13

Adultos Jovens e de Meia-idade

OBJETIVOS

- Discutir teorias do desenvolvimento de adultos jovens e de meia-idade.
- Listar e discutir os principais eventos da vida de adultos jovens e de meia-idade e da família em fase reprodutiva.
- Descrever as tarefas do desenvolvimento do adulto jovem, da família em fase reprodutiva e do adulto de meia-idade.
- Discutir o significado de família na vida do adulto.
- Descrever as mudanças físicas normais nos adultos jovens e de meia-idade e na gravidez.
- Discutir mudanças cognitivas e psicossociais que ocorrem durante a idade adulta.
- Descrever preocupações de saúde do adulto jovem, da família em fase reprodutiva e do adulto de meia-idade.

TERMOS-CHAVE

Contrações de Braxton Hicks, p. 165
Andropausa, p. 166
Doula, p. 161
Idade adulta emergente, p. 159

Infertilidade, p. 164
Lactação, p. 165
Menopausa, p. 166
Cuidados pré-natais, p. 165
Puerpério, p. 161
Geração sanduíche, p. 166

As fases de vida de adultos jovens e de meia-idade compreendem períodos de desafios, recompensas e crises. Os desafios geralmente incluem as demandas de trabalhar e cuidar das famílias, embora haja também muitas recompensas nesse sentido. Os adultos também enfrentam crises, como cuidar dos pais idosos, possibilidade de perda de emprego em um ambiente de mudanças econômicas, além de lidar com as próprias necessidades de desenvolvimento e as dos membros de suas famílias.

Estudos clássicos de teóricos do desenvolvimento, como Levinson et al. (1978), Diekelmann (1976), Erikson (1963, 1982) e Havighurst (1972), tentaram descrever as fases de adultos jovens e de meia-idade, assim como as respectivas tarefas de desenvolvimento (no Capítulo 11 há uma discussão detalhada das teorias do desenvolvimento). Estudo mais recente identificou uma fase de desenvolvimento adicional no adulto jovem: a idade adulta emergente (Arnett, 2000; Grusec e Hastings, 2007; Jensen, 2011).

Diante de uma estrutura social que difere muito das normas de 20 ou 30 anos atrás, homens e mulheres estão assumindo diferentes papéis na sociedade de hoje. Os homens eram tradicionalmente os provedores principais da família. Atualmente, muitas mulheres procuram fazer carreira e contribuem significativamente para a renda familiar. Em 2012, 59% das mulheres com 16 anos e acima participavam da força de trabalho nos Estados Unidos e constituíam 46% de todos os trabalhadores americanos. Quarenta por cento das mulheres empregadas trabalhavam em funções administrativas ou ocupações profissionais, e quase 30% das empresas nos Estados

Unidos pertenciam a mulheres. Além disso, 29% das mulheres com 25 anos ou acima haviam completado quatro ou mais anos de faculdade, e 84,5% das mulheres com 18 anos ou mais viviam acima do nível de pobreza (Institute for Women's Policy Research [IWPR], 2014a). No entanto, as mulheres nos Estados Unidos recebem 77 centavos para cada dólar ganho por homens, o que é uma disparidade salarial de 23% entre os sexos (IWPR, 2014b).

As teorias do desenvolvimento proporcionam uma base para a compreensão dos eventos da vida e das tarefas do desenvolvimento dos adultos jovens e de meia-idade. Os pacientes apresentam os desafios às enfermeiras que, por sua vez, muitas vezes são adultos jovens ou de meia-idade enfrentando as demandas de seus respectivos períodos de desenvolvimento. As enfermeiras precisam reconhecer as necessidades de seus pacientes, mesmo que eles não estejam experimentando os mesmos desafios e eventos.

Adultos jovens

A idade adulta jovem é identificada por alguns autores como o período situado entre final da adolescência e meados ao final da faixa dos 30 anos (Edelman et al., 2014). Nas últimas décadas, foi identificado o período da vida chamado de **idade adulta emergente**, cuja duração aproximada é dos 18 aos 25 anos (Grusec e Hastings, 2007; Jensen, 2011). Este estágio recém-identificado de desenvolvimento não é descrito nem como adolescência estendida, uma vez que é muito mais livre do controle dos pais e muito mais um período de exploração independente, nem como adulto jovem, pois muitos jovens na faixa de seus 20 anos não passaram pelas transições historicamente associadas ao estado adulto, especialmente o casamento e paternidade. Estimou-se que, em 2013, adultos jovens de 20 a 34 anos de idade compunham aproximadamente 24% da população americana (U.S. Census Bureau, 2014). De acordo com o Pew Research Center (2011, 2013), atualmente os adultos jovens são a primeira geração "sempre conectada" da história, sendo a tecnologia digital e a mídia social os principais aspectos de suas vidas. Eles se adaptam bem às novas experiências, são mais diversificados em termos étnicos e raciais do que as gerações anteriores, e são a geração de americanos menos abertamente religiosos dos tempos modernos. Os adultos jovens se afastam cada vez mais de suas famílias de origem, estabelecem metas de carreira, e decidem se vão se casar ou permanecer solteiros e se iniciam uma família; porém, muitas vezes esses objetivos podem ser retardados porque um número crescente de adultos jovens procura a educação superior e melhores condições econômicas.

Alterações Físicas

O crescimento físico do adulto jovem geralmente se completa aos 20 anos de idade. Uma exceção a isto é a mulher grávida ou lactante. As alterações físicas, cognitivas e psicossociais bem como as

preocupações de saúde da mulher grávida e da família em fase reprodutiva são extensas.

Os adultos jovens normalmente são bastante ativos, e apresentam doenças graves com menos frequência do que os grupos etários mais velhos, tendendo a ignorar os sintomas físicos, e geralmente postergam a procura de cuidados à saúde. A força física desses jovens normalmente atinge um pico no início da idade adulta, e suas características físicas começam a mudar ao se aproximarem da meia-idade. As mudanças físicas são mínimas nessa fase de desenvolvimento; porém, o peso e a massa muscular podem mudar como resultado de dieta, exercício e estilo de vida. Os achados de avaliação geralmente se encontram dentro dos limites normais, a não ser na presença de uma doença.

Alterações Cognitivas

Os hábitos de pensamento crítico aumentam de maneira constante durante os anos das fases de adultos jovens e de meia-idade. Experiências educacionais formais e informais, experiências gerais da vida e oportunidades ocupacionais aumentam drasticamente as habilidades conceituais, motoras e de solução de problemas.

A identificação de uma direção ocupacional é uma importante tarefa dos adultos jovens. Quando as pessoas conhecem suas habilidades, talentos e características da personalidade, preparação educacional e escolhas de profissão são mais fáceis e mais satisfatórias. O certificado de ensino técnico, bacharelado ou graduação são as fontes mais significativas de educação de nível superior para muitas das ocupações em rápido crescimento (U.S. Department of Labor, 2014).

A compreensão do modo de aprendizagem dos adultos auxilia a enfermeira a desenvolver planos de educação (Cap. 25). Os adultos entram em uma situação de ensino-aprendizagem com uma bagagem única de experiência de vida, incluindo a doença. Portanto, veja-os sempre como indivíduos. Sua adesão a regimes, tais como medicações, tratamentos ou modificações do estilo de vida, por exemplo parar de fumar, envolve processos de tomada de decisão. Ao

determinar a quantidade de informações necessárias para que um indivíduo tome decisões sobre o curso de uma terapia prescrita, a enfermeira deve considerar os fatores passíveis de afetar sua adesão ao regime, incluindo o nível educacional, fatores socioeconômicos, além de motivação e desejo de aprender.

Como os adultos jovens estão continuamente evoluindo e se ajustando às alterações na casa, no local de trabalho e vida pessoal, seus processos de tomada de decisão precisam ser flexíveis. Quanto mais seguros os adultos jovens estiverem em seus papéis, mais flexíveis e abertos serão à mudança. As pessoas inseguras tendem a ser mais rígidas para tomar decisões.

Alterações Psicossociais

A saúde emocional de um adulto jovem relaciona-se à capacidade do indivíduo para abordar e resolver tarefas pessoais e sociais. Muitas vezes o adulto jovem pode se ver diante do conflito causado pelo desejo de prolongar a irresponsabilidade da adolescência e assumir os compromissos do adulto. Porém, certos padrões ou tendências são relativamente previsíveis. Entre os 23 e os 28 anos de idade, o indivíduo refina a autopercepção e a capacidade de intimidade. Dos 29 aos 34 anos, ele direciona uma enorme energia para a realização e domínio do mundo ao seu redor. O período dos 35 aos 43 anos é o momento de um vigoroso exame dos objetivos da vida e dos relacionamentos. As pessoas realizam mudanças nas áreas pessoal, social e ocupacional. Muitas vezes o estresse desse reexame resulta na "crise da meia-idade", em que mudam o cônjuge, o estilo de vida e a ocupação.

Os fatores étnicos e de gênero exercem influência sociológica e psicológica na vida do adulto, e esses fatores representam outro desafio para os cuidados de enfermagem. Cada pessoa tem suas definições culturais de saúde e doença. Enfermeiras e outros profissionais de saúde trazem consigo diferentes práticas para prevenção e tratamento da doença. O pouco conhecimento sobre a autopercepção ou as crenças do paciente referentes a saúde e doença criam conflitos entre enfermeira e paciente. Mudanças nas

expectativas do papel tradicional de homens e mulheres adultos jovens e de meia-idade também levam a maiores desafios para os cuidados de enfermagem. Por exemplo, as mulheres geralmente continuam a trabalhar durante os anos de criação dos filhos, e muitas delas lutam contra a enorme tarefa de equilibrar três carreiras: de esposa, mãe e trabalhadora. Esta é uma fonte potencial de estresse para a mulher adulta que trabalha. Os homens estão mais conscientes das responsabilidades paternas e domésticas e se veem diante de mais responsabilidades no lar, enquanto realizam as metas de sua própria carreira (Fortinash e Holoday Worret, 2012). A compreensão de etnia, raça e diferenças de gênero permite que a enfermeira preste cuidados individualizados (Cap. 9).

O apoio da enfermeira, o acesso à informação e encaminhamentos apropriados oferecem oportunidades para a realização das potencialidades do paciente. A saúde não é simplesmente a ausência da doença, mas envolve o bem-estar em todas as dimensões humanas. A enfermeira reconhece a importância das necessidades psicossociais do adulto jovem, bem como as necessidades dele em todas as outras dimensões. O adulto jovem precisa tomar decisões referentes a carreira, casamento e paternidade/maternidade. Embora cada pessoa tome essas decisões baseada em fatores individuais, a enfermeira precisa entender os princípios gerais envolvidos nesses aspectos do desenvolvimento psicossocial, avaliando ao mesmo tempo o estado psicossocial do adulto jovem.

Estilo de Vida

O histórico familiar de doenças cardiovasculares, renais, endócrinos ou de neoplasias aumenta o risco de doença no adulto jovem. O papel da enfermeira na promoção da saúde consiste em identificar os fatores modificáveis que aumentam o risco de problemas de saúde no adulto jovem, e oferecer ao paciente educação e apoio a fim de reduzir os comportamentos não saudáveis de estilo de vida (Lin et al., 2014).

A avaliação sobre o estilo de vida pessoal (Cap. 6) ajuda as enfermeiras e os pacientes a identificar hábitos que aumentam o risco de doenças cardíacas, malignas, pulmonares, renais ou outras doenças

crônicas. Essa avaliação inclui a satisfação geral com a vida, passatempos e interesses; hábitos como dieta, sono, exercício, hábitos sexuais e uso de cafeína, tabaco, álcool e drogas ilícitas; condições de moradia e animais de estimação; aspectos econômicos, incluindo o tipo de seguro-saúde; ambiente ocupacional, incluindo o tipo de trabalho e exposição a substâncias prejudiciais; e estresse físico ou mental. Registros militares, incluindo datas e área geográfica de transferências, também podem ser úteis na avaliação do adulto jovem para fatores de risco. O estresse prolongado decorrente das escolhas de estilo de vida aumenta o desgaste das capacidades adaptativas do corpo. As doenças relacionadas ao estresse, como úlceras, transtornos emocionais e infecções, ocorrem algumas vezes (Cap. 38).

Carreira

Um ajuste vocacional bem-sucedido é importante na vida da maioria dos homens e mulheres. O sucesso no emprego não apenas traz segurança econômica, mas também leva a satisfação, amizades, atividades sociais, apoio e respeito dos colegas de trabalho.

Alguns adultos jovens optam por uma família com carreira dupla, o que tem seus benefícios e responsabilidades. Além disso, para aumentar a base financeira familiar, a pessoa que trabalha fora de casa é capaz de expandir as amizades, atividades e interesses. No entanto, também existe estresse na família com carreira dupla. Esses fatores de estresse resultam de transferência para outra cidade; aumento das despesas de energia física, mental ou emocional; demandas de cuidados infantis; ou necessidades domésticas. Para evitar o estresse em uma família com carreira dupla, os parceiros devem partilhar todas as responsabilidades. Por exemplo, algumas famílias podem decidir por limitar as despesas recreacionais, em vez de contratar alguém para realizar o trabalho doméstico de rotina. Outras estabelecem divisão igual de tarefas domésticas, de compras e na cozinha.

Sexualidade

O desenvolvimento de características sexuais secundárias ocorre durante os anos da adolescência (Cap. 12). O desenvolvimento físico é acompanhado de maturação sexual. O adulto jovem geralmente tem maturidade emocional para complementar a capacidade física e, portanto, é capaz de desenvolver relacionamentos sexuais maduros e estabelecer intimidade. Os adultos jovens que não conseguiram realizar uma tarefa de desenvolvimento relativa à integração pessoal algumas vezes desenvolvem relacionamentos superficiais e estereotipados (Fortinash e Holoday Worret, 2012).

O estudo clássico de Masters e Johnson (1970) contribuiu com importantes informações sobre as características fisiológicas da resposta sexual do adulto (Cap. 35). O aspecto psicodinâmico da atividade sexual é tão importante quanto o tipo ou frequência de relações sexuais em adultos jovens. Para manter o bem-estar total, incentive-os a explorar os vários aspectos de sua sexualidade e a se conscientizar de suas necessidades sexuais, bem como a se preocupar com as mudanças. Como a taxa de iniciação precoce das relações sexuais continua a aumentar, os adultos jovens estão em risco de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Consequentemente, há maior necessidade de educação referente ao modo de transmissão, prevenção e identificação dos sintomas e tratamento das ISTs.

Ciclo Fértil

Concepção, gravidez, parto e **puerpério** são as principais fases do ciclo fértil. As alterações durante essas fases são complexas. Aulas de educação em parto podem preparar as mulheres grávidas, seus parceiros e outras pessoas a participar do processo de nascimento (Fig. 13-1). Algumas instituições de saúde oferecem apoio profissional ao parto ou uma **doula** leiga, que é uma pessoa de apoio presente durante o parto para assistir às mulheres que não contam com outra fonte de apoio. O estresse que muitas mulheres experimentam após o parto pode ter um significativo impacto sobre a saúde delas no pós-parto (Quadro 13-1).

FIGURA 13-1 Enfermeira dando a aula de Lamaze para gestantes adultas jovens.

Quadro 13-1

Prática baseada em evidências

Avaliação da Depressão Pós-parto

Questão PICO: Os fatores psicossociais influenciam a prevalência de depressão pós-parto (DPP) em mulheres adultas jovens?

Resumo de Evidências

As mulheres geralmente experimentam dramáticas alterações físicas e psicossociais durante o período pós-parto, as quais impactam a saúde, e até 85% delas apresentam algum tipo de transtorno de humor. Na maioria das mulheres, esses sintomas transitórios são referidos como depressão pós-parto (Dennis C et al., 2012; Venkatesh et al., 2014). Os sintomas comuns de depressão pós-parto, incluindo a rápida flutuação do humor, tendência ao choro, irritabilidade e ansiedade são geralmente leves (Guille et al., 2013). Aproximadamente 9% a 16% das mulheres apresentam uma forma mais persistente de depressão pós-parto (DPP) após o nascimento do bebê, e 0,1% a 0,2% das mulheres pós-parto experimenta psicose pós-parto (Drake et al., 2014; Glover et al., 2014). O início da psicose pós-parto acarreta um alto risco de suicídio e infanticídio (assassinato de um bebê). O início é abrupto e grave, com manifestações clínicas de delírios, alucinações, pensamentos de prejudicar ou matar o bebê, falta de vontade de comer ou dormir, energia frenética, risco de suicídio e sintomas depressivos graves.

Os achados de pesquisa indicam vários fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno pós-parto, incluindo estresse, fadiga, qualidade do relacionamento com o pai do bebê, apoio social, nascimento de um bebê pré-termo ou bebê de baixo peso ao nascimento, idade materna jovem, além de raça e etnia (Camp, 2013; Liu e Tronick, 2013). Os estudos também mostram que a DPP pode ter um impacto negativo no relacionamento mãe-bebê, no desenvolvimento do bebê e no comportamento da criança a longo prazo (Horowitz et al., 2013; Jarosinski e Pollard, 2014). A psicose pós-parto é um transtorno do humor extremamente sério e raro, e é considerada uma emergência psiquiátrica.

O tratamento bem-sucedido da DPP depende de identificação e intervenção precoces. A avaliação clínica das mulheres grávidas e no pós-parto, a qual é guiada pelos principais preditores de DPP, pode ajudar as enfermeiras a identificar as mulheres em maior risco. Subsequentemente, a intervenção pode ser iniciada antes da ocorrência dos sintomas depressivos.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Avalie quanto aos fatores potenciais de estresse pós-parto, como fadiga, ser primípara, estresse pós-parto anterior ou sentimento de isolamento social (Camp, 2013; Liu e Tronick, 2013).
- Identifique fontes de apoio social para novas mães após a alta hospitalar com seus bebês, como visitas à nova mãe, grupos de jovens mães e atividades do dia das mães (Horowitz et al., 2013; Jarosinski e Pollard, 2014).
- Crie estratégias primárias de prevenção culturalmente apropriadas para os fatores de estresse com os quais as novas mães se deparam (Horowitz et al., 2013; Jarosinski e Pollard, 2014).
- Eduque as novas mães e suas famílias sobre os riscos e sinais e sintomas de estresse pós-parto e DPP (Camp, 2013).
- Dê informações sobre cuidados à saúde e recursos comunitários às novas mães para uso durante o período pós-parto.

Tipos de Famílias

Durante a fase de adulto jovem, a maioria dos indivíduos experimenta o estado civil de solteiro e a oportunidade de uma vida independente. Aqueles que eventualmente se casam ou estabelecem uma parceria a longo prazo encontram várias mudanças à medida que assumem novas responsabilidades. Por exemplo, muitos casais optam por se tornarem pais (Fig. 13-2). Alguns adultos jovens escolhem estilos de vida alternativos. O Capítulo 10 revisa as formas de famílias.

FIGURA 13-2 O carinho entre pai e filho é importante para a adaptação do recém-nascido. (De Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, 10. ed., St Louis, 2015, Mosby.)

Estado Civil de Solteiro

A pressão social para o casamento já não é tão grande como no passado, e muitos adultos jovens só se casam na faixa tardia de seus 20 anos ou no início dos 30 anos, ou não se casam. No caso de adultos

jovens que permanecem solteiros, pais e irmãos se tornam o núcleo de sua família. Alguns veem amigos íntimos e associados como "família". Uma causa de aumento da população solteira é a expansão das oportunidades de carreira para as mulheres. Estas entram no mercado de trabalho com um potencial maior para a carreira, além de terem mais oportunidades de independência financeira. Cada vez mais os indivíduos solteiros escolhem viver juntos fora do casamento e se tornarem pais biológicos ou adotivos. Da mesma forma, muitos casais legalmente casados optam pela separação ou divírcio, caso se encontrem em uma situação conjugal insatisfatória.

Paternidade e Maternidade

A disponibilidade da contracepção facilitou a decisão dos casais da atualidade sobre quando, e se devem, iniciar uma família. As pressões sociais podem incentivar um casal a ter um filho ou influenciá-lo no sentido de limitar o número de filhos. As considerações econômicas frequentemente entram em um processo de tomada de decisões por causa das despesas com a criação dos filhos. O estado de saúde geral e a idade também devem ser considerados nas decisões sobre por que os casais estão se casando mais tarde e adiando a gravidez, o que geralmente resulta em famílias menores.

Estruturas Alternativas de Família e Parentalidade

As alterações nas normas e valores sobre a vida familiar nos Estados Unidos revelam mudanças básicas nas atitudes em relação à estrutura familiar. A tendência à maior aceitação da coabitação sem o casamento é um fator em um número maior de bebês nascidos de mulheres solteiras. Além disso, aproximadamente 6 milhões de crianças americanas e adultos têm uma genitora lésbica, um genitor *gay*, bissexual ou transgênero (LGBT). Mais de 111.000 lares do mesmo sexo incluem crianças com menos de 18 anos (Gates, 2013). A American Academy of Pediatrics (AAP), ao reconhecimento das necessidades de pais *gays* e lésbicas e seus filhos, publicou uma declaração política de apoio à adoção de crianças e do papel parental

de pais do mesmo sexo (AAP, 2013). Porém, muitas vezes, os pais das estruturas familiares alternativas ainda sentem falta de apoio e até sofrem o preconceito do sistema de saúde (Nicol et al., 2013).

Características da Saúde Emocional

A maioria dos adultos jovens tem recursos físicos e emocionais, bem como sistemas de apoio que atendem a muitos desafios, tarefas e responsabilidades que enfrentam. Durante a avaliação psicossocial de adultos jovens, a enfermeira deve avaliar quanto às 10 características de saúde emocional (Quadro 13-2) que indicam maturação bem-sucedida nesse estágio de desenvolvimento.

Quadro 13-2 Dez Características da Saúde Emocional

1. Senso de significado e direção na vida
2. Negociação bem-sucedida durante as transições
3. Ausência de sentimentos de ser enganado ou decepcionado pela vida
4. Realização de vários objetivos a longo prazo
5. Satisfação com crescimento e desenvolvimento pessoal
6. Quando casado(a), sentimentos de amor mútuo pela(o) parceira(o); quando solteiro(a), satisfação com interações sociais
7. Satisfação com as amizades
8. Geralmente tem uma atitude alegre
9. Nenhuma sensibilidade à crítica
10. Nenhum temor irrealista

Riscos à Saúde

Os fatores de risco à saúde para um adulto jovem são originários da comunidade, dos padrões de estilo de vida e do histórico familiar. Os hábitos de estilo de vida que ativam a resposta ao estresse (Cap. 38) aumentam o risco de doença. O tabagismo é um fator de risco bem

documentado de doenças pulmonares, cardíacas e vasculares tanto em fumantes ativos como em passivos. Os poluentes inalados do cigarro aumentam o risco de câncer de pulmão, enfisema e bronquite crônica. A nicotina do tabaco é um vasoconstritor que age nas artérias coronárias, aumentando o risco de angina, infarto do miocárdio e doença arterial coronariana. A nicotina também causa vasoconstrição periférica e leva a problemas vasculares.

Histórico Familiar

Um histórico familiar de doenças põe o adulto jovem em risco de desenvolver a doença na fase da meia-idade ou na idade avançada. Por exemplo, um homem jovem cujo pai e avô paternos tiveram infartos do miocárdio (ataques cardíacos) na faixa dos 50 anos está em risco de um futuro infarto do miocárdio. A presença de certas doenças crônicas na família, como diabetes melito, aumenta o risco de que os membros da família desenvolvam uma doença. São necessários exames físicos regulares e triagem nesse estágio de desenvolvimento. Tendo em vista que certas condições, como hipertensão arterial, hiperglicemia e altos níveis de colesterol, podem não apresentar qualquer sintoma nos estágios iniciais, é importante fazer exames físicos e sanguíneos simples para rastreamento dessas condições a fim de avaliar o risco de problemas médicos atuais e futuros. A ciência genômica e tecnologias resultantes também facilitaram as novas maneiras de identificar pessoas em risco de doença crônica pelo uso de triagem genética. A compreensão do papel da genômica na saúde de indivíduos e famílias permite aos clínicos fazer melhores recomendações dos cuidados à saúde atuais e futuros.

Hábitos de Higiene Pessoal

Como em todos os grupos etários, hábitos de higiene pessoal no adulto jovem são fatores de risco. Compartilhar utensílios alimentares com uma pessoa que tem uma doença contagiosa aumenta o risco de contrair a doença. A má higiene dental aumenta o risco de doença periodontal. Os indivíduos evitam gengivite (inflamação das

gengivas) e periodontite (perda de apoio dos dentes) por meio da higiene oral (Cap. 40).

Morte Violenta e Lesão

A violência é uma causa comum de mortalidade e morbidade na população adulta jovem. Os fatores que predispõem os indivíduos a violência, lesão ou morte incluem pobreza, desagregação familiar, abuso e negligência infantil, envolvimento com drogas (tráfico ou uso ilegal), exposição repetida à violência e fácil acesso a armas de fogo. É importante que a enfermeira realize uma completa avaliação psicossocial, incluindo fatores como padrões de comportamento, história de abuso físico e uso de substância, educação, histórico de trabalho e sistemas de apoio social para detectar fatores de risco pessoal e ambiental para violência. Morte e lesão ocorrem em adultos principalmente por agressões físicas, acidentes com veículos motorizados ou outros veículos, bem como tentativas de suicídio.

A violência intrafamiliar (VIF), anteriormente referida como violência doméstica, é um problema de saúde pública global. Ocorre ao longo de uma sequência originada em um primeiro episódio de violência que progride até o espancamento contínuo (Dudgeon e Evanson, 2014). A VIF se inicia geralmente com abuso emocional ou mental e pode progredir para a agressão física ou sexual. A cada ano, as mulheres nos Estados Unidos sofrem aproximadamente 4,8 milhões de episódios de violência intrafamiliar, como agressões físicas e estupros, enquanto os homens são as vítimas de aproximadamente 2,9 de agressões físicas. As lesões físicas da VIF vão desde pequenos cortes e contusões até fraturas ósseas, hemorragia interna e traumatismo craniano. A VIF está ligada a comportamentos prejudiciais à saúde, como tabagismo, uso de álcool, de drogas e atividade sexual de risco. Os fatores de risco para a perpetração de VIF incluem o uso de drogas ou álcool, especialmente o consumo pesado de bebidas; desemprego; baixa autoestima; personalidade antissocial ou limítrofe; desejo de poder e de controle nos relacionamentos; e ser vítima de abuso físico ou psicológico (Bonomi et al., 2014; DeWall e Way, 2014; Dudgeon e Evanson, 2014). O maior

risco de violência ocorre durante os anos da reprodução. A mulher grávida tem um risco 35,6% maior de ser vítima de VIF do que a mulher não grávida. Mulheres que sofrem VIF são mais propensas a retardar os cuidados pré-natais e estão em maior risco de apresentar muitos maus resultados de saúde materna e infantil, por exemplo, pouco ganho de peso materno, infecções, hipertensão arterial, sangramento vaginal e parto pré-termo ou bebê com baixo peso ao nascer.

Uso de Substância

O uso de substância contribui de maneira direta ou indireta para a mortalidade e morbidade em adultos jovens. Aqueles que se intoxicam geralmente sofrem graves lesões em acidentes com veículos motorizados, que podem resultar em morte ou incapacidade permanente de outros adultos jovens.

A dependência de drogas estimulantes ou depressivas algumas vezes resulta em morte. A *overdose* de uma droga estimulante ("inebriante") causa estresse nos sistemas cardiovascular e nervoso a ponto de causar a morte. O uso de depressivos ("depressores") leva a *overdose* acidental ou intencional e morte.

A cafeína é um estimulante legal, de ocorrência natural, disponibilizado facilmente em bebidas carbonatadas; alimentos que contêm chocolate; café e chá e medicações de venda livre, como comprimidos para resfriado, alergia e analgésicos, assim como os inibidores do apetite. A cafeína é o estimulante mais ingerido na América do Norte. Ela estimula a liberação de catecolamina, que, por sua vez, estimula o sistema nervoso central; ela também aumenta a secreção de ácido gástrico, a frequência cardíaca e a taxa metabólica basal. Isso altera a pressão arterial, aumenta a diurese e relaxa a musculatura lisa. O consumo de grandes quantidades de cafeína resulta em agitação, ansiedade, irritabilidade, agitação, tremor muscular, distúrbios sensoriais, palpitações cardíacas, náusea ou vômito e diarreia, em alguns indivíduos.

O uso de substância nem sempre é diagnosticável, particularmente em seus estágios iniciais. Perguntas neutras sobre o uso de drogas

legais (drogas prescritas, tabaco e álcool), drogas leves (*marijuana*) e drogas mais problemáticas (cocaína ou heroína) fazem parte da rotina de qualquer avaliação de saúde. A enfermeira obtém importantes informações fazendo perguntas específicas sobre problemas médicos passados, alterações da ingestão alimentar ou dos padrões de sono, ou problemas de labilidade emocional. Relatos de prisões por dirigir sob o efeito de drogas, por abuso da esposa ou filho, ou conduta desordeira são razões para investigar de forma mais cuidadosa a possibilidade de uso de drogas.

Tráfico Humano

Jovens adolescentes e adultos jovens, fugitivos e sem-teto, foram identificados como um significativo problema social (Benoit-Bryan, 2013). Em particular, essa população às vezes se volta para atividades ilegais e perigosas para sobreviver e pode estar em alto risco para o tráfico humano (Derluyn, 2010; Pergamit e Ernst, 2010). O United Nations Office on Drugs and Crime (s.d.) define o tráfico humano como recrutamento, transporte, transferência, abrigo ou recepção de uma pessoa por meio de ameaça ou uso de força com a finalidade de exploração. Embora o tráfico humano geralmente seja um crime oculto e seja difícil a obtenção de estatísticas acuradas, as estimativas indicam que mais de 80% das vítimas de tráfico são do sexo feminino e 50% são crianças. Aproximadamente 75% a 80% do tráfico humano se destinam ao sexo.

Gravidez não Planejada

A gravidez não planejada é uma fonte contínua de estresse que pode resultar em resultados adversos de saúde para a mãe, para o bebê e para a família. Geralmente, os objetivos educacionais e de carreira dos adultos jovens têm precedência sobre o desenvolvimento familiar. A interferência nesses objetivos afeta os futuros relacionamentos e os relacionamentos pai-filho.

A determinação dos fatores situacionais que afetam o progresso e os resultados de uma gravidez não planejada é importante. A exploração

dos problemas, como acomodações financeiras, de carreira e de vida; sistemas de apoio familiar; distúrbios parentais em potencial; depressão e mecanismos de enfrentamento é importante para se avaliar uma mulher cuja gravidez não é planejada.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

As ISTs são um importante problema de saúde em adultos jovens. Os exemplos de ISTs incluem sífilis, clamídia, gonorreia, herpes genital, papilomavírus humano (HPV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). As ISTs têm efeitos físicos imediatos, como secreção genital, desconforto e infecção. Elas também levam a distúrbios crônicos, doenças terminais, infertilidade ou até à morte. Permanecem como um importante problema de saúde pública para pessoas sexualmente ativas, e quase metade das novas infecções ocorre em homens e mulheres com menos de 24 anos de idade (USDHHS, CDC, 2014). Em 2011 e 2012, homens de 20 a 24 anos tiveram a mais alta taxa de clamídia (1.350, 4 casos em 100.000 pessoas); as taxas de clamídia em homens desse grupo etário aumentaram ligeiramente desde o ano anterior. Vacinas seguras e eficazes foram desenvolvidas para algumas ISTs. Por exemplo, o HPV, que pode causar vários tipos de câncer, pode ser prevenido por meio de vacinação com Gardasil ou Cervarix, que são vacinas aprovadas pela Food and Drug Administration (FDA) para prevenção de HPV.

Fatores Ambientais ou Ocupacionais

Um fator de risco ambiental ou ocupacional comum é a exposição aos riscos relacionados ao trabalho ou a agentes causadores de doenças e câncer (Tabela 13-1). Os exemplos incluem doenças pulmonares, como a silicose decorrente de inalação de talco e poeira de silício, e enfisema por inalação de fumaça. Os cânceres resultantes de exposições ocupacionais podem envolver pulmão, fígado, cérebro, sangue ou pele. Questões referentes à exposição ocupacional a materiais prejudiciais devem fazer parte da rotina de sua avaliação.

Tabela 13-1

Riscos/Exposições Ocupacionais Associados a Doenças e Cânceres

Categoria de Trabalho	Risco Ocupacional/ Exposição	Condição Associada ao Trabalho/Câncer
Trabalhadores agrícolas	Pesticidas, agentes infecciosos, gases, luz solar	Envenenamento por pesticida, "pulmão de fazendeiro", câncer de pele
Anestesistas	Gases anestésicos	Efeitos reprodutivos, câncer
Trabalhadores da indústria automobilística	Asbestos, plástico, chumbo, solventes	Asbestose, dermatite
Carpinteiros	Pó de madeira, conservantes de madeira	Câncer nasofaríngeo, dermatite
Trabalhadores da indústria de cimento	Pó de cimento, metais	Dermatite, bronquite
Limpeza a seco	Solventes	Doença hepática, dermatite
Trabalhadores da indústria de corantes	Corantes, metais, solventes	Câncer de bexiga, dermatite
Trabalhadores da indústria de vidro	Calor, solventes, pós de metal	Cataratas
Trabalhadores de hospital	Agentes infecciosos, produtos de limpeza, luvas de látex, radiação	Infecções, alergias ao látex, lesões não intencionais
Isolantes	Asbestos, fibra de vidro	Asbestose, câncer de pulmão, mesotelioma
Operadores de britadeira	Vibração	Fenômeno de Raynaud

De Stanhope M, Lancaster J: *Foundations of nursing in the community*, 3. ed., St Louis, 2010, Mosby.

Preocupações de Saúde

Promoção de Saúde

Os estilos de vida (p. ex., uso de tabaco ou álcool) dos adultos jovens pode pô-los em risco de doenças ou incapacidades durante seus anos da meia-idade ou idade avançada. Os adultos jovens também são geneticamente suscetíveis a certas doenças crônicas, como diabetes melito e hipercolesterolemia familiar (Huether e McCance, 2013). Algumas doenças que aparecem nos últimos anos de vida são

evitáveis desde que identificadas precocemente. A enfermeira deve incentivar os adultos do sexo masculino a realizar autoexame mensal de pele, mama ou genitália (Cap. 31). O câncer de mama é o câncer mais comum em mulheres nos Estados Unidos, com uma incidência uniformemente crescente. O papel da enfermeira é extremamente importante na educação de pacientes do sexo feminino sobre autoexames de mama (AEMs) e as recomendações atuais de triagem da mama. Incentive a avaliação de rotina sobre a pele quanto a recentes alterações da cor ou presença de lesões e alterações em sua aparência. A exposição prolongada aos raios solares ultravioleta por adolescentes e adultos jovens aumenta o risco de desenvolvimento de câncer de pele em fase avançada da vida. A doença de Crohn, uma doença inflamatória crônica do intestino delgado, ocorre com mais frequência entre 15 e 35 anos de idade. Muitos adultos jovens têm concepções errôneas referentes à transmissão e tratamento das ISTs. A enfermeira deve incentivar os parceiros a conhecer a história e as práticas sexuais mútuas. Fique alerta às ISTs quando os pacientes vêm à clínica com queixas de problemas urológicos ou ginecológicos (Cap. 35). Avalie os adultos jovens quanto ao conhecimento e uso de práticas sexuais seguras e autoexames genitais. Ofereça informações sobre a prática sexual (p. ex., uso de preservativos e ter somente um parceiro).

Saúde Psicossocial

As preocupações psicossociais de saúde dos adultos jovens geralmente são relacionadas aos estressores do trabalho e da família. Conforme se observa no Capítulo 38, o estresse é valioso porque motiva o paciente a fazer mudanças. No entanto, se o estresse for prolongado e o paciente for incapaz de se adaptar ao estressor, os problemas de saúde se desenvolvem. Noventa por cento de casos dos transtornos, como anorexia nervosa e bulimia nervosa, começam durante a adolescência e fase de adulto jovem (Skinner et al., 2012). Alguns transtornos mentais, como níveis elevados de depressão, também começam neste grupo etário. Essas condições podem se manifestar durante a fase de adulto jovem, mas os sintomas e o

tratamento podem continuar além dessa fase (Smink et al., 2012).

Estresse no Trabalho

O estresse no trabalho pode ocorrer todos os dias ou de vez em quando. A maioria dos adultos jovens é capaz de lidar com as crises do dia a dia (Fig. 13-3). O estresse situacional no trabalho ocorre quando um novo chefe entra no local de trabalho, na aproximação de um prazo ou quando o trabalhador assume novas ou muitas responsabilidades. Uma tendência recente no mundo dos negócios da atualidade e um fator de risco para o estresse é a redução de custos em uma empresa, levando a maiores responsabilidades para os empregados com menos posições dentro da estrutura da empresa. O estresse no trabalho também ocorre quando uma pessoa se torna insatisfeita com uma ocupação ou responsabilidades associadas. Como os indivíduos percebem os empregos de maneira diferente, os tipos de estressores ocupacionais variam de um paciente a outro. A avaliação de um adulto jovem feita pela enfermeira inclui uma descrição da tarefa usual realizada. A avaliação do trabalho também inclui condições e horas, duração do emprego, alterações no sono ou hábitos alimentares e evidência de mais irritabilidade ou nervosismo.

FIGURA 13-3 A capacidade de lidar com os desafios diários no trabalho para minimizar o estresse.

Estresse Familiar

Por causa da multiplicidade de relacionamentos e estruturas na família do adulto jovem emergente, o estresse geralmente é alto (Cap. 10). Os fatores de estresse situacionais ocorrem durante eventos

tais como nascimentos, mortes, doenças, casamentos e perdas de emprego. O estresse geralmente é relacionado a uma série de variáveis, incluindo os planos de carreira do marido e da mulher, e leva à disfunção na família do adulto jovem. Isto é refletido no fato de que a mais alta taxa de divírcio ocorre durante os primeiros 3 a 5 anos de casamento em adultos jovens com menos de 30 anos. Quando um paciente procura cuidados à saúde e apresenta sintomas relacionados ao estresse, a enfermeira precisa avaliar quanto à ocorrência de um evento de mudança de vida.

Cada membro da família tem certos papéis ou tarefas previsíveis. Esses papéis permitem que uma família funcione e seja uma parte efetiva da sociedade. Quando esses papéis mudam em consequência de doença, geralmente ocorre uma crise situacional. A enfermeira deve avaliar os fatores ambientais e familiares, incluindo os sistemas de apoio e mecanismos de enfrentamento geralmente usados pelos membros da família.

Infertilidade

De acordo com a American Society for Reproductive Medicine (s.d.) a avaliação da **infertilidade** só é realizada depois que o casal tenha mantido relações sexuais por cerca de 12 meses sem conseguir a concepção. Uma estimativa de 10% a 15% dos casais em fase reprodutiva são inférteis, e muitos são adultos jovens. No entanto, aproximadamente metade dos casais avaliados e tratados nas clínicas de infertilidade obteve a gravidez. Em cerca de 15% dos casais inférteis, a causa é desconhecida. Os fatores femininos, como disfunção ovulatória ou um fator pélvico, são responsáveis pela infertilidade em 50% dos casais, e em 35% dos casais a infertilidade é causada por um fator masculino, como anormalidades de espermatozoide e sêmen. Para alguns casais inférteis, a enfermeira é o primeiro recurso que identificam. A avaliação de enfermagem do casal infértil inclui históricos abrangentes tanto de parceiros masculinos como femininos para determinar os fatores que afetaram a fertilidade e os achados físicos pertinentes (Murray e McKinney, 2014).

Obesidade

A obesidade é um importante problema de saúde em adultos e é identificada como um fator de risco para outros problemas de saúde na fase final da vida. Ela é influenciada por dieta pobre e inatividade e tem sido ligada ao desenvolvimento de condições como diabetes tipo 2, hipertensão, colesterol alto, asma, problemas articulares, artrite psoriática e estado de saúde precário (Berge et al., 2014; Vranian et al., 2013). A avaliação de enfermagem sobre dieta e atividade física dos adultos jovens é uma parte importante da avaliação. Todos os adultos jovens devem ser aconselhados sobre os benefícios de uma dieta saudável e atividade física.

Exercício

Pessoas de todas as idades, homens e mulheres, beneficiam-se com a atividade física regular; no entanto, os adultos jovens estão passando cada vez mais o seu tempo ocupados com a tecnologia e menos tempo participando de atividade física. O exercício é importante para que os adultos jovens previnam ou diminuam o desenvolvimento de condições crônicas de saúde, como hipertensão arterial, obesidade e diabetes, que se desenvolvem na fase avançada da vida. O exercício melhora a função cardiopulmonar reduzindo a pressão arterial e a frequência cardíaca; aumentando a força e o tamanho dos músculos; e diminuindo a fadiga, a insônia, tensão e a irritabilidade. A enfermeira deve conduzir uma minuciosa avaliação musculoesquelética e histórico de exercícios para desenvolver um plano realista de exercícios. Deve encorajar o exercício regular dentro da programação diária do paciente.

A Mulher Grávida e a Família em Fase Reprodutiva

Uma tarefa do desenvolvimento para muitos adultos jovens é a decisão de iniciar uma família. Embora as alterações fisiológicas de gravidez e parto ocorram somente na mulher, as alterações cognitivas

e psicossociais, bem como as preocupações de saúde, afetam toda a família em fase reprodutiva, incluindo o pai, irmãos e avós do bebê. As famílias monoparentais e as jovens mães solteiras tendem a ser particularmente vulneráveis, tanto econômica como socialmente.

Práticas de Saúde

Mulheres que estão considerando uma gravidez beneficiam-se com as boas práticas de saúde antes da concepção; estas incluem uma dieta balanceada, ácido fólico, exercício, exames odontológicos, evitar o álcool e cessação do tabagismo.

Cuidados Pré-natais

Os **cuidados pré-natais** consistem no exame de rotina da mulher grávida por um obstetra ou enfermeira de prática avançada, seja um enfermeira clínica ou enfermeira parteira. Os cuidados pré-natais incluem uma avaliação minuciosa da mulher grávida durante intervalos regularmente programados; provisão de informações referentes às ISTs, outras infecções vaginais e infecções urinárias que afetam o feto de maneira adversa; e aconselhamento sobre os padrões de exercício, dieta e cuidados infantis. Os cuidados pré-natais regulares abordam as preocupações de saúde que podem surgir durante a gravidez.

Alterações Fisiológicas

As alterações e necessidades fisiológicas da mulher grávida variam a cada trimestre. A enfermeira deve se familiarizar com elas, suas causas e implicações para a enfermagem. Todas as mulheres passam por algumas alterações fisiológicas no primeiro trimestre. Por exemplo, geralmente ocorrem enjoo matinal, aumento de volume e sensibilidade da mama e fadiga. Durante o segundo trimestre, o crescimento do útero e do feto resulta em alguns dos sinais físicos da gravidez. Durante o terceiro trimestre ocorrem aumentos das **contrações de Braxton Hicks** (contrações breves e irregulares), fadiga e frequência urinária.

Pós-parto

O pós-parto é um período de aproximadamente 6 semanas após o parto. Durante esse período, o corpo da mulher reverte-se para seu estado físico pré-gravidez. Determine o conhecimento da mulher e a capacidade que ela tem de cuidar de si mesma e do bebê recém-nascido. A avaliação das habilidades de maternidade e interações mãe-bebê é particularmente importante. O processo de **lactação** ou amamentação oferece muitas vantagens para a nova mãe e o bebê. Para a mãe inexperiente em amamentação, a lactação pode ser uma fonte de ansiedade e frustração. Fique alerta aos sinais de que a mãe precisa de informação e assistência.

Necessidade de Educação

A família inteira em fase reprodutiva precisa de educação sobre gravidez, trabalho de parto, parto, amamentação e integração do recém-nascido à estrutura familiar.

Alterações Psicossociais

Assim como as alterações fisiológicas da gravidez, as alterações psicossociais ocorrem em vários momentos durante os 9 meses da gravidez e no puerpério. A Tabela 13-2 resume as principais categorias de alterações psicossociais e implicações para a intervenção de enfermagem.

Tabela 13-2

Alterações Psicossociais Importantes durante a Gravidez

Categoria	Implicações para a Enfermagem
Imagem corporal	Enjoo matinal e fadiga contribuem para uma precária imagem corporal. A mulher se sente grande, desajeitada e pouco atraente durante o terceiro trimestre, quando o feto está crescendo rapidamente. O aumento de tamanho das mamas, às vezes, faz a mulher se sentir mais feminina e sexualmente atraente. A mulher dedica algum tempo extra com a higiene e a arrumação pessoal, tentando novos estilos de penteados e maquiagem. A mulher começa a se “mostrar” durante o segundo trimestre e começa um plano de vestiário. A mulher tem sensação geral de bem-estar quando sente o bebê se mover e escuta o batimento cardíaco.

Mudanças de papel	Ambos os parceiros pensam sobre e têm sentimentos de incerteza sobre as iminentes mudanças de papel. Ambos os parceiros têm sentimentos de ambivalência sobre se tornarem pais e mães e se preocupam com sua habilidade em serem pais.
Sexualidade	A mulher precisa ser tranquilizada de que a atividade sexual não prejudicará o feto. O desejo de atividade sexual da mulher é influenciado pela imagem corporal. A mulher deseja carinho e abraços em vez de relações sexuais.
Enfrentamento	A mulher precisa ser tranquilizada de que o parto e a criação dos filhos são experiências naturais e positivas, mas também são estressantes. Geralmente, a mulher é incapaz de lidar com fatores de estresse específicos, como encontrar uma nova moradia, preparar-se para a amamentação ou participar de aulas sobre parto.
Estresses durante o puerpério	A mulher volta do hospital para casa fatigada e pouco familiarizada com os cuidados ao bebê. A mulher experimenta desconforto físico ou sentimentos de ansiedade ou depressão. A mulher deve retornar ao trabalho logo após o parto com subsequentes sentimentos de culpa, ansiedade ou possivelmente um senso de liberdade ou alívio.

Preocupações de Saúde

A mulher grávida e seu parceiro têm muitas perguntas sobre saúde. Por exemplo, eles se perguntam se a gravidez e o bebê serão normais. Os cuidados pré-natais adequados têm potencial para identificar riscos e problemas da gravidez e de atender à maior parte das necessidades de saúde física e emocional da gestante.

Cuidados Agudos

Os adultos jovens tipicamente requerem cuidados agudos por acidentes, uso de substância, exposição a riscos ambientais e ocupacionais, doenças relacionadas ao estresse, infecções respiratórias, gastroenterite, *influenza*, infecções do trato urinário e cirurgia de pequeno porte. Uma doença aguda menor causa a interrupção das atividades de vida dos adultos jovens e aumenta o estresse em um estilo de vida já agitado. A dependência e as limitações representadas pelos regimes de tratamento também aumentam a frustração. Para lhes conceder o senso de manutenção do controle de suas escolhas de cuidados à saúde, é importante que a enfermeira os mantenha informados sobre seu estado de saúde, envolvendo-os em decisões de cuidados à saúde.

Cuidados Restauradores e Contínuos

As condições crônicas não são comuns no adulto jovem, mas ocorrem algumas vezes. As doenças crônicas, como hipertensão, doença arterial coronariana e diabetes, têm seu início na idade adulta jovem, mas podem não ser identificadas, a não ser no final da vida. As causas de doença crônica e incapacidade no adulto jovem incluem acidentes, esclerose múltipla, artrite reumatoide, AIDS e câncer. A doença crônica ou incapacidade ameaça a independência do adulto jovem e resulta na necessidade de mudança pessoal e familiar, assim como das metas de carreira. As intervenções de enfermagem para o adulto jovem diante da doença crônica ou incapacidade precisam ter seu foco nos problemas relacionados ao senso de identidade, estabelecimento da independência, reorganização de relacionamentos íntimos e estrutura da família, e início da escolha da carreira.

Adultos de meia-idade

O U.S. Census Bureau (2014) previu que, em 2013, 39,6% da população seria composta por adultos de meia-idade entre 35 e 64 anos de idade. Na meia-idade, o indivíduo faz contribuições duradouras por meio do envolvimento com os outros. Geralmente, os anos da meia-idade começam em meados da faixa dos 30 anos e dura até o final da faixa dos 60 anos, correspondendo às fases de desenvolvimento de "estabelecimento" e "anos de compensação" de Levinson. Durante esse período, já ocorreram geralmente as realizações pessoais e de carreira. Muitos adultos de meia-idade sentem uma alegria especial em auxiliar seus filhos e outros jovens a se tornarem adultos produtivos e responsáveis (veja no Capítulo 11 a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson) (Fig. 13-4). Eles também começam a ajudar os pais idosos, sendo ao mesmo tempo responsáveis pelos próprios filhos, o que os situa na **geração sanduíche**. O uso do período de lazer de maneira satisfatória e criativa é um desafio que, se atendido satisfatoriamente, permite que os adultos de meia-idade se preparem para a aposentadoria.

FIGURA 13-4 Os adultos de meia-idade gostam de ajudar os jovens a se tornar adultos produtivos e responsáveis.

Embora a maioria dos adultos de meia-idade tenha alcançado estabilidade socioeconômica, as recentes tendências de redução de custos nas empresas deixaram muitos indivíduos desempregados ou forçados a aceitar empregos com salários mais baixos. De acordo com o U.S. Census Bureau (2013), a renda média real de uma família nos Estados Unidos não era estatisticamente diferente de 2011 a 2012; porém, em 2012, a renda média real de uma família era 8,3% mais baixa do que em 2007, o ano que precedeu a recente recessão americana, enquanto a taxa de pobreza estava 2,5% mais alta.

Homens e mulheres precisam se ajustar às inevitáveis alterações biológicas. Como na adolescência, os adultos de meia-idade usam considerável energia para adaptar o autoconceito e a imagem corporal às realidades fisiológicas e às mudanças na aparência física. Uma elevada autoestima, uma imagem corporal favorável e uma atitude positiva em direção às alterações fisiológicas ocorrem quando os adultos participam de exercício físico, têm dietas balanceadas, sono adequado e boas práticas de higiene que promovem corpos vigorosos

e saudáveis.

Alterações Físicas

As principais alterações fisiológicas ocorrem entre 40 e 65 anos de idade. Por isso, é importante avaliar o estado de saúde geral do adulto de meia-idade. Uma avaliação abrangente oferece orientações para as recomendações de promoção de saúde e para o planejamento e implementação de quaisquer intervenções agudas necessárias. As alterações mais visíveis durante a meia-idade são os cabelos grisalhos, rugas e engrossamento da cintura. Geralmente são evidentes as diminuições da audição e acuidade visual durante esse período. Muitas vezes, essas alterações fisiológicas da meia-idade causam impacto no autoconceito e imagem corporal dos indivíduos. A Tabela 13-3 resume os achados anormais a serem considerados quando se conduz um exame físico (Cap. 31). As alterações fisiológicas mais significativas durante a meia-idade são a menopausa e a andropausa.

Tabela 13-3

Achados Anormais de Avaliação Físicos no Adulto de Meia-idade

Sistema Corporal	Achados de Avaliação
Integumento	Pele muito fina Pele áspera, escamosa, seca Lesões
Couro cabeludo e cabelo	Perda excessiva e generalizada de cabelos ou em tufos Excessiva descamação
Cabeça e pescoço	Ossos faciais e cranianos grandes e grossos Assimetria do movimento da cabeça e/ou do pescoço Queda facial para um lado
Olhos	Visão periférica reduzida Posição assimétrica do reflexo luminoso Queda do lábio superior (ptose) Vermelhidão ou formação de crostas ao redor das pálpebras
Orelhas	Secreção de qualquer tipo Canais auditivos avermelhados e edemaciados
Nariz, seios e garganta	Sensibilidade nasal Oclusão da narina

	Pele rosada e edemaciada ou mucosa nasal azul-acinzentada Seios sensíveis à palpação ou à percussão Movimento assimétrico ou perda de movimento da úvula Tonsilas vermelhas ou aumentadas
Tórax e pulmões	Expansão torácica desigual Frêmito desigual, hiper-ressonância, diminuição ou ausência de sons respiratórios Sons pulmonares adventícios, como estertores e sibilos
Coração e sistema vascular	Desigualdade de pulsos, pulsos fracos, latejantes ou variações de força de uma batida a outra Bradicardia ou taquicardia Hipertensão Hipotensão
Mamas – femininas	Aumento recente de tamanho de uma mama Aparência semelhante a pele de porco ou casca de laranja Vermelhidão ou dor nas mamas
Mamas – masculinas	Aumento de volume mole e adiposo das mamas
Abdome	Hematomas, áreas de descoloração local; pigmentação purpúrea; pele pálida e tensa Distensão abdominal generalizada Sons intestinais hipoativos, hiperativos, diminuídos ou ausentes
Genitália feminina	Lábios assimétricos Edema, dor ou secreção das glândulas de Bartholin Diminuição do tônus da musculatura vaginal Aumento de tamanho cervical ou projeção para dentro da vagina Áreas ou lesões avermelhadas na vagina
Genitália masculina	Erupções cutâneas, lesões ou caroços na pele do eixo peniano Secreção peniana Aumento de volume da bolsa escrotal Protuberâncias que surgem no anel inguinal ou femoral
Sistema musculoesquelético	Suporte de peso desigual Diminuição da amplitude de movimento; edema, rubor ou aumento de volume da articulação; articulações dolorosas Diminuição da força contra resistência
Sistema neurológico	Letargia Respostas motoras inadequadas Respostas anormais do sistema sensorial: incapacidade de sentir certos aromas, perda de campos visuais, incapacidade de sentir e identificar corretamente os estímulos faciais, ausência do reflexo do vômito

Perimenopausa e Menopausa

A menstruação e a ovulação ocorrem, em ritmo cíclico, em mulheres da adolescência até a meia-idade. A perimenopausa é o período durante o qual há um declínio na função ovariana, resultando em diminuição do número de óvulos e em ciclos menstruais irregulares; geralmente ela tem duração de 1 a 3 anos. A **menopausa** é a

interrupção desse ciclo, principalmente por causa da incapacidade do sistema neuro-hormonal em manter sua estimulação periódica do sistema endócrino. Os ovários não produzem mais estrógeno e progesterona, e os níveis sanguíneos desses hormônios caem acentuadamente. A menopausa ocorre tipicamente entre 45 e 60 anos de idade (Cap. 35). Aproximadamente 10% das mulheres não têm sintomas de menopausa além da cessação da menstruação, 70% a 80% estão cientes de outras mudanças, mas não têm problemas, e aproximadamente 10% passam por alterações graves o suficiente para interferir nas atividades da vida diária.

Andropausa

A **andropausa** ocorre em homens no final dos 40 anos ou início dos 50 anos (Cap. 35). Níveis reduzidos de andrógenos causam a andropausa. Ao longo desse período e subsequentemente, o homem ainda é capaz de produzir espermatozoides férteis e se tornar pai. No entanto, a ereção peniana é menos firme, a ejaculação é menos frequente e o período refratário é mais longo.

Alterações Cognitivas

As alterações da função cognitiva em adultos de meia-idade são raras exceto no caso de doença ou trauma. Alguns adultos de meia-idade entram em programas educacionais ou vocacionais para se preparar com novas habilidades e informações para entrar no mercado de trabalho ou mudar de emprego.

Alterações Psicossociais

As alterações psicossociais no adulto de meia-idade envolvem eventos esperados, como saída dos filhos de casa, e eventos inesperados, como a separação conjugal ou a morte de um amigo íntimo.

A enfermeira precisa avaliar quanto às principais mudanças na vida e o impacto que essas mudanças causam no estado de saúde do adulto. A enfermeira deve incluir fatores psicossociais individuais,

como mecanismos de enfrentamento e fontes de apoio social, em sua avaliação.

Nos anos da meia-idade, quando os filhos saem de casa, a família entra no estágio pós-parental. As demandas financeiras e de tempo sobre os pais diminuem, e o casal enfrenta a tarefa de redefinir seu próprio relacionamento. É durante esse período que muitos adultos de meia-idade adotam estilos de vida mais saudáveis. A avaliação necessária sobre promoção de saúde para o adulto de meia-idade inclui repouso adequado, atividades de lazer, exercício regular, boa nutrição, redução ou cessação no uso de tabaco ou álcool, além de exames regulares de triagem. A avaliação sobre o ambiente social do adulto de meia-idade também é importante, incluindo preocupações de relacionamentos; comunicação e relacionamentos com os filhos, netos e pais idosos; bem como as preocupações do cuidador com o seu próprio envelhecimento ou pais incapacitados.

Transição de Carreira

As mudanças na carreira ocorrem por opção ou como resultado de mudanças no local de trabalho ou na sociedade. Nas últimas décadas, os adultos de meia-idade mudam de ocupações com mais frequência por várias razões, incluindo limitada promoção na carreira, diminuição da disponibilidade de empregos e procura de uma ocupação que seja mais desafiadora. Em alguns casos, a redução de custos, avanços tecnológicos ou outras mudanças em uma empresa forçam os adultos de meia-idade a procurar novos empregos. Tais mudanças, particularmente quando imprevistas, resultam em estresse que afeta a saúde, os relacionamentos familiares, o autoconceito e outras dimensões.

Sexualidade

Após a saída de seu último filho de casa, muitos casais recultivam seus relacionamentos e encontram maior satisfação conjugal e sexual durante a meia-idade. O início de menopausa e andropausa afeta a saúde sexual do adulto de meia-idade. Algumas mulheres podem

desejar mais atividade sexual porque a gravidez não é mais possível. As mulheres na menopausa também experimentam secura vaginal e dispareunia ou dor durante as relações sexuais (Cap. 35).

Durante a meia-idade, o homem pode notar mudanças na potência de sua ereção, bem como diminuição da capacidade de ter orgasmos repetidos. Outros fatores que influenciam a sexualidade durante esse período incluem estresse no trabalho, diminuição da saúde de um ou ambos os parceiros e uso de medicações prescritas. Por exemplo, os agentes anti-hipertensivos têm efeitos colaterais que influenciam o desejo ou o funcionamento sexual. As drogas anti-hipertensivas representam uma das mais implicadas classes de drogas que causam disfunção erétil (DE) em homens. Os pacientes que tomam betabloqueadores ou diuréticos exibem uma piora da DE significativamente maior do que os pacientes que recebem novos medicamentos, como bloqueadores do receptor de angiotensina, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e antagonistas de cálcio para hipertensão (Manolis e Doumas, 2012). Algumas vezes, ambos os parceiros sofrem disfunção sexual causada por estresses relacionados a alterações sexuais ou conflito entre suas necessidades sexuais e as autopercepções e atitudes ou expectativas sociais (Cap. 35).

Fatores Psicossociais Familiares

Os fatores psicossociais envolvendo a família incluem o estresse do estado civil de solteiro, mudanças conjugais, transição da família, quando os filhos saem de casa, e os cuidados a pais idosos.

Estado Civil de Solteiro

Muitos adultos com mais de 35 anos de idade nos Estados Unidos nunca se casaram. Muitos destes têm curso universitário e adotaram uma filosofia de escolha e liberdade, casando-se mais tarde e postergando a paternidade/maternidade. Alguns adultos de meia-idade escolhem permanecer solteiros, mas também optam por se tornarem pais biologicamente ou por adoção. Muitos adultos de meia-idade solteiros não têm parentes, mas compartilham um tipo de

relacionamento familiar com amigos íntimos ou colegas de trabalho. Consequentemente, alguns adultos de meia-idade solteiros sentem-se isolados durante feriados tradicionais da "família", como o Dia de Ação de Graças ou o Natal. Quando doentes, os adultos de meia-idade que permanecem solteiros e sem filhos têm que contar com outros parentes ou amigos, o que aumenta as demandas de cuidados dos familiares que também têm outras responsabilidades. A avaliação de enfermagem dos adultos de meia-idade precisa incluir uma avaliação completa dos fatores psicossociais, incluindo a definição de família do indivíduo e os sistemas de apoio disponíveis.

Mudanças Conjugais

As mudanças que ocorrem durante a meia-idade incluem morte do cônjuge, separação, divírcio e opção por um novo casamento ou ficar solteiro. Um paciente viúvo, separado ou divorciado passa por um período de luto e perda que é necessário para se adaptar à mudança do estado conjugal. O luto normal progride através de uma série de fases, e a resolução do luto muitas vezes leva um ano ou mais. É necessário que a enfermeira avalie qual é o nível de enfrentamento do luto e da perda do adulto de meia-idade associado a certas mudanças na vida (Cap. 37).

Transições Familiares

A saída do último filho da casa também é um fator de estresse. Muitos pais saúdam a liberdade de suas responsabilidades na criação dos filhos, enquanto outros se sentem solitários ou desorientados. A *síndrome do ninho vazio* é o termo usado para descrever a tristeza e a solidão que acompanham os filhos que saem de casa. Eventualmente, os pais precisam reavaliar seu casamento, tentar resolver conflitos e planejar para o futuro. Ocasionalmente, essa fase de reajuste leva a conflitos, separação e divírcio (Cap. 10).

Cuidados com os Pais Idosos

Os ciclos de vida cada vez maiores nos Estados Unidos e Canadá levaram a números maiores de idosos na população. Portanto, é maior

o número de adultos de meia-idade que precisa abordar questões pessoais e sociais diante de seus pais idosos. Muitos adultos de meia-idade se defrontam com as responsabilidades de cuidar de filhos dependentes e dos pais idosos e enfermos. Assim, eles se encontram na geração sanduíche, em que os desafios dos cuidados podem ser estressantes. É cada vez maior a ênfase dada às necessidades dos cuidadores familiares no sistema de saúde.

Moradia, emprego, saúde e realidades econômicas mudaram as expectativas sociais tradicionais entre as gerações nas famílias. O adulto de meia-idade e os pais idosos geralmente apresentam prioridades conflitantes de relacionamento quando o idoso se esforça para permanecer independente. As negociações e compromissos ajudam a definir e resolver problemas. As enfermeiras lidam com adultos de meia-idade e idosos na comunidade, em instituições de cuidados prolongados e hospitais. Elas ajudam a identificar as necessidades de saúde de ambos os grupos e assistem às famílias multigeracionais na determinação dos recursos de saúde e comunitários que lhes são disponibilizados quando tomam decisões e fazem planos. As enfermeiras avaliam os relacionamentos familiares para determinar as percepções da responsabilidade e lealdade dos familiares em relação aos cuidados aos membros idosos da família. A avaliação sobre os recursos ambientais (p. ex., o número de quartos ou escadas na casa) em relação à complexidade das demandas dos cuidados à saúde do idoso também é importante.

Preocupações de Saúde

Promoção de Saúde e Redução do Estresse

Como os adultos de meia-idade passam por alterações fisiológicas e enfrentam certas realidades de saúde, suas percepções e comportamentos de saúde geralmente são fatores importantes na manutenção da saúde. O mundo complexo da atualidade torna os indivíduos mais propensos às doenças relacionadas ao estresse, como ataques cardíacos, hipertensão, cefaleias enxaquecosas, úlceras, colite, doença autoimune, dor nas costas, artrite e câncer. Quando os adultos

procuram cuidados de saúde, as enfermeiras focalizam-se no objetivo do bem-estar e orientam os pacientes a avaliar os comportamentos de saúde, estilo de vida e ambiente.

Durante a vida, a pessoa enfrenta muitos estressores (Cap. 38). Após a identificação desses estressores, a enfermeira deve trabalhar com o seu paciente para intervir e modificar a resposta ao estresse. As intervenções específicas para redução do estresse se enquadram em três categorias. Primeiro, minimize a frequência das situações que produzem estresse. Junto com o paciente, identifique abordagens para prevenir as situações estressantes, como habituação, evitação da mudança, bloqueio do tempo, gerenciamento do tempo e modificação ambiental. Em segundo lugar, aumente a resistência ao estresse (p. ex., aumente a autoestima, melhore a assertividade, redirecione as metas alternativas e reoriente a avaliação cognitiva). Finalmente, evite a resposta fisiológica ao estresse. Use técnicas de relaxamento, imagens e *biofeedback* para recondicionar a resposta do paciente ao estresse.

Obesidade

A obesidade é uma crescente preocupação de saúde, além de ser cara para os adultos de meia-idade. Ela pode reduzir a qualidade de vida e aumentar o risco de muitas doenças crônicas sérias e morte prematura. Uma nova meta do projeto *Healthy People 2020* (USDHHS, 2011) relaciona-se à melhora da qualidade de vida e do bem-estar relacionado à saúde, incluindo o bem-estar físico. As consequências da obesidade para a saúde incluem hipertensão arterial, colesterol alto, diabetes tipo 2, doença arterial coronariana, osteoartrite e apneia obstrutiva do sono. O foco contínuo no objetivo de qualidade de vida relacionado à saúde ajuda os pacientes a avaliar os comportamentos de saúde e estilos de vida que contribuem para a obesidade durante os anos da meia-idade. O aconselhamento relacionado à atividade física e nutrição é um componente importante do plano de cuidado para os pacientes que estão com sobrepeso e obesos.

Formação de Hábitos de Saúde Positivos

Um hábito é a prática usual ou o modo de se comportar de uma pessoa. A repetição frequente reforça esse padrão de comportamento até que ele se torne uma maneira costumeira do indivíduo se comportar. Alguns hábitos são de apoio à saúde (p. ex., exercício, escovação e uso diário de fio dental). Outros hábitos envolvem fatores de risco à saúde (p. ex., tabagismo ou consumo de alimentos com pouco ou nenhum valor nutricional). A evidência indica que a vitamina D e o cálcio têm papéis-chave na saúde óssea e na prevenção de osteopenia e osteoporose em mulheres de meia-idade (Institute of Medicine, 2011).

Durante a avaliação, a enfermeira frequentemente obtém dados indicando os comportamentos de saúde positivos e negativos de um paciente. Os exemplos de comportamentos de saúde positivos incluem exercício regular, adesão aos bons hábitos alimentares, evitar o consumo excessivo de álcool, participação de triagem de rotina e testes diagnósticos para prevenção da doença e promoção de saúde (p. ex., triagem laboratorial de colesterol sérico ou mamografia) e mudanças no estilo de vida para redução do estresse. A enfermeira ajuda os pacientes a manter os hábitos que protegem a saúde e oferece alternativas mais saudáveis aos maus hábitos.

Educação e aconselhamento em saúde geralmente têm como foco a melhora dos hábitos de saúde. Quanto mais a enfermeira compreender a dinâmica do comportamento e os hábitos, mais provável será que suas intervenções ajudem os pacientes a alcançar ou reforçar os comportamentos de promoção de saúde.

Para ajudar os pacientes a formar hábitos de saúde positivos, a enfermeira age como educador e facilitador. Ao prover informações sobre como o corpo funciona e como os pacientes formam e mudam os hábitos, os níveis de conhecimento dos pacientes referentes ao potencial impacto do comportamento sobre a saúde se elevam. A enfermeira não pode mudar os hábitos de seus pacientes. Estes não apenas têm o controle, mas também são responsáveis pelos próprios comportamentos. Explique os princípios psicológicos da mudança de hábitos e ofereça informações sobre os riscos à saúde. Ofereça reforço

positivo (tais como elogios e recompensas) para os comportamentos e decisões direcionados à saúde. Tal reforço aumenta a probabilidade de que o comportamento seja repetido. Entretanto, finalmente, um paciente decide que os comportamentos vão se tornar hábitos da vida diária.

Ajude os adultos de meia-idade a considerar fatores como a prevenção de ISTs, de uso de substância e de acidentes em relação à diminuição dos riscos à saúde. Por exemplo, a enfermeira deve dar informações factuais aos pacientes sobre causas, sintomas e transmissão de IST. Ela deve discutir métodos de proteção durante a atividade sexual com um paciente de maneira aberta e imparcial, reforçando a importância de praticar sexo seguro (Cap. 35). A enfermeira deve aconselhar e apoiar os pacientes na procura do tratamento para uso de substância. Ela deve ajudá-los a identificar e alterar riscos de saúde em potencial. Além disso, deve incentivá-los a expressar seus sentimentos para que se tornem proficientes na solução de problemas e a reconhecer os fatores de risco por si mesmos. Existem barreiras à mudança (Quadro 13-3). A não ser que a enfermeira minimize ou elimine essas barreiras, será inútil encorajar o paciente a adotar uma ação.

Quadro 13-3 Barreiras à Mudança

Barreiras Externas

- Ausência de facilidades
- Falta de materiais
- Falta de apoio social
- Falta de motivação

Barreiras Internas

- Falta de conhecimento
- Insuficientes habilidades para mudar os hábitos de saúde
- Objetivos indefinidos a curto e longo prazos

Alfabetismo ou Letramento em Saúde

O alfabetismo em saúde é definido como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e usar as informações de tal forma que elas promovam e mantenham a boa saúde (Cap. 25). Os materiais de educação em saúde, como as instruções médicas, formulários de consentimento e questionários, geralmente são dados aos pacientes sem consideração de seu nível de alfabetismo em saúde. Estima-se que quase metade da população americana adulta funciona em, ou abaixo, de um nível básico de alfabetismo em saúde (Sorensen et al., 2012; Willens et al., 2013). Uma pessoa com nível adequado de alfabetismo em saúde tem a capacidade de assumir a responsabilidade por sua própria saúde. Mas o nível de alfabetismo em saúde pode causar impacto na capacidade de compreender as informações básicas de saúde, por escrito, ou de ler corretamente uma prescrição em um frasco. As pessoas com baixo alfabetismo em saúde podem não ser capazes de autogerenciar sua saúde com modificação de fatores de risco do seu estilo de vida para prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas (Dennis S et al., 2012).

Saúde Psicossocial

Ansiedade

A ansiedade é um fenômeno maturacional crítico relacionado a mudança, conflito e percepção do controle sobre o ambiente. Os adultos geralmente experimentam ansiedade em resposta a alterações fisiológicas e psicossociais da meia-idade. Essa ansiedade motiva o adulto a repensar os objetivos da vida e estimula a produtividade. No entanto, para alguns adultos, essa ansiedade precipita doença psicossomática e preocupação com a morte. Nesse caso, o adulto de meia-idade vê o que lhe resta a viver como metade da vida ou um pouco mais, e é nesses termos que ele pensa.

Claramente, uma doença potencialmente fatal, transição conjugal ou um fator de estresse ocupacional aumenta a ansiedade do paciente e da família. Use a intervenção de crise ou técnicas de controle do

estresse para ajudar o paciente a se adaptar às mudanças durante os anos da meia-idade (Cap. 38).

Depressão

A depressão é um transtorno do humor que se manifesta de várias maneiras. Embora a idade de início mais frequente seja dos 25 aos 44 anos, ela é comum em adultos de meia-idade e tem muitas causas. Os fatores de risco para depressão incluem ser do sexo feminino; sofrer decepções ou perdas no trabalho, na escola ou nos relacionamentos familiares; saída do último filho de casa e histórico da família. De fato, a incidência de depressão em mulheres é duas vezes maior do que em homens. Pessoas que sofrem de depressão leve descrevem a si mesmas como tristes, melancólicas, abatidas, mergulhadas na fossa e lamurientas. Outros sintomas incluem alterações nos padrões de sono, como dificuldade para dormir (insônia) ou sono excessivo (hipersonia), irritabilidade, sentimentos de desinteresse social e diminuição do alerta. Alterações físicas, como ganho ou perda de peso, cefaleias ou sensação de fadiga independentemente da quantidade de repouso também são sintomas depressivos. Os indivíduos com uma depressão que ocorre durante a meia-idade geralmente experimentam ansiedade moderada a grave e têm queixas físicas. Mudanças de humor e depressão são ocorrências comuns durante a menopausa. O uso de álcool ou de outras substâncias agrava a depressão. A avaliação de enfermagem de um adulto de meia-idade diagnosticado com depressão inclui o foco na avaliação referente ao histórico individual e familiar de depressão, mudanças de humor, alterações cognitivas, mudanças comportamentais e sociais, assim como alterações físicas. A enfermeira coleta dados de avaliação do paciente e da família porque os dados familiares em geral são particularmente importantes, dependendo do nível de depressão do adulto de meia-idade.

Programas de Saúde da Comunidade

Os programas de saúde comunitários oferecem serviços para prevenção de doença, promoção de saúde e detecção de uma doença

nos estágios iniciais. As enfermeiras fazem valiosas contribuições à saúde da comunidade participando ativamente da triagem de planejamento e de programas de educação em saúde, assim como de grupos de apoio para adultos de meia-idade (Cap. 3).

Planejamento familiar, de parto e habilidade parentais são os tópicos do programa pelos quais os adultos geralmente se interessam. A triagem de saúde para diabetes, hipertensão, doença oftálmica e câncer é uma boa oportunidade para que a enfermeira realize sua avaliação, e ofereça educação e aconselhamento em saúde.

Os programas de educação em saúde promovem mudanças de comportamento e de estilo de vida. Como educadora em saúde, ofereça informações que permitam que os pacientes tomem decisões sobre práticas de saúde no contexto da promoção de saúde para adultos jovens e na meia-idade. Certifique-se de que os programas educacionais sejam culturalmente apropriados. As mudanças para práticas de saúde mais positivas durante a idade adulta e a meia-idade levam à redução ou a problemas de saúde menos complicados na idade avançada. Durante o aconselhamento de saúde, colabore com o seu paciente para fazer um plano de ação que aborde sua saúde e bem-estar. Por meio de uma objetiva solução de problemas, a enfermeira pode ajudar seu paciente a crescer e a mudar.

Cuidados Agudos

As doenças e condições adultas sofridas na meia-idade assemelham-se às do adulto jovem. No entanto, as lesões e as doenças agudas na meia-idade requerem um período de recuperação mais longo por causa da lentidão dos processos de cura. Além disso, elas são mais propensas a se tornarem condições crônicas. Para os adultos de meia-idade na geração sanduíche, os níveis de estresse também aumentam à medida que equilibram as responsabilidades relacionadas a emprego, vida familiar e cuidados dos filhos, assim como os cuidados aos pais idosos enquanto se recuperam de uma lesão ou doença aguda.

Cuidados Restauradores e Contínuos

Doenças crônicas, como diabetes melito, hipertensão, artrite reumatoide ou esclerose múltipla, afetam os papéis e as responsabilidades do adulto de meia-idade. Alguns resultados da doença crônica são: relacionamentos familiares tensos, modificações nas atividades familiares, aumento das tarefas de cuidados à saúde, maior estresse financeiro, necessidade de adaptação da moradia, isolamento social, preocupações médicas e luto. O grau de incapacidade e a percepção do paciente da doença e da incapacidade determinam a extensão em que ocorrem as mudanças de estilo de vida. Alguns exemplos dos problemas experimentados pelos pacientes que desenvolvem doença crônica debilitante durante a idade adulta incluem reversão de papel, mudanças no comportamento sexual e alterações na autoimagem. Em conjunto com o atual estado de saúde de um adulto de meia-idade que vive com uma doença crônica, a enfermeira precisa avaliar a base de conhecimento do paciente e da família. Essa coleta de dados inclui o curso clínico da doença e o prognóstico para o paciente. A enfermeira precisa determinar os mecanismos de enfrentamento do paciente e da família. Além disso, ele precisa avaliar a adesão ao tratamento e aos regimes de reabilitação, bem como a necessidade de serviços comunitários e sociais, e fazer os encaminhamentos apropriados.

Pontos-chave

- O desenvolvimento adulto envolve de maneira ordenada e sequencial as alterações em características e atitudes pelas quais passam os adultos ao longo do tempo.
- Muitas alterações experimentadas pelos adultos jovens estão relacionadas ao processo natural de maturação e socialização.
- Os adultos jovens estão em um período estável do desenvolvimento físico, exceto no que se refere às mudanças relacionadas à gravidez.
- O desenvolvimento cognitivo continua ao longo dos anos da idade adulta jovem e meia-idade.

- A saúde emocional dos adultos jovens correlaciona-se à capacidade de abordar e resolver problemas pessoais e sociais.
- As mulheres grávidas precisam compreender as alterações fisiológicas que ocorrem em cada trimestre.
- As alterações psicossociais e preocupações de saúde durante a gravidez e o pós-parto afetam os pais, os irmãos e muitas vezes a família extensa.
- A transição da meia-idade começa quando a pessoa se torna consciente de que alterações fisiológicas e psicossociais significam a passagem para outro estágio da vida.
- As alterações cognitivas são raras na meia-idade, exceto nos casos de doença ou trauma físico.
- As alterações psicossociais para adultos de meia-idade geralmente se relacionam à transição de carreira, sexualidade, alterações conjugais, transição familiar e cuidados aos pais idosos.
- As preocupações de saúde dos adultos de meia-idade geralmente envolvem doenças relacionadas ao estresse, avaliação de saúde, adoção de hábitos de saúde positivos e problemas com alfabetismo em saúde.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Com exceção de mulheres grávidas ou lactantes, o adulto jovem geralmente completou o crescimento físico com a idade de:
    1. 18.
    2. 20.
    3. 25.
    4. 30.
2. A enfermeira está completando uma avaliação de um paciente de 24 anos. Após a avaliação, a enfermeira nota que seus

achados físicos e laboratoriais estão dentro dos limites normais. Por causa desses achados, as intervenções de enfermagem são direcionadas para atividades relacionadas a:

1. Instruí-lo a retornar em 2 anos.
2. Educá-lo em uma prevenção secundária.
3. Educá-lo em atividades de promoção de saúde.
4. Implementação da prevenção primária com vacinas.

3. Ao determinar a quantidade de informações que o paciente precisa para tomar decisões sobre o curso prescrito de terapia, muitos fatores afetam sua adesão ao regime, incluindo o nível educacional e fatores socioeconômicos. Que fator adicional afeta a adesão?
   1. Gênero
   2. Estilo de vida
   3. Motivação
   4. Histórico familiar
4. Uma paciente está em trabalho de parto de seu primeiro bebê que está prestes a nascer com 2 semanas de antecedência. Seu marido está nas forças armadas, pode não retornar a tempo, e ambas as famílias não podem ficar com ela durante o parto. O médico decide pedir ajuda a qual das seguintes funcionárias da área de partos como pessoa de apoio presente durante o trabalho de parto?
   1. Enfermeira
   2. Parteira
   3. Geneticista
   4. Doula leiga
5. Um adulto jovem solteiro interage com um grupo de amigos íntimos da faculdade e do trabalho. Eles celebram aniversários e feriados juntos. Além disso, ajudam-se mutuamente a enfrentar muitos fatores de estresse. Esses indivíduos são vistos como:
   1. Família.
   2. Irmãos.
   3. Pais substitutos.

    4. Estrutura da família alternativa.
6. Compartilhar utensílios alimentares com uma pessoa que tem uma doença contagiosa aumenta o risco de doença. Esse tipo de risco de saúde surge de:
    1. Estilo de vida.
    2. Comunidade.
    3. Histórico familiar.
    4. Hábitos de higiene pessoal.
7. Uma mulher de 50 anos tem níveis elevados de colesterol sérico que aumentam seu risco de doença cardiovascular. Um método para controlar esse fator de risco é identificar as tendências atuais de dieta e descrever mudanças alimentares para reduzir o risco. Essa atividade de enfermagem está na forma de:
    1. Encaminhamento.
    2. Aconselhamento.
    3. Educação em saúde.
    4. Técnicas de controle do estresse.
8. Uma mulher executiva, de 34 anos de idade, tem um emprego com frequentes datas-limite. Ela nota que, quando aparecem esses prazos com datas-limite, tende a comer alimentos com alto teor de carboidrato e gordura. Ela também explica que tem frequentes dores de cabeça e dor de estômago nessas ocasiões. A enfermeira fornece uma série de opções para a executiva, e ela escolhe ioga. Nesse cenário, a ioga é usada como:
    1. Encaminhamento em regime ambulatorial.
    2. Técnica de aconselhamento.
    3. Atividade de promoção de saúde.
    4. Técnica de controle do estresse.
9. Um paciente de 50 anos é visto na clínica. Ele diz à enfermeira que perdeu o emprego recentemente e sua esposa de 26 anos pediu o divírcio. Ele apresenta afeto embotado. O histórico familiar revela que seu pai cometeu suicídio aos 53 anos. A enfermeira avalia o seguinte:

    1. Doença cardiovascular
    2. Depressão
    3. Doença sexualmente transmissível
    4. Anemia por deficiência
10. Os adultos de meia-idade frequentemente se veem diante da tentativa de equilibrar as responsabilidades relacionadas a emprego, vida familiar, cuidados às crianças, e cuidados aos pais idosos. As pessoas que se encontram nessa situação são referidas geralmente como fazendo parte de:
    1. A geração sanduíche.
    2. A geração do milênio.
    3. Geração X.
    4. Geração Y.
11. A violência intrafamiliar (VIF) está ligada a quais dos seguintes fatores? (Selecione todos que se aplicam.)
    1. Uso de álcool
    2. Casamento
    3. Gravidez
    4. Desemprego
    5. Uso de drogas
12. As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) continuam a ser o principal problema de saúde em adultos jovens. Homens de 20 a 24 anos de idade apresentam a taxa mais alta de qual IST?
    1. Clamídia
    2. Sífilis
    3. Gonorreia
    4. Herpes-zóster
13. A formação de hábitos de saúde positivos pode prevenir o desenvolvimento de doença crônica em fase avançada da vida. Quais das seguintes alternativas são exemplos de hábitos de saúde positivos? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Triagem de rotina e testes diagnósticos
    2. Atividade sexual desprotegida
    3. Exercício regular

4. Consumo excessivo de álcool
5. Uso racional do cinto de segurança

14. Doença crônica (p. ex., diabetes melito, hipertensão, artrite reumatoide) pode afetar os papéis e responsabilidades de uma pessoa durante a meia-idade. Ao avaliar a base de conhecimento relacionada à saúde do paciente de meia-idade com doença crônica e sua família, a avaliação inclui quais das seguintes alternativas? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. O curso clínico da doença
    2. O prognóstico para o paciente
    3. Estado socioeconômico
    4. Mecanismos de enfrentamento do paciente e família
    5. A necessidade de serviços sociais e comunitários
15. Uma mulher de 45 anos, obesa, diz à enfermeira que deseja perder peso. Após conduzir uma avaliação completa, qual é a conclusão da enfermeira sobre os fatores contribuintes, a seguir, para a obesidade da mulher? (Selecione todos que se aplicam.)
    1. A mulher trabalha em uma posição executiva que exige muito dela.
    2. Uma mulher exercita-se em uma academia corporativa às 5 horas da manhã duas vezes por semana.
    3. A mulher diz que tem pouco tempo para preparar refeições em casa e come fora pelo menos quatro noites por semana.
    4. A mulher diz que tenta consumir alimentos "com pouco colesterol" para ajudar a perder peso.
    5. A mulher diz que sai de férias anualmente para reduzir o estresse.

Respostas: 1. 2; **2.** 3; **3.** 3 **4.** 4; **5.** 1; **6.** 4; **7.** 3; **8.** 4; **9.** 2; **10.** 1; **11.** 1, 3, 4, 5; **12.** 1; **13.** 1, 3, 5; **14.** 1, 2, 4, 5; **15.** 1, 3, 4.

Referências

American Academy of Pediatrics (AAP): *Policy statement: promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian*, 2013, www.pediatrics.aappublications.org/content/131/4/827. Accessed August 1, 2014.

American Society for Reproductive Medicine: *ReproductiveFacts*.org, n.d., http://www.reproductivefacts.org/Templates/SearchResults.aspx?q=Definition%20of%20infertiliy&p=2. Accessed February 8, 2015.

Arnett J. Emerging adulthood: a theory of development from late teens through the twenties. *Am Psychol*. 2000;55(5):469.

Benoit-Bryan J. *National runaway safeline's 2013 reporter's source book on runaway and homeless youth*. Chicago: University of Illinois; 2013.

Bonomi A, et al. Intimate partner violence and neighborhood income: a longitudinal analysis. *Violence Against Women*. 2014;20(1):42.

Derluyn I, et al. Minors travelling alone: a risk group for human trafficking?. *Int Migration*. 2010;48(4):164.

DeWall C, Way B. A new piece to understanding the intimate partner violence puzzle: what role do genetics play?. *Violence Against Women*. 2014;20(4):414.

Diekelmann J. The young adult: the choice is health or illness. *Am J Nurs*. 1976;76:1276.

Dudgeon A, Evanson T. Intimate partner violence in rural U.S. areas: what every nurse should know. *Am J Nurs*. 2014;114(5):26.

Edelman C, et al. *Health promotion throughout the life span*. ed 8 St Louis: Elsevier; 2014.

Erikson E. *Childhood society*. ed 2 New York: WW Norton; 1963.

Erikson E. *The lifecycle completed: a review*. New York: WW Norton; 1982.

Fortinash K, Holoday Worret P. *Psychiatric mental health nursing*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2012.

Gates G: *LGBT parenting in the United States, The Williams Institute*, 2013, www.williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/LGBT-Parenting.pdf. Accessed August 15, 2014.

Grusec J, Hastings P. *Socialization in emerging adulthood, Handbook of socialization: theory and research*. New York: The Guilford Press; 2007.

Havighurst R, Successful aging. Williams RH, et al. ed. *Process of aging*, vol 1. New York: Atherton; 1972.

Huether S, McCance K. *Understanding pathophysiology*. ed 5 St Louis: Mosby; 2013.

Institute for Women's Policy Research (IWPR): *State-by-state rankings and data on indicators of women's social and economic status*, 2012, June 2014a, www.iwpr.org/initiatives/states/state-by-state-rankings-and-data-on-indicators-of-womens-social-and-economic-status-201/view.

Institute for Women's Policy Research (IWPR): *Pay equity & discrimination*, 2014b, www.iwpr.org/initiatives/pay-equity-and-discrimination.

Institute of Medicine (IOM): *Dietary reference intakes: calcium, vitamin D*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.

Jensen L. *Bridging cultural and developmental approaches to psychology: new syntheses in theory, research, and policy*. New York: Oxford University Press; 2011.

Levinson D, et al. *The seasons of a man's life*. New York: Knopf; 1978.

Lin J, et al. Behavioral counseling to promote a healthy lifestyle in persons with cardiovascular risk factors: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2014;161(8):568.

Masters W, Johnson V. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown; 1970.

Murray S, McKinney E. *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. ed 6 St Louis: Saunders; 2014.

Pergamit M, Ernst M. *Runaway youth's knowledge and access of services*. Chicago: The Urban Institute; 2010.

Pew Research Center: *Social networking sites and our lives*, 2011, www.pewinternet.org/files/old-media//Files/Reports/2011/PIP%20-%20Social%20networking%20sites%20and%20our%20lives.pdf/. Accessed August 23, 2014.

Pew Research Center: *Social networking fact sheet*, 2013, www.pewinternet.org/fact-sheets/social-networking-fact-sheet/. Accessed August 23, 2014.

United Nations Office on Drugs and Crime: *Human trafficking FAQs*, n.d., www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/faqs.html. Accessed February 7, 2015.

US Census Bureau: *Income, poverty and health insurance coverage in the United States*: 2012, 2013, http://www.census.gov/prod/2013pubs/p60-245.pdf. Accessed August 15, 2014.

US Census Bureau: *Annual estimates of the resident population for selected age-groups by sex for the United States, States, Counties, and Puerto Rico Commonwealth and Municipios: April 1, 2010* to July 1, 2013, June 24, 2014, factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkmk. Accessed August 23, 2014.

US Department of Health and Human Services (HHS): *Healthy People 2020*, 2011, www.healthypeople.gov/2020. Accessed August 12, 2014.

US Department of Health and Human Services (HHS), Centers for Disease Control

and Prevention (CDC): *Sexually transmitted disease surveillance*, 2012, 2014.

US Department of Labor, Bureau of Labor Statistics: *The 2014-15 occupational outlook handbook*, January 9, 2014, www.bls.gov/ooh. Accessed August 23, 2014.

Referências de pesquisa

Berge J, et al. Associations between relationship status and day-to-day health behaviors and weight among diverse young adults. *Fam Syst Health*. 2014;32(1):67.

Camp J. Postpartum depression 101: teaching and supporting the family. *Int J Childbirth Educ*. 2013;28(4):45.

Dennis C, et al. Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. *Can J Psychiatry*. 2012;57(9):537.

Dennis S, et al. Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Pub Health*. 2012;13:44: http://www.biomedcentral.com/1471-22965/13/44. Accessed February 8, 2015.

Drake E, et al. Online screening and referral for postpartum depression: an exploratory study. *Community Ment Health J*. 2014;50:305.

Glover L, et al. Puerperal psychosis: a qualitative study of women's experiences. *J Reprod Infant Psychol*. 2014;32(3):254.

Guille C, et al. Management of postpartum depression. *J Midwifery Women's Health*. 2013;58(6):643.

Horowitz J, et al. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(3):287.

Jarosinski J, Pollard D. Postpartum depression: perceptions of a diverse sample of low-income women. *Issues Ment Health Nurs*. 2014;35:189.

Liu C, Tronick E. Rates and predictors of postpartum depression by race and ethnicity: results from the 2004 to 2007 New York City PRAMS survey (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System). *Matern Child Health J*. 2013;17:1599.

Manolis A, Doumas M. Antihypertensive treatment and sexual dysfunction. *Curr Hypertens Rep*. 2012; May: 12.

Nicol P, et al. Tertiary paediatric hospital health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *J Clin Nurs*. 2013;22(23–24):3396.

Skinner H, et al. A prospective study of overeating, binge eating, and depressive symptoms among adolescent and young adult women. *J Adolesc Health*. 2012;50:478.

Smink F, et al. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and

mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14:406.

Sorensen K, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80. Accessed February 8, 2015.

Venkatesh K, et al. The relationship between parental stress and postpartum depression among adolescent mothers enrolled in a randomized controlled prevention trial. *Matern Child Health J*. 2014;18(6):1532.

Vranian M, et al. Impact of fitness versus obesity on routinely measured cardiometabolic risk in young, healthy adults. *Am J Cardiol*. 2013;111:991.

Willens D, et al. Association of brief health literacy screening and blood pressure in primary care. *J Health Com: Int Persp*. 2013;18(supp1):129.

14

Idosos

OBJETIVOS

- Identificar mitos e estereótipos comuns sobre idosos.
- Discutir as tarefas comuns de desenvolvimento dos idosos.
- Descrever alterações fisiológicas comuns do envelhecimento.
- Diferenciar delírio, demência e depressão.
- Discutir questões relacionadas a alterações psicossociais do envelhecimento.
- Descrever os aspectos multifacetados dos maus-tratos a idosos.
- Descrever preocupações de saúde selecionadas dos idosos.
- Identificar intervenções de enfermagem relacionadas às alterações fisiológicas, cognitivas e alterações psicossociais do envelhecimento.

TERMOS-CHAVE

Discriminação contra idosos, p. 174
Delírio, p. 179
Demência, p. 179
Depressão, p. 179
Maus-tratos a idosos, p. 187

Enfermagem gerontológica, p. 175
Gerontologia, p. 173
Orientação sobre a realidade, p. 188
Reminiscência, p. 188
Terapia de validação, p. 188

As pessoas com 65 anos estão no limite inferior da "velhice" na política demográfica e social nos Estados Unidos. No entanto, muitos idosos se consideram na "meia-idade" em sua sétima década. A idade cronológica geralmente tem pouca relação com a realidade do envelhecimento para um idoso. Cada pessoa envelhece à sua própria maneira. Cada idoso é único, e como enfermeiro você precisa abordar cada um como um indivíduo.

O número de idosos nos Estados Unidos está crescendo rapidamente. Em 2013, havia 43,1 milhões de adultos com mais de 65 anos nos Estados Unidos, representando 13,7% da população ou um em cada sete americanos (AOA, 2013). Isto representa um aumento de 7,6 milhões ou 21% a partir de 2002. Parte desse aumento é causado pelo aumento do ciclo médio de vida. O envelhecimento da geração *baby boom* e o crescimento do segmento populacional acima de 85 anos contribui para o aumento projetado do número de idosos. Os *baby boomers* nasceram entre 1946 e 1964. Os primeiros *baby boomers* chegaram aos 65 anos em 2011. À medida que o grande número de *baby boomers* envelhece, os programas sociais e de saúde necessários para atender às suas necessidades devem reformular drasticamente os seus serviços. A diversidade da população com mais de 65 anos também está crescendo. Em 2012, as minorias (afro-americanos, hispânicos, asiáticos, índios/esquimós/aleútes americanos e outros ilhéus do Pacífico) compunham 21% da população com mais de 65 anos (AOA, 2013). Como enfermeira, você precisa considerar a diversidade cultural ao cuidar de idosos. O desafio é ganhar novos conhecimentos e habilidades para prestar cuidados culturalmente sensíveis e linguisticamente apropriados (Cap. 9).

Variabilidade entre idosos

Os cuidados de enfermagem aos idosos apresentam desafios especiais por causa da grande variação em sua saúde fisiológica, cognitiva e psicossocial. Também ocorre ampla variação nos níveis de capacidade funcional dos idosos. A maioria dos idosos é ativa, além de serem membros participantes de suas comunidades. Um número menor perdeu a capacidade de cuidar de si mesmos, são confusos ou fechados em si mesmos e/ou incapazes de tomar decisões referentes às suas necessidades. A maioria dos idosos vive em ambientes não institucionais. Em 2012, 57% dos idosos não institucionalizados viviam com o cônjuge (45% das mulheres idosas, 71% dos idosos) (AOA, 2013), 28% viviam sozinhos (35% das mulheres idosas, 19% dos idosos); e somente 3,5% de todos os idosos viviam em instituições como os centros de enfermagem ou as casas de repouso.

O envelhecimento não leva automaticamente à incapacidade e dependência. A maioria dos idosos permanece funcionalmente independente apesar da crescente prevalência de doença crônica. A coleta de dados de enfermagem fornece valiosos indícios sobre os efeitos de uma doença ou condição sobre o estado funcional do paciente. As condições crônicas somam-se à complexidade de uma avaliação e aos cuidados ao idoso. A maioria dos idosos tem pelo menos uma condição crônica, e muitos têm múltiplas afecções. Os aspectos físicos e psicossociais do envelhecimento estão estreitamente relacionados. A reduzida capacidade de responder ao estresse, a experiência de múltiplas perdas e as alterações físicas associadas ao envelhecimento normal se combinam para pôr as pessoas em alto risco de doença e deterioração funcional. Embora a interação desses fatores físicos e psicossociais geralmente seja séria, a enfermeira não deve presumir que todos os idosos tenham sinais, sintomas ou comportamentos que representam doença e declínio, ou que estes sejam apenas fatores que ela precisa avaliar. Também é necessário que ela identifique os pontos fortes e as habilidades do idoso durante a avaliação e incentivar a independência como parte integrante de seu

plano de cuidados (Kresevic, 2012).

Mitos e estereótipos

Apesar da pesquisa em andamento no campo da **gerontologia**, persistem os mitos e os estereótipos sobre os idosos. Estes mitos e estereótipos incluem falsas ideias sobre as características e estilos de vida físicos e psicossociais dos idosos. Quando os profissionais de saúde mantêm estereótipos negativos sobre o envelhecimento, sua ação geralmente afeta de maneira negativa a qualidade dos cuidados ao paciente. Embora as enfermeiras sejam suscetíveis a esses mitos e estereótipos, elas têm a responsabilidade de substituí-los por informações acuradas.

Algumas pessoas fazem o estereótipo dos idosos como doentes, incapacitados e sem atrativos físicos. Outras acreditam que eles são esquecidos, confusos, rígidos, entediados e pouco amigáveis, além de serem incapazes de compreender e aprender novas informações. Todavia, os especialistas no campo da gerontologia veem os centenários como os mais velhos dos velhos, como aqueles que possuem um ponto de vista otimista na vida, boas memórias, amplos contatos e interesses sociais, assim como tolerância para com os outros. Embora as alterações na visão ou audição e a reduzida energia e resistência algumas vezes afetem o processo de aprendizagem, os idosos são aprendizes por toda a vida.

Os estereótipos sobre os estilos de vida geralmente incluem ideias errôneas sobre a organização da vida e das finanças. As concepções errôneas sobre o estado financeiro variam desde as crenças de que muitos são ricos até as crenças de que muitos são pobres. De acordo com o U.S. Census Bureau, apenas 9,5% das pessoas com mais de 65 anos tinham rendas abaixo do nível de pobreza. Mulheres idosas referem uma renda significativamente mais baixa do que os homens. As taxas de pobreza para as mulheres idosas são de 11,6%, em comparação com os homens idosos, em 6,8% (U.S. Census Bureau, 2014).

Em uma sociedade que valoriza a atratividade, a energia e a juventude, esses mitos e estereótipos levam à subestimação dos

idosos. Algumas pessoas equiparam valor com produtividade; portanto elas acham que os idosos se tornam sem valor depois de deixarem a força de trabalho. Outros consideram seu conhecimento e experiência muito desatualizados para ter qualquer valor atual. Essas ideias demonstram **discriminação contra idosos**, por causa do crescente envelhecimento, da mesma forma que as pessoas racistas e sexistas discriminam por causa da cor da pele e do gênero. De acordo com os especialistas na área da gerontologia, a discriminação contra idosos tipicamente mina a autoconfiança dos idosos, limita seu acesso aos cuidados e distorce a compreensão dos cuidadores sobre a condição única de cada idoso. A enfermeira sempre deve promover uma percepção positiva referente ao processo de envelhecimento quando estabelecer relacionamentos terapêuticos e mostrar respeito aos idosos.

As leis americanas atuais banem a discriminação com base na idade. O poder econômico e político dos idosos desafia as visões discriminativas. Os idosos representam uma significativa proporção da economia de consumo. Como eleitores e ativistas em várias questões, eles exercem importante influência na formação da política pública. Sua participação acrescenta uma perspectiva única sobre as questões sociais, econômicas e tecnológicas, porque tiveram a experiência de quase um século de desenvolvimentos. Nos últimos 100 anos, nossa nação progrediu do transporte em carruagens puxadas a cavalo até o acompanhamento das aventuras da estação espacial internacional. As lâmpadas a gás e a energia a vapor foram substituídas pela eletricidade e energia nuclear. Computadores e máquinas copiadoras substituíram a máquina de escrever e o papel-carbono. Muitos idosos viveram ou nasceram durante a Grande Depressão de 1929. Eles também passaram por duas guerras mundiais e guerras na Coreia, Vietnã e Golfo Pérsico, e agora vivem a experiência da guerra do terrorismo. Eles viram as mudanças nos cuidados de saúde quando a era do médico de família deu lugar à era da especialização. Depois de testemunhar as iniciativas do governo para estabelecer o sistema de Seguro Social, *Medicare* e *Medicaid*, os idosos estão vivendo atualmente as alterações impostas pela reforma

nos cuidados à saúde e a incerteza do futuro do Seguro Social e do *Medicare*. Vivendo durante todos esses eventos e mudanças, eles têm histórias e exemplos a compartilhar sobre como enfrentar a mudança.

Atitudes das enfermeiras em relação aos idosos

É importante que a enfermeira avalie suas próprias atitudes em relação aos idosos; seu próprio envelhecimento; e o envelhecimento de sua família, amigos e pacientes. As atitudes das enfermeiras são provenientes das experiências pessoais com idosos, educação, experiências de emprego e atitudes dos colegas de trabalho e instituições empregadoras. Devido ao número crescente de idosos em instituições de saúde, a formação de atitudes positivas para com eles e a aquisição de conhecimento especializado sobre o envelhecimento e as necessidades de saúde dos idosos são prioridades para todas as enfermeiras. Atitudes positivas são baseadas em parte na descrição realista das características e necessidades de cuidados de saúde dos idosos. É essencial que você respeite os idosos e envolva-os ativamente nas decisões e atividades dos cuidados. No passado, instituições como hospitais e centros de enfermagem geralmente tratavam os idosos como objetos em vez de pessoas independentes e dignas. Chegou a hora de as enfermeiras reconhecerem e abordarem a discriminação contra idosos por meio de questionamento das atitudes negativas e estereótipos prevalentes e reforçando as realidades do envelhecimento, já que elas cuidam de idosos em todas as situações de cuidados.

Tarefas de desenvolvimento para idosos

As teorias do envelhecimento estão estreitamente ligadas ao conceito de tarefas de desenvolvimento apropriadas para os diferentes estágios da vida (Cap. 11). Embora dois indivíduos não envelheçam da mesma maneira, seja biológica ou psicossocialmente, os pesquisadores desenvolveram sistemas de descrição das tarefas de desenvolvimento para idosos (Quadro 14-1). Essas tarefas de desenvolvimento são comuns a muitos idosos e estão associadas a graus variáveis de mudança e perda. As perdas mais comuns são de saúde, de pessoas significativas, do senso de ser útil, socialização, renda e vida independente. O modo de se ajustar às mudanças do envelhecimento é altamente individualizado em idosos. Para alguns, a adaptação e o ajuste são relativamente fáceis. Para outros, enfrentar as mudanças do envelhecimento requer a assistência da família, amigos e profissionais de saúde. A enfermeira deve ser sensível ao efeito das perdas nos idosos e suas famílias e estar preparadas para oferecer apoio.

Quadro 14-1 Tarefas de Desenvolvimento para Idosos

- Ajustar-se a uma saúde e força física em declínio
- Ajustar-se à aposentadoria e a uma renda fixa ou reduzida
- Ajustar-se à morte de um cônjuge, de filhos, irmãos, amigos
- Aceitar-se como uma pessoa idosa
- Manter arranjos de vida satisfatórios
- Redefinir os relacionamentos com os filhos adultos e irmãos
- Encontrar maneiras de manter a qualidade de vida

Os idosos precisam se ajustar às mudanças físicas que acompanham o envelhecimento. A extensão e o momento dessas mudanças variam

nos indivíduos, mas, à medida que os sistemas corporais envelhecem, ocorrem mudanças na sua aparência e no funcionamento. Essas mudanças não estão associadas à doença; elas são normais. A presença de doença algumas vezes altera o momento das mudanças ou o seu impacto na vida diária. A seção sobre mudanças fisiológicas descreve as mudanças estruturais e funcionais do envelhecimento.

Alguns idosos, tanto homens como mulheres, acham difícil aceitar o envelhecimento. Isto é aparente quando diminuem a idade quando indagados, adotam estilos de vida mais jovens de vestuário, ou tentam esconder a evidência física do envelhecimento com cosméticos. Outros negam seu envelhecimento de modos potencialmente problemáticos. Por exemplo, alguns idosos negam os declínios funcionais e se recusam a pedir ajuda para as tarefas, pondo em grande risco a sua segurança. Outros evitam atividades destinadas ao seu benefício, como centros de idosos e atividades de promoção de saúde para idosos, e assim não recebem os benefícios oferecidos por esses programas. A aceitação do envelhecimento pessoal não significa recuar para a inatividade, mas requer de fato uma revisão realista dos pontos fortes e limitações.

Os idosos aposentados do emprego fora de casa precisam enfrentar a perda de um papel ocupacional. Idosos que trabalhavam em casa e cujos cônjuges trabalhavam fora também se deparam com mudanças de papel. Alguns dão as boas-vindas à aposentadoria como um momento de procura de novos interesses e passatempos, de serem voluntários em sua comunidade, continuar sua educação, ou iniciar uma nova carreira. Os planos de aposentadoria, para outros, incluem mudança de residência em uma cidade ou estado diferente ou um tipo diferente de moradia dentro da mesma área. Outras razões, além da aposentadoria, também levam a mudanças de residência. Por exemplo, comprometimentos físicos algumas vezes requerem a mudança para um centro de enfermagem ou casa térrea menor. A mudança nos arranjos de vida para o idoso geralmente requere um período extenso de ajuste, durante o qual são necessários assistência e apoio de profissionais de saúde, amigos e membros da família.

A maioria dos idosos enfrenta a morte de um cônjuge. Em 2013,

36% de todas as mulheres idosas eram viúvas, e 12% dos idosos eram viúvos (AOA, 2013). Alguns idosos devem enfrentar a morte de filhos adultos e netos. Todos têm a experiência das mortes de amigos. Essas mortes não apenas representam perdas, mas também lembretes da própria morte. Muitas vezes, concordar com isso é difícil. Ao ajudar os idosos por meio do processo de luto (Cap. 37), a enfermeira os ajuda a resolver os problemas representados pelas mortes das pessoas próximas a eles.

A redefinição dos relacionamentos com os filhos, que ocorreu à medida que eles cresciam e saíam de casa, continua quando os idosos passam pelos desafios do envelhecimento. Algumas vezes ocorrem vários problemas, incluindo o controle da tomada de decisões, dependência, conflito, culpa e perda. A maneira como esses problemas vêm à tona nas situações e como eles são resolvidos dependerá em parte do relacionamento passado entre o idoso e seus filhos adultos. Todas as partes envolvidas têm experiências passadas e fortes emoções. Quando os filhos adultos se tornam os cuidadores dos pais, eles têm de encontrar maneiras de contrabalançar as demandas de seus próprios filhos e carreiras com os muitos desafios de uma família cuidadora. À medida que os filhos adultos e os pais idosos negociam os aspectos da mudança de papéis, as enfermeiras estão em posição de agir como conselheiras de toda a família. Ajudar os idosos a manter sua qualidade de vida geralmente é uma prioridade. O que define a qualidade de vida é algo exclusivo de cada pessoa.

Serviços de saúde comunitários e institucionais

Como enfermeira, você encontrará pacientes idosos em uma ampla variedade de ambientes de saúde comunitários e institucionais. Fora do ambiente de cuidados agudos do hospital as enfermeiras cuidam de idosos em casas e apartamentos particulares, comunidades de aposentados, centros de creches para adultos, instituições de vida assistida e centros de enfermagem (cuidados estendidos, cuidados intermediários e centros especializados de enfermagem). O Capítulo 2 descreve em detalhes essas instituições e os serviços prestados.

As enfermeiras ajudam os idosos e suas famílias dando informações e respondendo a perguntas quando eles fazem escolhas entre as opções de cuidados. Sua assistência é especialmente valiosa quando os pacientes e as famílias precisam tomar decisões sobre a mudança para um centro de enfermagem. Alguns cuidadores familiares consideram a colocação do idoso em um centro de enfermagem quando os cuidados em casa ou a convalescença (recuperação) se tornam cada vez mais difíceis e quando a hospitalização requer assistência maior do que a família é capaz de prestar. Embora a decisão de entrar em um centro de enfermagem nunca seja final e o indivíduo residente do centro de enfermagem algumas vezes receba alta para casa, ou para outra instituição de cuidados menos agudos, muitos idosos veem o centro de enfermagem como a sua residência final. Os resultados de inspeções estaduais e federais americanas nos centros de enfermagem estão disponíveis para centros públicos de enfermagem, *on-line* e nos escritórios dos inspetores. A melhor maneira de avaliar a qualidade de um centro de enfermagem em uma comunidade é por meio da visita do paciente e da família à instituição para fazer uma inspeção pessoal. Os *Centers for Medicare* e *Medicaid* (*site* do CMS http://www.Medicare.gov/NHcompare) são um excelente recurso para a enfermeira se informar sobre a classificação da qualidade de um centro de enfermagem com base nas inspeções de saúde, equipe e

medidas da qualidade da instituição. Eles também oferecem uma lista de centros de enfermagem. O Quadro 14-2 resume algumas características a serem procuradas em um centro de enfermagem.

Quadro 14-2

Foco em idosos

Seleção de um Centro de Enfermagem ou Casa de Repouso

Um passo importante no processo de seleção de um centro de enfermagem é por meio de uma visita. Uma casa de repouso de qualidade tem as seguintes características:

- Não se assemelha a um hospital. É uma casa, um lugar onde as pessoas vivem. Os residentes são incentivados a personalizar seus quartos. A privacidade é respeitada.
- É certificado pelo *Medicare* e *Medicaid*.
- Possui uma equipe adequada de funcionários qualificados que foram submetidos a verificações criminais por meio de certificado de antecedentes.
- Presta cuidados de qualidade, além de assistência com atividades básicas da vida diária, como para banhar-se, vestir-se, comer, higiene oral e toalete. Os funcionários auxiliam regularmente os residentes nas atividades sociais e recreacionais.
- Oferece alimentos de qualidade e opções de horários de refeições.
- Recebe as famílias quando elas visitam a instituição. Caso as famílias desejem dar informações, fazer perguntas, participar do planejamento dos cuidados ou ajudar nas atividades sociais ou cuidados físicos, os funcionários sempre incentivam o envolvimento da família.
- É limpo. Não há odores penetrantes na instituição. O ambiente "assemelha-se a uma casa".
- Proporciona a comunicação ativa entre os funcionários e o

paciente e a família.

- Atende rapidamente aos pedidos dos residentes. Os funcionários estão ativamente envolvidos na assistência aos residentes. Seu foco está na pessoa, e não na tarefa.

Modificado de Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): *Your guide to choosing a nursing home or other long-term care*, Baltimore, MD, 2013, CMS, http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02174.pdf. Acessado em: 25 mar. 2015.

Avaliação das necessidades dos idosos

A **enfermagem gerontológica** requer abordagens criativas para maximizar o potencial dos idosos. Com as informações de uma avaliação abrangente acerca dos pontos fortes, as limitações e recursos, a enfermeira e os idosos identificam as necessidades e os problemas em conjunto. A enfermeira seleciona as intervenções com os idosos para manter as capacidades físicas e criar ambientes para o bem-estar psicossocial e espiritual deles (Cap. 36). Para completar uma coleta de dados minuciosa, envolva ativamente os idosos e permita-lhes um tempo adequado, para possibilitar que eles compartilhem importantes informações sobre saúde.

A avaliação de enfermagem leva em consideração três pontos-chave para assegurar uma abordagem específica da idade: (1) a inter-relação entre os aspectos físicos e psicossociais do envelhecimento, (2) os efeitos da doença e da incapacidade no estado funcional, e (3) a adaptação da avaliação de enfermagem a um idoso (Meiner, 2015). A avaliação abrangente de um idoso leva mais tempo do que a de um adulto jovem em razão de uma vida e um histórico médico mais longos, assim como pela potencial complexidade do histórico. Durante o exame físico, a enfermeira deve permitir períodos de repouso, conforme necessário, ou conduzir a avaliação em várias sessões, caso o paciente tenha pouca energia ou resistência limitada. Lembre-se de revisar cuidadosamente tanto as medicações prescritas como as de venda livre com cada paciente.

As alterações sensoriais do paciente também afetam a reunião de dados. A escolha de técnicas de comunicação pela enfermeira depende do comprometimento visual ou auditivo do idoso. Se o idoso for incapaz de compreender as dicas visuais ou auditivas da enfermeira, os dados coletados provavelmente serão imprecisos ou enganosos, levando-o a concluir incorretamente que o idoso está confuso. Quando o paciente apresenta comprometimento auditivo,

fale-lhe diretamente em tons claros, graves e desloque-se para uma área silenciosa a fim de reduzir o ruído de fundo. Ao cuidar de pessoas com comprometimentos visuais, sente-se ou posicione-se ao nível dos olhos delas e olhe-as de frente. Sempre as incentive ao uso de aparelhos auxiliares, como óculos e aparelhos auditivos. O Capítulo 49 explica em detalhes as técnicas a serem usadas para a comunicação com idosos com deficiências sensoriais.

As deficiências de memória, se presentes, afetam a precisão e a integralidade da coleta de dados da enfermeira. Algumas vezes são necessárias as informações dadas por um membro da família ou outro cuidador para suplementar a memória do idoso de eventos médicos passados bem como informações sobre os hábitos atuais de autocuidados, adesão à medicação e histórico de alergias e imunizações. A enfermeira deve usar de tato ao envolver outra pessoa em sua entrevista de avaliação do paciente. O participante adicional suplementa as informações com o consentimento do idoso, mas este continua a ser a fonte principal da entrevista.

Em todos os aspectos de uma avaliação, a enfermeira é responsável pela prestação de cuidados culturalmente competentes. Sua habilidade em reconhecer e processar os próprios preconceitos, relacionados à discriminação de pessoas idosas, normas sociais e racismo, afeta a habilidade da enfermeira em prestar cuidados culturalmente competentes. No Capítulo 9 é apresentada uma descrição detalhada dos componentes de uma avaliação cultural. Durante a avaliação, tenha cuidado ao interpretar os sinais e sintomas de doenças e os valores laboratoriais. Historicamente, os pesquisadores usaram populações jovens para estabelecer esses sinais e normas. No entanto, os sinais e sintomas clássicos das doenças às vezes estão ausentes, embotados ou são atípicos em idosos (Smith e Cotter, 2012). Isto é especialmente verdadeiro nos casos de infecção bacteriana, dor, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca. O mascaramento de uma doença é causado possivelmente por alterações relacionadas ao envelhecimento nos sistemas de órgãos e mecanismos homeostáticos, perda progressiva de reservas fisiológicas e funcionais, ou condições agudas ou crônicas coexistentes. Como resultado, o

idoso com uma infecção do trato urinário (ITU) algumas vezes apresenta confusão, incontinência e apenas uma ligeira elevação da temperatura corporal (dentro dos limites normais), em vez de ter febre, disúria, frequência ou urgência. Alguns idosos com pneumonia têm taquicardia, taquipneia e apresentam confusão com diminuição do apetite e do funcionamento, sem os sintomas mais comuns de febre e tosse produtiva. Em vez da dor torácica subesternal compressiva e diaforese, alguns idosos apresentam um súbito início de dispneia geralmente acompanhada de ansiedade e confusão quando têm um infarto do miocárdio. As variações das normas habituais nos valores laboratoriais às vezes são causadas por alterações relacionadas ao envelhecimento nas funções cardíaca, pulmonar, renal e metabólica.

É importante identificar os indicadores iniciais da doença aguda em idosos. Note as alterações do estado mental, ocorrência de quedas e razão para isso, desidratação, diminuição do apetite, perda de função, tontura e incontinência porque esses sintomas não estão presentes frequentemente em adultos jovens. Um princípio-chave na prestação de cuidados de enfermagem apropriados para a idade é a rápida detecção desses sinais cardeais de doença para que se possa iniciar um tratamento precoce (Quadro 14-3). As alterações do estado mental geralmente ocorrem como resultado de doença e problemas psicológicos. Algumas alterações mentais muitas vezes se relacionam a medicamentos, causadas por toxicidade ou eventos adversos do fármaco. As quedas são complexas e geralmente causam lesão. Algumas vezes, são onerosas e podem ser um evento comum para idosos. A enfermeira precisa investigar cada queda cuidadosamente para descobrir se resultou de causas ambientais ou é o sintoma de uma doença de início recente. Às vezes, os problemas dos sistemas corporais cardíaco, respiratório, musculoesquelético, neurológico, urológico e sensorial apresentam a queda como o principal sintoma de uma condição de início recente. A desidratação é comum em idosos por causa da diminuição da ingestão oral de líquidos relacionada a reduzida resposta à sede e menos água livre em consequência de diminuição da massa muscular. Quando o vômito e a diarreia acompanham o início de uma doença aguda, o idoso está em risco

maior de desidratação. A diminuição do apetite é um sintoma comum ao início de pneumonia, insuficiência cardíaca e ITU. A perda de capacidade funcional ocorre de maneira sutil por algum tempo; ou ocorre subitamente, dependendo de uma causa de base. Doença tireóidea, infecção, condições cardíacas ou pulmonares, distúrbios metabólicos e anemia são as causas comuns de declínio funcional. A enfermeira tem um papel essencial na identificação precoce, encaminhamento e tratamento dos problemas de saúde.

Quadro 14-3 Exemplos de Apresentação Alterada de Doenças em Idosos que Ocorrem em Várias Instituições de Saúde

Hospital

- A confusão não é inevitável. Procure por uma doença aguda, eventos neurológicos, novos medicamentos, ou a presença de fatores de risco para delírio.
- Muitos idosos hospitalizados sofrem de desidratação crônica exacerbada pela doença aguda.
- Nem todos os idosos têm febres com infecção. Em vez disso, os sintomas incluem aumento da frequência respiratória, quedas, incontinência ou confusão.

Casas de Repouso

- Os profissionais de saúde geralmente tratam de maneira inadequada a dor em idosos, especialmente aqueles com demência. Procure por indícios não verbais ou presença de dor, como caretas ou resistência aos cuidados.
- O declínio da capacidade funcional (ainda que pequeno, como incapacidade de sentar-se em uma cadeira) é um sinal de doença de início recente.
- Os residentes com menos massa muscular – tanto os frágeis como os obesos – estão em risco muito maior de toxicidade por fármacos

ligados à proteína, como a fenitoína (Dilantin e outros) e varfarina (Coumadin e outros).

- A incontinência urinária e/ou fecal recente geralmente é um sinal de uma doença de início recente.

Cuidados Ambulatoriais

- Queixas de fadiga ou redução da capacidade para realizar as atividades habituais geralmente são sinais de anemia, problemas tireóideos, depressão ou problemas neurológicos ou cardíacos.
- Os problemas gastrintestinais graves em idosos nem sempre apresentam os mesmos sintomas agudos vistos nos pacientes jovens. Pergunte sobre constipação, sensações de cãibras e alterações nos hábitos intestinais.
- Os idosos que relatam aumento de dispneia e confusão, especialmente aqueles com história cardíaca, precisam ir para o departamento de emergência porque estas são as manifestações mais comuns de infarto do miocárdio nessa população.
- A depressão é comum em idosos com doenças crônicas. Observe quanto à falta de interesse nas atividades anteriores, perdas pessoais significativas ou mudanças de papel ou na vida doméstica.

Cuidados Domiciliares

- Investigue todas as quedas, com foco no equilíbrio, força da extremidade inferior, marcha e problemas neurológicos (p. ex., perda de sensação).
- Monitore os idosos com doença cardíaca em estágio terminal, sendo a perda de apetite um sintoma precoce de iminente insuficiência cardíaca.
- As interações entre medicamentos e entre medicamentos e alimentos em pacientes idosos que estão se consultando com mais de um profissional de saúde e tomando múltiplos medicamentos são comuns. Observe quanto a sinais de interações.

Alterações Fisiológicas

A percepção de bem-estar define a qualidade de vida. Compreender as percepções do idoso sobre o estado de saúde é essencial para uma avaliação acurada e o desenvolvimento de intervenções clinicamente relevantes. Seus conceitos de saúde dependem geralmente de percepções pessoais da capacidade funcional. Portanto, os idosos envolvidos em atividades da vida diária (AVDs) geralmente se consideram saudáveis; enquanto aqueles que têm comprometimentos físicos, emocionais ou sociais que limitam suas atividades percebem-se como doentes.

Algumas alterações fisiológicas frequentemente observadas em idosos são normais (Tabela 14-1). As mudanças nem sempre são processos patológicos por si sós, mas tornam os idosos mais vulneráveis a algumas condições e doenças clínicas comuns. Alguns idosos passam por todas essas mudanças, enquanto outros só experimentam algumas delas. O corpo se altera continuamente com a idade; e efeitos específicos em determinados idosos dependem da saúde, estilo de vida, estressores e condições ambientais. A enfermeira precisa entender essas mudanças normais, mais comuns, para prestar cuidados apropriados para os idosos e ajudar na adaptação deles às alterações associadas.

Tabela 14-1

Mudanças Fisiológicas Comuns com o Envelhecimento

Sistema	Alterações Comuns
Tegumentar	Perda de elasticidade da pele com a perda de gordura nas extremidades; alterações na pigmentação; atrofia glandular (óleo, umidade, glândulas sudoríparas); afinamento do cabelo, mudança da cor do cabelo de escuro para grisalho (pelos faciais: diminuição em homens, aumento nas mulheres); diminuição do crescimento das unhas; atrofia das arteríolas epidérmicas
Respiratório	Diminuição do reflexo da tosse; diminuição dos cílios; aumento do diâmetro anterior-posterior do tórax; aumento da rigidez da parede torácica; menos alvéolos, maior resistência das vias aéreas; aumento de risco de infecções respiratórias
Cardiovascular	Espessamento das paredes dos vasos sanguíneos, estreitamento do lúmen dos vasos, perda de elasticidade dos vasos, débito cardíaco mais lento, redução do número de fibras do músculo cardíaco, redução da elasticidade e calcificação das valvas

	cardíacas, redução da sensibilidade do barorreceptor, menor eficiência das valvas venosas, aumento da tensão vascular pulmonar, elevação da pressão arterial sistólica, diminuição da circulação periférica
Gastrintestinal	Doença periodontal; diminuição da saliva, secreções gástricas e enzimas pancreáticas; alterações da musculatura lisa com redução do peristaltismo e da motilidade do intestino delgado; atrofia gástrica; menos produção do fator intrínseco; elevação do pH estomacal; perda da musculatura lisa do estômago; hemorroidas; prolapso retal e comprometimento da sensação retal
Musculoesquelético	Diminuição da massa e força muscular, descalcificação dos ossos, alterações articulares degenerativas, desidratação dos discos intervertebrais, aumento do tecido adiposo
Neurológico	Degeneração das células nervosas, redução dos neurotransmissores, diminuição da velocidade de condução dos impulsos
Sensorial	
Olhos	Diminuição da acomodação da visão de perto/longe (presbiopia), dificuldade em se ajustar à mudança da escuridão para a claridade, amarelamento do cristalino, alteração da percepção de cores, maior sensibilidade à luminosidade, pupilas menores
Ouvidos	Perda de acuidade aos tons de alta frequência (presbiacusia), espessamento da membrana timpânica, esclerose do ouvido interno, acúmulo de cera (cerume)
Paladar	Geralmente diminuído; muitas vezes com menos papilas gustativas
Olfato	Geralmente diminuído
Tato Propriocepção	Diminuição dos receptores cutâneos Diminuição da percepção da localização espacial do corpo
Geniturinário	Menos néfrons, diminuição de 50% no fluxo de sangue renal aos 80 anos, redução da capacidade da bexiga Homens – aumento da próstata Mulheres – redução do tônus do esfíncter
Reprodutivo	Homens – diminuição na contagem de espermatozoides, testículos menores, ereções menos firmes com desenvolvimento de lentidão Mulheres – diminuição da produção de estrógeno, degeneração dos ovários, atrofia da vagina, útero, mamas
Endócrino	Geral – alterações na produção hormonal com redução da capacidade de responder ao estresse Tireoide – diminuição das secreções Cortisol, glicocorticoides – aumento do hormônio anti-inflamatório Pâncreas – aumento de fibrose, diminuição da secreção das enzimas e hormônios, diminuição da sensibilidade à insulina
Sistema Imune	Diminuição de tamanho e volume do timo Diminuição da função das células T Elevação reduzida da temperatura central

Modificada de Jett K: Physiological changes. In Touhy T, Jett K: *Ebersole e Hess' gerontological nursing and healthy aging,* 4. ed., St Louis, 2014, Mosby.

Pesquisa Geral

A pesquisa geral da enfermeira começa durante o encontro inicial

enfermeira-paciente e inclui uma rápida, mas cuidadosa, avaliação céfalo-caudal do idoso que é documentada em uma breve descrição (Cap. 31). Uma inspeção inicial revela se o contato ocular e a expressão facial são apropriados para a situação e se estão presentes as alterações universais do envelhecimento (p. ex., rugas faciais, cabelos grisalhos, perda de massa corporal nas extremidades, aumento da massa corporal no tronco).

Sistema Tegumentar

Com o envelhecimento, a pele perde a elasticidade e a umidade. A camada epitelial afina-se, e as fibras elásticas de colágeno se encolhem e se tornam rígidas. As rugas no rosto e no pescoço refletem os padrões constantes de atividade muscular e expressões faciais, a força da gravidade sobre o tecido e a diminuição da elasticidade. Manchas e lesões geralmente estão presentes na pele. Manchas castanhas, lisas, de formato irregular (manchas ou lentigem senil) inicialmente aparecem no dorso das mãos e nos antebraços. Angiomas pequenos, redondos, vermelhos ou marrom-avermelhados ocorrem no tronco. Lesões seborreicas ou queratoses aparecem como lesões aquosas marrons, irregulares, redondas ou ovais. Anos de exposição solar contribuem para o envelhecimento da pele e levam a lesões pré-malignas e malignas. A enfermeira precisa descartar essas três malignidades relacionadas à exposição solar, ao examinar as lesões na pele: melanoma, carcinomas basocelular e espinocelular (Cap. 31).

Cabeça e Pescoço

Os traços faciais de um idoso algumas vezes se tornam mais pronunciados por perda de gordura subcutânea e de elasticidade da pele. Os traços faciais parecem assimétricos por causa dos dentes ausentes ou dentaduras mal-adaptadas. Além disso, as mudanças de voz, comuns, incluem elevação do tom e perda de potência e amplitude.

A acuidade visual diminui com o envelhecimento. Esta é, muitas vezes, o resultado de dano retiniano, redução do tamanho da pupila,

desenvolvimento de opacidades no cristalino, ou perda de sua elasticidade. A presbiopia, o declínio progressivo da capacidade de acomodação dos olhos ao mudar da visão de perto para a visão de longe, é comum. A capacidade de enxergar na escuridão e se adaptar a mudanças abruptas das áreas escuras para as claras (e o contrário) está reduzida. É necessária mais luz ambiental para realizar tarefas tais como ler e outras AVDs. Os idosos têm maior sensibilidade aos efeitos da claridade. As pupilas ficam menores e reagem de forma mais lenta. Os objetos parecem sem brilho, mas os idosos têm dificuldade quando saem de ambientes luminosos e vão para ambientes escuros. Alterações na visão colorida e a descoloração do cristalino dificultam a distinção entre os tons de azul e verde e entre os tons de pastel. Cores escuras, como azul e preto, parecem os mesmos. As doenças oculares do idoso incluem catarata, degeneração macular, retinopatia diabética e descolamento da retina. As cataratas, a perda de transparência do cristalino, são um distúrbio prevalente em idosos. Normalmente resultam em visão turva, sensibilidade à claridade e perda gradual da visão. O Capítulo 49 destaca as intervenções de enfermagem para auxiliar os pacientes a se adaptar às suas alterações visuais.

As alterações auditivas geralmente são sutis. Na maior parte do tempo, os idosos ignoram os primeiros sinais de perda auditiva até que amigos e membros da família comentem sobre suas tentativas compensatórias, como aumentar o volume da televisão ou evitar conversas sociais. Uma alteração comum relacionada à idade na acuidade auditiva é a presbiacusia. A presbiacusia afeta a capacidade de ouvir sons agudos e a fala em uma conversação, e é tipicamente bilateral, afetando mais os homens do que as mulheres. Antes de presumir que se trate de presbiacusia, é necessário que a enfermeira inspecione o canal auditivo externo quanto à presença de cerume. O cerume impactado, uma causa comum de diminuição da acuidade auditiva, é fácil de tratar.

A secreção salivar está reduzida, e as papilas gustativas se atrofiam e perdem a sensibilidade. O idoso é menos capaz de diferenciar entre os paladares salgado, doce, azedo e amargo. O sentido do olfato

também diminui, reduzindo mais o paladar. Condições de saúde, tratamentos e/ou medicações geralmente alteram o paladar. Muitas vezes, é um desafio promover uma nutrição ideal para um paciente idoso por causa da perda do olfato e alterações do paladar.

Tórax e Pulmões

Por causa das alterações no sistema musculoesquelético, algumas vezes a configuração do tórax se altera. A força do músculo respiratório começa a diminuir, e o diâmetro anteroposterior do tórax aumenta. Alterações vertebrais causadas por osteoporose levam à cifose dorsal, que é a curvatura da espinha torácica. A calcificação da cartilagem costal causa redução da mobilidade das costelas. A parede torácica se torna gradualmente mais rígida. A expansão pulmonar diminui, e a pessoa tem menos capacidade de tossir profundamente. Se a cifose ou a doença pulmonar obstrutiva crônica estiver presente, os sons respiratórios se tornam distantes. Com essas alterações, o idoso é mais suscetível à pneumonia e outras infecções bacterianas ou virais.

Coração e Sistema Vascular

A diminuição da força contrátil do miocárdio resulta em diminuição do débito cardíaco. A diminuição é significativa quando o idoso experimenta ansiedade, excitação, doença ou realiza atividade extenuante. O corpo tenta compensar a diminuição do débito cardíaco, aumentando a frequência cardíaca durante o exercício. No entanto, após o exercício, leva mais tempo para a frequência retornar à linha basal no idoso. As pressões sanguíneas sistólica e/ou diastólica algumas vezes são anormalmente altas. Embora a hipertensão seja uma condição crônica comum, não constitui uma alteração normal do envelhecimento e predispõe os idosos à insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, doença arterial coronariana e doença vascular periférica.

Os pulsos periféricos frequentemente ainda são palpáveis, porém mais fracos nas extremidades inferiores. Os idosos algumas vezes se

queixam de que suas extremidades inferiores são frias, particularmente à noite. Alterações nos pulsos periféricos nas extremidades superiores são menos comuns.

Mamas

À medida que a produção de estrógeno diminui, os ductos do leite das mamas são substituídos por gordura, tornando a mama menos firme. A diminuição da massa, tônus e elasticidade musculares resulta em mamas menores em mulheres idosas. Além disso, as mamas perdem a firmeza. A atrofia do tecido glandular juntamente com mais depósitos de gordura resulta em mamas ligeiramente menores, menos densas e menos nodulares. A ginecomastia, o aumento das mamas em homens, é muitas vezes o resultado de efeitos colaterais da medicação, alterações hormonais ou obesidade. Os idosos e as mulheres estão em risco de câncer de mama.

Sistema Gastrintestinal e Abdome

O envelhecimento leva ao aumento da quantidade de tecido adiposo no tronco. Como resultado, o abdome aumenta de tamanho. Como o tônus muscular e a elasticidade diminuem, ele também se torna menos protuberante. As alterações da função gastrintestinal incluem lentidão do peristaltismo e alterações nas secreções. O idoso passa por essas alterações tornando-se menos tolerante a certos alimentos e tendo desconforto decorrente da demora do esvaziamento gástrico. As alterações no trato gastrintestinal inferior levam à constipação, flatulência ou diarreia.

Sistema Reprodutivo

As alterações na estrutura e função do sistema reprodutivo ocorrem como resultado de alterações hormonais. As mulheres têm a experiência de redução da resposta dos ovários aos hormônios pituitários e resultante diminuição nos níveis de estrógeno e progesterona. Isto pode causar secura da mucosa vaginal, causando

irritação e dor às relações sexuais, podendo também causar diminuição da libido. Os homens idosos experimentam uma ereção que é menos firme e de menor duração, além de ter uma ejaculação menos vigorosa (Yeager, 2015).

A testosterona diminui com a idade e algumas vezes leva à perda da libido. A espermatogênese começa a declinar durante a quarta década de vida e continua até a nona. No entanto, os desejos, pensamentos e atos sexuais de homens e mulheres continuam ao longo de todas as décadas da vida. A atividade sexual menos frequente em geral resulta de doença, morte de um parceiro sexual ou de menos socialização.

Sistema Urinário

A hipertrofia da próstata é vista com frequência em idosos. Essa hipertrofia consiste no aumento do tamanho da glândula, aplicando pressão ao colo da bexiga. Como resultado, ocorrem retenção, frequência e incontinência urinária, assim como ITUs. Além disso, a hipertrofia prostática resulta em dificuldade em iniciar a eliminação e manter o fluxo urinário. A hipertrofia benigna da próstata é diferente do câncer da próstata. O câncer de próstata é a segunda principal causa de morte por câncer em homens americanos, atrás somente do câncer de pulmão. Em 2014, a American Cancer Society estimou que um em sete homens seria diagnosticado com câncer de próstata e 1 em 38 morreria (ACS, 2015).

A incontinência urinária é uma condição anormal e tipicamente embaraçosa. Alguns homens receiam discutir o problema com seus profissionais de saúde por pensarem que é uma "doença de mulher". As mulheres idosas, particularmente as que tiveram filhos, experimentam a incontinência por estresse, que é a liberação involuntária de urina que ocorre ao tossir, rir, espirrar ou levantar um objeto. Isto é o resultado do enfraquecimento dos músculos do períneo e da bexiga. Outros tipos de incontinência urinária são as incontinências de urgência, fluxo excessivo, funcional e mista. Os fatores de risco para incontinência urinária incluem idade, menopausa, diabetes, histerectomia, acidente vascular encefálico e

obesidade.

Sistema Musculoesquelético

Com o envelhecimento, as fibras musculares se tornam menores. A força muscular diminui em proporção ao declínio da massa muscular. Iniciando na faixa dos 30 anos, há diminuição de densidade e massa ósseas em homens e mulheres. Os idosos que se exercitam regularmente não perdem tanta massa óssea e muscular quanto os que são inativos. A osteoporose é uma importante ameaça de saúde pública. Cinquenta e quatro milhões de americanos têm osteoporose ou baixa massa óssea, e aproximadamente uma em duas mulheres e um em quatro homens com mais de 50 anos sofrerão fraturas ósseas devido à osteoporose (National Osteoporosis Foundation, s.d.). Mulheres em pós--menopausa experimentam a desmineralização óssea mais rapidamente do que os idosos. As mulheres que mantêm a ingestão de cálcio ao longo da vida e na menopausa apresentam menos desmineralização óssea do que aquelas com baixa ingestão de cálcio. Os idosos com má nutrição e redução da mobilidade também estão em risco de desmineralização óssea.

Sistema Neurológico

A diminuição de número e tamanho dos neurônios no sistema nervoso começa em meados da segunda década de vida. Os neurotransmissores, as substâncias químicas que aumentam ou inibem a transmissão de impulso nervoso, se alteram com o envelhecimento em consequência da diminuição dos neurônios. Todos os reflexos voluntários ficam mais lentos, e os indivíduos geralmente têm menor capacidade de responder a múltiplos estímulos. Além disso, os idosos frequentemente relatam mudanças na qualidade e quantidade de sono (Cap. 43), incluindo dificuldade para adormecer, em manter o sono, em adormecer novamente após despertares noturnos, além de acordarem muito cedo de manhã, e apresentarem excessivos cochilos durante o dia. Acredita-se que esses problemas sejam causados por mudanças no ciclo vigília-sono

relacionadas à idade.

Alterações Funcionais

A função física é um processo dinâmico. Ela se altera à medida que os indivíduos interagem com os seus ambientes. O estado funcional em idosos inclui as AVDs envolvendo as atividades nos domínios físico, psicológico, cognitivo e social. O declínio na função em geral é ligado a doença ou condição patológica e a seu grau de cronicidade. Porém, essencialmente, é o complexo relacionamento entre todas essas áreas que influencia as capacidades funcionais do idoso e o seu bem-estar geral.

Lembre-se de que pode ser difícil para os idosos aceitarem as mudanças que ocorrem em todas as áreas de suas vidas, as quais por sua vez têm um profundo efeito em seu estado funcional. Alguns negam as mudanças e continuam a esperar o mesmo desempenho pessoal independentemente de sua idade. Por outro lado, alguns as enfatizam de forma exagerada e limitam prematuramente suas atividades e envolvimento na vida. O medo de se tornar dependente é devastador para um idoso que está passando pelo declínio funcional em consequência do envelhecimento. Eduque os idosos para promover a compreensão das mudanças relacionadas à idade, ajustes apropriados no estilo de vida e um enfrentamento eficiente. Os fatores que promovem o nível mais alto de função incluem uma dieta saudável, bem balanceada, atividade moderada e apropriada; programação de consultas regulares com um profissional de saúde; participação regular em atividades significativas; uso de técnicas de controle do estresse e evitar o álcool, tabaco ou drogas ilícitas.

Estado funcional em idosos refere-se à capacidade e desempenho seguro das AVDs e das AVDs instrumentais (AIVDs). É um indicador sensível de saúde ou doença no idoso. As AVDs (como banhar-se, vestir-se e se arrumar) e AIVDs (como a capacidade de preencher um cheque, fazer compras, preparar as refeições ou usar o telefone) são essenciais para a vida independente; portanto avalie cuidadosamente se o idoso mudou ou não seu modo de realizar essas tarefas. Os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas são os melhores recursos da

enfermeira na realização de uma avaliação abrangente. Uma súbita mudança de função, evidenciada por declínio ou alteração da capacidade do idoso em realizar qualquer das AVDs, ou uma combinação delas, geralmente é um sinal do início de uma doença aguda (p. ex., pneumonia, ITU ou desequilíbrio eletrolítico) ou agravamento de um problema crônico (p. ex., diabetes ou doença cardiovascular) (Kresevic, 2012).

Consulte outros profissionais de saúde que trabalham em várias instituições diferentes e são especialistas em avaliações funcionais. Várias ferramentas para avaliações funcionais padronizadas se encontram amplamente disponíveis. Uma coleção *on-line* dessas ferramentas usadas com mais frequência em idosos é disponibilizada no site de enfermagem geriátrica Hartford Institute for Geriatric Enfermagem, www.ConsultGeriRN.org.

Quando a enfermeira identifica um declínio na função do paciente, o foco de suas intervenções de enfermagem deve estar na manutenção, restauração e maximização do estado funcional do idoso para manter não apenas a independência dele, mas também preservar a sua dignidade.

Alterações Cognitivas

Um conceito errôneo comum sobre o envelhecimento é que os comprometimentos cognitivos são disseminados em idosos. Devido a esse conceito errôneo, muitas vezes os idosos temem que estejam, ou em breve se tornem, comprometidos cognitivamente. Adultos jovens geralmente supõem que os idosos se tornarão confusos e deixarão de ser capazes de lidar com os seus negócios. O esquecimento, como uma consequência esperada do envelhecimento, é um mito. Algumas mudanças fisiológicas e estruturais no cérebro estão associadas ao comprometimento cognitivo. A redução do número de células cerebrais, a deposição de lipofuscina e amiloide nas células, bem como alterações dos níveis de neurotransmissores, ocorrem em idosos na presença ou ausência de comprometimento cognitivo. Sintomas de comprometimento cognitivo, como desorientação, perda das habilidades de linguagem, perda da capacidade de calcular e um

precário julgamento *não são* mudanças normais do envelhecimento e requerem que a enfermeira avalie mais os pacientes em busca de causas subjacentes. Existem formas padrões de avaliação para determinar o estado mental do paciente, incluindo o *Mini-Mental State Exam-2* (MMSE-2), o *Mini-Cog* e o *Clock Drawing Test* (Jett, 2014).

As três condições comuns que afetam a cognição são: **delírio**, **demência** e **depressão** (Tabela 14-2). A distinção entre essas três condições é um desafio. A enfermeira deve completar uma cuidadosa e completa avaliação dos idosos com alterações cognitivas para fazer a distinção entre elas. Selecione intervenções de enfermagem apropriadas que sejam específicas da causa de comprometimento cognitivo.

Tabela 14-2

Comparação de Características Clínicas de Delírio, Demência e Depressão

Característica Clínica	Delírio	Demência	Depressão
Início	Súbito/abrupto; depende da causa	Insidioso/lento e muitas vezes não identificado	Acontece com as alterações importantes da vida; geralmente abrupta, mas pode ser gradual
Curso	Breve, flutuações diárias dos sintomas; pior à noite, na escuridão e ao despertar	Longo, sem efeitos diurnos; sintomas progressivos ainda que relativamente estáveis; algumas deficiências aumentam com o estresse	Efeitos diurnos, tipicamente se agravam de manhã; flutuações situacionais, porém menos do que no caso do delírio
Progressão	Abrupta	Lenta durante meses e anos	Variável; rápida ou lenta, mas regular
Duração	De horas a menos de 1 mês; mais longa se não reconhecida e tratada	De meses a anos	Pelo menos 6 semanas; algumas vezes de vários meses a anos
Consciência	Reduzida/perturbada	Desperta	Desperta
Alerta	Flutua; letárgico ou hipervigilante	Geralmente normal	Normal
Atenção	Comprometida; flutuação; desatenção; distrai-se facilmente	Geralmente normal	Mínimo comprometimento, mas se distrai facilmente

Orientação	Geralmente comprometida; a gravidade é variável	Geralmente normal para a pessoa, mas não no lugar ou no tempo	Desorientação seletiva
Memória	Comprometimento da memória recente e imediata; esquecido; incapaz de se lembrar ou seguir orientações	A memória recente piora primeiro no processo de doença, e a memória remota se torna progressivamente comprometida	Comprometimento seletivo ou em "em fragmentos"; "ilhas" de memória intacta; avaliação de enfermagem geralmente é difícil por causa da pouca motivação
Pensamento	Desorganizado, distorcido, fragmentado, ilógico; fala incoerente, lenta ou acelerada	Dificuldade de abstração; redução dos pensamentos; julgamento comprometido; dificuldade em encontrar palavras	Intacto, mas com termos de desesperança, desamparo ou autodepreciação
Percepção	Percepções distorcidas, geralmente acompanhadas de delírios e alucinações com dificuldade para distinguir entre a realidade e as percepções errôneas	Percepções errôneas geralmente ausentes	Intacta, delírios e alucinações ausentes, exceto em casos graves
Comportamento psicomotor	Variável; hipoativo, hiperativo ou misto	Normal; alguma apraxia	Variável; retardo psicomotor ou agitação
Ciclo de sono/vigília	Perturbado; inversão do ciclo	Fragmentado	Perturbado; normalmente logo de manhã ao despertar
Características associadas	Alterações afetivas variáveis; sintomas de hiperatividade autônoma; exagero do tipo de personalidade; associadas à doença física aguda	O afeto tende a ser superficial; inadequado e lábil (mutável); tentativas de esconder deficiências do intelecto; alterações da personalidade, afasia, agnosia algumas vezes presente; ausência de discernimento e mau julgamento	O afeto está diminuído; humor disfórico; queixas exageradas e detalhadas; preocupação com os pensamentos pessoais; discernimento presente; elaboração verbal; queixas somáticas; má higiene; autonegligência
Avaliação	Distraído das tarefas; comete muitos erros	Falhas ressaltadas pela família, frequentes respostas "extrapoladas"; esforça-se para fazer o teste; grande esforço para dar uma resposta apropriada; frequentes pedidos de feedback sobre o desempenho	Falhas ressaltadas pelo indivíduo, frequentes respostas com "não sei"; pouca motivação, desistências frequentes; indiferente ao teste; não se importa ou não tenta encontrar uma resposta

Modificada de Milisen K et al: Assessing cognitive function. In Boltz M et al: *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, 4. ed., New York, 2012, Springer.

Delírio

O delírio, ou estado confusional agudo, é um comprometimento cognitivo potencialmente reversível que geralmente tem causa fisiológica. As causas fisiológicas incluem desequilíbrios de eletrólitos, dor intratável, infecção, anoxia cerebral, hipoglicemia, efeitos de medicação, tumores, hematomas subdurais e infarto ou hemorragia cerebrovascular. O delírio em idosos algumas vezes acompanha as infecções sistêmicas e muitas vezes é um sintoma de apresentação de pneumonia ou ITU. Algumas vezes, também é causado por fatores ambientais, como privação sensorial ou excessiva estimulação, ambientes não familiares, ou privação de sono ou fatores psicossociais, como estresse emocional. Embora ocorra em qualquer situação, o idoso em ambiente de cuidados agudos está especialmente em risco por causa de fatores predisponentes (fisiológicos, psicossociais e ambientais) em combinação com condições médicas subjacentes. A demência é um fator de risco adicional que aumenta muito o risco de delírio; é possível que ocorram delírio e demência ao mesmo tempo em um paciente. A presença de delírio é uma emergência médica e requer avaliação e intervenção imediatas. As enfermeiras permanecem ao lado do leito do paciente 24 horas por dia, por 7 dias na semana, e estão em posição de identificar o desenvolvimento de delírio e relatá-lo. O comprometimento cognitivo geralmente se reverte depois que o profissional de saúde identifica e trata a causa de delírio.

Demência

A demência é um comprometimento generalizado do funcionamento intelectual que interfere no funcionamento social e ocupacional. É um termo geral que inclui doença de Alzheimer, doença de corpúsculos de Lewy, demência frontal-temporal e demência vascular. A

deterioração da função cognitiva leva ao declínio da capacidade de realizar as AVDs e as AIVDs básicas. Ao contrário do delírio, uma disfunção cerebral gradual, progressiva e irreversível caracteriza a demência. Devido à similaridade entre delírio e demência, a enfermeira deve fazer uma avaliação cuidadosa para descartar a presença de delírio, sempre que houver suspeita desta.

A gestão de enfermagem dos idosos que apresentam qualquer forma de demência sempre considera a segurança e necessidades físicas e psicossociais do idoso e da família. Essas necessidades mudam, à medida que a natureza progressiva da demência leva ao aumento da deterioração cognitiva. Para atender às necessidades dos idosos, individualize os cuidados de enfermagem para aumentar a qualidade de vida e maximizar o desempenho funcional do paciente, melhorando sua cognição, humor e comportamento. O Quadro 14-4 lista os princípios gerais de enfermagem para os cuidados de idosos com alterações cognitivas. O apoio e a educação sobre doença de Alzheimer para pacientes, famílias e profissionais podem ser encontrados no site da Alzheimer's Association (www.alz.org).

Quadro 14-4 Princípios de Cuidados de Enfermagem a Adultos com Comprometimento Cognitivo

- Promova uma avaliação abrangente para diferenciar entre uma etiologia progressiva ou reversível.
- Institua medidas médicas para corrigir alterações fisiológicas subjacentes (p. ex., infecção, desequilíbrios de eletrólitos, dor).
- Maximize a função segura. Mantenha uma rotina, incentive a atividade e a mobilidade, limite as escolhas (p. ex., roupas para vestuário, o que comer), permita o repouso.
- Ofereça consideração positiva incondicional. Seja respeitosa e promova comunicação não verbal positiva.
- Use comportamentos para medir a atividade e a estimulação. Observe os sinais não verbais de ansiedade.

- Ensine os cuidadores familiares a ouvir em relação a comportamentos que demonstrem estresse (p. ex., verbalizações, como a repetição).
- Certifique-se de que o ambiente é seguro quanto à mobilidade e promova uma sinalização por meio de figuras ou dicas. Tente identificar os pacientes que perambulam e remova a causa (p. ex., dor, sede, ambiente não familiar, ruídos novos).
- Promova a interação social com base nas capacidades.
- Compense as deficiências sensoriais (p. ex., auxílios auditivos, óculos, dentaduras).
- Incentive a ingestão de líquidos (certifique-se de que os líquidos estejam acessíveis) e evite longos períodos sem receber nada por via oral.
- Fique vigilante para as reações ou interações medicamentosas; considere sintomas de início recente como uma reação adversa.
- Ative alarmes em leitos e cadeiras.
- Ofereça assistência contínua aos cuidadores familiares; eduque-os em técnicas de cuidados de enfermagem e informe-os sobre os recursos da comunidade.

Modificado de Fletcher K: Dementia. In Capezuti et al: *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, 4. ed., New York, 2012, Springer.

Depressão

Os idosos algumas vezes sofrem de depressão no final da vida, mas ela não faz parte do envelhecimento normal. A depressão é o comprometimento mais comum da idade avançada, mas na maioria das vezes não é detectada nem tratada. Algumas vezes, ela está presente e é exacerbada em pacientes com outros problemas de saúde, como acidente vascular encefálico, diabetes, demência, doença de Parkinson, doença cardíaca, câncer e doenças que provocam dor, como a artrite. A perda de uma pessoa significativa ou a admissão em um centro de enfermagem algumas vezes causa depressão. A

depressão clínica é tratável. O tratamento inclui medicação, psicoterapia ou uma combinação de ambos. A terapia eletroconvulsiva (TEC) é usada às vezes para o tratamento de depressão resistente, quando as medicações e a psicoterapia não ajudam. É digno de nota que as tentativas de suicídio em idosos geralmente têm sucesso. De fato, homens brancos com 85 anos e acima apresentam a taxa mais alta de suicídio nos Estados Unidos (National Institute of Mental Saúde, s.d.).

Alterações Psicossociais

As alterações psicossociais que ocorrem durante o envelhecimento envolvem as transições da vida e a perda. Quanto mais as pessoas vivem, passam por mais transições e perdas. As transições da vida, das quais a perda é um importante componente, incluem a aposentadoria e as mudanças financeiras associadas, mudanças de papéis e relacionamentos, alterações de saúde e capacidade funcional, assim como mudanças na rede social e de residência. Mas a perda universal para os idosos geralmente gira em torno da perda dos relacionamentos com a morte.

É importante avaliar tanto a natureza das alterações psicossociais que ocorrem em idosos como resultado das transições da vida, quanto a perda e as adaptações às mudanças. Durante a avaliação, a enfermeira deve perguntar como o idoso se sente sobre si mesmo, sobre si mesmo em relação aos outros e sobre si mesmo como alguém que está envelhecendo e quais métodos de enfrentamento e habilidades têm sido benéficos. As áreas a abordar durante uma avaliação incluem a família, relacionamentos íntimos, mudanças de papéis passados e presentes, nas finanças, na moradia, redes sociais, atividades, saúde e bem-estar, assim como espiritualidade. Tópicos específicos relacionados a essas áreas incluem aposentadoria, isolamento social, sexualidade, moradia e ambiente, e morte.

Aposentadoria

É muito frequente a errônea associação de aposentadoria com

passividade e isolamento. Na realidade, ela é um estágio de vida caracterizado por transições e mudanças de papel e pode ocupar 30 ou mais anos da vida do indivíduo. Essa transição requer o abandono de certos hábitos e estrutura bem como o desenvolvimento de novos (Touhy, 2012). Os estresses psicossociais da aposentadoria geralmente se relacionam às mudanças de papel com um cônjuge, ou na família, e à perda do papel ocupacional. Algumas vezes, problemas relacionados ao isolamento social e às finanças estão presentes. A idade da aposentadoria varia; porém, pode ocorrer aos 55, 65 ou 75, e será um dos principais pontos de virada na vida.

O planejamento pré-aposentadoria é uma tarefa importante e recomendável. As pessoas que planejam antecipadamente a aposentadoria geralmente têm uma transição mais suave. O planejamento pré-aposentadoria é mais do que o planejamento financeiro. O planejamento começa com a consideração do "estilo" de aposentadoria desejado e inclui um inventário de interesses, habilidades atuais e saúde em geral. Um planejamento significativo da aposentadoria é essencial, num momento em que a população continua a envelhecer.

A aposentadoria afeta mais do que apenas o aposentado. Afeta o cônjuge, os filhos adultos e até os netos. Quando o cônjuge ainda está trabalhando, a pessoa aposentada enfrenta um período em que se encontra sozinha. Pode haver novas expectativas para o aposentado. Por exemplo, o cônjuge que trabalha tem novas ideias sobre a quantidade de tarefas domésticas esperadas do aposentado. Os problemas se desenvolvem quando os planos da pessoa aposentada entram em conflito com as responsabilidades de trabalho do cônjuge que trabalha. Os papéis do aposentado e do cônjuge que trabalha precisam ser esclarecidos. Alguns filhos adultos esperam que a pessoa aposentada sempre cuide dos netos, esquecendo que este é momento para essa pessoa buscar outros interesses pessoais.

A perda do papel ocupacional tem um grande efeito sobre as pessoas. Quando grande parte da vida girou em torno do trabalho e dos relacionamentos pessoais no local de trabalho, a perda do papel ocupacional algumas vezes é devastador. A identidade pessoal muitas

vezes está fixada no papel ocupacional, e com a aposentadoria os indivíduos precisam construir uma nova identidade. O indivíduo também perde a estrutura imposta na vida diária quando não há mais um horário de trabalho. As trocas sociais e os apoios interpessoais que ocorrem no local de trabalho se perdem. No ajuste à aposentadoria, o idoso tem que desenvolver um horário pessoalmente significativo e uma rede social de apoio.

Os fatores que influenciam a satisfação da pessoa aposentada com a vida são o estado de saúde e a renda suficiente. As expectativas positivas pré--aposentadoria também contribuem para a satisfação na aposentadoria. A enfermeira pode ajudar o idoso e a família a se preparar para a aposentadoria, discutindo as várias áreas-chave, que incluem as relações com o cônjuge e os filhos; atividades e interesses significativos; construção de redes sociais; questões relacionadas à renda; promoção e manutenção da saúde e um planejamento de longo alcance, incluindo testamentos e orientações antecipadas.

Isolamento Social

Muitos idosos experimentam o isolamento social. Algumas vezes, o isolamento é uma escolha, o resultado do desejo de não interagir com os outros. É também uma resposta a condições que inibem a capacidade, ou a oportunidade de interagir, como a falta de acesso ao transporte. Embora alguns idosos optem pelo isolamento ou por um padrão constante de reduzida interação com os outros, aqueles que estão em isolamento social se tornam vulneráveis às suas consequências. A vulnerabilidade do idoso aumenta a falta de apoio de outros adultos, como ocorre com a perda do papel ocupacional ou a mudança para ambientes não familiares. O comprometimento da função sensorial, a mobilidade reduzida e as alterações cognitivas, tudo isto contribui para a reduzida interação com os outros e geralmente põe o idoso em risco de isolamento.

A enfermeira avalia o potencial para o isolamento social dos pacientes identificando sua rede social, acesso ao transporte, bem como a disposição e o desejo deles em interagir com os outros. Ela deve usar seus achados para ajudar o idoso solitário a reconstruir as

redes sociais e a reverter os padrões de isolamento. Muitas comunidades têm programas de extensão destinados a fazer contato com os idosos isolados, como o *Meals on Wheels*, que fornece refeições nutritivas. Os programas de extensão, como telefonemas diários de voluntários ou de necessidades de atividades como passeios sociais, também atendem às necessidades de socialização do idoso. Instituições de serviços sociais na maioria das comunidades recebem com prazer os idosos como voluntários e lhes dão a oportunidade de servir, enquanto atendem à sua própria socialização ou a outras necessidades. Igrejas, colégios, centros comunitários e bibliotecas oferecem uma variedade de programas para idosos a fim de aumentar a oportunidade de encontrarem pessoas com atividades, interesses e necessidades similares.

Sexualidade

Todos os idosos, sejam eles saudáveis ou frágeis, precisam expressar suas sensações sexuais. A sexualidade envolve amor, calor humano, compartilhamento e toque, e não apenas as relações sexuais. O papel da sexualidade é importante para ajudar o idoso a manter a autoestima. Para ajudar o idoso a alcançar ou manter a saúde sexual, é necessário que a enfermeira compreenda as mudanças físicas na resposta sexual de uma pessoa (Cap. 35). Ela precisa proporcionar privacidade em qualquer discussão sobre sexualidade e manter uma atitude imparcial. As questões abertas que convidam o idoso a explicar as atividades ou as preocupações sexuais promovem mais informações do que apenas uma lista de questões fechadas sobre atividades ou sintomas específicos. Elas incluem informações sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, quando apropriado. A sexualidade e a necessidade de expressar sensações sexuais permanecem ao longo do ciclo de vida humano.

Ao considerar a necessidade de expressão sexual no idoso, não ignore a importante necessidade de tocar e ser tocado. O toque é uma clara expressão com muitos significados e uma parte importante da intimidade (Yeager, 2015). O toque complementa métodos sexuais tradicionais ou serve como uma expressão sexual alternativa quando

as relações físicas não são desejadas ou possíveis. O conhecimento das necessidades sexuais do idoso permite que a enfermeira incorpore essas informações ao plano de cuidado de enfermagem. As preferências sexuais dos idosos são tão diversas quanto às da população jovem. Claramente, nem todos os idosos são heterossexuais; e estão surgindo pesquisas sobre idosos, lésbicas, *gays*, bissexuais e transgêneros e suas necessidades de cuidados à saúde. As enfermeiras geralmente descobrem que são chamadas para auxiliar outros profissionais de saúde a compreender as necessidades sexuais dos idosos e a aconselhá-los. Nem todas as enfermeiras se sentem confortáveis aconselhando idosos sobre saúde sexual e necessidades relacionadas à intimidade. Elas devem estar preparadas para encaminhar os idosos a um conselheiro profissional apropriado.

Moradia e Ambiente

A extensão em que o idoso é capaz de viver independentemente influencia as escolhas de moradia. As alterações nos papéis sociais, nas responsabilidades da família e no estado de saúde influenciam seus arranjos de vida. Alguns optam por viver com os familiares. Outros preferem suas próprias casas ou outras opções de moradia próxima às suas famílias. Comunidades de lazer ou aposentadoria oferecem oportunidades sociais e de vida aos idosos em um ambiente unigeracional. As moradias com subsídios do governo, quando disponíveis, oferecem apartamentos com arranjos conjuntos, sociais e, em alguns casos, serviços de alimentação.

O objetivo da avaliação da enfermeira sobre o ambiente do paciente é a consideração dos recursos que promovam independência e capacidade funcional. Ao ajudar idosos em suas necessidades de moradia, avalie seu nível de atividade, estado financeiro, acesso ao transporte público e atividades comunitárias, riscos ambientais e sistemas de apoio. Ao ajudar os pacientes a considerar escolhas de moradia, antecipe o máximo possível suas futuras necessidades. Por exemplo, uma unidade habitacional com um só piso e sem degraus externos é uma escolha prudente para um idoso com artrite grave, que já tenha realizado cirurgia de membros inferiores com substituição de

articulação e previsão de necessidade de futuras cirurgias. A avaliação de segurança, um importante componente do ambiente do idoso, inclui os riscos no ambiente e a capacidade do idoso em reconhecer e responder a esses riscos (Cap. 27). Os fatores de risco de segurança na casa incluem aqueles que levam à lesão, como aquecedores de água ajustados a temperaturas excessivamente quentes ou barreiras ambientais, como tapetes ou pisos com superfícies escorregadias, que contribuem para as quedas. Avalie se a pessoa tem um animal de estimação que poderia facilmente se movimentar entre os pés dela e causar uma queda. Avalie a iluminação da casa. A luz ilumina o suficiente para o idoso enxergar corrimões e escadas, e há iluminação no corredor à noite? Avalie quanto à segurança da casa e do ambiente com a presença do cuidador familiar, se possível (Touhy, 2014).

A moradia e o ambiente afetam a saúde dos idosos. O ambiente apoia ou impede o funcionamento físico e social, aumentando ou drenando energia, e complementando ou sobrecarregando as alterações físicas existentes, como visão e audição. Por exemplo, mobília de colorações vermelha, laranja e amarela são vistas mais facilmente pelos idosos. Pisos encerados brilhantes podem parecer úmidos ou com um furo no centro para os idosos. Certifique-se de que os batentes das portas e os rodapés sejam de uma cor apropriada que contraste com a cor da parede para melhorar a percepção dos limites dos corredores e quartos, lembrando que os idosos geralmente têm dificuldade para distinguir entre tons pastéis e entre os tons de azul e verde. As passagens que levam à casa precisam ser planas e uniformes, e as escadas precisam ser de uma cor que contraste com a borda dos degraus de modo que o idoso saiba onde a escada termina. O brilho de pisos altamente polidos, de ornamentos metálicos e de uma janela é difícil de ser tolerado por um idoso.

O mobiliário precisa ser confortável e seguro. Os idosos precisam examinar cuidadosamente o mobiliário quanto a tamanho, conforto e função antes de sua aquisição. É preciso que sejam capazes de entrar e sair deles com facilidade, e devem lhe proporcionar um apoio adequado para as costas. Teste as cadeiras da sala de jantar quanto ao conforto durante as refeições e quanto à altura em relação à mesa.

Muitos idosos acham que as cadeiras com encosto para os braços facilitam sua entrada e saída delas. Os idosos geralmente preferem ser transferidos de uma cadeira de rodas para outra cadeira para tomar as refeições porque alguns estilos de cadeiras de rodas não permitem que a pessoa se sente próximo o suficiente da mesa para comer confortavelmente. A elevação da mesa para liberar os braços da cadeira de rodas traz a mesa mais próximo ao idoso, mas fica alta demais para que ele faça uma refeição confortável. Para levantar-se da cama de maneira mais fácil e segura, certifique-se de que a altura da cama permita que o idoso fique com os pés planos no chão, quando estiver sentado na sua lateral.

Morte

Faz parte da história de vida de um indivíduo a experiência de perda por morte de parentes e amigos (Cap. 37). Isto inclui a perda das gerações mais antigas das famílias e algumas vezes, tristemente, a perda de um filho. No entanto, a morte de um cônjuge ou outra pessoa significativa é a que mais afeta a vida dos idosos. A morte de um cônjuge afeta as mulheres idosas mais do que os homens, uma tendência que provavelmente continuará no futuro. Apesar dessas experiências, a enfermeira não deve supor que o idoso esteja confortável com a morte. A enfermeira tem um papel no auxílio aos idosos no sentido de compreender o significado de enfrentar uma perda.

A evidência atual confirma que os idosos têm uma ampla variedade de atitudes e crenças sobre a morte, mas o temor da própria morte é incomum. Ao contrário, eles estão preocupados, com medo de se tornar um fardo, de sofrer mais, de ficar sozinhos, além de temer o uso das medidas de prolongamento da vida (Morgan e Upadhyaya, 2015). O estereótipo de que a morte para um idoso é uma bênção não se aplica a todo idoso. Mesmo quando a morte se aproxima, muitos idosos ainda têm negócios inacabados e não estão preparados para isso. As famílias e os amigos nem sempre estão prontos para deixar partir suas pessoas significativas. Os idosos e os membros da família, ou amigos, muitas vezes procuram a enfermeira

em busca de assistência. Assim, é necessário que ela tenha conhecimento do processo de luto (Cap. 37); excelentes habilidades de comunicação (Cap. 24); compreensão das questões legais e faça o planejamento dos cuidados com antecedência (Cap. 23); tenha familiaridade com os recursos da comunidade e consciência dos próprios sentimentos, limitações e pontos fortes no que se refere aos cuidados aos indivíduos que estão se confrontando com a morte.

Necessidades de Aprendizagem

As complexidades associadas ao tratamento da doença crônica e as alterações cognitivas e sensoriais que podem estar associadas ao envelhecimento somam-se aos desafios de educar os idosos. Ao avaliar os vários problemas físicos, cognitivos, funcionais e psicossociais dos idosos, é importante também que a enfermeira avalie as necessidades de aprendizagem associadas. Por exemplo, durante uma avaliação cognitiva e psicossocial, ela terá informações que indicam a capacidade do paciente de seguir o plano de tratamento recomendado. Ao avaliar o histórico médico do paciente, a enfermeira deve pedir ao paciente que lhe diga quando ele toma a medicação em casa e qual é a dosagem. Se o paciente apresentar respostas ou tempo de reação lentos ao realizar as atividades físicas, será necessário considerar essas limitações quando educá-lo sobre as novas habilidades psicomotoras. Os idosos recebem novas informações de forma mais lenta que os adultos jovens devido ao declínio da inteligência fluida, que é definida como o raciocínio e os componentes de processamento da aprendizagem (Speros, 2009). Além disso, o idoso tem dificuldade de processar múltiplos fragmentos de informações de uma só vez. Durante a avaliação, a enfermeira deve considerar cuidadosamente a aprendizagem e a capacidade de aprender do paciente.

Abordagem às preocupações de saúde dos idosos

À medida que a população envelhece e a expectativa de vida aumenta, aumenta a ênfase na promoção de saúde e prevenção da doença (Cap. 6). Os números de idosos que se tornam entusiasmados e motivados com esses aspectos de saúde são crescentes. Uma série de programas e projetos nacionais aborda as práticas preventivas na população idosa. O projeto de iniciativa nacional *Healthy People 2020* (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2015) tem uma série de importantes objetivos que afetam a população idosa, incluindo o seguinte:

- Aumentar o número de idosos com uma ou mais condições crônicas que referem confiança na manutenção de suas condições.
- Reduzir a proporção dos idosos com limitações funcionais de moderadas a graves.
- Aumentar a proporção de idosos com diminuição da função física ou cognitiva que participam de atividades físicas leves, moderadas ou vigorosas de lazer.
- Aumentar a proporção de idosos que recebem benefícios do autocontrole do diabetes.
- Aumentar a proporção da mão de obra em cuidados à saúde com certificação geriátrica.

Os desafios de promoção de saúde e prevenção da doença para idosos são complexos e também afetam os profissionais de saúde. As experiências anteriores de cuidados à saúde, motivação pessoal, crenças de saúde, cultura, alfabetismo ou letramento em saúde e fatores não relacionados à saúde, como transporte e finanças, geralmente criam barreiras aos idosos. As barreiras para o profissional de saúde incluem crenças e atitudes sobre quais serão os serviços e programas prestados, bem como sua eficácia e a ausência de diretrizes consistentes e de uma abordagem coordenada. O papel da enfermeira é ter como foco as intervenções na manutenção e promoção da função

e qualidade de vida dos pacientes. A enfermeira pode capacitar os idosos a tomar suas próprias decisões de cuidados à saúde e perceber seu nível ótimo de saúde, função e qualidade de vida (Meiner e Benzel-Lindley, 2015). Ela deve estar sempre aberta a reconhecer as preocupações do idoso para poder ajustar um plano de cuidados em conformidade. Embora várias intervenções cruzem os três níveis de cuidados (p. ex., promoção de saúde, cuidados agudos e cuidados restauradores), algumas abordagens são exclusivas de cada nível.

Educação dos Idosos

O inadequado alfabetismo em saúde afeta de modo desproporcional os idosos nos Estados Unidos, causando a má interpretação das informações de saúde e subsequente não adesão (Speros, 2009). A Organização Mundial de Saúde (2015) define alfabetismo em saúde como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em ganhar acesso, entender e usar as informações de tal forma que promovam e mantenham a boa saúde. Para aumentar a compreensão e ocasionar mudanças positivas no comportamento de saúde, a enfermeira deve usar *mais do que palavras* ao ensinar idosos (Speros, 2009). Em vez disto, a enfermeira deve saber como adaptar estratégias rotineiras de educação ao paciente para atender com eficiência às necessidades específicas de aprendizagem dos pacientes idosos. Considere a necessidade de aprendizagem de novas medicações. Lembrar-se de prescrições e encaminhamentos, selecionar profissionais de saúde em uma lista de nomes e endereços, calcular quando tomar múltiplas medicações, interpretar terminologia médica, comparar diferentes planos de seguro e filtrar as muitas informações relacionadas à saúde disponíveis em revistas, na internet e na televisão são apenas alguns dos complexos processos de pensamento envolvidos na seleção, compreensão e uso das informações relacionadas à saúde sobre as medicações (Speros, 2009).

O Quadro 14-5 resume as estratégias de educação a serem usadas na promoção de aprendizagem do idoso.

Quadro 14-5

Educação em saúde do paciente

Adaptação de Instruções para Idosos com Limitações em Alfabetismo em Saúde

Objetivos

- O paciente verbalizar a compreensão do conteúdo instrutivo com o uso do método Ensine-me de Volta (*Ensino de retorno*).
- O paciente demonstrar habilidades psicomotoras.

Estratégias de Educação

- Programe as sessões de educação para o meio da manhã, quando os níveis de energia são altos. Várias sessões breves de ensino em dias diferentes são mais apropriadas do que uma longa sessão que possa fatigar o paciente.
- Minimize o uso de terminologia médica e substitua-a por termos leigos, quando possível.
- Reserve um tempo adicional para o idoso processar as novas informações fazendo pausas após apresentar cada conceito ou informações novos.
- Correlacione o novo conhecimento ou habilidades com experiências passadas claramente identificáveis. Use a reminiscência e as narrativas para ajudar o idoso a se reconectar com as experiências da vida e para servir como uma valiosa estratégia para facilitar a aprendizagem (p. ex., explicando o uso de aparelho auxiliar e fazendo a revisão do que ocorreu quando um cônjuge teve que aprender uma habilidade similar).
- Mantenha um conteúdo prático e relevante para as atividades diárias, estrutura social e função física do idoso. Enfatize a segurança e a manutenção da independência.
- Ajude o idoso a se concentrar durante cada interação minimizando as distrações, limitando a mensagem a alguns (cinco

ou menos) pontos-chave essenciais e evitando informações irrelevantes.

- Fale devagar, mas não tão lentamente que o paciente se distraia ou se aborreça. Olhe de frente o paciente ao falar, e sente-se no mesmo nível dele.
- Incentive-o a convidar um familiar ou amigo confiável para comparecer e participar ativamente de cada sessão de educação.

Avaliação de Enfermagem

- Valide a compreensão do paciente com o uso da técnica Ensine-me de Volta (*Ensino de retorno*) antes de continuar.
- Certifique-se de que o paciente é capaz de demonstrar e realizar habilidades psicomotoras independentemente.

Modificado de Speros CI: More than words: promoting health literacy in older adults. *Online J Issue Nurs* 14(3):Manuscript 5, 30 set. 2009; e Touhy T: Social, psychological, spiritual, and cognitive aspects of aging. In Touhy T, Jett K: *Ebersole e Hess' gerontological nursing and healthy aging*, 4. ed., St Louis, 2014, Mosby.

Promoção e Manutenção da Saúde: Preocupações Fisiológicas

O desejo dos idosos de participar de atividades de promoção de saúde varia. Portanto, use uma abordagem individualizada, levando em consideração as crenças da pessoa sobre a importância de permanecer saudável e independente. A Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics (2012) relatou que 36% dos idosos com 65 anos e acima referiram uma limitação funcional (p. ex., dificuldade de audição, visão, cognição, deambulação, cuidados pessoais ou vida independente), e as mulheres idosas referiram níveis mais elevados de limitações funcionais do que os homens. Algumas dessas incapacidades são relativamente menores, mas outras tornam necessário que as pessoas busquem assistência para atender a importantes necessidades pessoais. A incidência de incapacidade aumenta com o envelhecimento. As limitações nas AVDs limitam a

capacidade de viver independentemente. As limitações da AVD relatadas com mais frequência incluem andar, tomar banho de chuveiro e banheira, deitar-se e levantar-se da cama, vestir-se, arrumar-se e comer. Há uma forte relação entre o estado de incapacidade e o estado de saúde relatado. O efeito das condições crônicas na vida dos idosos varia amplamente, porém em condições crônicas gerais diminui ainda mais o bem-estar e o senso de independência. A enfermeira deve direcionar as intervenções de enfermagem para tratar essas condições e educar os cuidadores familiares de modo a oferecer apoio adequado. Ela também precisa ter a prevenção como foco das intervenções. As medidas preventivas gerais a recomendar aos idosos incluem:

- Participação em atividades de triagem (p. ex., pressão arterial, mamografia, esfregaços de Papanicolaou [Pap], depressão, visão e audição, colonoscopia)
- Exercício regular
- Redução do peso, se estiver com sobrepeso
- Consumir uma dieta bem balanceada, com baixo teor de gordura
- Uso moderado de álcool
- Visitas regulares ao dentista
- Cessação do tabagismo
- Controle do estresse
- Socialização
- Boa lavagem das mãos
- *Check-ups* regulares com profissionais de saúde
- Imunização para *influenza* sazonal, tétano, difteria e coqueluche, herpes-zóster e doença pneumocócica

Os indivíduos que morrem de *influenza* são predominantemente idosos. Os profissionais de saúde recomendam fortemente a imunização anual de todos os idosos para *influenza*, com ênfase especial nos residentes em casas de repouso ou instituições residenciais de longa permanência. Nem todos os idosos estão em dia com suas imunizações de reforço, e alguns nunca receberam a série principal de injeções. Pergunte-lhes sobre o estado atual de todas as imunizações, dê informações a respeito, e tome providências para que

eles recebam as imunizações, se necessário.

A maioria dos idosos está interessada em sua saúde e é capaz de cuidar de suas vidas. Eles desejam permanecer independentes e prevenir a incapacidade (Fig. 14-1). As triagens iniciais estabelecem os dados básicos a serem usados pela enfermeira para determinar o bem-estar, identificar as necessidades de saúde e designar programas de manutenção de saúde. Após sessões de triagem inicial, compartilhe com os idosos informações sobre nutrição, exercício, medicações e precauções de segurança. Você também pode oferecer informações sobre condições específicas, como hipertensão, artrite, ou procedimentos de autocuidado, por exemplo cuidados dos pés e da pele. Ao dar informações sobre promoção de saúde e autocuidado, a enfermeira irá melhorar significativamente a saúde e o bem-estar dos idosos.

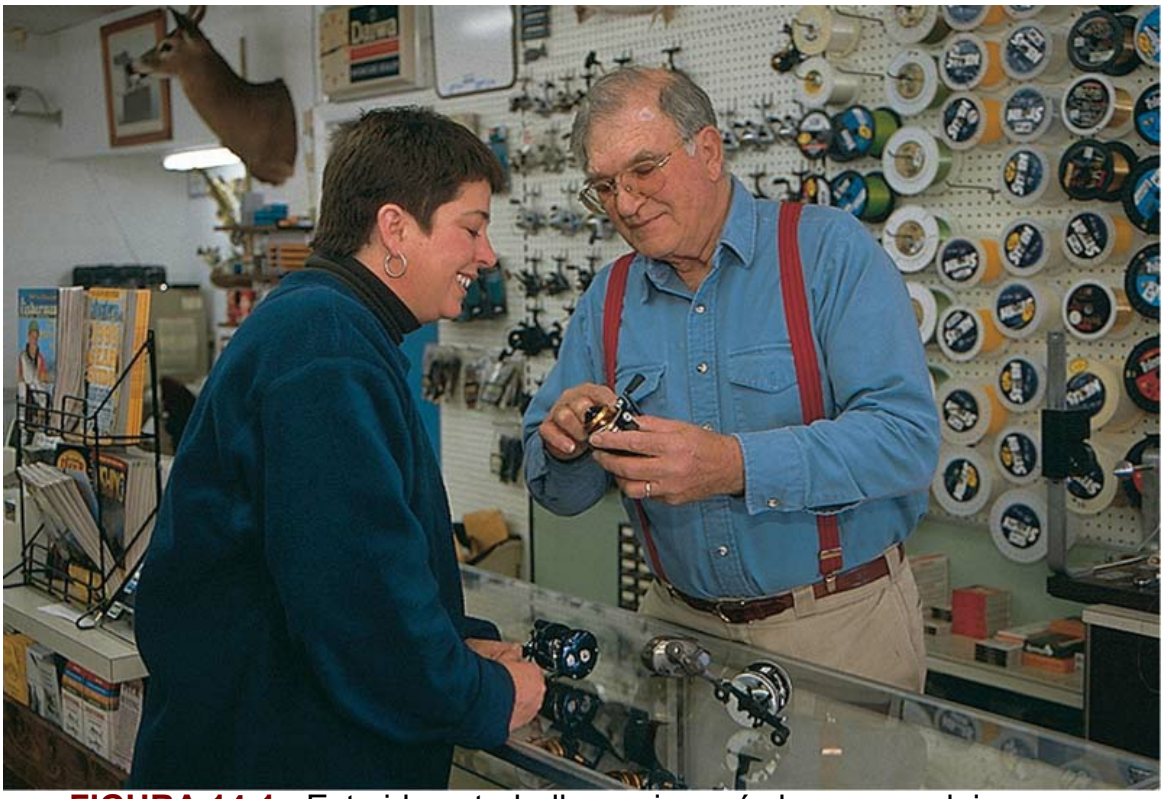


FIGURA 14-1 Este idoso trabalha meio período em uma loja de artigos esportivos.

Doença Cardíaca

A doença cardíaca é a principal causa de morte em idosos, seguida de câncer, doença pulmonar crônica e acidente vascular encefálico (Murphy et al., 2013). Os distúrbios cardiovasculares comuns são: hipertensão e doença arterial coronariana. A hipertensão é um assassino silencioso porque os idosos geralmente não têm consciência de que sua pressão está elevada (Cap. 30). O fato de que a hipertensão é comum não a torna normal ou inofensiva. Embora um em três americanos tenha pressão arterial elevada, somente metade dos indivíduos tem a condição sob controle. O tratamento é ligado à reduzida incidência de infarto do miocárdio, doença renal crônica, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca. Na doença arterial coronariana, o bloqueio parcial ou completo de uma ou mais artérias coronárias leva à isquemia do miocárdio e infarto do miocárdio. Os fatores de risco para hipertensão e doença arterial coronariana incluem tabagismo, obesidade, falta de exercício e estresse. Os fatores de risco adicionais para a doença arterial coronariana incluem hipertensão, hiperlipidemia e diabetes melito. As intervenções de enfermagem para hipertensão e doença arterial coronariana abordam redução de peso, exercício, alterações da dieta, limitação de sal e de ingestão de gordura, controle do estresse e cessação do tabagismo. A educação do paciente também inclui informações sobre administração de medicação, monitoramento de pressão arterial e os sintomas indicando a necessidade de cuidados de emergência.

Câncer

Neoplasias malignas são a segunda causa mais comum de morte em idosos. As enfermeiras educam sobre a detecção precoce, tratamento e fatores de risco para o câncer. Os exemplos incluem a cessação do tabagismo, ensino da técnica de autoexame da mama (Cap. 31) e incentivo a todos os idosos a fazer a triagem anual para detecção de sangue fecal oculto por meio de exame retal. Também é importante educar os idosos sobre os sinais de câncer e incentivar o relato

imediato de lesões da pele que não cicatrizam, sangramento inesperado, alteração dos hábitos intestinais, tosse persistente, nódulo na mama ou outra parte do corpo, alteração em uma mancha, dificuldade para engolir e perda de peso inexplicável. O câncer é difícil de detectar porque os profissionais de saúde geralmente consideram erroneamente os sintomas como parte do processo normal de envelhecimento ou sinais de doença crônica de uma pessoa. A enfermeira precisa distinguir cuidadosamente entre os sinais do envelhecimento normal e os sinais de condições patológicas.

Doença Pulmonar Crônica

A doença pulmonar crônica, especificamente a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é a terceira principal causa de morte em indivíduos com 65 anos e acima. Mais mulheres do que homens morrem de DPOC (American Lung Association, 2014). A lesão pulmonar decorrente do tabagismo leva ao desenvolvimento de DPOC, que causa o bloqueio do fluxo aéreo e dificuldade respiratória. O tabagismo é um fator-chave no desenvolvimento e progressão de DPOC. É importante informar os pacientes sobre os programas para parar de fumar. Além disso, dependendo da gravidade da doença, a enfermeira educará o paciente sobre o exercício adequado, por exemplo como usar inaladores, e técnicas para a remoção de muco das vias aéreas (Cap. 41). O treinamento para o exercício é um importante componente dos programas de reabilitação pulmonar atualmente, além de ser uma intervenção estabelecida segura e eficaz para melhorar a capacidade física e a qualidade de vida dos pacientes (American College of Sports Medicine, s.d.).

Acidente Vascular Encefálico (Acidente Cerebrovascular)

O acidente vascular encefálico (AVE) é a quarta principal causa de morte nos Estados Unidos e ocorre como isquemia cerebral (suprimento sanguíneo inadequado para as áreas do cérebro causado por bloqueio arterial) ou hemorragia cerebral (sangramentos

subaracnóideos ou intercerebrais). Os fatores de risco incluem hipertensão, hiperlipidemia, diabetes melito, histórico de ataques isquêmicos transitórios e histórico familiar de doença cardiovascular. Os AVEs geralmente comprometem as capacidades funcionais de uma pessoa e levam à perda de independência e internação em casas de repouso. O escopo das intervenções de enfermagem vai desde ensinar aos idosos estratégias de redução de risco até ensinar aos cuidadores familiares os sinais iniciais de um AVE e as maneiras de apoiar o paciente durante a recuperação e a reabilitação.

Tabagismo

O tabagismo é um fator de risco para as quatro causas de morte mais comuns: doença cardíaca, câncer, doença pulmonar e acidente vascular encefálico. O tabagismo é a causa mais evitável de doença e morte nos Estados Unidos. A cessação do tabagismo é uma estratégia de promoção de saúde para idosos, assim como para adultos jovens. Fumantes idosos ainda se beneficiam com a cessação do tabagismo. Além de reduzir o risco, algumas vezes isto estabiliza as condições existentes como DPOC e doença arterial coronariana. A cessação do tabagismo após os 50 anos de idade reduz em 50% o risco de morrer prematuramente, em comparação com aqueles que continuam a fumar (NCI, 2014). Os programas de cessação do tabagismo incluem indivíduo, grupo e aconselhamento por telefone, além do uso de nicotina (chicletes e adesivos) ou medicações sem nicotina. Se um paciente não quiser parar de fumar, a enfermeira deve sugerir pelo menos a redução do tabagismo. Finalmente, marque uma data para redução ou cessação do tabagismo e uma visita de acompanhamento com o idoso a fim de discutir a tentativa de parar de fumar. Nas visitas de acompanhamento, ofereça incentivo e assistência na modificação do plano, se necessário.

Uso de Álcool

O alcoolismo algumas vezes é encontrado em idosos. Estudos de uso de álcool em idosos relatam dois padrões: o padrão constante de

consumo pesado de álcool e o padrão constante de consumo pesado que começa em fase avançada da vida. As causas frequentemente citadas de uso excessivo de álcool incluem depressão, solidão e falta de apoio social.

O uso de álcool geralmente é pouco identificado em idosos. Os indícios para se levantar a suspeita de uso de álcool são sutis; demência ou depressão coexistente algumas vezes complica a avaliação da enfermeira. A suspeita de uso de álcool por parte da enfermeira aumenta quando há um histórico de quedas repetidas e acidentes, isolamento social, episódios recorrentes de perda de memória e confusão, não cumprimento das obrigações domésticas e ocupacionais, um histórico de refeições ou medicações esquecidas, além da dificuldade em gerenciar tarefas domésticas e as finanças. Quando a enfermeira suspeitar que um idoso faz uso de álcool, ela deve perceber as várias necessidades de tratamento disponíveis. O tratamento inclui abordagens específicas da idade que reconhecem os estresses experimentados pelo idoso e incentivam o envolvimento em atividades que correspondem a seus interesses e o aumento dos sentimentos de autoestima. A identificação e tratamento da depressão coexistente também são importantes. A sequência contínua de intervenções vai desde a simples educação sobre riscos até os programas formalizados de tratamento que incluem farmacoterapia, psicoterapia e reabilitação.

Nutrição

Os hábitos alimentares ao longo da vida e os fatores situacionais influenciam a maneira como os idosos atendem às suas necessidades de boa nutrição. Esses hábitos baseiam-se na tradição, hábitos culturais e preferências, e a religião influencia as escolhas alimentares e o modo de preparar os alimentos. Os fatores situacionais que afetam a nutrição incluem o acesso a supermercados, finanças, capacidade física e cognitiva para a preparação dos alimentos, e um lugar para seu armazenamento e preparação. Os níveis de atividade e as condições clínicas dos idosos afetam suas necessidades nutricionais. O nível de atividade tem implicações para a quantidade total das

calorias necessárias. Os idosos que são sedentários geralmente necessitam menos calorias do que os mais ativos. No entanto, a atividade isoladamente não determina as necessidades calóricas. Os pacientes geralmente precisam de calorias adicionais em situações clínicas como a recuperação de uma cirurgia, enquanto menos calorias são necessárias quando eles têm diabetes ou estão com sobrepeso. A enfermeira sempre deve consultar um nutricionista clínico quando planejar intervenções nutricionais para seus pacientes.

Uma nutrição saudável para idosos inclui ingestão calórica apropriada e a ingestão limitada de gordura, sal, açúcares refinados e álcool. A ingestão de proteína algumas vezes é menor do que a recomendada se os idosos tiverem reduzidos recursos financeiros ou acesso limitado a supermercados. A dificuldade para mastigar carne devido a má dentição ou dentaduras mal--adaptadas também limita a ingestão de proteína. A ingestão de gordura e sódio algumas vezes é mais alta do que o normal devido às refeições rápidas congeladas e convenientes ou à substituição das refeições dos restaurantes *fast-food* pelas refeições preparadas em casa. As refeições preparadas em casa, que consistem em frituras ou feitas com enlatados, também têm alto teor de gordura e sódio. Alguns usam sal e açúcar extras ao cozinhar ou à mesa para compensar o sentido do paladar diminuído. Os idosos com demência têm necessidades nutricionais especiais. À medida que a memória e as habilidades funcionais dos idosos declinam com a progressão da demência, eles perdem a capacidade de lembrar quando comer, como preparar o alimento e como se alimentar. As necessidades calóricas algumas vezes aumentam por causa da energia gasta em atividades de caminhar e perambular. Ao cuidar de idosos com demência, monitore rotineiramente o peso e a ingestão alimentar deles, sirva alimentos fáceis de comer, como os alimentos para comer com a mão (p. ex., em tiras de frango, sanduíches, vegetais e frutas cortados), dê assistência à alimentação, e ofereça suplementos alimentares que o paciente gosta e sejam fáceis de engolir. Refeições entregues em casa são uma excelente fonte de nutrição para idosos.

Problemas Dentais

Os problemas com dentes naturais e dentaduras são comuns em idosos. A cárie dental, gengivite, dentes quebrados ou ausentes, bem como dentaduras mal-adaptadas ou ausentes afetam a adequação nutricional, causam dor e levam à infecção. As dentaduras são um problema frequente porque seu custo não é coberto pelo *Medicare* e tendem a ser muito caras. A enfermeira deve ajudar a prevenir a doença dental e gengival por meio de educação sobre a rotina de cuidados dentais (Cap. 40).

Exercício

Incentive os idosos a manter o exercício e a atividade física. Os benefícios principais do exercício incluem a manutenção e o fortalecimento da capacidade funcional e a promoção de um senso maior de bem--estar. O exercício regular diário, como a caminhada, desenvolve resistência, aumenta o tônus muscular, melhora a flexibilidade articular, fortalece os ossos, reduz o estresse e contribui para a perda de peso. Outros benefícios incluem a melhora da função cardiovascular, melhora dos perfis de lipoproteína plasmática, aumento da taxa metabólica, aumento do trânsito gastrintestinal, prevenção de doença depressiva e melhora da qualidade do sono. Os idosos que participam de programas de exercício em grupo, programas individualmente ajustados de equilíbrio e força, ou de programas planejados de caminhada geralmente experimentam melhora da mobilidade, marcha e equilíbrio, o que resulta em menos quedas (CDC, 2015a).

Consulte fisioterapeutas e o profissional de saúde do paciente para planejar um programa de exercício que atenda às necessidades físicas e seja do agrado do paciente. Considere as limitações físicas do paciente e incentive-o a aderir a um programa de exercícios. Muitos fatores influenciam a disposição de um indivíduo em participar de um programa de exercícios. Esses incluem crenças gerais sobre benefícios de exercício, experiências passadas com exercício, objetivos pessoais, personalidade e quaisquer sensações desagradáveis associadas ao exercício.

A caminhada é o exercício preferido de muitos idosos (Fig. 14-2). A

caminhada e outros exercícios de baixo impacto, como bicicleta ergométrica ou exercícios na água em piscina, protegem o sistema musculoesquelético e as articulações. Inclua outros exercícios nas AVDs do idoso. Por exemplo, diga ao idoso para fazer círculos com o braço e a perna enquanto assiste à televisão. Antes de começar um programa de exercícios, todos os idosos precisam fazer um exame físico. Os programas de exercícios para idosos sedentários que não têm se exercitado regularmente precisam iniciar de maneira conservadora e progredir lentamente. As considerações de segurança incluem usar bons calçados e vestuário apropriado, beber água antes e depois de se exercitar, evitar o exercício ao ar livre quando o tempo estiver muito quente ou muito frio, e exercitar-se com um parceiro. Instrua os idosos a parar de se exercitar e procurar ajudar caso sintam dor ou compressão no peito, dispneia, tonturas ou atordoamento, dor articular, ou palpitações durante o exercício.

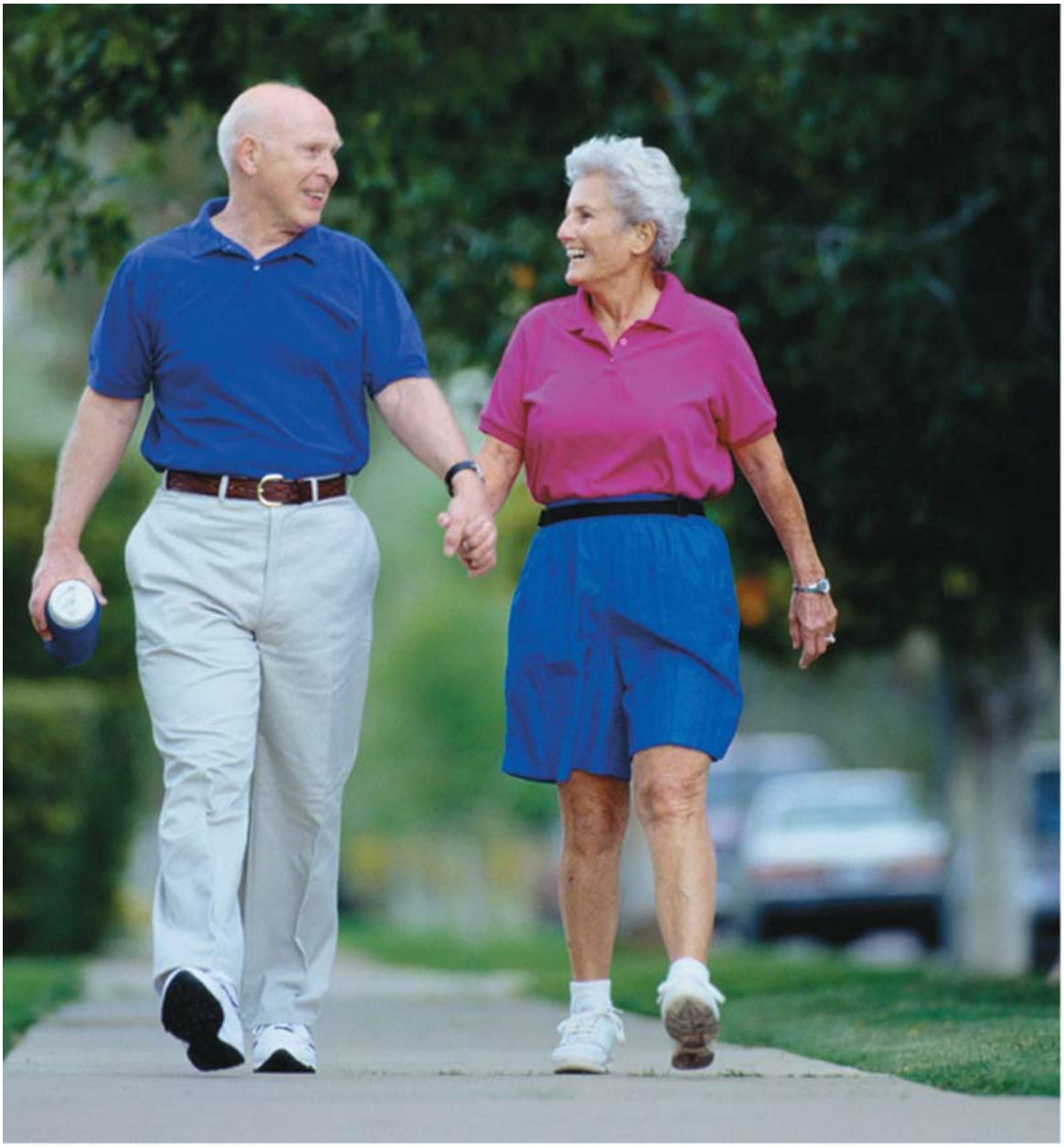


FIGURA 14-2 Este casal gosta de fazer caminhadas juntos.

Quedas

As quedas são uma preocupação comum de segurança de muitos idosos. Um grande estudo de pesquisa de mais de 12.000 pessoas acima de 65 anos que vivem em comunidade constatou que aproximadamente 23% caíam, embora menos da metade discutisse isto com o seu profissional de saúde (Stevens et al., 2012). As lesões

relacionadas a quedas geralmente são associadas a condições médicas preexistentes no paciente, como a osteoporose e tendências ao sangramento. A hospitalização e colocação em um centro de enfermagem para reabilitação ou centro de longa permanência algumas vezes são necessárias após uma queda. Em 2013, 2,5 milhões de quedas não fatais de idosos foram tratadas em departamentos de emergência, e mais de 734.000 desses pacientes foram hospitalizados. Os custos médicos diretos dessas quedas ajustados pela inflação foram de US$34 bilhões (CDC, 2015b). As lesões mais comuns em idosos incluem fraturas da espinha, quadril, antebraço, perna, tornozelo, pelve, porção superior do braço e mão. Os idosos que sofrem quedas muitas vezes desenvolvem o medo de cair, o que por sua vez faz com que andem com menos naturalidade ou limitem suas atividades, levando a reduzida mobilidade e perda do condicionamento físico. No Capítulo 39 é apresentada uma descrição completa das intervenções para prevenção de quedas. O Quadro 14-6 resume tanto os fatores de risco intrínsecos quanto extrínsecos que levam a quedas.

Quadro 14-6 Fatores de Risco para Quedas em Idosos

Fatores Intrínsecos

- História de queda anterior
- Comprometimento visual
- Hipotensão ou síncope postural
- Condições que afetam a mobilidade, como artrite, fraqueza do músculo da extremidade inferior, neuropatia periférica, problemas podais
- Condições que afetam o equilíbrio e a marcha
- Alterações na função da bexiga, como a frequência ou incontinência de urgência e noctúria
- Comprometimento cognitivo, agitação e confusão
- Reações adversas de medicações (sedativos, hipnóticos,

anticonvulsivantes, opioides)
- Tempos diminuídos de reação
- Descondicionamento

Fatores Extrínsecos

- Riscos do ambiente externo à casa, como má iluminação, piso escorregadio ou úmido, itens no piso que causam tropeços facilmente, disposição de mobiliário e outros obstáculos à deambulação, bem como calçadas e degraus em mau estado de conservação
- Calçado inadequado
- Ambiente não familiar de um quarto de hospital contendo barreiras ao movimento (p. ex., aglomerado de coisas, equipamento, má iluminação à noite)
- Uso inadequado de aparelhos auxiliares (p. ex., bengalas, andadores, muletas)

Comprometimentos Sensoriais

Devido aos comprometimentos sensoriais comuns apresentados pelos idosos, é necessário que a enfermeira promova a função sensorial existente e se certifique de que os pacientes vivam em ambientes seguros. Sempre que oferecer atividades de cuidados, certifique-se de que os pacientes usem os aparelhos auxiliares, como os auxílios auditivos ou óculos, para que possam participar completamente dos cuidados. O Capítulo 49 descreve em detalhes as intervenções de enfermagem usadas para manter e melhorar a função sensorial.

Dor

A dor não faz parte do envelhecimento normal saudável. É um sintoma e a sensação de desconforto que alerta a pessoa de que algo está errado. A dor é prevalente na população idosa e pode ser aguda ou crônica. As consequências da dor persistente incluem depressão, perda de apetite, dificuldades para dormir, alterações da marcha e

mobilidade, além de menos socialização. Muitos fatores influenciam o tratamento da dor, incluindo as influências culturais no significado e expressão da dor para idosos, os temores relacionados ao uso de medicações analgésicas e o problema de avaliação da dor quando os idosos têm um comprometimento cognitivo. As enfermeiras que cuidam de idosos devem defender um tratamento apropriado e eficaz da dor (Cap. 44). Novamente, o objetivo do tratamento da dor na enfermagem em idosos é maximizar a função e melhorar a qualidade de vida.

Uso de Medicamentos

Um dos maiores desafios para os idosos é o uso seguro dos medicamentos. As categorias de medicamentos, como analgésicos, anticoagulantes, antidepressivos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, sedativos-hipnóticos e relaxantes musculares, criam uma alta probabilidade de efeitos adversos em idosos. Eles estão em risco de efeitos adversos do medicamento por causa das alterações relacionadas à idade na absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos, o que é coletivamente referido como processo de farmacocinética (Cap. 32). Os medicamentos algumas vezes interagem com outro, adicionando ou anulando o efeito de outros fármacos. Entre os exemplos de efeitos adversos estão: confusão, equilíbrio comprometido, tontura, náusea e vômito. Por causa desses efeitos, alguns idosos não se dispõem a tomar medicamentos; outros não cumprem o esquema de dosagem prescrito, ou tentam se medicar por si mesmos com fitoterápicos ou fármacos de venda livre.

A polifarmácia, o uso concomitante de muitos medicamentos, aumenta o risco de efeitos adversos de um fármaco (Quadro 14-7). Embora a polifarmácia muitas vezes seja o reflexo de uma prescrição inadequada, o uso concomitante de múltiplos medicamentos muitas vezes é necessário quando o idoso tem múltiplas condições agudas e crônicas. Por exemplo, é comum que um paciente tome mais de um medicamento para controlar a hipertensão. O papel da enfermeira é assegurar o maior benefício terapêutico com um mínimo dano por meio da orientação dos pacientes sobre o uso seguro de

medicamentos. É preciso questionar a eficácia e a segurança das combinações dos medicamentos prescritos, verificando junto a farmacêuticos ou profissionais de saúde. Proteja o idoso para prevenir reações adversas. Os idosos quase sempre fazem uso de medicamentos de venda livre ou fitoterápicos. A mistura de medicamentos com e sem prescrição pode criar reações adversas.

Quadro 14-7

Prática baseada em evidências

Polifarmácia em Idosos

Questão PICO: Os idosos que vivem em comunidades experimentam poucos resultados adversos quando estão sob terapia de limitação de medicamentos, em comparação com os idosos expostos à polifarmácia?

Resumo de Evidências

A polifarmácia é um importante fator de numerosos problemas de saúde em idosos, incluindo o risco de eventos adversos por medicamentos (ADEs), o uso inadequado de medicamentos, declínio funcional e quedas. Em um estudo de amostragem de 1.503 idosos residentes em comunidade, o qual registrou 1.650 quedas, 42% dos pacientes foram considerados em risco de quedas por causa de polifarmácia (Boffin et al., 2014). Outro estudo de idosos constatou uma correlação entre o declínio funcional e os idosos com demência que tomavam cinco ou mais medicamentos (Lau et al., 2011). A polifarmácia causa uma incidência mais alta de interações medicamentosas, especialmente em idosos, por causa das alterações na farmacocinética, incluindo alterações na distribuição e absorção dos fármacos, metabolismo e *clearance* hepático e renal desses fármacos. Um estudo sobre as visitas ao departamento de emergência canadense constatou que 21,5% dos idosos que se apresentavam ao departamento de emergência com um ADE eram admitidos ao hospital. Além disso, o estudo identificou que as

classes de fármacos associados com mais frequência a danos provocados aos pacientes e que ocorriam de forma desproporcional à frequência prescrita eram os anticoagulantes, opioides, antibióticos, medicamentos cardiovasculares e drogas anti-inflamatórias não esteroides (Bayoumi et al., 2014). Fitoterápicos, vitaminas e fármacos de venda livre também podem precipitar um ADE. Muitos suplementos contêm ingredientes ativos que podem ter fortes efeitos no corpo. Embora muitas prescrições possam ser necessárias para alguns indivíduos, é necessário mais prudência nos cuidados para reduzir os riscos. Duas ferramentas são especialmente úteis aos profissionais de saúde para orientar a prescrição adequada para idosos. *Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*, uma orientação desenvolvida originalmente em 1991 pela American Geriatrics Society e atualizada em 2012 (American Geriatrics Society, 2012), ajuda os profissionais de saúde a identificar os medicamentos que têm uma alta associação com os ADEs. As ferramentas *Screening Tool of Older Person's Prescriptions* e a *Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment* (STOPP-START) também rastreiam as interações medicamentosas e as prescrições potencialmente inadequadas para os idosos (Lam e Cheung, 2012). Ao usar ambas as séries de critérios, um estudo de 624 pacientes com 65 anos e acima no momento da alta hospitalar demonstrou que 22,9% tinham uma prescrição potencialmente inadequada (PIP) usando os critérios de Beer, e com o uso dos critérios STOPP-START, 38,4% tinham uma PIP. A frequência de PIP também aumentava conforme o número de medicamentos prescritos (Hudhra et al., 2014).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Peça aos pacientes e aos cuidadores familiares que assegurem que o profissional de saúde conheça todas os medicamentos que foram prescritos ao paciente. Isto é especialmente importante se o paciente consultar-se com vários médicos.
- Considere um possível ADE quando o paciente desenvolver um novo comportamento ou alteração clínica; consulte o médico e o

farmacêutico clínico.

- Compare os medicamentos no momento da admissão e alta hospitalar para identificar prescrições potencialmente inadequadas.
- Revise fitoterápicos, vitaminas e medicamentos de venda livre em combinação com os medicamentos prescritos para detectar ADEs em potencial.
- Revise rotineiramente os medicamentos dos idosos em instituições de longa permanência (p. ex., mensalmente).
- Use tratamentos não farmacológicos que sabidamente são eficazes, quando possível.

Para alguns idosos, o controle seguro dos medicamentos é complexo e muitas vezes se torna opressivo. Esse problema é até mais complicado quando o limitado alfabetismo em saúde é um problema. Alguns idosos tomam seus medicamentos incorretamente porque não entendem as instruções de administração, complicando assim a avaliação da enfermeira sobre medicamentos e seus efeitos e os efeitos colaterais. Os medicamentos que precisam ser tomados mais de uma vez ou duas ao dia são uma preocupação porque o paciente pode não se lembrar de tomá-los conforme o programado. Como enfermeira, você está em posição de ajudar os pacientes idosos a realizar essa importante atividade de autocuidado (Cap. 32).

O custo das prescrições muitas vezes é proibitivo. O *Medicare Prescription Drug Benefit*, Medicare Part D, foi criado em 2003, nos Estados Unidos, como parte da lei *Medicare Modernization Act* de 2003. Este não é um plano, mas uma designação de muitos planos que são aprovados pelo *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS, 2015). Embora seja acompanhado por um dependente dedutível no número e custo dos medicamentos prescritos, esse benefício é de grande ajuda para os idosos. Além disso, a enfermeira faz a intermediação para os pacientes que precisam de certos medicamentos junto a farmácias ou empresas farmacêuticas para que lhes sejam fornecidos a custo mais baixo. Geralmente, um medicamento genérico que terá o efeito

desejado está disponível a custo reduzido.

Trabalhe colaborativamente com os idosos para assegurar o uso seguro e adequado de todos os medicamentos, prescritos e de venda livre. Ensine ao idoso os nomes de todos os medicamentos que ele está tomando, quando e como tomá-los, bem como os efeitos desejáveis e indesejáveis. Organizadores de comprimidos e calendários de medicação ajudam os idosos a rastrear suas doses. Explique como evitar efeitos adversos e/ou interações medicamentosas e como estabelecer e seguir um padrão apropriado de autoadministração. As estratégias para reduzir o risco dos efeitos adversos do medicamento incluem revisar os medicamentos com os idosos a cada visita, examinar as interações potenciais com alimentos ou outros medicamentos, simplificar e individualizar os regimes de medicação, aproveitando cada oportunidade para informar os idosos e os cuidadores da família sobre todos os aspectos do uso do medicamento, e incentivar os idosos a questionar seu profissional de saúde sobre todos os medicamentos prescritos e de venda livre.

Quando os profissionais de saúde usam as medicações para tratar confusão, é necessário ter cuidados especiais. Sedativos e tranquilizantes algumas vezes prescritos para os idosos com confusão aguda geralmente causam ou exacerbam a confusão e aumentam os riscos de quedas ou outras lesões. Monitore cuidadosamente os pacientes que recebem esses medicamentos, considerando as alterações relacionadas à idade nos sistemas corporais que afetam a atividade farmacocinética. Quando a confusão tem uma causa fisiológica (como uma infecção), os profissionais de saúde precisam tratar a causa em vez do comportamento confuso. Quando a confusão varia com o horário do dia ou é relacionada a fatores ambientais, use medidas criativas, não farmacológicas, como tornar o ambiente mais significativo, proporcionando iluminação adequada, incentivando o uso de aparelhos auxiliares, ou até telefonando para amigos ou familiares para que os idosos ouçam vozes tranquilizadoras.

Promoção e Manutenção da Saúde: Preocupações de Saúde Psicossociais

As intervenções de apoio à saúde psicossocial dos idosos assemelham-se às de outros grupos etários. No entanto, algumas intervenções são mais cruciais para os idosos com a experiência de isolamento social; comprometimento cognitivo; ou estresses relacionados a aposentadoria, mudança de residência ou aproximação da morte.

Maus-tratos a Idosos

Os **maus-tratos a idosos** são complexos e multifacetados e abrangem uma ampla gama de abusos. São encontrados em todas as áreas de prática de enfermagem e ambientes socioeconômicos. Consequentemente, há forte probabilidade de que a enfermeira se depare com maus-tratos ao idoso. Sua capacidade de rastrear e avaliar é essencial para a segurança, saúde e bem-estar do idoso.

Os maus-tratos a idosos são definidos como "ações intencionais que causam dano ou criam sério risco de dano (se o dano for intencional) a um idoso vulnerável por parte de um cuidador ou outra pessoa que tenha um relacionamento de confiança com o idoso" (NRC, 2003). Os tipos de maus-tratos a idosos incluem abuso físico, abuso emocional, exploração financeira, abuso sexual, negligência (intencional e não intencional) e abandono (Tabela 14-3). Embora os casos permaneçam pouco relatados, os dados sugerem que 10% dos idosos nos Estados Unidos experimentam alguma forma de maus-tratos (IOM e NRC, 2014). Também é comum que idosos vulneráveis experimentem uma combinação dos vários tipos de abuso.

Tabela 14-3

Maus-tratos a Idosos – Tipos, Descrições e Exemplos

Tipo	Descrição	Exemplos
Abuso físico	Infligir ou ameaçar infligir dor ou lesão física a idoso vulnerável ou privá-lo de uma necessidade básica	Golpear, bater, empurrar, dar tapas, chutar, aplicar contenção física, uso inadequado de medicamentos, fraturas, lacerações, queimaduras por cordas, lesões não tratadas
Abuso psicossocial/emocional	Atos verbais e não verbais que infligem sofrimento mental, angústia e desconforto	Insultos, ameaças, humilhação, intimidação, assédio, isolamento social

Exploração financeira	Apropriação ilegal, mau uso ou ocultação de fundos, ou bens e haveres do idoso vulnerável	Desconto de cheques sem autorização prévia ou permissão, forjar uma assinatura, ocultar dinheiro ou posses, coação para uma assinatura de um documento financeiro, forçar ou usar de maneira inadequada o poder como guardião e uma procuração, não pagamento de contas
Abuso sexual	Contato sexual não consensual ou atividade de qualquer tipo; coerção de um idoso para testemunhar comportamentos sexuais	Toque indesejado, estupro, sodomia, observação forçada de pornografia, nudez coagida, fotografias de sexo explícito
Negligência do cuidador	Recusa ou falha do responsável em atender às atividades de cuidados, deveres, proteção, ou obrigações; pode ser intencional ou não intencional pela falta de recursos ou educação	Recusa ou falha em prover as necessidades básicas, como alimento, água, vestuário, abrigo, higiene pessoal ou medicação; condições de vida inseguras e sem higiene, sujeira no leito, infestação de animais ou insetos
Abandono	Abandono de idoso vulnerável pela pessoa que assumiu a responsabilidade pelos cuidados e custódia desse idoso	Abandono em um hospital, instituição de enfermagem ou local público, como em um shopping center
Autonegligência	Comportamento de um idoso que ameaça o seu próprio bem-estar ou segurança; indiferença em relação à saúde pessoal ou ambiente do idoso, o que provoca o não atendimento de suas necessidades	Recusa ou falha em prover as próprias necessidades básicas, como alimento, água, vestuário, abrigo, higiene pessoal, medicamentos, segurança

Modificada de National Center on Elder Abuse, Administration on Aging: *Frequently asked questions*, s.d. http://www.ncea.aoa.gov/faq/index.aspx. Acessado em 30 mar. 2015; e Fulmer T, Greenbery S: *Elder mistreatment & abuse*, 2015, http://consultgerirn.org/resources. Acessado em 30 mar. 2015.

A maioria das pessoas que abusam são parentes cuidadores, o que torna mais complexa a identificação dos casos de abuso por causa da negação, medo de relatar e a recusa dos serviços comunitários. Altas taxas de maus-tratos ocorrem quando há maior confiança no cuidador por causa de comprometimento funcional e cognitivo. O pouco apoio social afeta os relatos de maus-tratos. Um estudo constatou que os relatos de maus-tratos triplicavam quando havia precário apoio social em vigor, como baixa renda, desemprego na família, eventos traumáticos e pouco ou nenhum envolvimento dos serviços sociais

(Acierno et al., 2010). Idosos vulneráveis podem não pedir ajuda por temer mais vingança, medo de serem colocados em uma casa de repouso, ou porque ficaram completamente isolados dos outros. Podem se sentir ridículos ou culpar-se por permitir que alguém os maltrate ou não queiram envolver os cuidadores em problemas legais ou financeiros (Bond e Butler, 2013).

Os maus-tratos a idosos se tornaram o foco de organizações nacionais e internacionais, políticas públicas e sociais, e de pesquisa. Estabelecido pela U.S. Administration on Aging, o National Center for Elder Abuse (NCEA) é um centro de recursos dedicado à prevenção de maus-tratos a idosos. A lei Elder Justice Act de 2009 é amplamente referida como o projeto de lei mais abrangente já aprovado a abordar e a combater os maus-tratos a idosos, fornecendo o financiamento federal para o *Adult Protective Services* (APS) do estado. Na maioria dos estados americanos, os assistentes sociais do APS são os primeiros a reagir aos relatos de abuso, negligência e exploração de adultos vulneráveis. Os serviços incluem o recebimento de relatos de abuso de adulto, exploração ou negligência, investigando esses relatos, gerenciamento de caso, monitoramento e avaliação de enfermagem. Além dos serviços de assistência social, o APS providencia serviços médicos, sociais, econômicos, legais, moradia e aplicação da lei ou outros serviços protetores de emergência ou de apoio (National Center on Elder Abuse, s.d.).

Como enfermeira você está em uma posição única para fazer o rastreamento de maus-tratos a idosos e a avaliação para detecção de sinais de abuso físico e emocional. Uma parte necessária de sua avaliação é completar a entrevista e a avaliação em particular, longe do cuidador. Definitivamente, será uma "bandeira vermelha" quando o cuidador se recusar a deixar o quarto ou a área para que você faça as perguntas confidencialmente. As leis americanas diferem entre os estados no que se refere ao relato e à investigação de maus-tratos a idosos. No entanto, caso a enfermeira suspeite que um idoso está sendo maltratado, é da responsabilidade dela saber quais são as provisões para o relato em sua jurisdição (Falk et al., 2012).

Comunicação Terapêutica

As habilidades de comunicação terapêutica permitem que a enfermeira perceba e respeite a condição única do idoso e as expectativas de cuidados de saúde. Enfermeiras atentas prestam cuidados de maneira oportuna, atendendo às necessidades expressas ou não expressas do paciente. Uma enfermeira afetuosa expressa atitudes de preocupação, bondade e compaixão. As enfermeiras bem-informados não apenas demonstram competência nos procedimentos, mas também reconhecem as necessidades e transmitem informações com habilidade. Os pacientes aceitam e respeitam as enfermeiras que atendem a essas expectativas e comunicam de maneira eficiente a preocupação com o bem-estar do idoso. No entanto, elas não podem simplesmente entrar no ambiente dos idosos e estabelecer imediatamente um relacionamento terapêutico. Primeiramente, elas precisam ser bem-informados e habilitadas nas técnicas de comunicação (Cap. 24). Sentar-se e envolver o idoso com um contato ocular está muito longe de ser o estabelecimento de um relacionamento terapêutico.

Toque

O toque é um instrumento terapêutico que a enfermeira usa para ajudar a confortar os idosos. Ele proporciona estimulação sensorial, induz ao relaxamento, além de conforto físico e emocional, transmite calor humano e comunica interesse. É uma expressão física poderosa de um relacionamento. Além disso, o toque gentil é uma técnica a ser usada quando se administra qualquer tipo de procedimento que requer contato físico ou reposicionamento e movimentação de um paciente.

Os idosos geralmente são privados do toque quando separados da família ou amigos. O idoso que está isolado, dependente ou enfermo; que teme a morte; ou sem autoestima tem grande necessidade do toque. A enfermeira reconhece a privação do toque por meio de comportamentos tão simples quanto o de um idoso pegar a sua mão ou ficar próximo a ela. Infelizmente, os idosos algumas vezes são

erroneamente acusados de investir sexualmente quando procuram tocar os outros. Ao usar o toque, esteja ciente das variações culturais e preferências do indivíduo (Caps. 7 e 9). Use o toque para transmitir respeito e sensibilidade. Não o use de maneira condescendente, como dar um tapinha na cabeça do idoso. Quando você estender a mão a um idoso, não se surpreenda se houver reciprocidade.

Orientação sobre a Realidade

A **orientação sobre a realidade** é uma comunicação técnica que torna um idoso mais consciente de tempo, lugar e pessoa. Os objetivos da orientação sobre a realidade incluem a restauração do senso de realidade; melhorando o nível de consciência, promovendo a socialização; elevando o funcionamento independente e minimizando a confusão, a desorientação e a regressão física. Embora a enfermeira use técnicas de orientação sobre a realidade em qualquer instituição de saúde, essas técnicas são especialmente úteis em instituições de cuidados agudos. O idoso que tem a experiência de mudança de ambiente, cirurgia, doença ou estresse emocional está em risco de se tornar desorientado. As mudanças de ambiente, como luzes brilhantes, ruídos não familiares e ausência de janelas em unidades especializadas de um hospital geralmente levam à desorientação e à confusão. A ausência de cuidadores familiares também é algo desorientador. O uso de anestesia, sedativos, tranquilizantes, analgésicos e restrições físicas em pacientes idosos aumenta a desorientação. Preveja e monitore quanto à desorientação e confusão como possíveis consequências de hospitalização, mudança de casa, cirurgia, perda ou doença e incorpore intervenções com base na orientação sobre a realidade ao plano de cuidados.

Os princípios de orientação sobre a realidade oferecem diretrizes úteis para se comunicar com os indivíduos com confusão aguda. Os elementos-chave da orientação sobre a realidade incluem lembretes frequentes de pessoa, local e tempo; o uso de auxílios de ambiente familiar como relógios, calendários e pertences pessoais; e estabilidade do ambiente, rotina e funcionários. No entanto, não continue a reorientar os idosos com comprometimento cognitivo crônico. A

comunicação é sempre respeitosa, paciente e calma. Responda às perguntas do idoso de maneira simples e honesta com sensibilidade e uma atitude afetuosa.

Terapia de Validação

A **terapia de validação** é uma abordagem alternativa à comunicação com um idoso que está confuso. Enquanto a orientação sobre a realidade insiste em que o idoso confuso concorde com as afirmações de tempo, lugar e pessoa, a terapia de validação aceita a descrição de tempo e lugar feita pelo idoso. É menos provável que os idosos com demência se beneficiem, e mais provável que se tornem agitados, com a insistência do cuidador sobre o tempo, o lugar e a pessoa "corretos". Na terapia de validação, você não desafia ou discute as afirmações e comportamentos do idoso. Estes representam uma necessidade ou sentimento internos. Por exemplo, um paciente insiste que é um determinado dia, quando, na realidade, é um dia diferente, por causa de uma grande ansiedade. A intervenção de enfermagem adequada é identificar e abordar a necessidade ou sentimentos internos. A validação não envolve o reforço das percepções errôneas do idoso; ela reflete a sensibilidade aos significados ocultos nas afirmações e comportamentos. Ao ouvir com sensibilidade e validação o que o paciente está expressando, você transmite respeito, tranquilização e compreensão. A validação ou o respeito aos sentimentos dos idosos em tempo e lugar que para eles são reais é mais importante do que insistir sobre o tempo e o lugar literalmente corretos.

Reminiscência

A **reminiscência** é recordar o passado. Muitos idosos gostam de compartilhar as experiências passadas. Como terapia, a reminiscência usa a lembrança do passado para trazer significado e compreensão ao presente e resolver conflitos atuais. Recordar as resoluções positivas dos problemas faz com que o idoso se lembre de estratégias de enfrentamento usadas com sucesso no passado. A reminiscência também é uma maneira de expressar a identidade pessoal. A reflexão

sobre as realizações do passado apoia a autoestima. Para alguns idosos, o processo de recordar os eventos passados revela novos significados para esses eventos.

Durante o processo de avaliação use a reminiscência para avaliar a autoestima, função cognitiva, estabilidade emocional, conflitos não resolvidos, habilidade de enfrentamento e expectativas para o futuro. Por exemplo, peça ao paciente para falar sobre uma perda prévia para avaliar o enfrentamento. Você também pode proceder à reminiscência durante as atividades de cuidados diretos. Reserve algum tempo para fazer perguntas sobre as experiências passadas e ouvir atentamente e transmitir ao idoso suas atitudes de respeito e preocupação.

Embora muitos usem a reminiscência em uma situação individual, ela também é usada como terapia em grupo para idosos com comprometimento cognitivo ou deprimidos. A enfermeira deve organizar o grupo e selecionar estratégias para iniciar uma conversação. Por exemplo, ela pede ao grupo para discutir as atividades da família ou as memórias da infância, adaptando as perguntas ao tamanho, estrutura, processo, objetivos do grupo, e as atividades para atender às necessidades dos membros.

Intervenções de Imagem Corporal

O modo de apresentação dos idosos influencia a imagem corporal e os sentimentos de isolamento deles (Cap. 34). Algumas características físicas da idade avançada, como os cabelos grisalhos e a aparência distinta, são socialmente desejáveis. Outras características, como o rosto enrugado que revela as características ou as mãos enrugadas que mostram uma vida de trabalho duro também são impressionantes. Porém, com muita frequência, a sociedade vê os idosos como incapacitados, surdos, obesos ou de estatura encolhida. As consequências de doença e envelhecimento que ameaçam a imagem corporal do idoso incluem procedimentos diagnósticos invasivos, dor, cirurgia, perda de sensação em uma parte do corpo, alterações na pele e incontinência. O uso de aparelhos, como dentaduras, aparelhos auditivos, membros artificiais, cateteres permanentes, dispositivos de ostomia e tubos de alimentação enteral também afetam a imagem

corporal.

A enfermeira deve considerar a importância da apresentação de uma imagem socialmente aceitável do idoso. Quando os idosos têm doenças agudas ou crônicas, a dependência física torna difícil para eles manter a imagem corporal. A enfermeira influencia na aparência do idoso ajudando-o na arrumação pessoal e higiene. É necessário pouco esforço para o idoso pentear o cabelo, limpar as dentaduras, barbear-se ou trocar de roupa. Ele não escolhe ter uma aparência desagradável. Seja sensível aos odores no ambiente. Os odores criados pela urina e algumas doenças muitas vezes estão presentes. Ao controlar os odores do paciente você evita que os visitantes abreviem sua visita ou não o visitem.

Idosos e a instituição de cuidados agudos

Os idosos em instituições de cuidados agudos precisam de atenção especial para ajudá-los a se ajustar ao ambiente de cuidados agudos e atender às suas necessidades básicas. A instituição de cuidados agudos coloca o idoso em um risco maior de eventos adversos, como delírio, desidratação, desnutrição, infecções hospitalares (HAIs), incontinência urinária e quedas. O risco de delírio aumenta quando os idosos hospitalizados experimentam imobilização, privação de sono, infecção, desidratação, dor, comprometimento sensorial, interações medicamentosas, anestesia e hipoxia. As causas não médicas de delírio incluem a colocação em ambientes não familiares, equipe não familiar, repouso no leito, separação de familiares que dão apoio ao idoso e estresse. O comprometimento visual ou auditivo contribui para a confusão e interfere nas tentativas de reorientar o idoso. Quando a prevenção do delírio fracassa, o gerenciamento de enfermagem inicia a identificação e o tratamento da causa. As intervenções de apoio incluem incentivar as visitas da família, fornecer dicas de memória (relógios, calendários e etiquetas com nomes), além de compensação para as deficiências sensoriais. As técnicas de orientação sobre a realidade geralmente são úteis.

Os idosos estão em risco maior de desidratação e desnutrição durante a hospitalização em razão de procedimentos padrões, como limitação de alimentos e líquidos durante a preparação para testes diagnósticos e medicamentos que diminuem o apetite. O risco de desidratação e desnutrição aumenta quando os idosos são incapazes de alcançar bebidas ou se alimentar quando acamados ou conectados a um equipamento médico. As intervenções incluem a retirada do paciente do leito, oferta frequente de bebida e lanches, e incluir seus alimentos e bebidas favoritos no plano de dieta.

O aumento do risco de HAIs em idosos está associado à diminuição da resposta do sistema imune relacionada à idade avançada, além de

outras condições crônicas que tornam os idosos mais suscetíveis. As ITUs são o tipo mais comum de HAI. Aproximadamente 75% das ITUs adquiridas em hospitais resultam do uso de cateteres urinários (CDC, 2015c). Outras HAIs incluem infecção da corrente sanguínea relacionada ao acesso venoso central, infecção do sítio cirúrgico, *Clostridium difficile* e pneumonia adquirida em hospital. A principal medida preventiva é a higiene das mãos combinada com uma política adequada de isolamento e procedimentos para prevenir e controlar a transmissão de infecção (Cap. 29).

Os idosos hospitalizados estão em risco de se tornarem incontinentes de urina (incontinência transitória). As causas de incontinência incluem delírio, ITU não tratada, medicações, restrição da mobilidade, ou necessidade de assistência para chegar ao banheiro. As intervenções para diminuir a incontinência incluem o planejamento de cuidados individualizados para proporcionar oportunidades para a eliminação urinária e modificação do ambiente para melhorar o acesso ao toalete. Evite a cateterização urinária de demora e promova medidas para prevenir a solução de continuidade da pele (Cap. 46).

O risco aumentado de solução de continuidade da pele e de desenvolvimento de lesões por decúbito está relacionado a alterações da pele envelhecida e a situações que ocorrem no ambiente de cuidados agudos, como imobilidade, incontinência e desnutrição. Os pontos-chave na prevenção da solução de continuidade da pele são: evitar a pressão com um posicionamento adequado e uso de uma superfície de apoio com base no estado de risco, reduzindo as forças de cisalhamento e a fricção, prestando meticulosos cuidados à pele e controle da umidade, além de oferecer suporte nutricional (Cap. 48).

Os idosos em instituições de cuidados agudos também estão em maior risco de quedas e lesões. A causa de uma queda é tipicamente multifatorial e composta por fatores intrínsecos ou extrínsecos (Quadro 14-6). Medicamentos sedativos e hipnóticos aumentam a instabilidade. A fraqueza na extremidade inferior e fadiga geral e descondicionamento podem dificultar a saída do paciente do leito. Depois que o paciente sai do leito, geralmente ele está muito instável e

propenso a quedas. Os medicamentos que causam hipotensão ortostática também aumentam o risco de quedas por redução da pressão arterial quando o paciente sai do leito para uma cadeira. A maior eliminação urinária decorrente de diuréticos eleva o risco de quedas por aumentar o número de tentativas de sair do leito para eliminação de urina. Essas tentativas, quando impedidas por contenção física, algumas vezes levam à lesão quando o idoso se enreda na contenção. Equipamentos como fios de monitores, tubulação intravenosa, cateteres urinários e outros aparelhos médicos tornam-se obstáculos à deambulação segura. O comprometimento da visão impede que o idoso veja os riscos de tropeçar, por exemplo, em cestos de lixo. Muitos hospitais diminuíram significativamente o uso de contenções e a incidência de quedas pela implementação de turnos horários frequentes com foco nas necessidades de toalete, controle da dor e necessidades pessoais dos pacientes. Outras intervenções para reduzir o risco de queda em instituições de cuidados agudos são discutidas no Capítulo 39.

Idosos e cuidados restauradores

Cuidados restauradores referem-se a dois tipos de cuidados contínuos: a continuação da recuperação da doença aguda ou cirurgia que se iniciou na instituição de cuidados agudos e o suporte de condições crônicas que afetam o funcionamento do dia a dia. Ambos os tipos de cuidados restauradores ocorrem em lares particulares e instituições de longa permanência.

As intervenções durante a convalescença de uma doença aguda ou cirurgia visam à reaquisição ou melhora do nível anterior de independência dos pacientes nas AVDs. A enfermeira deve continuar as intervenções que começam em instituições de cuidados agudos e posteriormente modificá-las, à medida que a convalescença evolui. Para conseguir essa continuação, assegure-se de que as informações de alta fornecidas pela instituição de cuidados agudos abordem as intervenções contínuas necessárias (p. ex., exercícios de rotina, rotinas de cuidados a feridas, horários de medicamentos e monitoramento da glicemia). As intervenções também precisam abordar a restauração dos relacionamentos interpessoais e atividades, seja em nível anterior ou no nível desejado pelo idoso. Quando os cuidados restauradores abordarem as condições crônicas, os objetivos dos cuidados devem incluir a estabilização da condição crônica, promoção de saúde, assim como da independência nas AVDs.

As intervenções para promover a independência nas AVDs abordam as capacidades física e cognitiva e segurança da pessoa. A capacidade física para realizar as AVDs requer força, flexibilidade e equilíbrio. A enfermeira precisa fazer acomodações no caso de comprometimentos de visão, audição e tato. A capacidade cognitiva para realização das AVDs requer a capacidade de reconhecimento, julgamento e lembrança. Os comprometimentos cognitivos, como a demência, interferem no desempenho seguro das AVDs, embora o idoso ainda seja fisicamente apto para as atividades. Adapte as intervenções para promover a independência nas AVDs a fim de atender às necessidades de estilo de vida do idoso. Embora a

segurança seja de extrema importância, o idoso precisa ser capaz de realizar as AVDs com um nível de risco aceitável para ele. Colabore com o terapeuta ocupacional, que é treinado na seleção do tipo correto de aparelhos auxiliares para os pacientes.

Além das AVDs básicas, a enfermeira precisa dar apoio à capacidade do idoso para realizar as AIVDs, como usar o telefone, lavar roupa, limpar a casa ou apartamento, lidar com o dinheiro, pagar contas e dirigir um automóvel. Para viver de maneira independente em uma casa ou apartamento, os idosos precisam ser capazes de realizar as AIVDs, contratar serviços de trabalhadores externos ou ter uma rede de apoio da família e amigos que os ajudem nessas tarefas. Os terapeutas ocupacionais são um recurso importante para auxiliar as pessoas a se adaptar quando é difícil a realização das AIVDs. Além disso, pode ser adequado que um cuidador familiar assuma mais responsabilidade completando as AIVDs para os pacientes.

As medidas de cuidados restauradores têm como foco as atividades que permitem que os idosos permaneçam funcionais dentro de seus ambientes de vida. Colabore com um idoso para estabelecer prioridades dos cuidados e objetivos ao paciente, determine os resultados esperados e selecione as intervenções apropriadas. A colaboração com o paciente promove a compreensão dele sobre os cuidados e minimiza os conflitos. A consideração das experiências de vida, valores e padrões socioculturais dos idosos serve de base para o planejamento dos cuidados ao indivíduo. Quando o estado cognitivo do idoso impede sua participação em decisões de cuidados à saúde, é necessário que a enfermeira inclua os cuidadores familiares. A família e os amigos são ricas fontes de dados porque conheciam o idoso antes do comprometimento. Frequentemente, eles dão explicações para os comportamentos dos idosos e sugerem métodos de tratamento. A avaliação e o planejamento cuidadosos levam a metas de cuidados que consideram a influência das alterações normais do envelhecimento, facilitam um nível ótimo de conforto e enfrentamento, e promovem a independência nas atividades de autocuidado.

Pontos-chave

- Os cuidados de enfermagem aos idosos trazem desafios especiais por causa da grande variação em sua saúde fisiológica, cognitiva e psicossocial.
- Quando os profissionais de saúde mantêm estereótipos negativos sobre o envelhecimento, esses estereótipos podem afetar negativamente a qualidade dos cuidados ao paciente.
- A melhor maneira de avaliar a qualidade de um centro de enfermagem em uma comunidade é por meio da visita do paciente e da família à instituição, inspecionando-a pessoalmente.
- A avaliação abrangente de um idoso pode levar mais tempo do que a de um adulto jovem por causa da vida e histórico médico mais longos, da potencial complexidade do histórico e o tempo que leva para um idoso responder a perguntas.
- Os sinais e sintomas clássicos de doenças algumas vezes estão ausentes, embotados ou são atípicos em idosos.
- As mudanças fisiológicas normais do envelhecimento não são processos patológicos, mas podem tornar os idosos mais vulneráveis a algumas condições e doenças clínicas comuns.
- Uma súbita mudança na função, evidenciada por declínio ou alteração da capacidade do idoso de realizar qualquer das AVDs, ou uma combinação destas e de AIVDs, geralmente é um sinal de uma doença aguda.
- Os sintomas de comprometimento cognitivo, como desorientação, perda das habilidades de linguagem e julgamento precário, não são alterações normais do envelhecimento e requerem que a enfermeira avalie mais os pacientes para detecção de causas subjacentes.
- Avalie o potencial do paciente para o isolamento social pela identificação de redes sociais, acesso ao transporte e disposição para interagir com os outros.
- Medidas preventivas gerais de saúde para idosos incluem triagem de saúde rotineira; exercício regular; redução de peso, se estiver com sobrepeso; consumir uma dieta balanceada com baixo teor de

gordura, dieta bem balanceada; uso moderado de álcool; visitas regulares ao dentista; cessação do tabagismo e imunização.

- Polifarmácia, que é o uso concomitante de muitos medicamentos, aumenta o risco de efeitos adversos dos fármacos, uso inadequado de medicamentos e quedas em idosos.
- Os maus-tratos a idosos são encontrados em todas as áreas de prática de enfermagem e situações socioeconômicas e inclui abusos físicos, emocionais e sexuais; exploração financeira; negligência do cuidador; autonegligência e abandono.
- A reminiscência usa a recordação do passado para trazer o significado e a compreensão do presente e resolver os conflitos atuais.
- As instituições de cuidados agudos colocam os idosos em risco de delírio, desidratação, desnutrição, HAIs e quedas.
- As intervenções restauradoras de enfermagem estabilizam as condições crônicas, promovem a saúde e a independência nas AVDs básicas e instrumentais.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Uma estudante de enfermagem está cuidando de um paciente de 78 anos com esclerose múltipla. Um cateter de Foley permanente foi mantido por 3 dias no paciente. Há oito horas a temperatura do paciente era 37,1 °C. A estudante relata a recente avaliação da enfermeira: a temperatura do paciente é 37,2 °C; o cateter de Foley ainda está em posição, drenando a urina escura; e o paciente não tem certeza de qual é a hora do dia. Pelo que a enfermeira sabe sobre a apresentação de sintomas em idosos, o que ela recomendaria primeiro?
    1. Diz à estudante que a confusão temporária é normal e simplesmente requer reorientação

    2. Diz à estudante que aumente a ingestão de líquidos do paciente, uma vez que a urina está concentrada
    3. Diz à estudante que os achados de sua avaliação são normais para um idoso
    4. Diz à estudante que ela notificará o profissional de saúde do paciente sobre os achados e recomendará a cultura de urina
2. Um familiar do paciente está considerando a internação de sua mãe em um centro de enfermagem. A enfermeira conversou antes com a família e sabe que esta é uma decisão difícil. Quais dos seguintes critérios ela recomenda para a escolha do centro de enfermagem? (Selecione todos que se aplicam.)
    1. O centro precisa ser limpo e os quartos devem se assemelhar aos quartos de um hospital.
    2. Uma equipe adequada está disponível em todos os turnos.
    3. Atividades sociais estão disponíveis para todos os residentes.
    4. O centro fornece três refeições diárias com um menu estabelecido e serviço de mesa programado.
    5. A equipe incentiva o envolvimento da família no planejamento dos cuidados e sua assistência nos cuidados físicos.
3. A enfermeira conduziu uma avaliação de um novo paciente que compareceu à clínica médica. O paciente tem 82 anos e tem osteoartrite por 10 anos e diabetes melito por 20 anos. Ele está alerta, mas se distrai facilmente durante a avaliação. Recentemente ele se mudou para um novo apartamento, e o cão beagle, seu animal de estimação, morreu há exatamente 2 meses. É mais provável que ele esteja experimentando:
    1. Demência.
    2. Depressão.
    3. Delírio.
    4. Reação hipoglicêmica.
4. A enfermeira está completando um histórico de saúde com a filha de uma paciente recém-admitida que está confusa e

agitada. A filha relata que a mãe foi diagnosticada com doença de Alzheimer há 1 ano, mas se tornou extremamente confusa na tarde anterior e teve alucinações. Ela não conseguiu acalmá-la, e a mãe achava que ela era uma estranha. Com base nesse histórico, a enfermeira suspeita que a paciente está experimentando:

1. Delírio.
2. Depressão.
3. Demência de início recente.
4. Agravamento da demência.

5. A sexualidade é mantida ao longo de nossas vidas. Qual das seguintes respostas explica melhor a sexualidade no idoso?
    1. Quando ocorre o falecimento do parceiro sexual, o sobrevivente já não se sente sexuado.
    2. Ocorre diminuição da libido do idoso.
    3. Qualquer expressão externa de sexualidade sugere que o idoso tem um problema de desenvolvimento.
    4. Todos os idosos, saudáveis ou frágeis, precisam expressar sensações sexuais.
6. Os idosos experimentam frequentemente uma alteração na atividade sexual. Qual das alternativas explica melhor essa alteração?
    1. A necessidade de tocar e ser tocado está diminuída.
    2. As preferências sexuais dos idosos não são tão diversas.
    3. As mudanças físicas geralmente não afetam o funcionamento sexual.
    4. A frequência e as oportunidades de atividade sexual podem declinar.
7. A enfermeira vê uma mulher de 76 anos em uma clínica ambulatorial. A paciente diz que notou recentemente um brilho nas luzes de sua casa. Sua visão está turva; e ela é incapaz de jogar baralho com os amigos, de ler ou realizar trabalhos de bordado. A enfermeira suspeita que a mulher possa ter:
    1. Presbiopia.

2. Presbiacusia.
3. Catarata(s).
4. Depressão.

8. A enfermeira está cuidando de um paciente que se prepara para a alta hospitalar no dia seguinte. O paciente não lê. O cuidador familiar fará uma visita antes da alta. O que a enfermeira pode fazer para facilitar a compreensão do paciente sobre as instruções de alta? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
   1. Gritar para que o paciente possa ouvi-la.
   2. Sentar-se defronte do paciente para que ele possa observar seus movimentos labiais e expressões faciais.
   3. Apresentar uma ideia ou conceito por vez.
   4. Enviar uma cópia por escrito das instruções domiciliares junto com o paciente e dizer-lhe que peça à família para revisá-las.
   5. Incluir o cuidador familiar na sessão de educação.
9. Um paciente de 63 anos está se aposentando do emprego em uma empresa contábil, onde exerceu papel de gerência nos últimos 20 anos. Ele esteve na mesma empresa por 42 anos e foi um empregado dedicado. Sua esposa é uma dona de casa. Ela criou cinco filhos, cuida dos netos, se necessário, e pertence a numerosos comitês da igreja. Quais são as principais preocupações desse paciente? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
   1. A perda de seu papel ocupacional
   2. O risco de isolamento social
   3. A determinação de que a esposa tem que começar a trabalhar
   4. Como a esposa espera que seja a divisão de tarefas domésticas na casa com a aposentadoria
   5. A idade em que o paciente optou por se aposentar
10. A enfermeira está avaliando uma idosa que foi levada para o departamento de emergência após uma queda e fratura do punho. Ela nota que a paciente é muito magra e despenteada,

tem uma lesão por decúbito em estágio 3 no cóccix, e apresenta hematomas nas extremidades, além de novos hematomas decorrentes da nova queda. Ela cede todas as perguntas ao seu filho, que é o cuidador e a acompanhou ao hospital. O próximo passo da enfermeira será:

1. Telefonar para os serviços sociais para iniciar sua colocação em uma casa de repouso.
2. Pedir ao filho para sair da sala para completar a avaliação.
3. Telefonar para o serviço de proteção a adultos por suspeitar de maus-tratos à idosa.
4. Avaliar o estado cognitivo da paciente.

11. A enfermeira está participando de um evento de saúde e bem-estar no centro comunitário local. Uma mulher se aproxima e relata que ela está preocupada porque seu pai viúvo está se tornando cada vez mais comprometido em termos funcionais e terá de ir morar com ele. A enfermeira indaga sobre a capacidade do idoso de completar as atividades da vida diária (AVDs). As AVDs incluem independência para: (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Dirigir.
    2. Usar o toalete.
    3. Banhar-se.
    4. Fazer exercícios diários.
    5. Alimentar-se.
12. Durante uma visita domiciliar de saúde, a enfermeira conversa com um paciente e seu cuidador familiar sobre os seus medicamentos. O paciente tem hipertensão e doença renal. Qual dos seguintes achados põe o paciente em risco de um evento medicamentoso adverso? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Tomar dois medicamentos para hipertensão
    2. Tomar um total de oito medicamentos diferentes durante o dia
    3. Pedir a um médico que faça a revisão de todos os medicamentos

4. Histórico de saúde de doença renal do paciente
5. Envolvimento do cuidador para ajudar na administração do medicamento

13. A enfermeira está completando uma avaliação de internação com um homem de 80 anos que sofreu fratura de quadril após uma queda. Ele está alerta, vive sozinho, e sua higiene é muito precária. Ele refere uma perda de peso de 9 quilos nos últimos 6 meses, após a morte de sua esposa e separação de seu único filho. Ele admite outras quedas antes da queda mais recente. O que a enfermeira deve suspeitar?
    1. Demência.
    2. Abuso de idoso.
    3. Delírio.
    4. Abuso de álcool.
14. A enfermeira está trabalhando com um idoso após hospitalização aguda. O objetivo é ajudar essa pessoa a estar mais em contato com o tempo, lugar e pessoa. Qual intervenção provavelmente será mais eficaz?
    1. Reminiscência
    2. Terapia de validação
    3. Orientação sobre a realidade
    4. Intervenções de imagem corporal
15. Um paciente de 71 anos entra no departamento de emergência após cair nas escadas de sua casa. A enfermeira está conduzindo uma história da queda com o paciente e sua esposa. Eles vivem em uma casa térrea em uma fazenda. Ele tem diabetes há mais de 15 anos e apresenta alguma dormência nos pés. Ele usa óculos bifocais. Sua pressão arterial é estável em 130/70. O paciente não se exercita regularmente e diz que sente fraqueza nas pernas ao subir escadas. Ele é alerta, orientado e capaz de responder as perguntas com clareza. Quais são os fatores de risco para quedas para esse paciente? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Visão comprometida
    2. Projeto da residência

3. Pressão arterial
4. Fraqueza nas pernas
5. Histórico de exercícios

Respostas: 1. 4; **2.** 2, 3, 5; **3.** 2; **4.** 1; **5.** 4; **6.** 4; **7.** 3; **8.** 2, 3, 5; **9.** 1, 4; **10.** 2; **11.** 2, 3, 5; **12.** 2, 4; **13.** 4; **14.** 3; **15.** 1, 4, 5.

Referências

Administration on Aging (AOA): *A profile of older Americans*, 2013. http://www.aoa.acl.gov/Aging_Statistics/Profile/2013/docs/2013_Profile.pdf. Accessed June 13, 2015.

American Cancer Society (ACS): *Prostate cancer*, 2015. http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/. Accessed June 13, 2015.

American College of Sports Medicine: *Exercise for persons with chronic obstructive pulmonary disease*, n.d. http://www.acsm.org/docs/current-comments/exerciseforpersonswithcopd.pdf. Accessed July 11, 2015.

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel: American Geriatrics Society updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults, *J Am Geriatr Soc* 60(4):616, 2012.

American Lung Association: *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) fact sheet*, 2014. http://www.lung.org/lung-disease/copd/resources/facts-figures/COPD-Fact-Sheet.html. Accessed June 13, 2015.

Bond M, Butler K. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(1):257.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Preventing falls: a guide to implementing effective community-based fall prevention programs*, ed 2, 2015a. http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/pdf/falls/fallpreventionguide-2015-a.pdf. Accessed July 11, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Falls among older adults-an overview*, 2015b. http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/Falls/adultfalls.html. Accessed June 13, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Catheter-associated UTIs—CAUTI*, 2015c. http://www.cdc.gov/HAI/ca_uti/uti.html. Accessed June 13, 2015.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): *Drug coverage—Part D*, 2015. http://www.medicare.gov/part-d/index.html. Accessed June 13, 2015.

Falk N, et al. Elder mistreatment and Elder Justice Act. *Online J Nurs*. 2012;17(3):7.

Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics: *Older Americans 2012 key indicators of well-being*, 2012. http://www.agingstats.gov/Agingstatsdotnet/Main_Site/Data/2012_Documents/I Accessed June 13, 2015.

Institute of Medicine (IOM) and National Research Council (NRC): *Elder abuse and its prevention: workshop summary*, Washington, DC, 2014, National Academies

Press.

Jett K. Assessment and documentation for optimal care. In: Touhy T, Jett K, eds. *Ebersole and Hess' gerontological nursing and healthy aging*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

Kresevic D. Assessment of physical function. In: Boltz M, ed. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. ed 4 New York: Springer; 2012.

Meiner S. Gerontologic assessment. In: Meiner S, ed. *Gerontologic nursing*. ed 5Mosby; 2015.

Meiner S, Benzel-Lindley J. Health promotion and illness/disability prevention. In: Meiner S, ed. *Gerontologic nursing*. ed 5Mosby; 2015.

Morgan C, Upadhyaya R. Loss and end-of-life issues. In: Meiner S, ed. *Gerontologic nursing*,. ed 5Mosby; 2015.

Murphy S, et al. Deaths: final data for 2010. *Natl Vital Stat Rep*. May 8, 2013;61(4): http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr61/nvsr61_04.pdf. Accessed June 13, 2015.

National Cancer Institute (NCI): *US National Cancer Institute fact sheet: harms of smoking and health benefits of quitting,* 2014. http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Tobacco/cessation. Accessed June 13, 2015.

National Center on Elder Abuse, Administration on Aging: *Adult protective services*, n.d. http://www.ncea.aoa.gov/Stop_Abuse/Partners/APS/index.aspx. Accessed June 13, 2015.

National Institute of Mental Health: *Older adults and depression,* n.d. http://www.nimh.nih.gov/health/publications/older-adults-and-depression/index.shtml. Accessed June 13, 2015.

National Osteoporosis Foundation: *Learn about osteoporosis*, n.d. http://www.nof.org/learn/basics. Accessed June 13, 2015.

National Research Council (NRC) *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America, panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect*. Washington, DC: National Academics Press; 2003.

Office of Disease Prevention and Health Promotion: *Healthy People 2020, older adults*, 2015. http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/older-adults. Accessed July 11, 2015.

Smith M, Cotter V. Age-related changes in health. In: Boltz M, ed. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. ed 4 New York: Springer; 2012.

Speros CI. More than words: promoting health literacy in older adults. *Online J Issue Nurs*. Sept 30, 2009;14(3): Manuscript 5.

Touhy T. Relationships, roles, and transitions. In: Touhy T, Jett K, eds. *Ebersole and Hess' toward healthy aging: human needs and nursing response*. ed 8 St Louis:

Mosby; 2012.

Touhy T. Promoting safety. In: Touhy T, Jett K, eds. *Ebersole and Hess' gerontological nursing and healthy aging*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

U.S. Census Bureau: *Income and poverty in the United States: 2013, Current Population Reports*, 2014. https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/demo/p60-249.pdf. Accessed July 10, 2015.

World Health Organization: *Health Promotion: Health literacy and health behavior*, 2015. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/. Accessed July 11, 2015.

Yeager J. Sexuality and aging. In: Meiner S, ed. *Gerontologic nursing*. ed 5Mosby; 2015.

Referências de pesquisa

Acierno R, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the national elder mistreatment study. *Am J Public Health*. 2010;100(2):292.

Bayoumi I, et al. Medication-related emergency department visits and hospitalizations among older adults. *Can Fam Physician*. 2014;60(4):e217.

Boffin N, et al. Falls among older general practice patients: a 2-year nationwide surveillance study. *Fam Pract*. 2014;31(3):281.

Hudhra K, et al. Frequency of potentially inappropriate prescriptions in older people at discharge according to Beers and STOPP criteria. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(3):596.

Lam MP, Cheung BM. The use of STOPP/START criteria as a screening tool for assessing the appropriateness of medications in the elderly population. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2012;5(2):187.

Lau DT, et al. Functional decline associated with polypharmacy and potentially inappropriate medications in community-dwelling older adults with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2011;26(8):606.

Stevens J, et al. Gender differences in seeking care for falls in the aged Medicare population. *Am J Prev Med*. 2012;12(43):59.

UNIDADE III
Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem

Capítulo 15: Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem
Capítulo 16: Histórico de Enfermagem
Capítulo 17: Diagnóstico de Enfermagem
Capítulo 18: Planejamento dos Cuidados de Enfermagem
Capítulo 19: Implementando os Cuidados de Enfermagem
Capítulo 20: Avaliação de Enfermagem
Capítulo 21: Gerenciamento dos Cuidados de Enfermagem

15

Pensamento Crítico na Prática de Enfermagem

OBJETIVOS

- Discutir a responsabilidade de uma enfermeira na tomada de decisões clínicas.
- Discutir como uma reflexão melhora a capacidade de uma enfermeira para tomar decisões clínicas futuras.
- Descrever os componentes de um modelo de pensamento crítico para a clínica ao tomar uma decisão.
- Discutir as habilidades de pensamento crítico utilizadas na prática de enfermagem.
- Explicar a relação entre a experiência clínica e o pensamento crítico.
- Discutir as atitudes do pensamento crítico utilizadas nas decisões clínicas.
- Explicar como as normas profissionais influenciam as decisões clínicas em enfermagem.
- Discutir a importância da gestão do estresse ao tomar decisões clínicas.
- Discutir a relação do processo de enfermagem com o pensamento crítico.

TERMOS-CHAVE

Tomada de decisão clínica, p. 198
Mapa conceitual, p. 203
Pensamento crítico, p. 194
Tomada de decisão, p. 197
Raciocínio diagnóstico, p. 197
Conhecimento baseado em evidências, p. 194
Inferência, p. 197
Conhecendo o paciente, p. 198
Processo de enfermagem, p. 198
Resolução de problemas, p. 196
Reflexão, p. 195
Método científico, p. 196

Sendo um estudante de enfermagem você está apenas começando a aprender a fazer julgamentos clínicos ou decisões sobre os pacientes e suas famílias em seus cuidados. O julgamento clínico é uma habilidade essencial que envolve a interpretação de necessidades, preocupações ou problemas de saúde de um paciente a respeito da decisão de agir ou não, usando ou modificando abordagens padrões ou improvisando novas abordagens com base na resposta do paciente (Tanner, 2006). Segundo Harjai e Tiwari (2009), explicando este processo desta forma: "a prática da enfermagem contemporânea precisa de pensadores efetivos e tomadores de decisão que sejam capazes de analisar os dados clínicos, o conhecimento médico e de enfermagem e os dados ambientais, traduzindo as análises em intervenções que salvam vidas" (p. 305). O julgamento clínico de som está associado com a sua capacidade de pensar criticamente. Você deve aplicá-lo, a cada dia, em sua prática como enfermeiro.

Considere este exemplo de pensamento crítico. O computador que

você está usando mostra um aviso de erro na tela. Você pensa sobre os passos que você seguiu antes do erro; considerar um possível problema; corrigir um erro na digitação, alterar uma função ou, talvez, reiniciar o computador com base nas suas habilidades de lógica e de raciocínio. Você considera o que sabe sobre computação, suas experiências passadas na utilização de computadores, a sua experiência com o mesmo erro no passado, e como se sente no momento (estressado ou apressado, calmo e perspicaz), enquanto você vai decidir sobre a sua ação em relação ao erro. Você usa uma abordagem de pensamento crítico muito semelhante quando cuida de pacientes. No entanto, você aplica o conhecimento, as experiências clínicas e padrões profissionais ao pensar criticamente e tomar decisões sobre o atendimento ao paciente.

À medida que você se desenvolve profissionalmente, é importante adquirir habilidades críticas de pensamento que lhe permitam enfrentar cada nova experiência na assistência ao paciente ou problema a esse respeito, com a mente aberta, criatividade, confiança e investigação contínua. Quando um paciente desenvolve um novo conjunto de sintomas, podemos questionar sobre sua necessidade de conforto ou se ele requer um procedimento, sendo importante pensar criticamente e tomar decisões sensatas, de modo que o paciente receba os melhores cuidados de enfermagem possíveis. O pensamento crítico não é um passo a passo simples, um processo linear que você aprende durante a noite. É um processo só conquistado por meio da experiência, do comprometimento e de uma curiosidade ativa na direção do aprendizado. Assim, este capítulo leva você a pensar e a entender os processos de construção do pensamento, usados no julgamento clínico, para ajudar a melhorar a sua tomada de decisão e a sua capacidade de identificar os problemas do paciente (Croskerry e Nimmo, 2011).

Julgamento clínico na prática de enfermagem

Os enfermeiros são responsáveis em tomar decisões ou promover julgamentos clínicos precisos e apropriados. A tomada de decisões clínicas distingue os enfermerios dos técnicos de enfermagem. Por exemplo, um enfermeiro observa alterações nos pacientes, identifica os problemas potenciais, identifica novos problemas que possam surgir e toma medidas imediatas quando o quadro clínico do paciente se agrava. Técnicos são orientados por enfermeiros para realizar determinados procedimentos dos cuidados e fornecer qualquer observação importante para manter os enfermeiros informados. O enfermeiro é responsável pela tomada de decisões, com base em informações clínicas. Um enfermeiro se baseia no conhecimento e na experiência no momento de decidir se um paciente está apresentando complicações que exijam a notificação de uma pessoa que presta cuidados de saúde ou se um plano de cuidados de um paciente é ineficaz e precisa de revisão. Tanner (2006) descreveu julgamentos clínicos ou tomadas de decisões muito complexas, exigindo flexibilidade e a capacidade de conhecer e identificar alterações sutis ou aspectos de uma situação clínica indefinida. Quando uma situação clínica se desenvolve (como uma dor experimentada pelo paciente, um efeito colateral adverso de um medicamento, ou uma queda grave na pressão arterial), o enfermeiro deve aprender a reconhecê-los, interpretar os seus significados e responder de forma adequada.

A maioria dos pacientes apresenta problemas de saúde para os quais não existem soluções claras nos livros didáticos. Os problemas de saúde de cada paciente são únicos, um produto da saúde física, do estilo de vida, da cultura, da relação do paciente com a família e com os amigos, do ambiente de vida e das suas experiências. Assim, um enfermeiro nem sempre dispõe de uma imagem clara das necessidades do paciente e das medidas apropriadas a serem tomadas no primeiro encontro com um paciente. Em vez disso, você deve

aprender a questionar, a se interessar e a explorar diferentes perspectivas e interpretações para encontrar uma solução que seja benéfica para o paciente. Com a experiência você aprende a buscar, com criatividade, novos conhecimentos, agir rapidamente quando os eventos se alterarem e tomar decisões de qualidade para o "bem-estar" dos pacientes. Você vai perceber que a enfermagem é uma atividade gratificante e plena, por meio dos julgamentos clínicos que você faz.

Pensamento crítico definido

O Sr. Lawson é um paciente de 68 anos que foi submetido à cirurgia abdominal para a ressecção do colo e remoção de um tumor, no dia de ontem. A sua enfermeira, Tonya, encontra o paciente em decúbito dorsal no leito, com os braços mantidos firmemente sobre seu abdome. Sua expressão facial é tensa. Quando Tonya verifica a ferida cirúrgica do paciente, ela observa que ele estremece quando ela gentilmente coloca suas mãos para apalpar em torno da incisão cirúrgica. Ela pergunta ao Sr. Lawson sobre a posição adotada por ele. O paciente então informa que está naquela posição "desde ontem à noite". Tonya pergunta ao Sr. Lawson se ele está tendo dor em torno de sua incisão e ele responde afirmativamente, completando: "Dói demais ao mover". Tonya avalia o Sr. Lawson com uma escala de classificação de dor e descobre que sua dor é do grau 7, em uma escala de 0 a 10. Tonya considera as informações que ela observou e aprendeu com o paciente para determinar que ele está com um quadro doloroso e que, por isso, apresenta uma mobilidade reduzida. Ela decide agir administrando um analgésico para aliviar a sua dor e para que ela possa mobilizá-lo no leito com mais frequência e começar a removê-lo do leito para a sua recuperação.

Neste exemplo, Tonya observa a situação clínica do paciente; faz perguntas; considera os conhecimentos adquiridos a partir dos cuidados de pacientes anteriores submetidos à ressecção do colo, a dor pós-operatória e os riscos da imobilidade no leito e, assim, toma as medidas necessárias. Tonya toma uma decisão clínica, aplicando o **pensamento crítico**, a capacidade de pensar de forma sistemática e lógica, com abertura para questionar e refletir sobre o processo de raciocínio. O pensamento crítico envolve a abertura da mente, a investigação e a perseverança contínuas, combinadas com uma vontade de olhar para cada situação única do paciente e determinar

quais das premissas identificadas são verdadeiras e relevantes. Uma enfermeira aprende a reconhecer que existe um problema do paciente, analisa as informações sobre o problema (p. ex., dados clínicos, observação do comportamento do paciente), avalia as informações (revisão de pressupostos e de provas) e tira conclusões para que ela possa agir de forma adequada. Um pensador crítico considera o que é importante em cada situação clínica, imagina e explora as alternativas, considera princípios éticos e toma as decisões sobre os cuidados de pacientes.

O pensamento crítico é uma maneira de pensar sobre uma situação que sempre assume uma pergunta: "Por quê?", "O que está ausente?", "O que eu realmente sei sobre a situação do paciente?" e "Quais são as minhas opções?". *Tonya sabia que a dor provavelmente vai ser um problema, porque o Sr. Lawson foi submetido a cirurgia extensa. A avaliação de suas observações e o relato da dor do paciente confirmaram o seu conhecimento de que a dor era um problema. Suas opções incluíram a administração de analgésico ao Sr. Lawson e esperar até que ele entre em ação, para que ela seja capaz de reposicionar o paciente e torná-lo mais confortável. Uma vez que ele sente menos dor aguda, Tonya se oferece para ensinar ao Sr. Lawson alguns exercícios de relaxamento para manter o seu conforto*.

Você começa a aprender a pensar de forma crítica no início de sua prática. Por exemplo, assim como você aprende sobre como administrar os banhos e outras medidas de higiene, deverá ler os textos nos livros, em publicações *on- line* e na literatura científica, sobre o conceito de conforto. Quais são os critérios para o conforto? Como a cultura de um paciente afeta as percepções de conforto? Quais são os múltiplos fatores que promovem o conforto? O uso do **conhecimento baseado em evidências** ou o conhecimento baseado em investigação ou experiência clínica faz de você um pensador crítico informado. Pensar criticamente e aprender sobre o conceito de conforto prepara você para antecipar melhor as necessidades dos pacientes, identificar rapidamente os problemas de conforto e oferecer cuidados apropriados. O pensamento crítico requer habilidades cognitivas e o hábito de fazer perguntas, estar bem- informado, ser

honesto em enfrentar preconceitos e sempre estar disposto a reconsiderar e pensar com clareza sobre as questões (Facione, 1990). Quando o núcleo das habilidades do pensamento crítico é aplicado à enfermagem, ele mostra a natureza complexa da decisão clínica tomada (Tabela 15-1). Ser capaz de aplicar todas essas habilidades leva à prática. Você também precisa ter uma base sólida de conhecimentos e ponderar, cuidadosamente, sobre o que aprendeu ao cuidar de pacientes.

Tabela 15-1

Pensamento Crítico e Habilidades de Julgamento Clínico

Habilidade	Aplicações na Prática de Enfermagem
Interpretação	Seja ordenado na recolha de dados sobre os pacientes. Aplique o raciocínio ao olhar para os padrões que surgem. Categorizar os dados (p. ex., diagnósticos de enfermagem [Cap. 17]). Coletar dados adicionais ou esclarecer quaisquer dados sobre os quais você está incerto.
Análise	Tenha a mente aberta à medida que você olha para informações sobre um paciente. Não faça suposições descuidadas. Será que os dados revelam um problema ou uma tendência que você acredita que seja verdadeira, ou existem outras opções?
Inferência	Olhe para o sentido e o significado dos resultados. Existem relações entre os resultados? Será que nos dados sobre a ajuda ao paciente você vê que um problema existe?
Avaliação	Olhe para todas as situações objetivamente. Critérios de uso (p. ex., os resultados esperados, características da dor, objetivos de aprendizagem) para determinar os resultados das ações de enfermagem. Reflita sobre o seu próprio comportamento.
Explicação	Busque apoio nos seus resultados e conclusões. Use o conhecimento e a experiência ao escolher estratégias para usar no cuidado dos pacientes.
Autorregulação	Reflita sobre as suas experiências. Seja responsável por conectar suas ações com os resultados. Identifique as formas que possam melhorar o seu próprio desempenho. O que vai fazer se você acreditar que foi bem-sucedido?

Modificado de Facione P: *Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. The Delphi report: research findings and recommendations prepared for the American Philosophical Association*, ERIC Doc No. ED 315, Washington, DC, 1990, ERIC.; and Tanner CA: Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing, *J Nurs Educ* 45(6):204, 2006.

Enfermeiros que aplicam o pensamento crítico em seu trabalho são capazes de observar um grande quadro com todas as perspectivas possíveis. Eles se concentram claramente sobre as opções, para resolver problemas e tomar decisões, em vez de adotar uma forma

rápida e sem cuidados, adotando soluções rápidas (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994). Enfermeiros que trabalham em situações de crise, como no setor de emergência, muitas vezes agem rapidamente quando os problemas do paciente se desenvolvem. No entanto, mesmo estes enfermeiros exercitam a disciplina na tomada de decisões para evitar decisões inadequadas e prematuras. Aprender a pensar criticamente ajuda a cuidar dos pacientes como seu interlocutor ou oferecer um suporte, e fazer escolhas mais bem-informadas sobre os cuidados. Facione & Facione (1996) identificaram conceitos para pensar criticamente (Tabela 15-2). O pensamento crítico é mais do que apenas a resolução de problemas. É uma tentativa contínua para melhorar a forma como aplicar a si mesmo, quando confrontado com problemas no atendimento ao paciente.

Tabela 15-2

Conceitos para um Pensador Crítico

Conceito	Comportamento do Pensador Crítico
Verdades procuradas	Busque o verdadeiro significado de uma situação. Seja corajoso, honesto e objetivo ao fazer as perguntas.
Mente aberta	Seja tolerante com diferentes pontos de vista; seja sensível à possibilidade de seus próprios preconceitos; respeite o direito dos outros em relação a opiniões diferentes.
Capacidade de análise	Analise situações potencialmente problemáticas; preveja possíveis resultados ou consequências; valor da razão; usar conhecimento baseado em evidências.
Sistematização	Seja organizado, focado; trabalhe duro em qualquer inquérito.
Autoconfiança	Confie em seus próprios processos de raciocínio.
Curiosidade	Esteja ansioso para adquirir conhecimentos e obter explicações mesmo quando as aplicações do conhecimento não forem imediatamente claras. Valorize aprender pelo amor à aprendizagem.
Maturidade	Múltiplas soluções são aceitáveis. Reflita sobre os seus próprios julgamentos; tenha maturidade cognitiva.

Modificado de Facione N, Facione P: Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment, *Nurs Outlook* 44(3):129, 1996.

Reflexão

A capacidade de agir com base no pensamento crítico vem com a experiência. Quando você cuida de pacientes, comece a pensar em

situações anteriores considerando questões relevantes: O que eu percebi antes? Como é que eu devo agir? O que eu poderia ter feito diferente? O que devo fazer na próxima vez, na mesma situação? Esta é a **reflexão**, retornar a um assunto na mente e pensar nisso a sério. Trata-se de um pensamento proposital ou de recordar uma situação para descobrir o seu objetivo ou significado. *Por exemplo, antes que Tonya chegasse a uma conclusão sobre os problemas do Sr. Lawson, ela pensou sobre os pacientes cirúrgicos anteriores que estiveram aos seus cuidados e como eles responderam à dor incisional. Ela se lembra de um paciente que sofrera uma embolia pulmonar grave (coágulo no pulmão) e, após a cirurgia, como a dor diferiu da dor incisional. Refletir sobre situações clínicas prévias preparou Tonya para agir com conhecimento e rapidamente em cuidar do Sr. Lawson*. Pesquisa tem mostrado que, quando os enfermeiros refletem sobre experiências prévias, eles percebem que o seu conhecimento aumenta e o pensamento crítico se move para um nível superior (Kaddoura, 2013).

A reflexão é como uma repetição instantânea. Não é intuitiva. Trata-se de jogo no qual ocorre a retomada de uma situação em sua mente, exigindo um tempo para avaliar honestamente tudo o que você lembra sobre ela. O raciocínio reflexivo melhora a exatidão de tirar conclusões diagnósticas (Mamede et al., 2012). Isto significa que, quando você reúne informações sobre um paciente, a reflexão sobre o significado de suas descobertas e a exploração sobre o que as descobertas podem significar melhoram a sua capacidade de resolver problemas. A reflexão diminui a probabilidade de que o raciocínio seja baseado em suposições ou adivinhação. Ao rever suas ações anteriores você vê os sucessos e as oportunidades de melhoria. Sempre seja cauteloso no uso da reflexão. Confiança excessiva na reflexão pode bloquear o pensamento e não permitir que você considere provas mais recentes ou aspectos sutis de situações que você não tinha encontrado. O Quadro 15-1 resume as dicas sobre como usar a reflexão.

Quadro 15-1 Dicas de Uso da Reflexão

- Pare e reflita sobre o que está acontecendo com o seu paciente. O

que os seus achados de avaliação significam, com base no que você observou antes com outros pacientes? Como é que os resultados se comparam com o normal ou com a referência dos achados do paciente?

- Refletir cuidadosamente sobre quaisquer incidentes críticos (p. ex., episódios de segurança, parada cardíaca, erro de medicação, paciente de cuidados). O que ocorreu? Que ações você tomou? Como é que o paciente respondeu? Você já pensou em considerar outras opções?
- Pense sobre os seus sentimentos e as experiências dolorosas que, às vezes, você tem. Perceba que essas emoções são reais. Como elas afetam o seu cuidado com os outros?
- No final de cada dia, depois de cuidar de um paciente, procure um tempo para refletir. Pergunte a si mesmo se você conseguiu o seu plano original de cuidados. Se você fez, como explicar o sucesso? Se você não fez, quais foram os obstáculos ou problemas? O que você faria diferente ou da mesma forma?
- Mantenha todos os planejamentos de saúde escritos ou crie notas clínicas e dados em formulários. Use-os com frequência como um recurso para o cuidado de pacientes futuros.
- Mantenha um diário pessoal e relate os seus sentimentos e experiências.

Níveis de pensamento crítico em enfermagem

Sua capacidade de pensar criticamente cresce à medida que você incorpora novos conhecimentos e experiência na prática de enfermagem. Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) desenvolveram um modelo de pensamento crítico (Fig. 15-1) que inclui três níveis: básico, complexo e comprometimento.

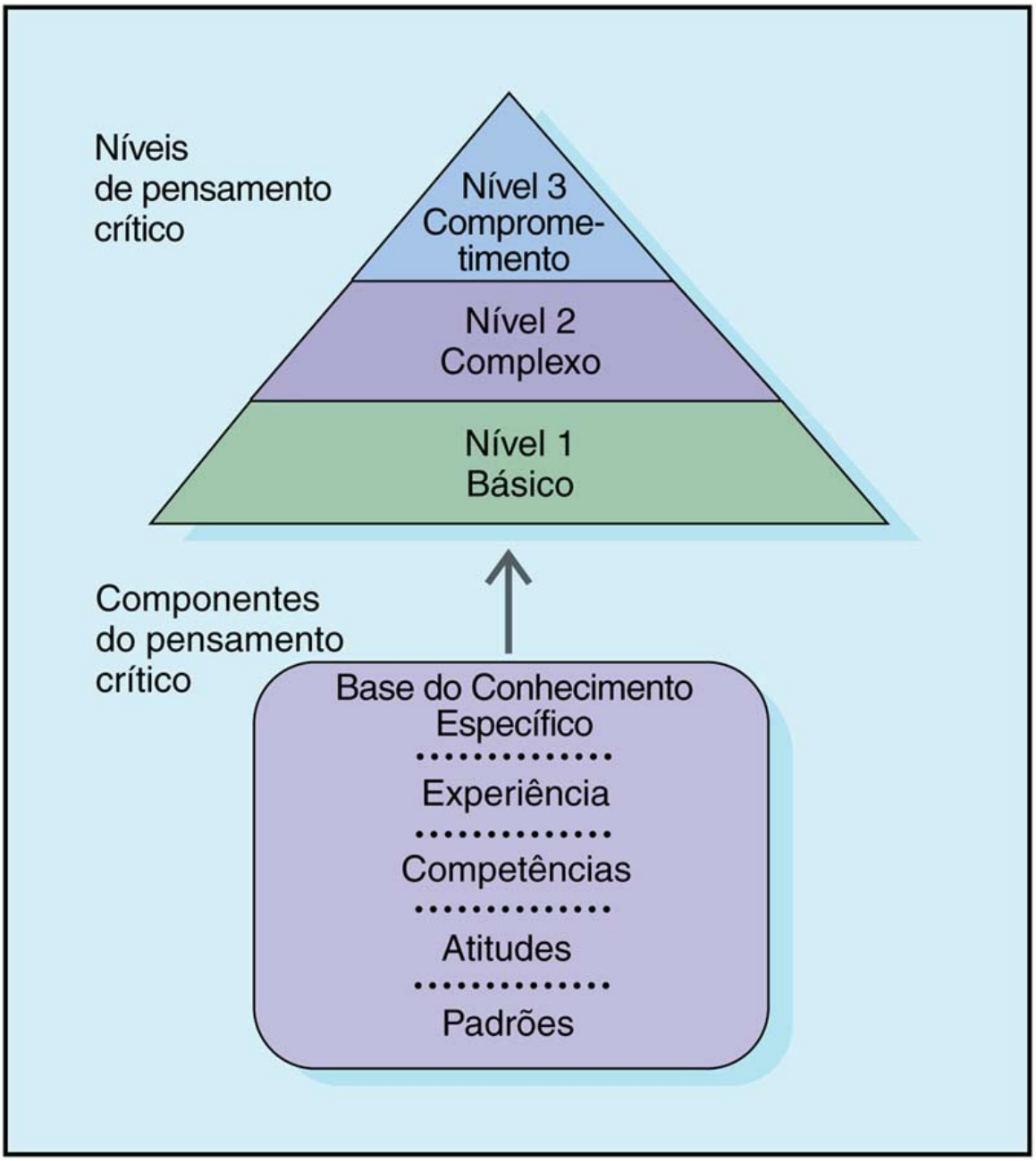


FIGURA 15-1 Modelo de pensamento crítico para o julgamento de enfermagem. (Redesenhado de Kataoka-Yahiro M, Saylor C: A critical thinking model for nursing judgment, *J Nurs Educ* 33(8):351, 1994. Modificado de Glaser E: *An experiment in the development of critical thinking*, New York, 1941, Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University; Miller M, Malcolm N: Critical thinking in the nursing curriculum, *Nurs Health Care* 11:67, 1990; Paul RW: The art of redesigning instruction. In Willsen J, Blinker AJA, editors: *Critical thinking: how to prepare students for a rapidly changing world*, Santa Rosa, Calif, 1993, Foundation for Critical Thinking; e Perry W: *Forms of intellectual and ethical development in the college years: a*

scheme, New York, 1979, Holt, Rinehart, & Winston.)

Pensamento Crítico Básico

Como um estudante iniciante, você faz um esforço consciente para aplicar o pensamento crítico, porque, inicialmente, você é mais orientado para tarefas, tentando aprender a organizar atividades de cuidados de enfermagem. No nível básico de pensamento crítico, um aprendiz confia que os especialistas tenham as respostas certas para todos os problemas. O pensamento é concreto e baseado em um conjunto de regras ou princípios. Por exemplo, como um estudante de enfermagem, você usa um manual de procedimentos do hospital para confirmar como alterar um suporte de cateter intravenoso (IV). Você, provavelmente, seguirá o procedimento passo a passo, sem ajustá-lo a satisfazer as necessidades específicas de um paciente (p. ex., para minimizar o posicionamento doloroso do paciente ou a restrição de sua mobilidade). Você ainda não tem experiência suficiente para prever como individualizar o procedimento quando os problemas surgirem. Neste nível, as respostas para problemas complexos parecem ser certas ou erradas (p. ex., quando o cateter IV não está infundindo corretamente, ele não deve estar posicionado na veia). Embora existam outras explicações, os pensadores críticos básicos tendem a pensar que uma resposta certa normalmente existe para cada problema. O pensamento crítico básico é um passo inicial no desenvolvimento do raciocínio (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994). Um pensador crítico básico aprende a aceitar as diversas opiniões e valores de especialistas (p. ex., instrutores e preceptores de equipe de enfermagem). No entanto, a inexperiência, fraca competência e atitudes inflexíveis restringem a capacidade de uma pessoa em se mover para o próximo nível de pensamento crítico.

Pensamento Crítico Complexo

Os pensadores críticos complexos começam a se separar dos especialistas. Por exemplo, ao introduzir um tubo de alimentação,

você reconhece que o seu paciente não pode engolir facilmente. Assim, você adapta a forma de introduzir o tubo. Você analisa a situação clínica e examina as escolhas de forma mais independente. As habilidades do pensamento de uma pessoa e a iniciativa de olhar além da opinião dos peritos começam a mudar. Como enfermeira você aprende que talvez existam soluções alternativas e conflitantes.

Considere o caso do Sr. Lawson. Sua dor foi parcialmente aliviada depois de receber um analgésico (classificação de 4 na escala de 0 a 10) e Tonya o ajudou a sair do leito e sentar em uma cadeira. No entanto, o paciente torna-se inquieto, não consegue ficar confortável, e começa a sentir falta de ar. Tonya se pergunta se algo além da incisão está causando o desconforto do Sr. Lawson. Ela se senta ao lado dele e pergunta: "A dor que você está sentindo agora é diferente daquela antes do remédio que eu lhe dei?" O paciente diz a ela que, agora, a dor é aguda no tórax. Tonya rapidamente acessa um conjunto de sinais vitais. A frequência cardíaca, que era de 88 bpm e regular 1 hora atrás, agora é 102 bpm e irregular. Tonya chama o médico e o informa sobre as alterações na condição do Sr. Lawson. Tonya pensou de forma diferente. Em vez de assumir que a dor continuada do Sr. Lawson era da incisão, ela reuniu mais dados e reconheceu que o paciente possivelmente estava passando por uma condição de risco de vida, uma embolia pulmonar.

No pensamento crítico complexo, cada solução traz benefícios e riscos que você pesa antes de tomar uma decisão final. Há opções. Quando pensa, você se torna mais criativo e inovador. O pensador crítico complexo se dispõe a considerar diferentes opções de procedimentos de rotina quando situações complexas se desenvolvem. Você aprende a reunir informações adicionais e a assumir uma variedade de abordagens diferentes para o mesmo tipo de terapia.

Comprometimento

O terceiro nível de pensamento crítico é o comprometimento (Kataoka- Yahiro & Saylor, 1994). Neste nível, você prevê quando fazer escolhas sem assistência dos outros e aceitar a responsabilidade pelas decisões tomadas. Como enfermeiro, você faz mais do que apenas considerar as alternativas complexas que um problema levanta. No nível de comprometimento, você escolhe uma ação ou acredita que ela é baseada nas alternativas disponíveis e se apoia nela. Às vezes, uma ação é a de não agir ou retardar uma ação até uma fase posterior. Você escolhe retardar como resultado de sua experiência e conhecimento. Pelo fato de que você assume a responsabilidade pela decisão, você considera os resultados da decisão e determina se eram apropriados.

Competências do pensamento crítico

Competências do pensamento crítico são os processos cognitivos que uma enfermeira emprega para fazer julgamentos sobre os cuidados clínicos de pacientes (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994). Estas competências incluem pensamento geral crítico, reflexão crítica específica em situações clínicas e pensamento crítico específico em enfermagem. Os processos gerais de pensamento crítico não são exclusivos da enfermagem. Eles incluem o método científico, a resolução de problemas e a tomada de uma decisão. Competências do pensamento crítico específico incluem raciocínio diagnóstico, inferência clínica e tomada de decisão clínica. A competência do pensamento crítico específico em enfermagem é o processo de enfermagem, que envolve cada uma das outras três competências de pensamento crítico específico.

Pensamento Crítico Geral

Método Científico

O método científico é uma maneira metódica de resolver problemas usando o raciocínio. É uma abordagem sistemática, envolvendo a avaliação e a resolução de problemas e utilizada por uma variedade de profissionais envolvidos em cuidados de saúde. Esta abordagem procura a verdade ou verifica se um conjunto de fatos concorda com a realidade. Enfermeiros pesquisadores usam o **método científico** ao testar questões de investigação (Cap. 5). O método científico tem cinco etapas:

1. Identificar o problema.
2. Coletar os dados.
3. Formular uma pergunta ou hipótese.
4. Testar a pergunta ou hipótese.
5. Avaliar os resultados do teste ou do estudo.

O Quadro 15-2 oferece um exemplo de uma questão prática de enfermagem, resolvida por meio da aplicação do método científico em

um estudo de pesquisa.

Quadro 15-2 Usando o Método Científico para Resolver Questões Práticas de Enfermagem

Problema Clínico: A insuficiência cardíaca geralmente resulta em readmissões de 30 dias, entre os adultos idosos hospitalizados. O Affordable Care Act, que inclui duas peças de legislação – o Patient Protect and Affordable Care (P.L. 111-148) e o Health Care and Education Reconciliation Act de 2010 (P.L. 111-152) –, contém disposições que aumentam a prestação de contas financeiras dos hospitais para prevenção de reinternações. Se os pacientes são inadequadamente readmitidos, os hospitais recebem menos reembolso financeiro. As reinternações evitáveis, de alguma forma, estão relacionadas com o nível de cuidados que os pacientes recebem?

Identificando o Problema: Os níveis de equipe de enfermagem e a educação de enfermagem estão associados com as readmissões de 30 dias entre os pacientes *Medicare* com insuficiência cardíaca?

Coleta de Dados: O pesquisador faz uma revisão da literatura sobre readmissão na insuficiência cardíaca e estudos prévios que examinam os efeitos que os enfermeiros preparados no bacharelado têm sobre o planejamento da alta hospitalar.

O pesquisador também analisa informações sobre de que forma um ambiente de trabalho de enfermagem afeta a prestação de cuidados.

Formar uma Questão de Pesquisa para Estudar o Problema: Qual é a relação entre os fatores de enfermagem hospitalar (definidos como o ambiente de trabalho do enfermeiro, os níveis de equipes de enfermagem e a formação do enfermeiro) e as readmissões de 30 dias entre os pacientes do *Medicare* com insuficiência cardíaca?

Responder à Pergunta: Análise dos dados de três estados dos Estados Unidos incluiu a enfermagem hospitalar (ou seja, o ambiente de trabalho, a relação paciente-enfermeiro, e proporção

de enfermeiros que possuem um grau de bacharel), os dados da alta do paciente e a análise anual dos dados do American Hospital Association.

Avaliar os Resultados do Estudo. A Questão de Pesquisa Foi Respondida? Métodos estatísticos estimaram a relação entre fatores de enfermagem e readmissão de 30 dias. Quase um quarto dos pacientes admitidos no hospital com insuficiência cardíaca (23,3% [n = 39.954]) foi readmitido em 30 dias. Cada paciente adicional, destinado à carga de trabalho de um enfermeiro, em relação à média dos enfermeiros, foi associado com um risco 7% maior de readmissão por insuficiência cardíaca. Cuidados em um hospital com um bom *versus* pobre ambiente de trabalho foram associados com chances de readmissão 7% menor em relação à insuficiência cardíaca (McHugh & Ma, 2013).

Resolvendo o Problema

Pacientes rotineiramente apresentam problemas em enfermagem prática. Por exemplo, uma enfermeira "home care" (de cuidados domiciliares) descobre que uma paciente tem dificuldades de tomar os medicamentos regularmente. A paciente é incapaz de descrever quais medicamentos tomou durante os últimos três dias. Os frascos de medicamentos são rotulados e identificados. A enfermeira tem que resolver o problema sobre a razão pela qual a paciente não está aderindo ou seguindo a sua agenda de medicação. A enfermeira sabe que, quando a paciente recebeu alta hospitalar, ela tinha cinco medicamentos prescritos. A paciente diz à enfermeira que ela também toma dois medicamentos, sem prescrição médica, regularmente. Quando a enfermeira pede a ela para mostrar os medicamentos que toma na parte da manhã, a enfermeira percebe que a paciente tem dificuldade em ver os rótulos de medicação. A paciente é capaz de descrever os medicamentos que está tomando, mas não está segura a respeito dos períodos de administração. A enfermeira recomenda a remarcação dos medicamentos da paciente, escrevendo os nomes dos medicamentos em letras maiores. Além disso, a enfermeira mostra à

paciente alguns exemplos de organização dos comprimidos que irão ajudá-la a organizar a sua medicação, por hora do dia, por um período de 7 dias.

A eficaz **resolução de problemas** envolve a avaliação de uma situação ao longo do tempo, a identificação de possíveis soluções e a tentativa de obter uma solução ao longo do tempo, para se certificar de que ela é eficaz. Torna-se necessário tentar diferentes opções se um problema se repete. No exemplo anterior, durante uma visita de acompanhamento a enfermeira percebe que o paciente organizou seus medicamentos corretamente e é capaz de ler as etiquetas sem dificuldades. A enfermeira obteve informações que esclareceram corretamente a causa do problema da paciente e testou uma solução que foi bem-sucedida. A resolução de um problema em uma determinada situação contribui para a experiência da enfermeira na prática, que permite que ela possa repetir esse conhecimento em situações com pacientes futuros.

Tomando Decisões

Quando você enfrenta um problema ou uma determinada situação e precisa escolher um conjunto de ação entre várias opções, você está tomando uma decisão. A **tomada de decisão** é um produto do pensamento crítico centrado na resolução do problema. Seguir um conjunto de critérios ajuda a tomar uma decisão completa e pensada. Os critérios podem ser pessoais; com base em uma política organizacional; ou, no caso da enfermagem, baseados em um padrão profissional. Por exemplo, a tomada de decisão ocorre quando uma pessoa decide sobre a escolha de uma pessoa que presta os cuidados de saúde. Para tomar uma decisão, uma indivíduo tem de reconhecer e definir o problema ou a situação (necessidade de um certo tipo de pessoa que presta os cuidados de saúde para proporcionar cuidados médicos) e avaliar todas as opções (considerar as pessoas que prestam os cuidados de saúde recomendados ou escolher um cujo consultório fique perto de casa). A pessoa tem que pesar cada opção em relação a um conjunto de critérios pessoais (experiência, empatia e reputação), testar possíveis opções (falar diretamente com os diferentes

prestadores de cuidados de saúde), considerar as consequências da decisão (analisar os prós e os contras de selecionar um prestador de cuidados de saúde em relação a outro) e tomar uma decisão final. Embora o conjunto de critérios siga uma sequência de passos, a tomada de decisão envolve um repensar, ao considerar todos os critérios. Isso leva a conclusões informadas que são apoiadas pelas provas e pela razão. Exemplos de tomada de decisão na área clínica incluem determinar a prioridade no cuidado do paciente que requer a primeira resposta, escolher um tipo de curativo para um paciente com uma ferida cirúrgica ou selecionar a melhor abordagem de ensino para um cuidador da família que irá ajudar um paciente que está voltando para casa, depois de um acidente vascular encefálico.

Pensamento Crítico Específico

Raciocínio Diagnóstico e Inferência

Depois de reunir informações sobre um determinado paciente, como Tonya fez na coleta de informações em relação ao desconforto do Sr. Lawson, começa o **raciocínio diagnóstico**. É um processo de análise para determinar os problemas de saúde de um paciente (Harjai & Tiwari, 2009). É necessário o reconhecimento preciso dos problemas de um paciente, antes de decidir sobre as soluções e implementar as medidas. Ele exige que você atribua significado aos comportamentos e aos sinais e sintomas físicos apresentados por um paciente. Por exemplo, o que significa a inquietação do Sr. Lawson que a falta de ar e o desenvolvimento de dor torácica indicam? O raciocínio diagnóstico começa quando você interage com um paciente ou realiza observações físicas ou comportamentais. Uma enfermeira especialista vê o contexto de uma situação do paciente (no caso, o Sr. Lawson foi submetido a uma cirurgia de grande porte; ficou inativo; apresenta um risco de estase sanguínea nas extremidades inferiores que pode levar à formação de coágulos na circulação), observa padrões e temas (p. ex., sintomas que incluam falta de ar, dor aguda no tórax e frequência cardíaca irregular), e toma decisões rapidamente (p. ex., um coágulo pode ter se desalojado e ser dirigido ao pulmão do

paciente, exigindo uma resposta clínica rápida). A informação que uma enfermeira coleta e analisa leva ao diagnóstico de uma condição do paciente. Enfermeiros não fazem diagnósticos médicos, mas avaliam e acompanham de perto cada paciente e compararam sinais e os sintomas com aqueles que são comuns em um diagnóstico clínico (p. ex., no caso do Sr. Lawson, um êmbolo pulmonar). O raciocínio diagnóstico ajuda as pessoas que prestam os cuidados de saúde a identificar, mais rapidamente, a natureza de um problema e selecionar terapias adequadas.

Parte do raciocínio diagnóstico é a **inferência** clínica, o processo de tirar conclusões a partir de evidências das peças relacionadas e das experiências anteriores com as evidências. Ao fazer uma inferência, você constrói padrões de informação, a partir dos dados, antes de fazer um diagnóstico. *No cenário inicial, Tonya observou que o Sr. Lawson estava deitado em posição de bloqueio do movimento a partir da sua incisão, tinha uma expressão facial tensa, e experimentava um aumento na sensibilidade quando a ferida era palpada. Tonya infere que o Sr.Lawson apresenta um nível de desconforto.* Ela demonstrou um raciocínio diagnóstico mediante a identificação do diagnóstico de enfermagem *Dor Aguda* (Cap. 17).

No raciocínio diagnóstico, Tonya utilizou dados do paciente que ela juntou e analisou, de forma lógica, para identificar um problema. Como estudante, confirme quaisquer julgamentos, como quando você faz diagnósticos de enfermagem, ou acredite que um problema médico pode ser desenvolvido por enfermeiros experientes. Às vezes você pode estar errado, mas a consulta com enfermeiros especialistas lhe dará um *feedback* para abordar situações clínicas futuras.

Muitas vezes, você não pode fazer um diagnóstico preciso durante o seu primeiro contato com um paciente. Às vezes você sente que existe um problema, mas não dispõe de dados suficientes para fazer um diagnóstico específico. Algumas condições físicas dos pacientes limitam a sua capacidade de descrever os sintomas. Alguns optam por não partilhar a informação sensível e importante durante a sua avaliação inicial. Alguns comportamentos dos pacientes e respostas físicas se tornam evidentes apenas em condições que não estão

presentes durante sua avaliação inicial. Quando existirem dúvidas de um diagnóstico, a avaliação continua. Você tem que analisar criticamente as alterações das situações clínicas até que seja capaz de determinar a situação específica de um paciente. Quaisquer conclusões diagnósticas que fizer vão ajudar as pessoas que prestam os cuidados de saúde a identificar, mais rapidamente, a natureza de um problema e a selecionar as terapias clínicas adequadas.

Tomada de Decisões Clínicas

Como ocorre no caso de tomada de decisões gerais, a tomada de decisão clínica é uma atividade envolvida na resolução de problemas. Ela vai além do raciocínio diagnóstico quando você se concentra na definição de um problema e de um diagnóstico e na seleção de intervenções adequadas de enfermagem. Quando você se aproxima de um problema clínico, no caso de um paciente que apresenta redução de mobilidade e desenvolve uma área de vermelhidão no quadril, você toma uma decisão para identificar o problema (comprometimento da integridade da pele, na forma de uma lesão por pressão) e escolher as melhores intervenções de enfermagem (cuidados com a pele, oferecer uma superfície especial no leito e um protocolo de mudança de decúbito). Enfermeiros tomam decisões clínicas, a todo tempo, para melhorar a saúde de um paciente ou a manutenção do seu bem-estar. Esses procedimentos conduzem à redução da gravidade do problema ou à solução completa do problema. **Tomada de decisão clínica** exige raciocínio cuidadoso (isto é, escolher as opções para obter os melhores resultados para o paciente, com base em uma condição do paciente e a prioridade do problema).

A obtenção de uma habilidade para a tomada de uma decisão clínica ocorre quando estamos **conhecendo o paciente** (Zolnierek, 2014). Conhecer o paciente é uma dimensão profunda em relação aos padrões de suas respostas em uma determinada situação clínica e dimensionando o paciente como uma pessoa (Tanner et al., 1993). Existem dois componentes: a compreensão de um enfermeiro a respeito de um paciente específico e a seleção

subsequente das intervenções. Conhecer o paciente refere-se à experiência do enfermeiro em relação aos cuidados com os pacientes, o tempo gasto em uma área clínica específica, e assumir uma sensação de proximidade com os pacientes (Radwin, 1996). Por exemplo, um enfermeiro especialista, que já trabalhou em uma unidade de cirurgia geral, por muitos anos, precisa cuidar de um paciente nos últimos 2 dias. Este enfermeiro está familiarizado com a forma como o paciente está progredindo física e mentalmente. Quando o paciente começa a mostrar uma alteração (p. ex., uma ligeira diminuição da pressão arterial, tornando-se menos responsivo), o enfermeiro sabe que algo está errado, suspeita que o paciente possa estar apresentando uma hemorragia interna e toma as devidas medidas. Por causa de sua experiência clínica e do conhecimento do paciente, o enfermeiro especialista pode tomar uma decisão clínica e agir mais rapidamente do que se esperaria da atitude de um novo enfermeiro.

Devemos considerar que o paciente é o elemento central na individualização dos cuidados de enfermagem, de tal forma que este paciente se sinta cuidado (Zolnierek, 2014). O conhecimento oferece um "grande retrato" para o enfermeiro e a possibilidade de "conhecer a pessoa por completo", então ele ou ela pode tomar decisões adequadas para proteger os pacientes contra os danos. Henneman et al. (2010) verificaram que o conhecimento dos pacientes permitiu que os enfermeiros identificassem os problemas e erros potenciais e, assim, resgatassem seus pacientes de potenciais eventos adversos. Um aspecto crítico para conhecer os pacientes e, assim, estar capacitado para tomar decisões oportunas e adequadas é o tempo gasto para estabelecer relações com eles (Zolnierek, 2014). Um estudo revelou que as relações de trabalho com os pacientes, familiares e colegas são mais fortemente associadas com a habilidade dos enfermeiros (Roche et al., 2009).

Construa a sua capacidade de tomar decisões clínicas, estimulando o conhecimento dos seus pacientes. Siga estas dicas:

- Consuma mais tempo nas avaliações iniciais do paciente para observar o comportamento do paciente e medir os resultados físicos como uma forma de melhorar o conhecimento a respeito

deles. Determinar o que é importante para eles e estabelecer um vínculo emocional. Os pacientes percebem o tempo significativo desse envolvimento pessoal, em vez de conversação orientada para a atividade.

- Ao falar com os pacientes, ouça os relatos de suas experiências com a doença, observe-os com atenção e procure compreender como eles normalmente respondem (Tanner, 2006).
- Verifique, de forma consistente, os pacientes para avaliar e monitorizar os problemas, para ajudar a identificar como as alterações clínicas se desenvolvem ao longo do tempo.
- Solicite que o mesmo paciente seja escalado para você em dias consecutivos. Os pesquisadores observaram que uma relação enfermeiro-paciente se desenvolve a partir do conhecimento do paciente, construindo uma base para conexão no primeiro dia de atendimento, aprofundar a compreensão do paciente e manter uma conexão, no segundo dia, para se sentir confortável com o paciente até o terceiro dia (Lotzkar e Bottorff, 2010).
- Conversação social e continuidade são importantes para o desenvolvimento das relações enfermeiro-paciente (Zolnierek, 2014).

Sempre mantenha um paciente como o seu centro de foco, à medida que você tenta resolver os problemas clínicos. Tomadas de decisões clínicas precisas permitem definir um quadro de prioridades para as intervenções nos cuidados iniciais (Cap. 18). Não suponha que certas situações de saúde produzam prioridades automáticas. Por exemplo, um paciente que teve a sua cirurgia antecipada experimenta certo nível de dor pós-operatória, o que, muitas vezes, se torna uma prioridade para os cuidados. No entanto, se um paciente está sofrendo de ansiedade grave que aumente a percepção de dor, você precisa se concentrar nas formas de aliviar a ansiedade antes que as medidas tradicionais de alívio da dor sejam efetivadas.

O pensamento crítico e a tomada de decisão clínica são complicados porque os enfermeiros cuidam de vários pacientes em ambientes com ritmos acelerados e imprevisíveis. Quando você trabalha em um determinado ambiente muito ativo, utilize critérios que incluam a

condição clínica do paciente, a hierarquia de necessidades de Maslow (Cap. 6), os riscos envolvidos em retardos no tratamento, fatores locais (recursos humanos disponíveis) e as expectativas dos cuidados dos pacientes para determinar quais pacientes têm as maiores prioridades de atendimento. Por exemplo, um paciente que está sofrendo uma queda repentina na pressão arterial juntamente com uma mudança na consciência requer sua atenção imediatamente, ao contrário de um paciente que necessita da coleta de uma amostra de urina ou alguém que precisa de seu auxílio para caminhar até o corredor. Pensamento crítico na tomada de decisão permite que você seja capaz de assistir um paciente cuja condição está se alterando rapidamente e delegar a coleta das amostras e a deambulação ao pessoal de apoio da enfermagem. Para você gerenciar a grande variedade dos problemas associados com grupos de pacientes, tomada de decisão clínica habilmente priorizada é uma questão crítica (Quadro 15-3).

Quadro 15-3 Tomada de Decisão Clínica para Grupos de Pacientes

- Identificar os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos de cada paciente (Cap. 17).
- Analisar os diagnósticos/problemas e decidir quais são os mais urgentes com base nas necessidades básicas, mudança dos pacientes ou estado instável e complexidade do problema (Cap. 18).
- Considerar o tempo que levará para cuidar de pacientes cujos problemas são de alta prioridade (p. ex., você tem o tempo para reiniciar uma terapia crítica intravenosa [IV] quando a medicação se destina a um paciente diferente?).
- Considerar os recursos que você tem para gerenciar cada problema, a assistência de pessoal de enfermagem designado junto com você, outras pessoas que prestam cuidados de saúde e os membros da família dos pacientes.
- Envolver os pacientes e/ou seus familiares como os tomadores de decisão e participantes nos cuidados.

- Decidir como combinar atividades para resolver mais de um problema do paciente de uma única vez.
- Decidir quais, se houver, procedimentos de cuidados de enfermagem podem ser delegados ao pessoal de apoio, para que você possa usar o seu tempo em atividades que requerem conhecimentos de enfermagem profissional.
- Discutir casos complexos com outros membros da equipe de cuidados de saúde, para assegurar uma transição suave nas exigências dos cuidados.

Processo de Enfermagem como Competência

Enfermeiros aplicam o **processo de enfermagem** como uma competência, quando assumem a assistência ao paciente (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994). A American Nurses Association (ANA) (2010) desenvolveu normas que estabelecem o enquadramento necessário para o pensamento crítico na aplicação do processo de enfermagem em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. A finalidade do processo de enfermagem é diagnosticar e tratar respostas humanas (p. ex., os sintomas do paciente, a necessidade do conhecimento) aos problemas reais ou potenciais à saúde (ANA, 2010). Usar o processo permite aos enfermeiros ajudar os pacientes a obter resultados associados a um melhor estado de saúde (Fig. 15-2). O processo de enfermagem requer um enfermeiro para utilizar as competências de pensamentos críticos gerais e específicos descritos, antes de se concentrar nas necessidades exclusivas de um determinado paciente. O formato para o processo de enfermagem é exclusivo para a disciplina de enfermagem e fornece uma linguagem e um processo comum para os enfermeiros "pensarem através" dos problemas clínicos dos pacientes (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994). A unidade III descreve o processo de enfermagem.

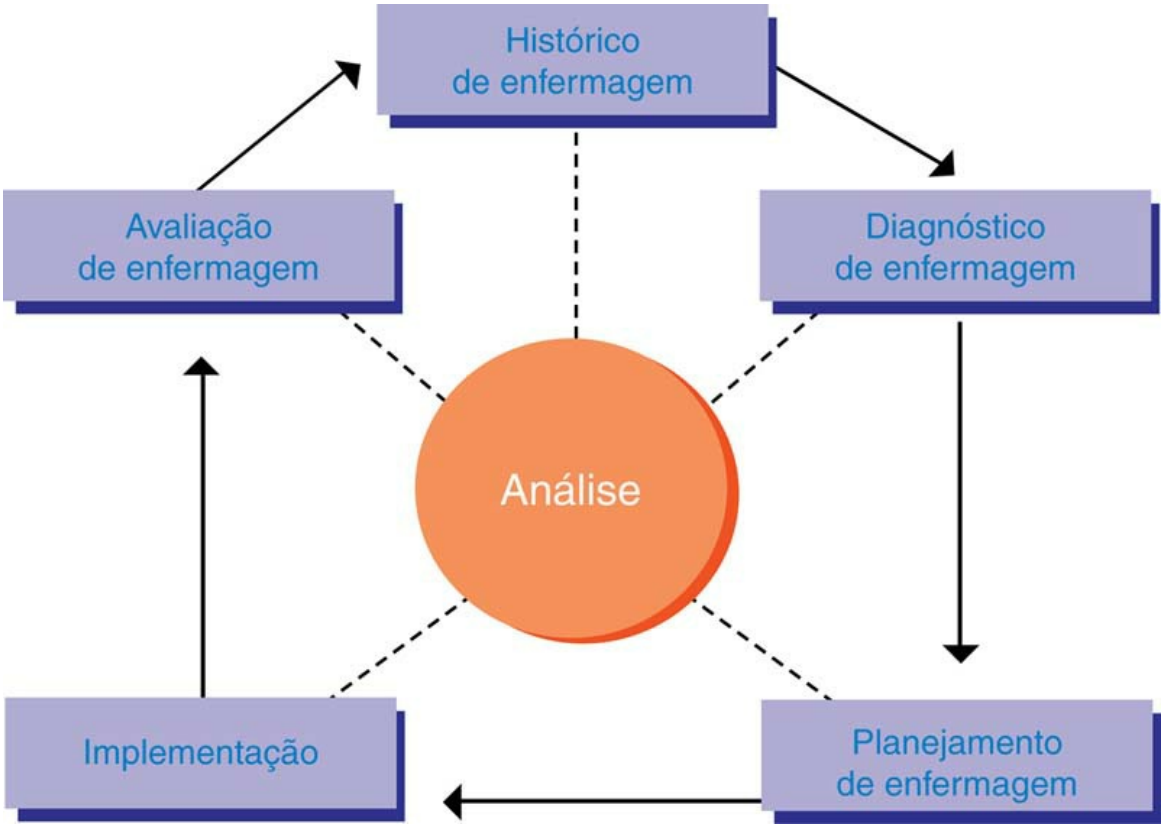


FIGURA 15-2 Cinco etapas do modelo do processo de enfermagem.

Um modelo de pensamento crítico para tomar uma decisão clínica

Pensar criticamente é o núcleo central da competência profissional de enfermagem. A capacidade de pensar criticamente, melhorar a prática clínica e reduzir os erros nos julgamentos clínicos são os objetivos da prática de enfermagem. Esse texto oferece um modelo para ajudar a desenvolver o pensamento crítico. Modelos ajudam a explicar conceitos. Pelo fato de que o pensamento crítico em enfermagem é complexo, um modelo explica o que está envolvido, à medida que você toma decisões clínicas e faz julgamentos sobre seus pacientes. Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) desenvolveram um modelo de pensamento crítico para o julgamento em enfermagem baseado, em parte, em estudos anteriores, realizados por um grupo de estudiosos e pesquisadores em enfermagem (Miller & Malcolm, 1990; Paul, 1993) (Fig. 15-1). O modelo define o resultado do pensamento crítico: o julgamento em enfermagem que é relevante para problemas da área, em uma variedade de configurações. De acordo com esse modelo, existem cinco componentes do pensamento crítico: base do conhecimento, experiência, competências de pensamento crítico (com ênfase no processo de enfermagem), atitudes e normas. Os elementos do modelo se combinam para explicar como os profissionais de enfermagem fazem julgamentos clínicos que são necessários para cuidados de enfermagem seguros e eficazes (Quadro 15-3). Ao longo deste texto o modelo mostra como aplicar o pensamento crítico como parte do processo de enfermagem. A ilustração gráfica do modelo de pensamento crítico nos nossos capítulos clínicos mostra como aplicar elementos de pensamento crítico na avaliação de pacientes, planejar as intervenções que você fornece e avaliar os resultados. A aplicação, de forma consistente, de cada elemento deste modelo na maneira de pensar sobre os pacientes irá ajudá-lo a se tornar mais profissional, confiável e eficaz.

Base do Conhecimento Específico

O primeiro componente do modelo de pensamento crítico é a base específica de conhecimento do enfermeiro. O conhecimento prepara você para antecipar melhor e identificar os problemas dos pacientes, entendendo a sua origem e natureza. O conhecimento dos enfermeiros varia de acordo com a experiência educativa e inclui o ensino básico de enfermagem, os cursos de educação continuada e os graus universitários adicionais. Além do mais, inclui a iniciativa que você revela nas consultas à literatura de enfermagem para se manter atualizado na ciência da enfermagem. A base de conhecimento do enfermeiro vem mudando continuadamente como os avanços da ciência (Swinny, 2010). Como um enfermeiro, sua base de conhecimento inclui a informação e as teorias das ciências básicas, das ciências humanas, das ciências comportamentais e específicas de enfermagem. Os enfermeiros usam sua base de conhecimento de uma forma diferente de outras disciplinas dos cuidados de saúde, porque eles pensam de uma forma holística sobre problemas do paciente. Por exemplo, uma base ampla de conhecimento de um enfermeiro oferece uma visão física, psicológica, social, moral, ética e cultural dos pacientes e das suas necessidades de cuidados de saúde. A profundidade e a extensão do conhecimento influenciam a sua capacidade de pensar criticamente sobre os problemas de enfermagem.

Tonya anteriormente conquistou um diploma de bacharel em educação e ensino superior por um ano. Ela agora está no seu segundo ano como uma enfermeira. Ela está adquirindo pré-requisitos para continuar a sua educação, incluindo cursos de ética em saúde e saúde da população. Sua experiência como uma enfermeira de equipe lhe permitiu desenvolver o conhecimento sobre uma variedade de procedimentos cirúrgicos, os efeitos de diferentes medicamentos e como normalmente os pacientes mostram respostas ao tratamento. Embora ela ainda seja jovem para exercer a enfermagem, suas experiências como professora e sua base de

preparação e de conhecimento em enfermagem vão ajudá-la a saber como interagir e formar relacionamentos com os pacientes e a tomar decisões clínicas sobre as práticas de promoção da saúde dos pacientes.

Experiência

Enfermagem é uma atividade prática. Experiências de aprendizagem clínica são necessárias para adquirir habilidades na tomada de decisões clínicas. Swinny (2010) explicou que o conhecimento, em si, não está necessariamente relacionado com o desenvolvimento de pensamento crítico. Em vez disso, o conhecimento combinado com a experiência clínica define o pensamento crítico. Em situações clínicas você aprende a partir da observação, da detecção, ao falar com os pacientes e suas famílias e refletir ativamente em todas as experiências. A experiência clínica é o laboratório para desenvolver e testar abordagens que você poderá adaptar com segurança ou rever para se ajustar a um determinado perfil, às qualidades únicas de um paciente e às experiências que você adquire ao cuidar de pacientes anteriores. Com a experiência você começa a compreender as situações clínicas, antecipar e reconhecer sinais dos padrões de saúde dos pacientes e a interpretar os sinais como relevantes ou irrelevantes. Talvez a melhor lição de um novo estudante de enfermagem seja aprender a valorizar todas as experiências com o paciente, que se tornam trampolins para a construção de novos conhecimentos e de pensamento inovador inspirador.

Quando Tonya estava terminando seu último ano na escola de enfermagem, ela trabalhou como assistente de enfermeira em uma casa de repouso. Essa experiência proporcionou um tempo valioso para interagir com pacientes mais velhos, ministrando cuidados básicos de enfermagem. Cada paciente lhe proporcionou valiosas experiências de aprendizagem que ela aplica aos outros pacientes. Especificamente, ela desenvolveu boas habilidades de entrevista, entendeu a importância da família na saúde de um indivíduo e

aprendeu a se tornar um interlocutor do paciente. Ela também aprendeu que adultos mais velhos precisam de mais tempo para realizar atividades como comer, tomar banho e se arrumar; portanto, ela incorporou estas técnicas de habilidade. Finalmente, a experiência anterior de Tonya como professora a ajudou a aplicar os princípios educacionais em seu papel na enfermagem.

Sua prática melhora a partir do que você aprende pessoalmente. As oportunidades que você tem de experimentar diferentes emoções, crises e sucessos, em sua vida e relacionamentos com os outros, ajudam a construir a sua experiência como uma enfermeira.

A Competência do Processo de Enfermagem

A competência do processo de enfermagem é o terceiro componente do modelo crítico de pensamento. Em sua prática você vai aplicar componentes de pensamento crítico durante cada passo do processo de enfermagem. Dos Capítulos 16 ao 20 vamos descrever cada passo do processo de enfermagem.

Atitudes para o Pensamento Crítico

O quarto componente do modelo de pensamento crítico são as atitudes. Onze atitudes definem as características centrais de um pensador crítico e a forma pela qual um pensador crítico de sucesso aborda um problema (Paul, 1993) (Quadro 15-4). Por exemplo, quando um paciente se queixa de ansiedade, antes de um procedimento de diagnóstico, um enfermeiro curioso procura uma explicação e informações fazendo várias perguntas para saber o que o paciente não conhece e a natureza das preocupações do paciente (Kaddoura, 2013). O enfermeiro mostra disciplina na formulação de perguntas e na coleta de uma avaliação completa para encontrar a origem da ansiedade do paciente. As atitudes de perguntar envolvem uma capacidade de reconhecer que existem problemas e que há uma necessidade de evidências para apoiar a verdade no que você acha que é a verdade. Atitudes de pensamento crítico envolvem as

orientações para uma abordagem do problema ou da situação de tomada de decisão. Componentes importantes do pensamento crítico são a interpretação, a avaliação e os julgamentos sobre a adequação dos vários argumentos e dos dados disponíveis. Saber quando você vai necessitar de mais informações, quando a informação é enganosa e reconhecer os seus próprios limites de conhecimento são exemplos de como as atitudes de pensamento crítico orientam a tomada de decisão. A Tabela 15-3 mostra um resumo de atitudes de pensamento crítico na prática de enfermagem.

Quadro 15-4 Componentes do Pensamento Crítico em Enfermagem

I. Base no conhecimento específico em enfermagem
II. Experiência
III. Competências de pensamento crítico
    A. Pensamento crítico geral
    B. Pensamento crítico específico
    C. Pensamento crítico específico em enfermagem: processo de enfermagem
IV. Atitudes para o pensamento crítico
    Autoconfiança, independência, imparcialidade, responsabilidade, tomada de risco, disciplina, perseverança, criatividade, curiosidade, integridade, humildade
V. Padrões para o pensamento crítico
    A. Padrões intelectuais
        Clareza – Claro e compreensível (p. ex., na forma como se comunica)
        Precisão – Exato e específico (p. ex., concentrando-se em um problema e possível solução)
        Específico – De mencionar, descrever, ou definir em detalhes
        Acurado – Verdadeiro e livre de erro; ficando com os fatos (objetivo e subjetivo)

Relevante – Essencial e crucial para uma situação (p. ex., alterando o estado clínico de um paciente)
Plausível – Razoável ou provável
Consistente – Expressando crenças ou valores consistentes
Lógico – Engajando-se em raciocínio correto do que se acredita em uma determinada instância para as conclusões que se seguem
Profundo – Contendo complexidades e relações múltiplas
Amplo – Abrangendo vários pontos de vista (p. ex., paciente e família)
Completo – Pensando e avaliando minuciosamente
Significativo – Incidindo sobre o que é importante e não trivial
Adequado (para o objetivo) – Satisfatório na qualidade ou quantidade
Justo – Ter a mente aberta e imparcial

B. Padrões profissionais
1. Critérios éticos para julgamento de enfermagem
2. Critérios de avaliação
3. Responsabilidade profissional

Modificado de Kataoka-Yahiro M, Saylor C: A critical thinking model for nursing judgment, *J Nurs Educ* 33(8):351, 1994. Dados de Paul RW: The art of redesigning instruction. In Willsen J, Blinker AJA, editors: *Critical thinking: how to prepare students for a rapidly changing world*, Santa Rosa, Calif, 1993, Foundation for Critical Thinking.

Tabela 15-3

Atitudes de Pensamento Crítico e Aplicações na Prática de Enfermagem

Atitude de Pensamento Crítico	Aplicação na Prática
Confiança	Aprenda a se apresentar a um paciente; fale com convicção quando você começar um tratamento ou procedimento. Não deixe que um paciente pense que você é incapaz de realizar cuidados com segurança. Sempre esteja bem preparado antes de executar uma atividade de enfermagem. Incentive o paciente a fazer perguntas.
Pensando	Consulte a literatura de enfermagem, principalmente quando houver diferentes

independentemente	pontos de vista sobre o mesmo assunto. Converse com outros enfermeiros e compartilhe ideias sobre as intervenções de enfermagem.
Justiça	Ouça os dois lados de qualquer discussão. Se um paciente ou membro da família reclamar de um colega seu de trabalho, ouça a história e fale, também, com o colega de trabalho. Se um membro da equipe se mostra pouco cooperante com o paciente, assuma o cuidado do paciente com abertura e um desejo de atender às necessidades do paciente.
Responsabilidade e autoridade	Peça ajuda se você estiver incerto sobre como executar um procedimento de enfermagem. Consulte as regras e o manual de procedimentos para rever os passos de um procedimento. Relate quaisquer problemas imediatamente. Siga os padrões da prática em seu atendimento.
Assumindo riscos	Se o seu conhecimento faz com que você questione a ordem de uma pessoa que presta os cuidados de saúde, assuma. Esteja disposto a recomendar abordagens alternativas para a assistência de enfermagem quando os colegas tiverem pouco sucesso com os pacientes.
Disciplina	Seja completo em tudo o que fizer. Use critérios científicos e baseados na prática para atividades como avaliação. Tire um tempo para ser completo e administre o seu tempo, de forma eficaz.
Perseverança	Seja cauteloso em uma resposta fácil. Se os colegas de trabalho fornecem informações sobre um paciente e algum fato parece estar faltando, esclareça a informação ou fale diretamente com o paciente. Se problemas do mesmo tipo continuam ocorrendo em uma divisão de enfermagem, aja junto com colegas de trabalho, procurando um padrão e encontrando uma solução.
Criatividade	Procure por abordagens diferentes se as intervenções não estiverem funcionando para um paciente. Por exemplo, um paciente com dor pode precisar de um posicionamento diferente ou técnica de distração. Quando necessário, envolva a família do paciente adaptando as suas abordagens aos métodos de cuidados utilizados no domicílio.
Curiosidade	Sempre pergunte o porquê. Um sinal ou sintoma clínico indica, frequentemente, uma variedade de problemas. Explore e aprenda mais sobre um paciente, de modo a fazer julgamentos clínicos apropriados.
Integridade	Reconheça quando as suas opiniões conflitam com as de um paciente; reveja a sua posição e decida a melhor forma de proceder para obter os resultados que satisfaçam a todos. Não comprometa os padrões de enfermagem ou a honestidade na prestação de cuidados de enfermagem.
Humildade	Reconheça quando você precisar de mais informações para tomar uma decisão. Quando você é novo em uma divisão clínica, peça uma orientação da área. Peça aos enfermeiros regularmente escalados à área assistência quanto a abordagens para os cuidados.

Confiança

A confiança é a crença em si mesmo, em seus julgamentos e habilidades psicomotoras e a posse do conhecimento e da capacidade de pensar criticamente, tirando conclusões apropriadas (Etheridge, 2007). Quando você está confiante, você se sente seguro sobre como realizar uma tarefa ou atingir uma meta, como realizar um

procedimento ou fazer um diagnóstico. A confiança cresce com a experiência em reconhecer seus pontos fortes e limitações. Você mudar o seu foco de suas próprias necessidades (p. ex., relembra o que significam os dados de avaliação ou como realizar um procedimento) para as necessidades do paciente. Quando você não está confiante em saber se um paciente está clinicamente alterado ou na realização de uma habilidade de enfermagem, você fica ansioso por não saber o que fazer. Isso impede que você dê atenção ao paciente. Deve-se sempre estar ciente do que você sabe e do que você não sabe. Se você questionar o significado de uma situação clínica e não souber se a informação que você tem é importante, discuta em primeiro lugar o problema com seu instrutor de enfermagem. Nunca realize qualquer procedimento, a menos que você tenha a base de conhecimento e se sinta confiante. A segurança do paciente é de extrema importância. Quando você mostra confiança, seus pacientes reconhecem esta confiança, pela forma como você se comunica e da forma como você implementa os cuidados de enfermagem. Confiança gera confiança entre você e seus pacientes.

Pensando de Forma Independente

À medida que você adquire novos conhecimentos, você aprende a considerar uma ampla faixa de ideias e de conceitos, antes de formar uma opinião ou de fazer um julgamento. Isso não significa que você ignore as ideias de outras pessoas. Em vez disso, você aprende a considerar todos os lados de uma situação. Um pensador crítico não aceita as ideias de outra pessoa sem um questionamento. Ao pensar de forma independente, você desafia as maneiras como os outros pensam e procura respostas racionais e lógicas para os problemas. Você começa a levantar questões importantes sobre a sua prática. Por exemplo, por que um determinado tipo de curativo cirúrgico é escolhido em detrimento de outro, por que pacientes em sua unidade de enfermagem sofrem quedas e o que você pode fazer para ajudá-los com problemas de aprendizagem sobre os seus medicamentos? Quando os enfermeiros fazem perguntas e olham para as evidências por trás dos problemas clínicos, eles estão pensando de forma

independente; este é um passo importante na prática baseada em evidências (Cap. 5). O pensamento e o raciocínio independentes são essenciais para a melhoria e a expansão da prática de enfermagem.

Justiça

Um pensador crítico lida com situações de forma justa. Isto significa que parcialidade ou preconceito não devem interferir em uma decisão. Por exemplo, independentemente de como você se sente sobre a obesidade, você não permitirá atitudes pessoais para influenciar a forma como você cuida de um paciente que está com excesso de peso. Olhe para uma situação objetivamente e considere todos os pontos de vista para entender a situação completamente antes de tomar uma decisão. Usar um senso de imaginação ajuda você a desenvolver uma atitude de justiça. Imaginar o que é estar na situação do seu paciente ajuda você a vê-lo com novos olhos e apreciar a sua complexidade.

Responsabilidade e Responsabilização

A responsabilidade é a consciência de que você é responsável por suas decisões, ações e pensamento crítico (Etheridge, 2007). Ao cuidar de pacientes, você é responsável por realizar corretamente as ações de enfermagem, com base nos padrões de prática. Padrões de prática são o nível mínimo de desempenho aceito para garantir um atendimento de alta qualidade. Por exemplo, você não usa atalhos (p. ex., deixar de identificar um paciente, preparar doses de medicação para vários pacientes ao mesmo tempo) na administração de medicamentos. Um enfermeiro profissional é responsável por ministrar, com competência, terapias de enfermagem e tomar decisões clínicas sobre os pacientes. Como enfermeiro você é responsável ou corresponsável por suas decisões e os resultados de suas ações. Isso significa que você é responsável por reconhecer quando os cuidados de enfermagem são ineficazes e você sabe os limites e o foco da sua prática.

Assumir o Risco

Muitas vezes as pessoas associam o ato de assumir um risco com o perigo. Conduzir 40 km por hora acima do limite máximo de velocidade é um risco que, às vezes, resulta em prejuízo para o motorista e azar para o pedestre. Mas assumir um risco nem sempre apresenta resultados negativos. Assumir riscos é desejável, especialmente quando o resultado é um resultado positivo. O pensador crítico está disposto a assumir riscos ao tentar diferentes formas de resolver os problemas. A vontade de assumir riscos vem da experiência com problemas semelhantes. Assumir riscos, muitas vezes, leva a progressos na assistência ao paciente. No passado, enfermeiros assumiram riscos ao tentar diferentes abordagens para cuidados das feridas da pele e o controle da dor, para citar alguns. Quando se assume um risco, todas as opções devem ser consideradas; seguir as diretrizes de segurança; analisar quaisquer perigos potenciais para um paciente; e agir de uma forma lógica e pensativa bem-fundamentada.

Disciplina

Um pensador disciplinado perde alguns detalhes e é ordenado ou sistemático, quando da avaliação, da tomada de decisões ou de medidas. Por exemplo, você tem um paciente que está com dor. Em vez de apenas perguntar ao paciente: "Qual a intensidade da sua dor em um escala de 0 a 10?", você também pode fazer perguntas mais específicas sobre as características da dor. Por exemplo, "O que piora a dor? O que provoca a dor? Há quanto tempo você percebeu isso?". Ser disciplinado ajuda a identificar os problemas com mais precisão e a escolher a intervenção mais apropriada.

Perseverança

Um pensador crítico é determinado a encontrar soluções eficazes para os cuidados do paciente. Isto é especialmente importante quando problemas continuam a ocorrer ou voltam a ocorrer. Aprender tanto quanto possível sobre um problema e tentar várias abordagens para cuidar. Use meios perseverantes para insistir na procura de mais

recursos, até encontrar uma abordagem bem-sucedida. Por exemplo, um paciente que é incapaz de falar, após cirurgia na faringe, constitui um desafio para o enfermeiro, pela incapacidade de se comunicar de forma eficaz. A perseverança leva o enfermeiro a experimentar diferentes abordagens de comunicação (p. ex., painéis de mensagens ou sinais de alarme) até que ele ou ela encontre um método que o paciente seja capaz de usar. Um pensador crítico perseverante não fica satisfeito com um esforço mínimo, mas age para atingir o mais alto nível de qualidade nos cuidados.

Criatividade

A criatividade envolve um pensamento original. Isso significa que você encontra soluções fora das rotinas de atendimento padrão, seguindo, ainda, as práticas padrões. Criatividade motiva a pensar em opções e abordagens únicas. Os problemas clínicos de um paciente, os sistemas de apoio social e o ambiente de vida são apenas alguns exemplos de fatores que tornam o procedimento de enfermagem mais simples ou mais complexo. Por exemplo, uma enfermeira "home care" (de cuidados domiciliares) tem que encontrar uma maneira de ajudar um paciente idoso com artrite a desenvolver uma maior mobilidade no domicílio. O paciente tem dificuldade para abaixar e levantar-se de uma cadeira por causa da dor da limitação dos movimentos nos joelhos. O enfermeiro providencia o uso de blocos de madeira para elevar as pernas da cadeira e, assim, o paciente é capaz de se sentar e ficar com pouco desconforto ao se certificar de que a cadeira é segura.

Curiosidade

A pergunta favorita de um pensador crítico é "Por quê?". Em qualquer situação clínica você aprende uma grande quantidade de informações sobre um paciente. À medida que você analisa as informações do paciente, os padrões de dados nem sempre parecem claros. Possuir um senso de curiosidade (perguntando-se: "E se?") motiva a perguntar mais (p. ex., pergunta à família ou ao médico, uma revisão da literatura científica) e a investigar uma situação clínica e,

assim, você obtém todas as informações que precisa para tomar uma decisão.

Integridade

Os pensadores críticos questionam e testam seus próprios conhecimentos e crenças. Sua integridade pessoal está relacionada à forma como o enfermeiro constrói a confiança de seus colegas de trabalho. Enfermeiros enfrentam muitos dilemas ou problemas na prática clínica diária, e todos cometem erros, às vezes. Uma pessoa com integridade é honesta e disposta a admitir erros ou inconsistências em seus próprios comportamentos, ideias e crenças. Um enfermeiro profissional sempre tenta seguir os mais elevados padrões de prática.

Humildade

É importante para você admitir quaisquer limitações do seu conhecimento e habilidades. Os pensadores críticos admitem que eles não dominam o conhecimento e que tentam encontrar o conhecimento necessário para tomar decisões adequadas. É comum que um enfermeiro seja um especialista em uma área da prática clínica, mas seja um novato em outra área, porque o conhecimento em todas as áreas da enfermagem é ilimitado. Segurança e bem-estar de um paciente estão em risco se não admitirem a sua incapacidade de lidar com um problema prático. Você tem que repensar a situação; aprender mais; e usar as novas informações para construir opiniões, tirar conclusões e tomar medidas.

Sr Lawson continua a sentir dores torácicas e falta de ar. Como Tonya aguarda a equipe médica chegar, ela sabe que é responsável pelo seu bem-estar até que o tratamento possa ser iniciado. Tonya age de forma independente, mantendo o Sr. Lawson confortável em uma cadeira, sem mexer nele (para evitar o agravamento da sua condição), e coleta dados adicionais de avaliação. Ela revela uma

disciplina na avaliação adicional do Sr. Lawson: verificar novamente os sinais vitais, observando a sua ferida abdominal e a incisão, e falar com ele, para perceber se há uma mudança no estado de consciência. Tonya sabe que ela não pode diagnosticar clinicamente. Quando chega o médico, ela objetivamente relata o que aconteceu com o Sr. Lawson uma vez que ele se sentou na cadeira, os sintomas que ele exibiu e como aqueles sintomas mudaram.

Normas para o Pensamento Crítico

O quinto componente do modelo de pensamento crítico inclui padrões intelectuais e profissionais (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994).

Padrões Intelectuais

Paul (1993) identificou 14 normas intelectuais (Quadro 15-4) universais para o pensamento crítico. Um padrão intelectual é um princípio para o pensamento racional. Você aplica estas normas durante todas as etapas do processo de enfermagem. Por exemplo, quando você considera um problema do paciente, aplique as normas intelectuais de precisão, exatidão e consistência para se certificar de que você dispõe de todos os dados necessários para tomar decisões clínicas. Durante o planejamento de enfermagem, aplique padrões como sendo lógicos e significativos de tal forma que o plano de cuidados seja expressivo e relevante para as necessidades do paciente. A utilização completa dos padrões intelectuais, na prática clínica, impede que você realize o pensamento crítico atropeladamente.

O médico solicita uma cintilografia pulmonar, radiografia de tórax e coloca o Sr. Lawson em repouso no leito. Exames de sangue também são solicitados previamente, submetendo o paciente à anticoagulação (para prevenir a formação de coágulo). Tonya pergunta ao médico se há riscos a serem considerados, em relação à ferida do Sr. Lawson, uma vez que o paciente vai receber um anticoagulante (questão relevante). Ela também pergunta se pode ministrar medicação

adicional para a dor, neste momento, para o controle da dor da incisão cirúrgica do paciente, durante a realização das radiografias (decisão lógica). Por meio da aplicação de padrões intelectuais, Tonya é uma parceira competente na gestão de cuidados do paciente, mostrando a sua capacidade de antecipar possíveis problemas clínicos.

Padrões Profissionais

Os padrões profissionais para o pensamento crítico se referem a critérios éticos para julgamentos de enfermagem, baseados nos critérios de evidência utilizados para a avaliação e os critérios de responsabilidade profissional (Paul, 1993). A aplicação de normas profissionais exige que você use o pensamento crítico para o bem dos indivíduos ou dos grupos (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994). Padrões profissionais promovem o mais elevado nível de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Uma excelente prática de enfermagem é um reflexo de padrões éticos (Cap. 22). O cuidado do paciente requer mais do que apenas a aplicação de conhecimentos científicos. Ser capaz de se concentrar nos valores e crenças de um paciente ajuda a tomar decisões clínicas que sejam justas, fiéis a uma escolha do paciente e benéficas para o seu bem-estar. Pensadores críticos mantêm um senso de autoconhecimento por meio da percepção consciente de suas crenças, valores e sentimentos e as múltiplas perspectivas que os pacientes, familiares e colegas apresentam em situações clínicas. O pensamento crítico também requer a utilização de critérios baseados em evidências para realizar julgamentos clínicos. Estes critérios são, por vezes, cientificamente baseados nos resultados da investigação (Cap. 5) ou na prática baseada em padrões desenvolvidos por especialistas clínicos e na melhora de desempenho das iniciativas de uma instituição. Exemplos disso são as diretrizes de prática clínica desenvolvidas por instituições clínicas individuais e por organizações nacionais, como a Healthcare Research and Quality (AHRQ). Uma diretriz da prática clínica inclui padrões para o tratamento de condições clínicas selecionadas, tais como acidente vascular

encefálico, a trombose venosa profunda e as lesões por pressão. Outros exemplos são os critérios clínicos utilizados para classificar condições clínicas, tais como os critérios para estagiar as lesões por pressão (Cap. 48) e para a classificação das flebites (Cap. 42). Avaliação baseada em evidências define os requisitos mínimos necessários para garantir cuidados adequados e de alta qualidade.

Os enfermeiros rotineiramente usam critérios baseados em evidências para avaliar as condições dos pacientes e determinar a eficácia das intervenções de enfermagem. Por exemplo, uma avaliação precisa dos sintomas, como dor, inclui o uso de critérios de avaliação, incluindo a duração, gravidade, localização, agravantes ou fatores atenuantes e os efeitos na vida diária (Cap. 44). Neste caso, os critérios de avaliação permitem determinar, com precisão, a natureza dos sintomas de um paciente, selecionar terapias adequadas e avaliar se as terapias são eficazes. Os padrões de responsabilidade profissional que um enfermeiro tenta alcançar são os padrões referidos no Nurse Practice Acts, diretrizes institucionais práticas e padrões de prática de organizações profissionais (p. ex., os padrões da ANA Standards of Professional Performance [Cap. 1]). Estas normas "elevam a barra" para as responsabilidades e obrigações que um enfermeiro assume para garantir os cuidados de qualidade de saúde para o público.

Síntese do pensamento crítico

O pensamento crítico é um processo de raciocínio por meio do qual você reflete e analisa o seu pensamento, ação e conhecimento. À medida que a prática da enfermagem inicia, é importante aprender as etapas do processo de enfermagem e incorporar os elementos do pensamento crítico (Fig. 15-3). Os dois processos seguem lado a lado, na tomada de decisões sobre o atendimento de qualidade do paciente. Este texto fornece um modelo para mostrar a você a importância do pensamento crítico na prática do processo de enfermagem.

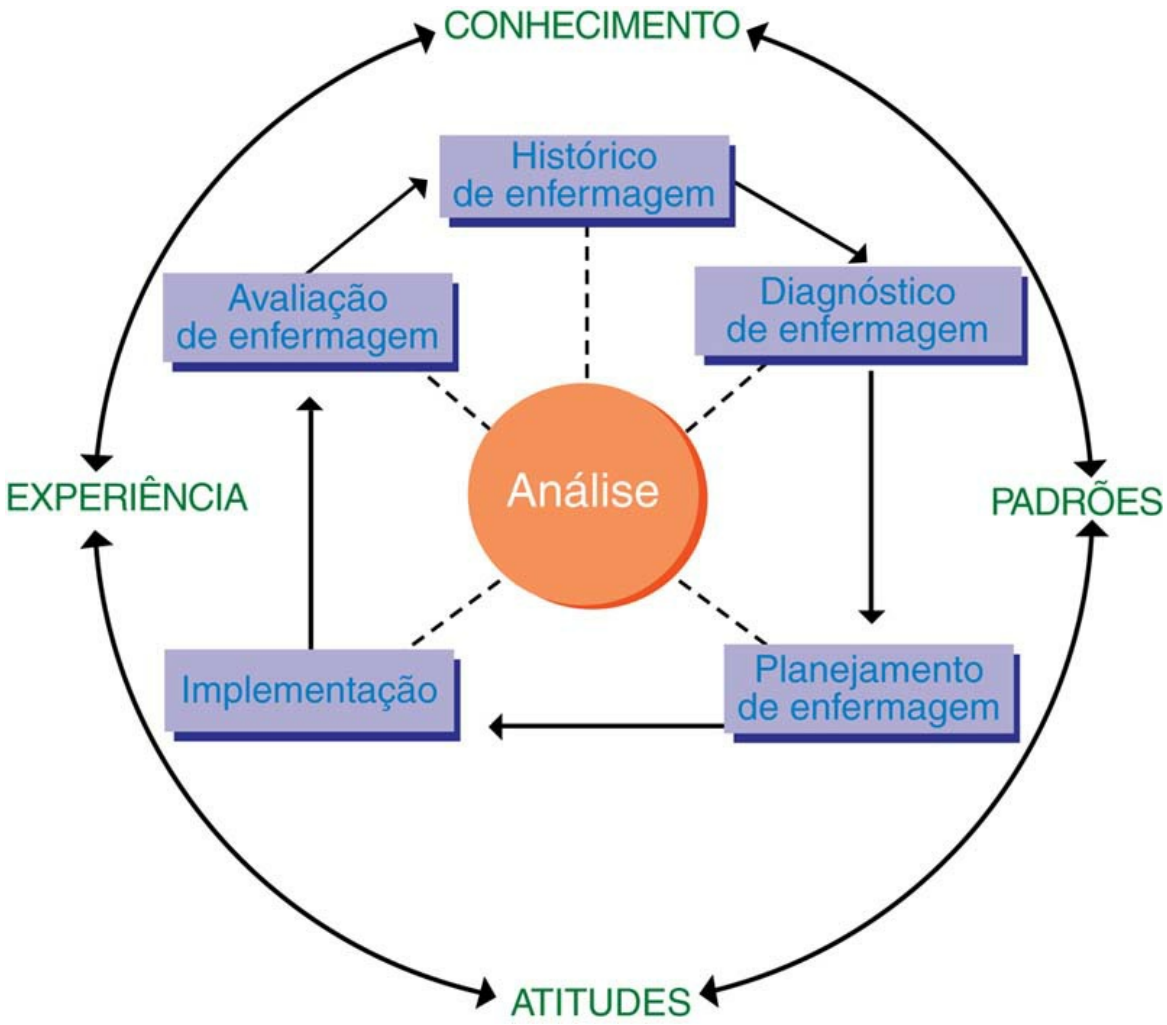


FIGURA 15-3 Síntese do pensamento crítico com a

competência do processo de enfermagem.

Desenvolvendo as habilidades do pensamento crítico

Para desenvolver as habilidades de pensamento crítico você aprende como conectar conhecimento e teoria com as práticas do dia a dia. A capacidade de fazer sentido que você aprende na sala de aula, com a leitura, ou por meio de diálogo com outros estudantes e, em seguida, para aplicar durante o atendimento ao paciente, é algo desafiador.

Textos Reflexivos

Escrever um texto reflexivo é uma ferramenta para o desenvolvimento de pensamento crítico e de reflexão, esclarecendo os conceitos. Estes conceitos são incorporados nas situações e nos problemas clínicos do dia a dia que você enfrenta. Uma escrita reflexiva dará a você uma oportunidade de definir e expressar as experiências clínicas, com suas próprias palavras. Sempre comece a registrar notas depois de uma experiência clínica. O uso de um diário melhora a sua observação e habilidade descritiva se, finalmente, você for capaz de tomar uma decisão clínica. Use estas dicas para refletir sobre a experiência clínica, explorando o seu significado:

1. Que experiência, situação ou informação de sua experiência clínica é confusa, difícil ou interessante?
2. Qual é o significado da experiência? Que sentimentos você registrou? Que sentimentos estiveram presentes no seu paciente ou nos familiares? O que influenciou a experiência?
3. Será que os sentimentos, opiniões ou perguntas são capazes de levar você a relembrar todas as experiências do passado ou algo que você acha que seja desejável como experiência futura? Como isso se relaciona?
4. Quais são as conexões entre o que está sendo descrito e o que você aprendeu sobre a ciência de enfermagem e teoria?

Reunião com os Colegas

Enfermeiros dependem de outros colegas para ajudá-los a pensar como enfermeiros (Etheridge, 2007). Uma maneira de desenvolver habilidades de pensamento crítico é reunir-se regularmente com os colegas, com membros do corpo docente ou preceptores, para discutir e examinar as experiências de trabalho e validar as decisões. A conexão com outros irá ajudá-lo a entender que você não precisa saber tudo, porque o suporte está disponível a partir de outros colegas. Quando os enfermeiros possuem um meio formal para discutir suas experiências, como uma reunião de equipe ou conselho de prática na unidade, o diálogo permite perguntas, conflitos de pontos de vista e partilha de experiências. Quando eles são capazes de discutir suas práticas, o processo valida boas práticas e também oferece desafios e críticas construtivas. Muito pode ser aprendido por meio do desenho de experiências e de perspectivas dos outros, para promover uma reflexão do pensamento crítico.

Mapeamento Conceitual

Como enfermeiro, você vai cuidar de pacientes que apresentam múltiplos diagnósticos de enfermagem ou problemas de colaboração. Um **mapa conceitual** é uma representação visual dos problemas do paciente e das intervenções que mostram as relações entre si. É uma imagem não linear de um paciente para ser usada para o planejamento de um atendimento integral. O objetivo principal do mapeamento conceitual é dar uma melhor síntese de dados relevantes sobre um paciente, incluindo dados de avaliação, diagnósticos de enfermagem, necessidades de saúde, intervenções de enfermagem, bem como medidas de avaliação. Por meio do desenho de um mapa conceitual, você aprende a organizar ou conectar informações, de uma forma única, de modo que as diversas informações de que você dispõe sobre um paciente comecem a formar padrões e conceitos significativos. Você começa a ver uma forma mais holística de um paciente. Quando você vê a relação entre os vários diagnósticos de pacientes e os dados que os apoiam, você compreende melhor a situação clínica do paciente. Mapas conceituais podem ser encontrados nos capítulos clínicos deste texto (Unidades V e VI).

Gerenciamento do estresse

A relação entre o estresse em um ambiente de cuidados de saúde e seus efeitos sobre os estados mental e fisiológico de um enfermeiro vem recebendo mais atenção. O controle autonômico da tomada de decisão, detecção de erros, discurso, memória e emoções durante situações estressantes é interrompido por causa da estimulação continuada do sistema nervoso simpático. A pesquisa mostrou que a tensão de trabalho em turnos de 12 horas, por exemplo, prejudica o julgamento clínico, em parte devido à maneira como o estresse afeta a atenção (McClelland et al., 2013). O trabalho do profissional de enfermagem é difícil, à medida que você vê pacientes suportarem o sofrimento da doença e as terapias dolorosas e à medida que você tenta administrar as responsabilidades de cuidados em ambientes de trabalho com elevada e acelerada atividade. O estresse durante um período prolongado ou quando extremo pode levar à queda na produtividade do trabalho, comprometer uma tomada de decisão e reduzir a comunicação e capacidade de lidar com situações clínicas (Donovan et al., 2013). O Quadro 15-5 oferece perspectivas sobre as formas de administrar melhor o estresse para que decisões claras possam ser tomadas, para uma comunicação pensativa e de forma eficaz com os colegas dos cuidados de saúde (Cap. 38).

Quadro 15-5

Prática baseada em evidências

Impacto dos Ambientes de Trabalho Estressantes sobre um Pensamento e uma Tomada de Decisão

Questão PICO: Quais são os efeitos sobre o pensamento e a tomada de decisão entre enfermeiros de cuidados intensivos que trabalham em ambientes de trabalho estressantes *versus* ambientes não estressantes?

Resumo da Evidência

Regiões do córtex, amígdala e do tronco encefálico interagem entre os estados mentais e fisiológicos (Critchley et al., 2013). Assim, processos cognitivos e emocionais são afetados por mecanismos autônomos durante a resposta ao estresse. O estresse é uma condição comum no local de trabalho de cuidados de saúde, resultado da carga de trabalho, liderança/estilo de gestão, conflito profissional e o custo emocional de cuidar de pacientes. Compreender a relação entre o estresse de cuidar e os processos cognitivos e a tomada de decisão e a empatia é importante para a prática de enfermagem (Critchley et al., 2013). O estresse altera a capacidade de resolver problemas com precisão, falar fluente e claramente, relembrar e administrar emoções. Humor negativo e estresse, muitas vezes, afetam o que e como os enfermeiros se comunicam uns com os outros (Pfaff, 2012). Durante o estresse há maior probabilidade de cinismo e frustração e informações imprecisas sendo transmitidas.

Aplicação para a Prática de Enfermagem

- Aprenda a reconhecer quando você está se sentindo estressado: seus músculos estão tensos, você se torna reativo quando outros se comunicam com você, você tem problemas de concentração e se sente muito cansado.
- Consuma um tempo fora. Tente encontrar uma forma de relaxar, fazendo um exercício de relaxamento rápido ou encontrando um lugar onde colegas não estão bombardeando você com questões.
- Discuta as experiências de atendimento aos pacientes difíceis e estressantes com os seus colegas ou com alguém em quem você confia. Percebendo que suas preocupações são partilhadas por outros, alivia o estresse.
- Participe de oportunidades para tomar decisões sobre atividades práticas.
- Participe de uma classe de gerenciamento de estresse no trabalho.

Pontos-chave

- Tomada de decisão clínica envolve julgamento que inclui pensamento crítico e reflexivo e ação e aplicação de lógica prática e científica.
- Os enfermeiros que aplicam o pensamento crítico em seu foco de trabalho sobre as opções para a resolução de problemas e a tomada de decisões, em vez de forma rápida e descuidada, assumem soluções simples e rápidas.
- Reflexão envolve pensamento proposital ou de recordação de uma situação para descobrir o seu propósito ou significado.
- Seguir um procedimento passo a passo, sem um ajuste às necessidades específicas de um paciente, é um exemplo da aplicação do pensamento crítico básico.
- No pensamento crítico complexo, um enfermeiro aprende que talvez existam soluções alternativas e talvez conflitantes.
- No raciocínio diagnóstico você coleta os dados do paciente e os analisa para determinar os seus problemas.
- O modelo de pensamento crítico combina a base de conhecimento de um enfermeiro, a experiência, a competência no processo de enfermagem, atitudes e normas, para explicar como os enfermeiros fazem julgamentos clínicos que são necessários para a segurança dos cuidados eficazes de enfermagem.
- Experiências de aprendizagem clínica são necessárias para você adquirir habilidades clínicas de tomada de decisão.
- Atitudes de pensamento crítico vão ajudá-lo a saber quando mais informações são necessárias e quando elas são enganosas e a reconhecer os seus próprios limites do conhecimento.
- O uso de padrões intelectuais, durante a avaliação, garante que você obtenha um banco de dados completo de informações.
- Padrões profissionais para o pensamento crítico se referem a critérios éticos para julgamentos de enfermagem, critérios de avaliação baseados em evidências e critérios de responsabilidade profissional.

- Reunião regular com os colegas permite discutir resultados antecipados e inesperados, em qualquer situação clínica, para continuamente aprender e desenvolver os seus conhecimentos.
- O estresse durante um período prolongado ou quando extremo pode causar desconforto, levando à baixa produtividade do trabalho e ao comprometimento da tomada de decisões e de comunicação.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Duas mortes de pacientes ocorrem em uma unidade médica no último mês. A equipe percebeu que todos se sentiram pressionados e os membros da equipe estão tentando obter mais argumentos. Sendo uma enfermeira da unidade, o que seria melhor para ajudá-los a gerir este estresse?
    1. Manter um diário.
    2. Participar de uma reunião na unidade para discutir os sentimentos sobre as mortes dos pacientes.
    3. Solicitar à gerente de enfermagem que conduza pacientes em condições menos difíceis.
    4. Analisar o manual de política e de procedimentos em relação aos cuidados adequados com os pacientes após a morte.
2. Um enfermeiro tem observado muitos pacientes com câncer lutando com o controle da dor, porque eles têm medo de se tornarem viciados à medicação. O controle da dor é uma prioridade no tratamento do câncer. Ao ajudar os pacientes a se concentrarem em seus valores e crenças sobre o controle da dor, uma enfermeira pode tomar melhores decisões clínicas. Este é um exemplo de:
    1. Criatividade.
    2. Imparcialidade.

   3. Raciocínio clínico.
   4. Aplicação de critérios éticos.
3. Um enfermeiro se prepara para introduzir um cateter de Foley. O manual de procedimentos recomenda que o paciente esteja na posição de decúbito dorsal. O paciente se queixa de apresentar dor lombar quando deitado de costas. Apesar disso, o enfermeiro coloca o paciente em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos como o manual recomenda, e começa a introduzir o cateter. Este é um exemplo de:
   1. Exatidão.
   2. Reflexão.
   3. Assumir riscos.
   4. Pensamento crítico básico.
4. Um enfermeiro está preparando medicamentos para um paciente. O enfermeiro escreve o nome do medicamento na etiqueta, com a prescrição médica. À beira do leito, o enfermeiro confirma o nome do paciente e a prescrição da medicação. O enfermeiro está seguindo qual atitude do pensamento crítico:
   1. Responsável.
   2. Completa.
   3. Precisa.
   4. Ampla.
5. Um enfermeiro em uma unidade clínica com atendimento intenso está ocupado atendendo quatro pacientes. São 10:00 horas da manhã. Dois pacientes estão com medicamentos vencidos e um deles precisa coletar uma amostra de urina para exame. Um paciente está tendo complicações de uma cirurgia e está sendo preparado para retornar à sala de cirurgia. O quarto paciente necessita de instruções sobre as restrições de atividade antes de ir para casa esta tarde. Qual das seguintes atitudes o enfermeiro deve tomar, em relação às decisões clínicas apropriadas para o grupo de pacientes? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Considerar a disponibilidade de pessoal de apoio para

obter a amostra de urina.
   2. Combinar atividades para resolver mais do que um problema do paciente.
   3. Analisar os diagnósticos/problemas e decidir quais são os mais urgentes com base nas necessidades dos pacientes.
   4. Planejar uma reunião de família para amanhã para tomar decisões sobre os recursos que o paciente vai precisar ao ir para casa.
   5. Identificar os diagnósticos de enfermagem para o paciente que vai para casa.
6. Ao usar critérios conhecidos na realização de uma avaliação tal como rever com um paciente as características típicas da dor, um enfermeiro está demonstrando qual atitude do pensamento crítico?
   1. Curiosidade.
   2. Adequação.
   3. Disciplina.
   4. Pensando de forma independente.
7. Um enfermeiro recém começou a trabalhar em uma clínica de Puericultura. Uma das suas recentes experiências foi a de ajudar uma mãe a aprender os passos de amamentação do recém-nascido. Durante a primeira visita clínica, a mãe teve dificuldade de posicionar o recém-nascido durante a amamentação. Após a visita, o enfermeiro considerou a existência de uma incapacidade da mãe de amamentar, incluindo a obesidade e inexperiência materna. A revisão do enfermeiro da situação é chamada:
   1. Reflexão.
   2. Perseverança.
   3. Intuição.
   4. Resolução de problemas.
8. Disponha as etapas do método científico em sua ordem correta com o número 1 sendo o primeiro passo do processo.
   1. Formular uma pergunta ou hipótese.
   2. Avaliar os resultados do estudo.

3. Coletar os dados.
4. Identificar o problema.
5. Testar a pergunta ou a hipótese.

9. Um enfermeiro trocou o curativo da ferida cirúrgica de um paciente, colocado no dia anterior, e agora se prepara para outra troca de curativo. O enfermeiro teve dificuldade de remover a gaze da ferida ontem, causando desconforto ao paciente. Hoje ele ministrou analgésicos ao paciente, 30 minutos antes da troca do curativo. Em seguida, ele acrescentou certo volume de soro fisiológico estéril para soltar a gaze, durante alguns minutos, antes de removê-la. O paciente relatou que o procedimento foi muito mais confortável. Qual dos seguintes mecanismos descreve a abordagem do enfermeiro em relação à troca do curativo? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Inferência clínica.
   2. Pensamento crítico básico.
   3. Pensamento crítico complexo.
   4. Experiência.
   5. Reflexão.
10. Qual dos seguintes procedimentos descreve o uso de um enfermeiro de uma base específica de conhecimento, durante o pensamento crítico? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Iniciativa em consultar as evidências atuais da literatura.
   2. Aplicação da teoria de política de enfermagem.
   3. Rever o manual dos procedimentos.
   4. Considerar uma visão holística das necessidades dos pacientes.
   5. O tempo de cuidados anteriores de um grupo específico de pacientes.
11. **Preencha o espaço em branco.** Quando um enfermeiro tenta compreender a perspectiva dos cuidadores e da família de um paciente, em relação ao fato de que o paciente está sofrendo quedas em casa, o enfermeiro aplica o padrão intelectual do _____, para entender todos os pontos de

vista.

12. Um aspecto da tomada de decisão clínica é conhecer o paciente. Qual dos seguintes aspectos é o mais crítico no desenvolvimento e na capacidade de conhecer o paciente?
    1. Trabalhar em vários ambientes de cuidados de saúde
    2. Boa capacidade de comunicação de aprendizagem
    3. Passar um tempo estabelecendo relações com pacientes
    4. Baseando-se em evidências na prática
13. Em qual dos seguintes exemplos um enfermeiro aplica crítica às habilidades do pensamento na prática? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. O enfermeiro pensa retomar uma experiência pessoal prévia, em relação à administração de um medicamento, por via subcutânea.
    2. O enfermeiro utiliza uma escala de avaliação de dor para quantificar a dor de um paciente.
    3. O enfermeiro explica o procedimento, passo a passo, de como ministrar um enema a um técnico de assistência do paciente.
    4. O enfermeiro reúne dados sobre um paciente com limitação de mobilidade para identificar um diagnóstico de enfermagem.
    5. O enfermeiro oferece apoio a um colega que está submetido a um evento estressante.
14. Um enfermeiro entra na casa de uma paciente de 72 anos e começa a observar os seus comportamentos e analisar o seu estado físico. O enfermeiro percebe que a paciente vive sozinha e nota hematomas na perna da paciente. Ao analisar a marcha da paciente, o enfermeiro percebe que ela apresenta uma marcha instável e se inclina para um lado. A paciente admite ter sofrido quedas no passado. O enfermeiro identifica a paciente como tendo o diagnóstico de enfermagem de risco para quedas. Esta condição é um exemplo de:
    1. Inferência.
    2. Pensamento crítico básico.

3. Avaliação.
4. Raciocínio diagnóstico.

15. Combinar os conceitos para um pensador crítico, à direita, com a aplicação do termo, à esquerda.

Aplicação do termo	**Conceitos para os pensadores críticos**
a. Antecipar como um paciente pode responder a um tratamento.	___ 1. Busca da verdade
b. Organizar a avaliação com base em prioridades do paciente.	___ 2. Abertura do espírito
c. Seja objetivo ao fazer perguntas a um paciente.	___ 3. Poder analítico
d. Seja tolerante com os pontos de vista e as crenças do paciente.	___ 4. Sistematização

Respostas: 1. 2; **2**. 4; **3**. 4; **4**. 1; **5**. 1, 2, 3; **6**. 3; **7**. 1; **8**. 4, 3, 1, 5, 2; **9**. 3, 4; **10**. 1, 2, 4; **11**. Amplo; **12**. 3; **13**. 1, 2, 4; **14**. 4; **15**. 1c, 2d, 3a, 4b.

Referências

American Nurses Association (ANA) *Nursing's social policy statement: the essence of the profession*. Washington, DC: The Association; 2010.

Croskerry P, Nimmo GR. Better clinical decision making and reducing diagnostic error. *J R Coll Physicians Edinb*. 2011;41(2):155.

Facione N, Facione P. Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. *Nurs Outlook*. 1996;44:129.

Harjai PK, Tiwari R. Model of critical diagnostic reasoning: achieving expert clinician performance. *Nurs Educ Perspect*. 2009;30(5):305.

Kataoka-Yahiro M, Saylor C. A critical thinking model for nursing judgment. *J Nurs Educ*. 1994;33(8):351.

Miller M, Malcolm N. Critical thinking in the nursing curriculum. *Nurs Health Care*. 1990;11:67.

Paul RW. The art of redesigning instruction. In: Willsen J, Blinker AJA, eds. *Critical thinking: how to prepare students for a rapidly changing world*. Santa Rosa, Calif: Foundation for Critical Thinking; 1993.

Swinny B. Assessing and developing critical thinking skills in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2010;33(1):2.

Referências de pesquisa

Critchley HD, et al. Interaction between cognition, emotion, and the autonomic nervous system. *Handb Clin Neurol*. 2013;117:597.

Donovan RO, et al. The effect of stress on health and its implications for nursing. *Br J Nurs*. 2013;22(16):969.

Etheridge SA. Learning to think like a nurse: stories from new nurse graduates. *J Contin Educ Nurs*. 2007;38(1):24.

Facione P. *Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. The Delphi report: research findings and recommendations prepared for the American Philosophical Association, ERIC Doc No. ED 315-423*. Washington, DC: ERIC; 1990.

Henneman EA, et al. Strategies used by critical care nurse to identify, interrupt, and correct medical errors. *Am J Crit Care*. 2010;19:500.

Kaddoura M. New graduate nurses' perceived definition of critical thinking during their first nursing experience. *Educ Res Q*. 2013;36(3):3.

Lotzkar M, Bottorff JL. An observational study of the development of a nurse-patient relationship. *Clin Nurs Res*. 2010;10:275.

Mamede S, et al. Exploring the role of salient distracting clinical features in the emergence of diagnostic errors and the mechanisms through which reflection counteracts mistakes. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(4):295.

McClelland LE, et al. Changes in nurses' decision making during a 12-h day shift. *Occup Med*. 2013;63(1):60.

McHugh MD, Ma C. Hospital nursing and 30-day readmissions among Medicare patients with heart failure, acute myocardial infarction, and pneumonia. *Med Care*. 2013;51(1):52.

Pfaff M. Negative affect reduces team awareness: the effects of mood and stress on computer-mediated team communication. *Human Factors*. 2012;54(4):5601.

Radwin LE. Knowing the patient: a review of research on an emerging concept. *J Adv Nurs*. 1996;23:1142.

Roche J, et al. Testing a work empowerment–work relationship model to explain expertise in experienced acute care nurses. *J Nurs Admin*. 2009;39:115.

Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204.

Tanner CA, et al. The phenomenology of knowing the patient. *J Nurs Scholarsh*. 1993;25:273.

Zolnierek CD. An integrative review of knowing the patient. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(1):3.

16

Histórico de Enfermagem

OBJETIVOS

- Discutir a relação entre o pensamento crítico e o histórico de enfermagem.
- Descrever como o desenvolvimento de relações com os pacientes promove o histórico de enfermagem.
- Descrever como cortesia, conforto, conexão e confirmação estabelecem uma base para a avaliação do paciente.
- Diferenciar entre dados subjetivos e objetivos.
- Explicar as formas de fazer uma avaliação centrada no paciente.
- Descrever os métodos de avaliação.
- Discutir como conduzir uma entrevista centrada no paciente.
- Descrever os componentes de uma história de enfermagem.
- Explicar a relação entre a interpretação e a validação dos dados.
- Realizar um histórico de enfermagem.

TERMOS-CHAVE

Histórico de enfermagem p. 208
Sinais de retorno p. 215

Perguntas fechadas, p. 215
Sintomas concomitantes, p. 217
Pista, p. 210
Padrões funcionais de saúde, p. 210
Inferência, p. 210
História de saúde de enfermagem, p. 215
Processo de enfermagem, p. 207
Dados objetivos, p. 211
Questões abertas, p. 215
Revisão dos sistemas (ROS), p. 218
Dados subjetivos, p. 211
Validação, p. 218

O **processo de enfermagem** é um processo crítico de pensar de cinco etapas (Fig. 16-1) que os enfermeiros profissionais empregam para aplicar melhor a evidência disponível para cuidar e promover as funções humanas e as respostas para a saúde e a doença (ANA, 2010). Ele é o modelo fundamental para definir a forma de como cuidar dos pacientes. A abordagem de cuidados centrada no paciente é holística e essencial na execução do processo de enfermagem. Tal abordagem melhora a avaliação e a educação do paciente, a centralidade da família, a adesão do paciente às intervenções e os resultados dos pacientes (Bertakise Azari, 2011). O Quality and Safety Education for Nurses (Instituto de Educação de Qualidade e de Segurança para Enfermeiros) (QSEN) (2014) define o cuidado centrado no paciente como "o reconhecimento de um paciente ou da pessoa designada como a fonte de controle e parceria de pleno direito no fornecimento de cuidado compassivo e coordenado, baseados no respeito ao paciente, em relação às preferências, valores e necessidades". Assim, a avaliação é um primeiro passo importante para aprender o máximo possível sobre as condições de saúde do paciente e os problemas de

saúde, por meio das parcerias, juntamente com uma relação terapêutica. Considere o seguinte cenário, que também foi descrito no Capítulo 15.

O Sr. Lawson é um paciente de 62 anos de idade, que foi submetido a uma cirurgia abdominal para uma ressecção de colo e remoção de um tumor 2 dias atrás. Sua enfermeira, Tonya, implementou estratégias de controle da dor em um esforço para ajudá-lo a obter maior mobilidade na progressão da sua recuperação. Até agora ele estava se mantendo fora da cama e classificava a sua dor em um nível 4, em uma escala de 0 a 10. O paciente ainda tende a proteger a sua incisão colocando a mão sobre a ferida, quando em movimento.

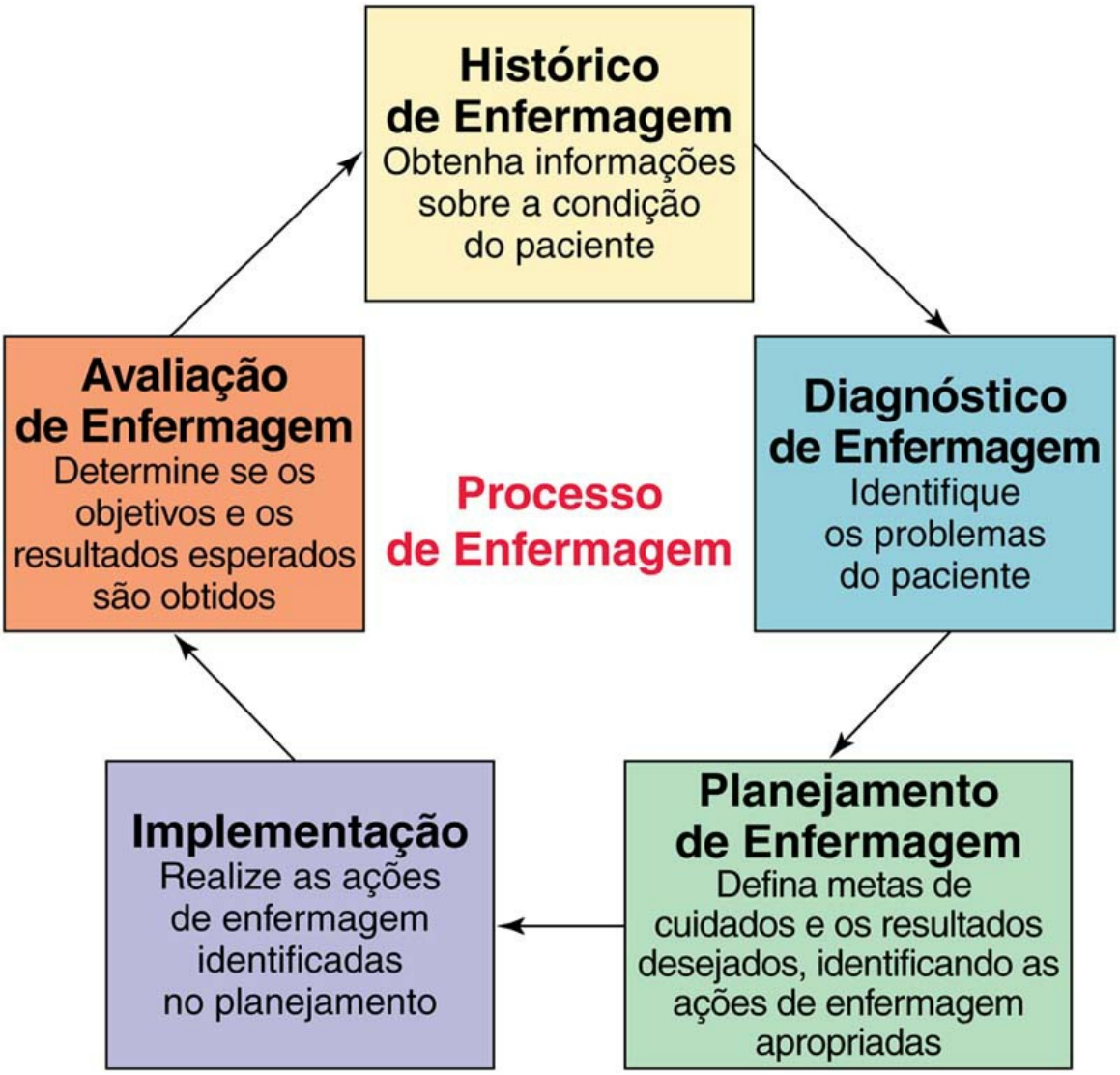


FIGURA 16-1 Cinco etapas do processo de enfermagem.

O Sr. Lawson pesa 109 kg e tem 1,80 m de altura. Ele tentou tossir mais durante a respiração profunda nos exercícios pós-operatórios. Tonya cuida dele pelo terceiro dia consecutivo e começa o turno da manhã inspecionando a ferida cirúrgica. A ferida é de aproximadamente 15 cm de comprimento e fechada com suturas de aço. Tonya observa uma separação da ferida entre duas suturas no fundo da incisão. Há uma pequena quantidade de drenagem serosa. A área está inflamada, e ela pergunta ao paciente se a incisão é

sensível quando ela gentilmente palpa em torno da área. O Sr. Lawson afirma: "Oh, eu sinto dor nessa área. Eu acho que eu puxei a ferida quando eu tossia na noite passada". Ele também classifica a dor, neste momento, como sendo em um nível 5. Tonya verifica sinais vitais do Sr. Lawson e registra que a sua temperatura é de 37,5°C, ligeiramente acima da sua temperatura média de 37,2°C. Tonya também inspeciona o dispositivo intravenoso (IV) de acesso no antebraço esquerdo do paciente. Encontra-se intacto e sem sinais de flebite no local.

Cada vez que você encontrar um paciente, deve aplicar o processo de enfermagem, como Tonya fez enquanto cuidava do Sr. Lawson. O primeiro passo do processo de enfermagem, o histórico de enfermagem, envolve a coleta e a análise de informações sobre o estado de saúde do paciente. *No exemplo deste caso Tonya reuniu informações olhando a ferida do paciente (inspeção) e registrou suas características (comprimento, presença de suturas) e estado (ligeira separação com drenagem e inflamação no local). Ela também verificou os sinais vitais do paciente e comparou os dados com as medições de temperatura obtidas anteriormente. Inspeção do local IV envolve uma avaliação mais aprofundada.*

Como um enfermeiro, você aprenderá a fazer juízos clínicos de avaliação de dados para identificar o nível de bem-estar e o desejo de um paciente na promoção da saúde ou para identificar os problemas de saúde existentes. Respostas indesejadas do indivíduo a uma condição de saúde ou seu desejo de aumentar o nível de bem-estar são identificadas, na forma de diagnósticos de enfermagem ou de problemas colaborativos (Cap. 17) (Herdman & Kamitsuru, 2014). A avaliação deve ser completa, relevante para a condição do paciente, e apurada para você identificar corretamente o desejo de uma pessoa para melhorar a sua saúde ou identificar qualquer problema de saúde. Uma avaliação abrangente leva a diagnósticos precisos de enfermagem, permitindo-lhe, em seguida, criar um plano adequado de cuidados para um paciente. O próximo passo, a aplicação, envolve a realização das intervenções planeadas ou a colaboração. Após a implementação, você avalia as respostas do paciente e se as

intervenções foram eficazes. O processo de enfermagem é fundamental para a sua capacidade de prestar cuidados no tempo exato e adequados aos seus pacientes.

O processo de enfermagem é uma forma de raciocínio científico. Inicialmente você vai aprender como aplicar o processo passo a passo. No entanto, à medida que você ganhar mais experiência clínica e cuidando de mais pacientes, você aprende a se mover para frente e para trás através dos passos do processo, realizando julgamentos criticamente sobre situações clínicas dos seus pacientes e individualizando as abordagens de seus pacientes em relação aos cuidados (O'Neill et al., 2011). Praticando os cinco passos do processo de enfermagem, permite-se organizar e realizar a sua prática, de forma sistemática. Você aprende a fazer inferências sobre o que significam as respostas de um paciente com um problema de saúde ou a generalizar sobre o seu estado funcional de saúde. Os dados coletados durante o histórico de enfermagem constituem padrões que ajudam a conduzir a conclusões diagnósticas. *Por exemplo, a condição da incisão do Sr. Lawson levou Tonya a inferir que a cicatrização da ferida estava, possivelmente, comprometida. Tonya reuniu mais informações (p. ex., verificação da temperatura, observando a reação do Sr. Lawson durante a palpação da ferida) até que chegou a uma classificação exata do problema do paciente*.

Definir claramente os problemas do seu paciente, com base na avaliação, garante que você possa planejar os cuidados, implementar intervenções de enfermagem adequadas e avaliar os resultados dos cuidados.

Uma abordagem do pensamento crítico para avaliação

O histórico de enfermagem é a coleta deliberada e sistemática de informações sobre um paciente, para determinar a saúde atual e anterior do paciente, o seu estado funcional e os padrões no presente e no passado de enfrentamento (Carpenito-Moyet, 2013). O **histórico de enfermagem** inclui duas etapas:

1. Coleta de informação de uma fonte primária (um paciente) e de fontes secundárias (p. ex., a família ou amigos, os profissionais de saúde e o registro médico).
2. A interpretação e validação dos dados para garantir um banco de dados completo.

No estudo de caso, Tonya coletou informações do paciente por meio da observação e de perguntas formuladas. Ela viu a inflamação na área incisional e validou a sua presença perguntando ao paciente se ele apresentava aumento na sensibilidade. Ela interpretou os seus dados: área aberta de uma incisão, a drenagem de líquidos e a sensibilidade resultante em torno do local, que indicam um padrão de cicatrização alterada da ferida. Ela também mediu a temperatura do corpo para ver se o sinal inicial de uma infecção sistêmica mais grave estava presente.

Quando um bombeiro hidráulico vem à sua casa para reparar um problema que você descreve como uma "torneira vazando," o profissional verifica a torneira, suas conexões com os encanamentos de água e a pressão da água no sistema para determinar o verdadeiro problema. Quando um paciente apresenta um problema inicial de saúde, você realiza uma avaliação que lhe permitirá identificar o problema corretamente. No entanto, os pacientes são diferentes das torneiras com vazamentos, uma vez que a situação clínica muda com o tempo e, às vezes, rapidamente. *Por exemplo, o Sr. Lawson apresenta sinais de cicatrização alterada. Tonya relatou estes resultados para o cirurgião do paciente, que prescreveu antibióticos, por via intravenosa, durante 24 horas, mas também planejou a alta do paciente para o dia seguinte. A*

condição clínica do Sr. Lawson foi alterada da recuperação imediata da cirurgia para o planejamento de alta hospitalar. Tonya quer continuar a tentar controlar a dor do paciente, mas agora tem que conduzir uma avaliação maior do paciente, observar os seus comportamentos, fazer perguntas sobre a sua capacidade de cuidar da sua ferida quando ele estiver em casa, observar os sinais não verbais que ele oferece e determinar se existem problemas que possam afetar o planejamento de alta hospitalar.

Uma vez que um bombeiro hidráulico conhece a origem do vazamento da torneira, ele é capaz de repará-la. Depois de saber a natureza e a fonte das necessidades específicas de saúde de um paciente ou de seus problemas (como o *risco de infecção* do Sr. Lawson e a sua necessidade de estar preparado para a alta hospitalar), você é capaz de fornecer intervenções que irão restaurar, manter ou melhorar a saúde do paciente.

O pensamento crítico é uma parte vital da avaliação (Cap. 15). Ao avaliar um paciente, você sintetiza o conhecimento relevante, recorda experiências clínicas anteriores, aplica padrões de pensamento crítico e atitudes e utiliza os padrões profissionais de conduta para direcionar a sua avaliação de uma forma significativa e proposital (Fig. 16-2). Seu conhecimento das ciências físicas, biológicas e sociais permite que você formule perguntas relevantes e colete a história e os dados físicos relevantes de avaliação relacionados a um determinado paciente que apresente necessidades de saúde. *Por exemplo, Tonya sabe que o Sr. Lawson teve parte de seu colo ressecado para remover um tumor maligno. Ela revisou o seu livro clínico-cirúrgico e aprendeu que uma colectomia altera a função gastrointestinal e aumenta os riscos para a formação de coágulos sanguíneos nos membros inferiores, após a cirurgia. Esse conhecimento levou a uma avaliação dos sons do intestino do Sr. Lawson, perguntando a ele se está eliminando gases naturalmente e avaliando o estado da circulação nos membros inferiores. Tonya aprendeu com experiências anteriores em cuidados de pacientes submetidos à cirurgia abdominal em que eles apresentaram restrições das atividades, após a cirurgia, a reduzir a tensão sobre a incisão. A incisão do Sr. Lawson mostra uma pequena separação; assim Tonya sabe que ela precisa avaliar o que aprendeu até agora sobre as restrições das atividades. Usando boas*

habilidades de comunicação, por meio de entrevistas e de aplicação de padrões intelectuais de pensamento crítico (como a relevância [que atividades o paciente realiza no domicílio]) e ampliando as ações (incluindo a esposa do paciente na avaliação do ambiente doméstico), Tonya será capaz de coletar dados completos, precisos e relevantes.

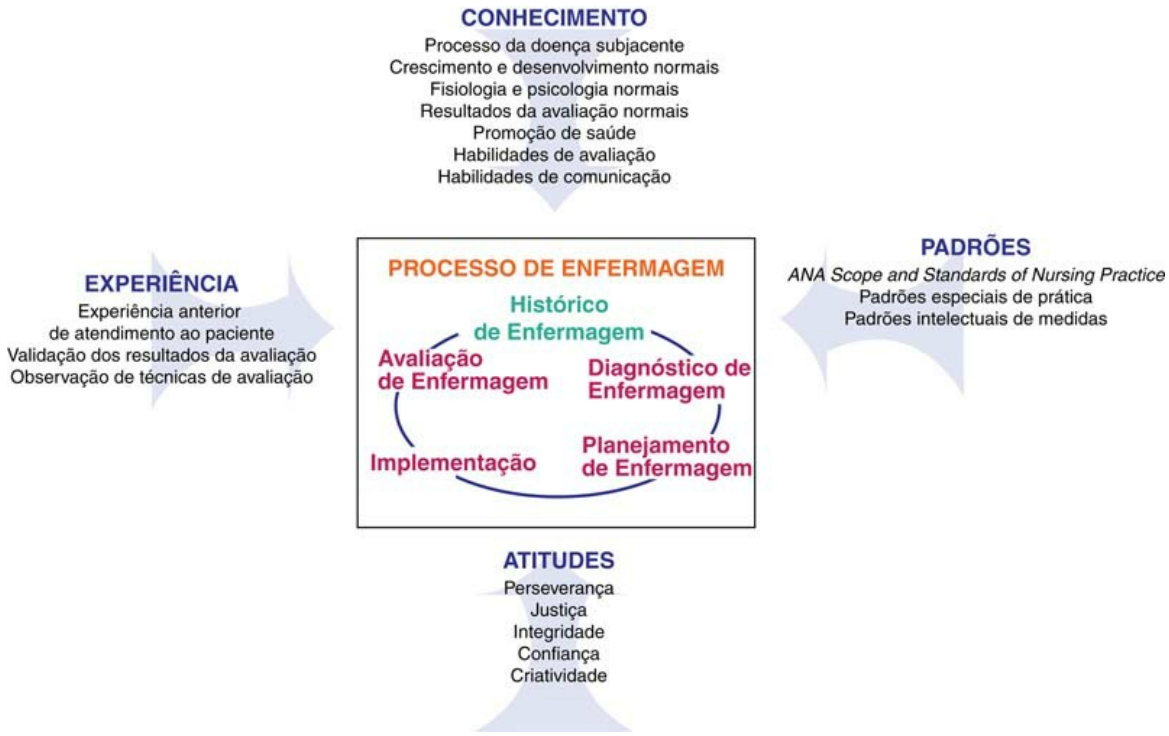


FIGURA 16-2 O pensamento crítico e o processo de avaliação.

Desenvolver a Relação Enfermeiro-Paciente para a Avaliação

É necessário um histórico de enfermagem para você reunir informações para fazer julgamentos precisos sobre a condição atual do paciente. Sua informação provém:

- Do paciente, por meio de entrevista, observações e exame físico.
- Dos relatos significativos e de respostas dos membros da família ou outras pessoas significativas que dão as entrevistas.

- Dos outros membros da equipe de cuidados de saúde.
- De informações do registro médico (p. ex., o histórico do paciente, exames de laboratório, resultados e imagens de raios X, consultas multidisciplinares).
- Da literatura científica e médica (evidências sobre condições de doença, as técnicas e padrões de avaliação).

Tipicamente, existe uma grande quantidade de informações a serem consideradas sobre um paciente. Onde você deve começar? Comece por consumir um tempo de qualidade de estar com um paciente, mesmo que seja durante alguns minutos. O estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro-paciente permite que você assuma um paciente como uma pessoa. Isto ocorre durante a admissão de um paciente em sua unidade, durante as sessões, quando você começa uma mudança de cuidados, ou em qualquer encontro com um paciente. O Capítulo 24 explica detalhes de como você deve desenvolver uma relação terapêutica. Neste capítulo, a avaliação do paciente é explicada como parte da etapa de trabalho de uma relação enfermeiro-paciente. Patricia Benner (1984) descreveu, em sua pesquisa inicial, a importância de uma relação de cura estabelecida entre o enfermeiro e o paciente. Este processo relacional mobiliza a esperança de um paciente e de uma enfermeira; permite uma interpretação aceitável e uma compreensão sobre a doença do paciente, a dor, o medo e a ansiedade, ajudam o paciente a usar o apoio das pessoas que prestam os cuidados de saúde (Benner, 1984).

Conectar-se com um paciente, mostrando interesse em seus problemas e preocupações, ajuda a coletar uma base relevante de dados. A pesquisa mostra que os relatos de experiências de saúde e de doença dos pacientes, ouvi-los atentamente, observá-los e entendendo como eles, normalmente, respondem, faz desenvolver um tipo de saber que promove bons julgamentos clínicos (Tanner, 2006). Visitar um paciente internado em intervalos definidos (chamado "*round*") permite abordar as necessidades de cuidados essenciais e adquirir experiências com os pacientes e ajuda a organizar a sua carga de atividade, em sua unidade de trabalho (Ministério da Saúde, 2013). O "*round*" é uma oportunidade vital para construir a confiança com os

pacientes, aumentando a probabilidade de você conseguir mais informações que irão ajudá-los a identificar e comunicar os problemas de saúde, de forma mais precisa e eficaz.

Tipos de Avaliações

Lembre-se de que a avaliação envolve uma coleção completa de dados precisos. Você vai aprender a realizar diferentes tipos de avaliação: a entrevista centrada no paciente durante uma história de saúde de enfermagem, um exame físico e as avaliações periódicas feitas durante os "*rounds*" ou a administração de cuidados. Por exemplo, quando você vai banhar um paciente ou trocar um curativo, você está sempre usando suas habilidades de observação e de exame físico (Cap. 31) para reunir dados sobre este paciente.

Quando você começa a avaliação, pense criticamente sobre o que avaliar naquele paciente específico e nesta situação específica. À medida que você está construindo o seu relacionamento e a sua ligação com um paciente, o paciente começará a compartilhar informações. Determine quais perguntas ou medidas são apropriadas baseado no que você inicialmente aprende com um paciente sobre suas preocupações com a saúde e a história, o seu conhecimento clínico e a sua experiência com outros pacientes. Na maioria dos casos, um paciente irá revelar informações que vão direcionar na realização de uma triagem rápida. Isso é comum quando você realiza "*rounds*" em um paciente. Por exemplo, um enfermeiro do setor de emergência usa a abordagem ABC (vias aéreas-respiração-circulação) quando um paciente desenvolve insuficiência respiratória; e um enfermeiro clínico-cirúrgico se concentra nos sintomas do paciente que acabou de retornar de uma cirurgia, na resposta de cura esperada e nos sinais de complicações potenciais. *Para o Sr. Lawson, Tonya se concentra na condição de ferida cirúrgica do paciente, à procura de sinais de cicatrização. Mais tarde, ela expande a sua avaliação para determinar como o Sr. Lawson está se ajustando, emocionalmente, à sua cirurgia e se ele está preparado para alta hospitalar*.

Você aprende a diferenciar dados importantes, a partir de todos os que você recolhe. Uma **pista** é a informação que você obtém por meio

do uso dos sentidos. Uma **inferência** é o seu julgamento ou interpretação destes sinais (Fig. 16-3). Por exemplo, o choro de um paciente é uma sugestão que, possivelmente, implica medo, dor ou tristeza. Você questiona o paciente sobre quaisquer preocupações e se familiariza com quaisquer expressões não verbais que você percebe, em um esforço para direcionar o paciente para compartilhar os seus sentimentos. É possível perder pistas importantes durante uma avaliação geral inicial. No entanto, sempre se deve tentar interpretar as pistas do paciente para saber o grau de profundidade da sua avaliação. Lembre-se, o pensamento é humano e imperfeito. Você vai adquirir um processo de pensamento apropriado ao realizar um número maior de avaliações, mas algumas vezes você vai cometer erros e perder pistas importantes. A avaliação é dinâmica e permite explorar, livremente, os problemas relevantes dos pacientes, à medida que você os descobre.

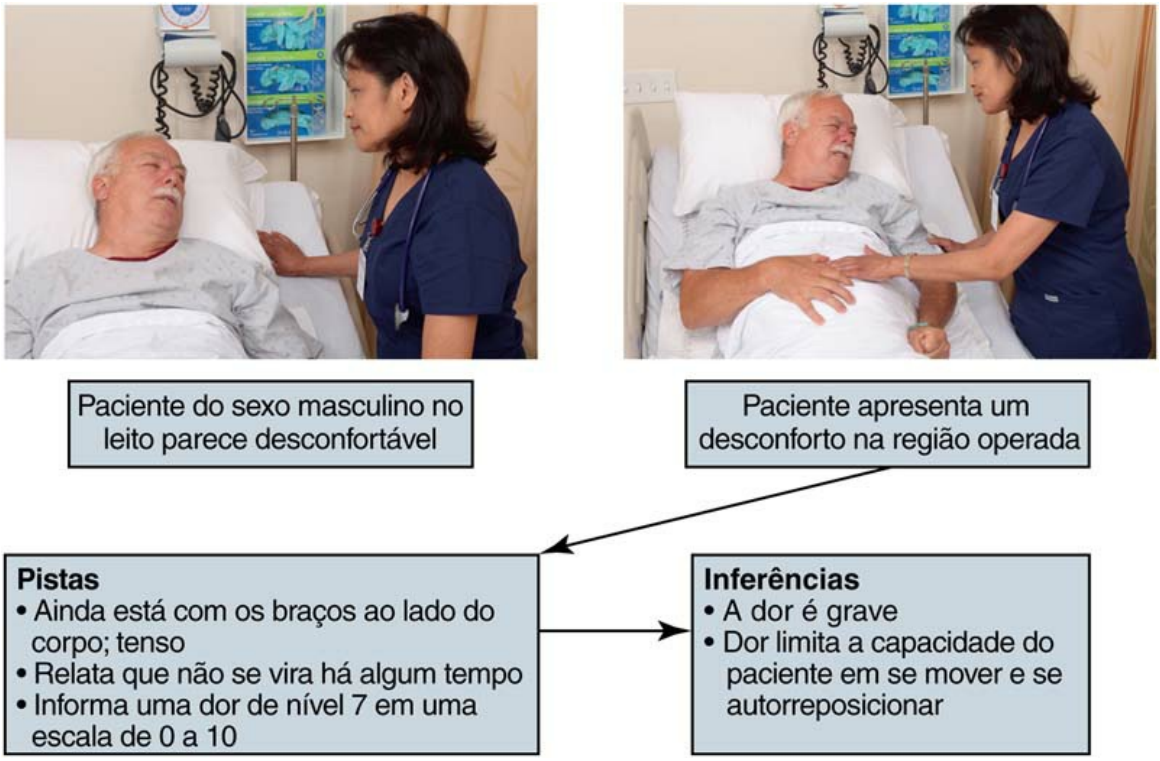


FIGURA 16-3 Visão geral observacional usando pistas e formando inferências.

Quando você acessa uma história mais abrangente do paciente (isto é, uma avaliação detalhada das necessidades físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais do paciente), há duas abordagens para esta avaliação. Uma delas envolve o uso de um formato da base de dados estruturada segundo um modelo teórico aceito ou uma prática padronizada. São exemplos o modelo de Watson e Foster de "The Attending Caring Nurse" (2003), o modelo de Nola Pender "Health Promotion Model" (2011) e o modelo dos 11 **padrões funcionais de saúde** (1994) de Gordon. A teoria ou prática padrão provê categorias de informação para você avaliar. O modelo de Pender foi descrito no Capítulo 6. O modelo de Watson sustenta uma avaliação abrangente de cuidar das necessidades e das preocupações do quadro de um paciente de referência. O modelo utiliza a teoria do cuidado como um guia para a identificação dos cuidados necessários e para avaliar o significado de ambas as preocupações, subjetiva e objetiva (Watson & Foster, 2003). O modelo de Gordon dos padrões funcionais de saúde oferece uma estrutura holística para a avaliação de qualquer problema de saúde (Quadro 16-1). *Por exemplo, Tonya planeja direcionar uma avaliação mais aprofundada do Sr. Lawson no padrão cognitivo-perceptual para saber mais sobre o que o paciente conhece sobre a recuperação de uma cirurgia, quaisquer restrições recomendadas pelo cirurgião e como o Sr. Lawson prefere aprender e tomar decisões sobre seus cuidados*. A avaliação teórica ou baseada em padrões prevê uma revisão abrangente dos problemas dos cuidados de saúde de um paciente.

Quadro 16-1 Tipologia de 11 Padrões Funcionais de Saúde

- **Padrão de percepção da saúde e padrão de gestão de saúde:** Descreve o autorrelato da saúde e do bem-estar do paciente, como o paciente consegue gerir a saúde (p. ex., frequência de visitas das pessoas que prestam os cuidados de saúde, a adesão às terapias no domicílio) e conhecimento das práticas de saúde preventivas
- **Padrão nutricional-metabólico:** Descreve padrão diário/semanal de alimentação e de ingestão de líquidos do paciente (p. ex., as

preferências ou restrições alimentares, dietas especiais, apetite), peso real, perda ou ganho de peso

- **Padrão de eliminação:** Descreve os padrões da função excretora (intestino, bexiga e pele)
- **Padrão de atividades-exercícios:** Descreve os padrões de exercício, atividade, lazer e recreação; capacidade de realizar atividades da vida diária
- **Padrão de sono-repouso:** Descreve os padrões de sono, repouso e relaxamento
- **Padrão cognitivo-perceptual:** Descreve os padrões sensório-perceptivos: adequação da linguagem, memória e capacidade de decisão
- **Padrão de autopercepção, autoconceito:** Descreve os padrões de autoconceito do paciente e de percepções de si mesmo (p. ex., autoconceito/mérito, padrões emocionais, imagem corporal)
- **Padrão de relacionamento/papel:** Descreve padrões do paciente em relação ao engajamento no papel desempenhado e aos relacionamentos
- **Padrão de sexualidade reprodutiva:** Descreve os padrões do paciente de satisfação e de insatisfação com a sexualidade, os padrões reprodutivos do paciente, os problemas na pré-menopausa e na pós-menopausa
- **Padrão de tolerância-convivendo com o estresse:** Descreve a capacidade do paciente de controlar o estresse, respostas a enfrentamentos anteriores, fontes de apoio, a eficácia dos padrões de enfrentamento em termos de tolerância ao estresse
- **Padrão de valor-crença:** Descreve os padrões de valores, crenças (incluindo as práticas espirituais), e metas que orientem as escolhas ou as decisões do paciente

---

Dados de Gordon M: *Nursing diagnosis: process and application*, 3. ed., St Louis, 1994, Mosby; e Carpenito-Moyet LJ: *Nursing diagnosis: application to clinical practice*, 13. ed., Philadelphia, 2009, Lippincott Williams & Wilkins.

Uma avaliação abrangente se desloca do geral para o específico. Por exemplo, começar pela avaliação de um paciente usando todos os 11 padrões funcionais de saúde de Gordon e, então, determinar se os padrões ou problemas aparecem em seus dados. Normalmente certos aspectos de uma situação se destacam quanto mais importantes se revelarem. Você, então, faz perguntas mais focalizadas com base nas respostas de um paciente e nos sinais físicos. Os dados levam você a esclarecer que problemas existem. Você começa a ver padrões de comportamento e respostas fisiológicas que se relacionam com a categoria funcional de saúde. Você não pode compreender um padrão de saúde sem o conhecimento dos outros padrões (Gordon, 1994). Em última análise, a sua avaliação identifica padrões funcionais (vinculados aos pacientes) e disfuncionais (diagnósticos de enfermagem) que ajudam a desenvolver os planos de cuidados de enfermagem (Cap. 18).

A segunda abordagem para a realização de uma avaliação abrangente é orientada pelo problema. Você se concentra na situação apresentada pelo paciente e começa com as áreas problemáticas, tais como dor incisional ou entendimento limitado da recuperação pós-operatória. Você evoca questões do acompanhamento do paciente, para esclarecer e expandir a sua avaliação, tentando entender a natureza completa do problema. Mais tarde o seu exame físico é centralizado nas mesmas áreas problemáticas, para confirmar, ainda mais, as suas observações. A Tabela 16-1 oferece um exemplo de uma avaliação com foco no problema.

Tabela 16-1

Exemplo de Avaliação do Paciente Focado no Problema: Dor

Problema e Fatores Associados	Questões	Avaliação Física
Natureza da dor	Descreva a sua dor. Coloque sua mão sobre a área que dói ou é desconfortável.	Observe as pistas não verbais. Observe onde o paciente refere a dor; observe se ela irradia ou é localizada.
Fatores precipitantes	Você percebe se a dor piora em quaisquer atividades ou hora	Observe se o paciente demonstra sinais não verbais de dor durante o movimento,

	específica do dia? A dor é associada com o movimento?	posicionamento, deglutição.
Gravidade	Situe a sua dor em uma escala de 0 a 10.	Inspecione a área de desconforto; palpe na busca da sensibilidade.

Independentemente da abordagem que você usa para recolher os dados, você agrupa pistas, faz inferências e identifica padrões emergentes e áreas de problema potencial. Para realizar adequadamente estas etapas, você criticamente antecipa, o que significa que você continuamente pensa sobre o que os dados lhe dizem, e decide se uma quantidade maior de dados será necessária. Lembre-se de sempre ter pistas de apoio, antes de você fazer uma inferência. Suas inferências irão direcioná-lo para mais perguntas. Uma vez que você dirige a um paciente uma pergunta ou faz uma observação, nas formas padrões, a informação se expande para uma série de perguntas ou de observações adicionais (Fig. 16-4). Saber como sondar e desenvolver um quadro de perguntas é uma habilidade que se desenvolve com a experiência. Você aprende a decidir quais são as questões relevantes para a situação e a atender a interpretação precisa dos dados com base em inferências e experiência.

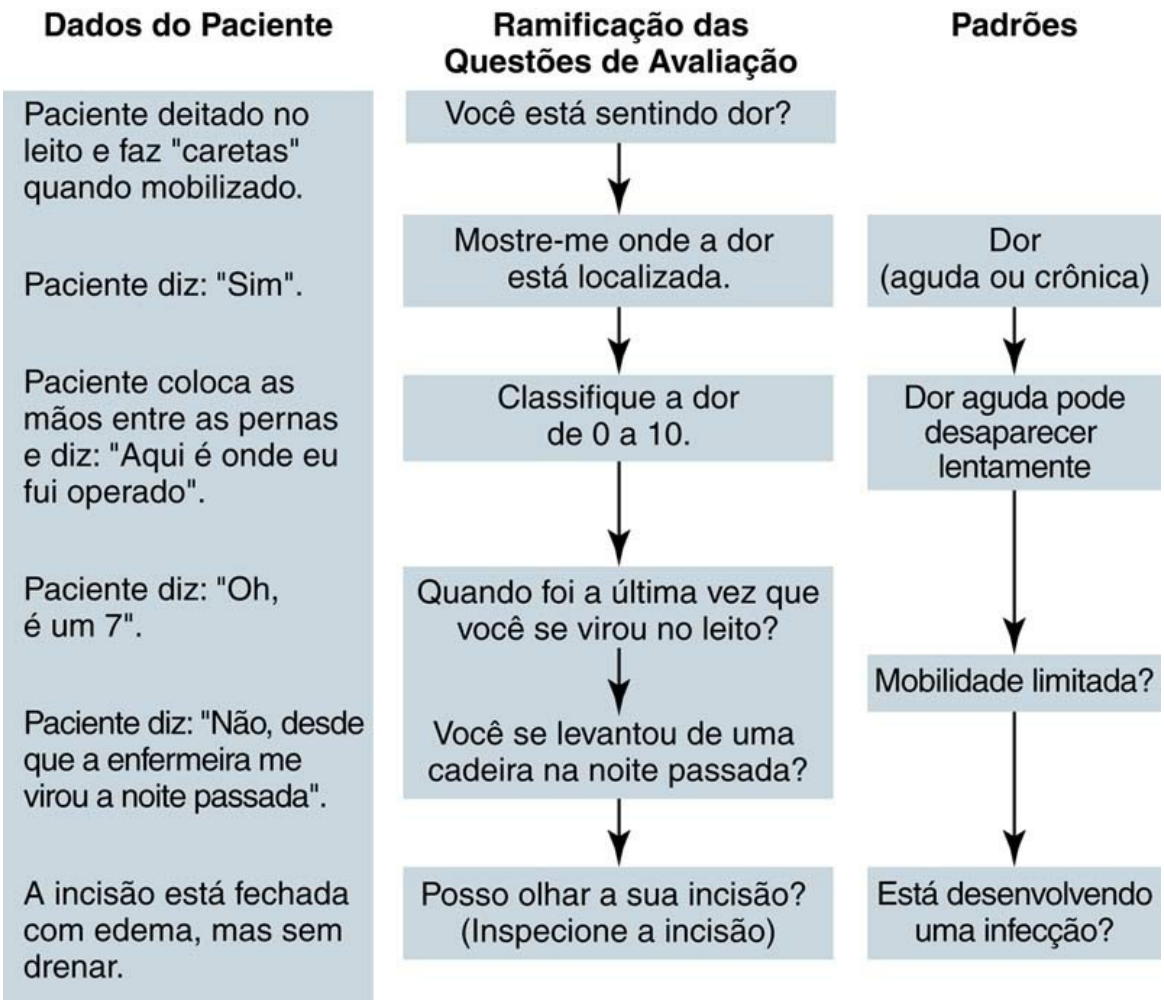


FIGURA 16-4 Exemplo de ramificação lógica para a seleção de questões de avaliação.

Tipos de Dados

Há duas fontes principais de dados: subjetivas e objetivas. Os **dados subjetivos** são descrições verbais de seus pacientes sobre os seus problemas de saúde. Por exemplo, o autorrelato do Sr. Lawson em relação à dor na área onde sua incisão ligeiramente está separada é um exemplo de dados subjetivos. Os dados subjetivos incluem sentimentos dos pacientes, percepções e autorrelatos de sintomas. Somente os pacientes fornecem dados subjetivos relevantes para a sua condição de saúde. Os dados refletem, muitas vezes, alterações fisiológicas, que exigem uma exploração ainda maior, por meio de

uma revisão objetiva dos sistemas do corpo.

Os **dados objetivos** são observações ou medições do estado de saúde de um paciente. Inspecionar a condição de uma incisão cirúrgica ou de uma ferida, descrever um comportamento observado e medir a pressão arterial são exemplos de dados objetivos. Os dados objetivos são medidos com base em um padrão aceito como as medidas em Fahrenheit ou Celsius de um termômetro, polegadas ou centímetros em uma fita de medição, ou uma escala de classificação (p. ex., a dor). Quando você coletar dados objetivos, aplique os padrões intelectuais de pensamento crítico (p. ex., claro, preciso e consistente), assim você poderá interpretar corretamente os seus achados.

Fontes de Dados

Uma variedade de fontes de informação sobre o nível de bem-estar e o estado funcional de um paciente, a antecipação do prognóstico, os fatores de risco para quaisquer problemas de saúde, práticas de saúde e objetivos, as bases culturais, as respostas ao tratamento anterior e os padrões de saúde e de doença.

Paciente

De uma forma geral, um paciente é a melhor fonte de informação. Os pacientes que estão conscientes, alertas e que são capazes de responder a perguntas sem comprometimento cognitivo fornecem as informações mais precisas. Você aprende através dos olhos dos pacientes as suas necessidades de saúde, os padrões culturais e padrões de vida, doenças presentes e passadas, percepção dos sintomas, respostas ao tratamento e alterações nas atividades da vida diária. Sempre considere o cenário para a sua avaliação e a condição do seu paciente. Um paciente com sintomas agudos, em um setor de emergência, não vai oferecer o máximo de informações em comparação com o paciente que vem a um ambulatório clínico para um exame de rotina. Também devemos conhecer o nível de entendimento das questões de saúde do seu paciente. Um paciente

com alfabetização limitada tem dificuldade de obtenção, processamento e informação e compreensão básica das questões de saúde (AHRQ, 2014). Isto significa que os pacientes nem sempre entendem algumas perguntas que você formula para avaliar as suas condições, especialmente se você usar palavras ou termos mais clinicamente focados ou não fala a linguagem deles. Você não vai reunir informações precisas se um paciente não compreender as suas perguntas de avaliação (Quadro 16-2).

Quadro 16-2

Prática baseada em evidências

Avaliação da Alfabetização em Saúde

Questão PICO: Em adultos, o uso de instrumentos de triagem de alfabetização *versus* uma avaliação do nível educacional ou ocupacional dos pacientes avalia o nível de alfabetização em saúde?

Resumo da Evidência

Diversos instrumentos de avaliação estão disponíveis para análise da alfabetização em saúde em adultos, incluindo Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine—Short form (REALM-S); a Shortened Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) e o Newest Vital Sign (NVS), um instrumento que consiste de um rótulo de nutrição e apenas seis perguntas (Mottus et al., 2014; Weiss et al., 2005). Uma avaliação completa da alfabetização em saúde do paciente não é medida, de forma consistente, pelas pessoas que prestam os cuidados de saúde, por causa do tempo que leva para completar os instrumentos existentes de avaliação da alfabetização. O NVS foi testado entre adultos e pacientes geriátricos (Johnson e Weiss, 2008; Patel et al., 2011). Ele assume uma média de 3 minutos para os adultos completarem o NVS, mas um período de tempo maior (11 minutos) para afro-americanos adultos mais velhos (Johnson e Weiss, de 2008; Patel et al., 2011). Um estudo realizado por Mottus et al. (2014) testou as associações

entre a alfabetização em saúde (usando o REALM, S-TOFLHA e instrumentos de NVS) e três resultados objetivos de saúde em pessoas idosas (aptidão física, índice de massa corporal (IMC) e contagem de dentes naturais). O estudo constatou que a capacidade cognitiva na velhice e na infância e os níveis educacionais e ocupacionais responderam pela maior parte das associações de resultados (tanto quanto a pontuação da alfabetização em saúde).

Aplicação na Prática de Enfermagem

Sabendo o nível de alfabetização em saúde do paciente é possível ajudar os médicos e enfermeiros a fornecer informações de saúde, de uma forma que os pacientes possam compreender (Patel et al., 2011).

Quando instrumentos de avaliação de alfabetização não estão disponíveis, você precisa incluir uma avaliação da capacidade cognitiva geral e dos níveis de ensino e/ou profissionais, na sua avaliação de enfermagem.

Baixa alfabetização em saúde está associada com resultados de saúde mais pobres. Medidas dos níveis de alfabetização ajudam os pacientes a obter informações, aplicar as informações contidas nas situações da vida real e compreender a informação e os serviços necessários para tomar decisões em saúde.

Formular uma única pergunta – "Qual o seu nível de confiança no entendimento das questões médicas sobre si mesmo?" – frequentemente torna bem-sucedida a detecção de alfabetização limitada em saúde (Wallace et al., 2006).

Um idoso pode exigir mais tempo para a avaliação do que alguém mais jovem se houver algum déficit cognitivo. Use questões curtas (mas não direcione), mantenha uma linguagem simples e ouça a perspectiva do paciente com cuidado (Ball et al., 2015) (Quadro 16-3). Sempre seja atencioso, envolvido e mostre uma presença carinhosa com os pacientes (Cap. 7). Os pacientes são menos propensos a revelar completamente a sua natureza nos cuidados da sua saúde quando você mostra pouco interesse ou ficar facilmente distraído por

atividades em torno deles, tais como a introdução de uma avaliação em um computador.

Quadro 16-3

Focando em idosos

Abordagens para a Coleta de Avaliação de um Idoso

- Ouvir pacientemente; os idosos são uma rica fonte de sabedoria e de perspectivas.
- Permitir as pausas e certo tempo para os pacientes contarem suas histórias.
- Reconhecer as mudanças normais associadas com o envelhecimento (Cap. 31). Os sintomas dos idosos são, muitas vezes, menos dramáticos, vagos, ou inespecíficos, comparados com os de adultos mais jovens (Ball et al., 2015).
- Se o paciente tem um procurador ou representante (pessoa que o representa legalmente), obtenha informações do histórico daquele indivíduo.
- Se o paciente tem uma audição limitada ou deficiência visual, utilize a comunicação não verbal ao conduzir uma entrevista centrada no paciente.
  - **Olhar fixamente nos olhos:** Isso permite que um enfermeiro ou um paciente que esteja falando confirme se a informação é compreendida. É um sinal de prontidão para iniciar a interação com um paciente. O contato visual mostra interesse no que a outra pessoa está dizendo.
  - **Balança a cabeça afirmativamente:** Isto tem uma importante função social. Este comportamento regula uma interação (especialmente quando as pessoas falam alternadamente), apoia a linguagem falada e permite o comentário sobre a interação.
  - **Sorrir:** O sorriso é positivo e considerado como um sinal de bom humor, aquecimento e imediatismo. Ele ajuda quando se

estabelece a primeira relação enfermeiro-paciente.

- **Inclinando para frente:** Isto mostra a consciência, atenção e imediatismo. Durante uma interação também sugere claramente o interesse nessa pessoa.

Família e Outras Pessoas Significativas

Membros da família e outras pessoas significativas são as fontes principais de informação para recém-nascidos ou crianças, adultos criticamente doentes e os pacientes que são deficientes mentais ou que apresentam comprometimento cognitivo. Em casos de situações de doença ou de emergência grave, as famílias, muitas vezes, são as únicas fontes de informação para as pessoas que prestam os cuidados de saúde. A família e outras pessoas significativas são, também, fontes secundárias importantes de informação. Eles confirmam os achados ou identificam padrões que um paciente apresenta (p. ex., se ele toma medicamentos regularmente em casa ou se ele dorme e se alimenta de forma adequada). Inclua a família quando necessário. Os pacientes nem sempre desejam questionar ou envolver as suas famílias; assim, algumas situações requerem permissão verbal ou por escrito para viabilizar esta consulta. Um cônjuge ou um amigo próximo que está presente durante uma avaliação pode fornecer a sua visão dos problemas de saúde do paciente ou de suas necessidades. Não só eles fornecem informações sobre o estado de saúde atual do paciente, mas também são capazes de informar quando ocorreram as alterações no estado do paciente. Os membros da família são, muitas vezes, muito bem-informados acerca de suas experiências de vida com um paciente e ao observar como os problemas de saúde afetaram as atividades de vida diária. Familiares e amigos trazem observações importantes sobre as necessidades dos pacientes, que podem afetar a forma como os cuidados são prestados (p. ex., como um paciente ingere uma refeição ou como ele faz escolhas).

Equipe de Saúde

Você frequentemente costuma se comunicar com outros membros da

equipe de cuidados de saúde para avaliar os pacientes. Na configuração dos cuidados agudos, os relatórios de mudança de turno, os "*rounds*" na cabeceira do leito e as passagens do caso do paciente são formas que os enfermeiros de um turno utilizam para comunicar informações a outros enfermeiros, no próximo turno (Cap. 26). Uma passagem de caso é um processo interativo de passar informações específicas do paciente de um cuidador para outro, para garantir a assistência centrada e a segurança do paciente (Chaboyer et al., 2010). Durante uma passagem de caso, você tem a chance de coletar o primeiro conjunto de informações sobre os pacientes atribuídos aos seus cuidados. Idealmente durante os "*rounds*" na cabeceira do leito, a enfermeira que está completando o cuidado para uma passagem, o paciente e a enfermeira que está assumindo os cuidados compartilham as informações, para o próximo turno, sobre a condição do paciente, o estado dos problemas e o plano de tratamento. Em muitos contextos os "*rounds*" são multidisciplinares. Enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros funcionários colaboram e consultam sobre a condição do paciente e compartilham informações sobre como o paciente está reagindo aos tratamentos, o resultado de procedimentos diagnósticos ou as terapias e os futuros planos de cuidados. Cada membro da equipe é uma fonte de informação para identificar e verificar a informação essencial sobre um determinado paciente.

Registros Médicos

O prontuário é uma fonte de histórico médico para um paciente, dados de laboratório, resultados dos testes diagnósticos, achados físicos atuais e planejamento de tratamento do provedor principal dos cuidados de saúde. O registro é uma ferramenta valiosa para a verificação da consistência e semelhança de dados, com suas observações pessoais. Dados nos registros oferecem uma referência e informação contínua sobre a resposta de um paciente à doença e sobre o progresso, até o momento. O Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), de 1996, efetivado em 2003, inclui regras de privacidade na definição de normas para a proteção das

informações de saúde (USDHHS, 2014). Informações no prontuário do paciente são registros confidenciais. Cada sistema de cuidados de saúde tem políticas que regem como as informações do paciente podem ser compartilhadas entre as pessoas que prestam os cuidados de saúde (Cap. 26). Somente os indivíduos envolvidos no cuidado do paciente podem acessar registros médicos (ver políticas das instituições).

Outros Registros e a Literatura Científica

Registros educacionais, militares e de emprego contêm, frequentemente, informações significativas de cuidados de saúde (isto é, as imunizações). Se um paciente recebe serviços em uma clínica comunitária ou hospital diferente, você precisa de autorização por escrito do paciente ou do responsável para acessar os registros. Os regulamentos do HIPAA protegem o acesso a informações de saúde dos pacientes. A regra de privacidade permite que as pessoas que prestam os cuidados de saúde compartilhem informações protegidas enquanto eles usam garantias razoáveis. Consulte as políticas das instituições e participe do treinamento anual do HIPAA, caso necessário.

Revisão recente de enfermagem, médica e da literatura farmacológica sobre a doença de um determinado paciente completam a base de dados de avaliação do paciente. Esta avaliação aumenta o seu conhecimento sobre os problemas diagnosticados de um paciente, os sintomas esperados, o tratamento, o prognóstico e os padrões estabelecidos da prática terapêutica. A literatura científica oferece provas (Cap. 5) para orientá-lo sobre como e por que conduzir avaliações para determinadas condições do paciente. Uma enfermeira experiente obtém informações relevantes, precisas e completas para a avaliação de um paciente.

Experiência da Enfermeira

Suas experiências em cuidar de pacientes são uma fonte de dados. Por meio da experiência clínica você observa comportamentos e sinais e

sintomas físicos de outros pacientes; tendências de progressão de cada caso e reconhecimento de alterações clínicas; aprende os tipos de perguntas a serem feitas e escolhe as perguntas que lhe darão as informações mais úteis. Esta experiência constrói a sua capacidade de conhecer os pacientes (ou seja, conhecer o padrão de respostas do paciente e entender o paciente como uma pessoa) (Tanner, 2006). Os conhecimentos do enfermeiro se desenvolvem após o teste e o refinamento das perguntas com pacientes que têm condições ou problemas semelhantes. *Ao cuidar do Sr. Lawson, Tonya aprendeu que uma incisão de colectomia cria uma expectativa de como um paciente responde ao desconforto associado. Ela também está ganhando conhecimento sobre o aspecto de uma incisão, quando a separação começa. Durante os cuidados futuros de pacientes, Tonya vai reconhecer, mais rapidamente, os comportamentos de pacientes com dor aguda e os sinais de comprometimento da cicatrização das feridas*.

A experiência prática e a oportunidade de tomar decisões clínicas reforçam o seu pensamento crítico.

A entrevista centrada no paciente

Quando um paciente é internado em uma instituição de cuidados de saúde ou quando é necessário reunir informações detalhadas sobre um paciente, você vai obter uma avaliação utilizando entrevista e habilidades de observação. Uma entrevista centrada no paciente é um relacionamento baseado em uma organizada e focalizada conversação para aprender sobre o que levou o paciente a procurar os cuidados (Ball et al., 2015). Um objetivo principal durante uma anamnese inicial é descobrir detalhes sobre as preocupações do paciente, explorar expectativas para o encontro que você está tendo, e exibir um interesse verdadeiro e uma parceria. A entrevista centrada no paciente torna-se a base para adquirir confiança e estabelecer relações terapêuticas eficazes, de longo prazo, com os pacientes (Cap. 24).

Um tipo de entrevista centrada no paciente é a entrevista motivacional. É uma técnica usada, muitas vezes, no aconselhamento que permite que você se torne um parceiro no processo de mudança (Cap. 38). Entrevista motivacional é um processo que conduz a uma ambivalência de um paciente para alteração de comportamento com indicação médica e envolve os pacientes em tomar decisões de saúde nos casos em que existe mais do que uma opção razoável (Elwyn et al., 2014).

Uma comunicação eficaz com os pacientes, durante uma entrevista de avaliação, requer as seguintes habilidades de comunicação (Ball et al., 2015):

- *Cortesia*: Cumprimente pacientes pelo nome pelo qual eles preferem ser abordados. Pergunte: "Você prefere que eu a chame de Sra. Silver ou pelo seu primeiro nome?". Apresente-se e explique o seu papel (se for a primeira vez que vocês se encontram), tais como na coleta de uma história de admissão ou para explorar um sintoma ou um problema recente. Atender e reconhecer todos os visitantes no quarto de um paciente e aprender seus nomes. Lembre-se de pedir a permissão ao paciente para conduzir a entrevista na presença de visitantes. Assegure ao

paciente que a informação será mantida em sigilo, entre ele e as pessoas que prestam os cuidados de saúde (Ball et al., 2015). Regulamentos do HIPAA exigem que os pacientes assinem uma autorização, antes de coletar os dados pessoais de saúde (USDHHS de 2014) (ver política da instituição).

- *Conforto*: Se um paciente apresenta sintomas como dor, náuseas ou fadiga é difícil para você reunir uma história completa e precisa. Em um ambiente hospitalar devem-se promover medidas de conforto necessárias, antes de iniciar a entrevista. Manter a privacidade, fechando cortinas da sala ou as portas. Certifique-se de que a temperatura do ambiente é confortável e garanta uma boa iluminação. Em casa, escolha um local calmo e livre de interrupções. O tempo é importante para evitar interrupções. Se possível, reserve um período de 10 a 15 minutos quando não houver outras atividades planejadas, mas perceba que isto é difícil de planejar quando você tem múltiplos pacientes. Evite sobrecarregar um paciente; você sempre poderá voltar para outra visita, para reunir mais informações (Ball et al., 2015).
- *Conexão*: É muito importante criar uma boa primeira impressão. Se você começar a coletar uma história olhando para uma tela de computador, para preencher os campos de dados necessários ou falando em um telefone celular, os pacientes irão percebê-lo como indiferente ou desinteressado em ouvir suas histórias. Pacientes sabem se você se importa. Estabelecer contato com os olhos e sentar- se no nível dos olhos, se possível, durante uma entrevista. Não domine uma discussão ou assuma que você sabe a natureza dos problemas de um paciente. Comece com perguntas abertas: "Como é que você está se sentindo?" ou "Que questões você gostaria de discutir?" Ouvir e estar atento. Use suas habilidades observacionais – qual é o tom de voz, a postura do paciente, o nível de energia quando se fala? Respeite o silêncio e seja flexível; deixar o paciente expressar suas necessidades, preocupações ou questões que norteiem suas perguntas de acompanhamento. Problemas de saúde podem ter várias causas; não saltar para uma causa muito rapidamente (Ball et al., 2015).

- *Confirmação*: No final da entrevista, peça ao paciente para resumir a discussão, para que não haja incertezas. Esteja aberto para mais esclarecimentos ou discussão; pedir ao paciente: "Existe alguma coisa que você gostaria de compartilhar?" Se houver dúvidas que você não possa responder, diga e prometa que voltará com um acompanhamento, se possível (Ball et al., 2015).

Preparação para a Entrevista

Antes de começar uma entrevista, esteja preparado. Reveja o registro médico do paciente, quando a informação estiver disponível. Se a entrevista é realizada na admissão do paciente, pode haver pouca informação na área de registro médico, exceto para um diagnóstico de admissão. Em outros casos, reveja os dados médicos anteriores ou as notas de admissão da enfermagem. Quais problemas que foram identificados talvez precisem de esclarecimentos ou de acompanhamento? O diagnóstico de admissão de um paciente ou outros diagnósticos deve sugerir para você o direcionamento das perguntas? As informações que você compartilha com outros enfermeiros, durante a passagem de caso, no início de uma troca de equipe, ajudam a moldar um problema clínico sobre os quais você quer aprender mais.

Fases de uma Entrevista

Uma entrevista é uma abordagem para a coleta de dados subjetivos e objetivos, a partir de um paciente, por meio de uma conversa estruturada. Uma entrevista inicial envolve a coleta de uma história de saúde de enfermagem e a coleta de informações sobre a condição de um paciente (Ball et al., 2015). Entrevistas posteriores têm um foco diferente; você obterá mais dados sobre a situação de apresentação de um paciente e discutirá áreas problemáticas específicas. Todas as entrevistas centradas no paciente seguem três fases.

Orientação e Definição de uma Agenda

Comece uma entrevista introduzindo você mesmo a sua posição e explicando a finalidade da entrevista. Explique por que você está coletando dados e garantindo aos pacientes que todas as informações serão confidenciais. Seu objetivo é definir uma agenda de como você vai reunir informações sobre as condições ou problemas do paciente. Lembre-se, a melhor forma de entrevista clínica centra-se nos objetivos, preferências e preocupações de um paciente e não na sua agenda. Explique o seu propósito (como coletar uma breve avaliação ou uma história de enfermagem) e peça a um paciente pela sua lista de preocupações ou de problemas. Este é o tempo que permite que um paciente se sinta confortável falando com você e se torne um parceiro ativo nas decisões sobre os cuidados. O profissionalismo e competência que você mostra ao entrevistar os pacientes reforça a relação enfermeiro-paciente.

Tonya está fazendo uma entrevista de acompanhamento para saber mais sobre a situação do Sr. Lawson em casa. Ela explica: "Sr. Lawson, parece que o seu médico quer mandar o Sr. para casa amanhã. É importante para nós sabermos mais sobre como o Sr. cuidará de si mesmo em casa. Será que a sua esposa será capaz de ajudá-lo quando necessário? Você está confortável e eu posso levar alguns minutos para falar sobre a sua alta?" O Sr. Lawson responde: "Eu me sinto um pouco melhor, e sim, eu estive pensando sobre algumas questões que eu quero perguntar". Tonya responde: "Bem, vamos começar por aí".

Fase do Trabalho – Coletando a Avaliação ou História da Saúde em Enfermagem

Comece uma avaliação ou um histórico de saúde de enfermagem com perguntas abertas, que permitam que os pacientes descrevam, mais claramente, as suas preocupações e problemas. Por exemplo, comece pedindo que um paciente explique os sintomas ou suas preocupações físicas e que descreva o que sabe sobre o seu problema de saúde ou

peça que ele descreva suas expectativas dos cuidados de saúde. Utilize outras técnicas de comunicação terapêutica (Cap. 24) que estimulem um paciente a contar a sua história. As pistas verbais que um paciente expressa vão ajudar você a ficar focado, para que possa direcionar a avaliação, de forma adequada. Não apresse um paciente. Uma entrevista inicial (p. ex., o que você coletar para completar uma história da enfermagem) é mais extensa. Você reúne informações sobre as preocupações do paciente e, em seguida, preenche todas as seções relevantes da história da enfermagem. Entrevistas frequentes, que ocorrem cada vez que você interage com o seu paciente, não precisam ser tão extensas. Entrevistas frequentes permitem atualizar *status* e preocupações do paciente, focalizar sobre as mudanças previamente identificadas e avaliar novos problemas. O caso de estudo de Tonya reúne informações para planejar a conduta pós-operatória e o planejamento de alta para o Sr. Lawson.

Tonya: "Sr. Lawson, você disse que tinha algumas perguntas. Você pode me dizer quais são?"

Sr. Lawson: "Bem, o médico me disse que eu não seria capaz de levantar algo pesado por um tempo, e eu não tenho certeza se eu entendi. A forma como a minha incisão está, eu preciso fazer alguma coisa com ela?"

Tonya: "Vamos começar com a sua pergunta sobre o levantamento de peso. Em primeiro lugar, quais os tipos de objetos que você levanta regularmente em casa (por exemplo, crianças, um animal de estimação, mantimentos)?"

Sr. Lawson: "Bem, quando os nossos netos nos visitam, eles não gostam de ser pegos. Temos um schnauzer, um animal de estimação, mas ele pula em cima da cadeira comigo. Minha esposa faz as

compras de supermercado, mas eu venho ajudar a descarregar o carro".

Tonya: "Ok, e sobre a sua incisão, sim, você vai precisar cuidar disso. Você conhece os sinais de infecção?"

Sr. Lawson: "Não tenho certeza do que devo fazer, mas eu acho que vai doer mais. É comum uma infecção?"

Tonya: "Não, mas você precisa saber os sinais, assim se algo acontecer quando você voltar para casa, você pode chamar o seu médico rapidamente. O seu médico falou sobre as formas de cuidar de sua incisão?"

Sr. Lawson: "Não, ele não mencionou nada ainda a respeito".

Tonya: "Ok, eu vou explicar tudo o que você precisa saber. Você aprende melhor por meio da leitura de informações ou ouvindo as explicações?"

Sr. Lawson: "Eu acho que eu me saio bem com ambos".

A avaliação de Tonya é centrada nas questões do paciente, e como elas dizem respeito à informação, ele terá que aprender a ir para casa e assumir o autocuidado.

Encerrando uma Entrevista

O término de uma entrevista exige habilidade. Você resume a sua discussão com um paciente e verifica se há exatidão nas informações

coletadas. Dê ao seu paciente um indício de que a entrevista está chegando ao fim. Por exemplo, diga: "Eu tenho apenas mais duas perguntas. Nós vamos terminar em mais alguns minutos". Isso ajuda o paciente a manter uma atenção direta, sem se distrair perguntando quando a entrevista vai acabar. Esta abordagem também dá a ele uma oportunidade de fazer perguntas adicionais. Termine a entrevista, de uma forma amigável, dizendo ao paciente quando vai voltar a prestar os cuidados.

Tonya: "Você me deu uma boa ideia sobre quais tópicos precisamos cobrir para prepará-lo para ir para casa. E nós vamos incluir a sua esposa nessas discussões. Vou voltar, após a verificação em dois outros pacientes".

Sr. Lawson: "Você já tem sido útil".

Um entrevistador hábil adapta as estratégias de entrevista com base nas respostas do paciente. Você reúne, com sucesso, dados relevantes de saúde quando você está preparado para uma entrevista e é capaz de realizar cada fase da entrevista com um mínimo de interrupção.

Técnicas de Entrevista

Como conduzir uma entrevista é tão importante quanto as questões que você formula. Durante uma entrevista, você é responsável por dirigir o fluxo da discussão para que os pacientes tenham a oportunidade de contribuir livremente com histórias sobre seus problemas de saúde para que você possa chegar, tanto quanto possível, às informações mais detalhadas. Lembre-se, algumas entrevistas são mais focadas; outras são mais abrangentes. Deve-se ouvir e considerar a informação, de forma compartilhada, porque isso ajuda a direcionar o paciente a fornecer mais detalhes ou discutir um tópico que possa revelar um possível problema. Pelo fato de que o relato de um paciente inclui informações subjetivas, devem-se validar,

mais tarde, os dados da entrevista, com elementos objetivos. Por exemplo, se um paciente relata uma dificuldade de respirar, isso vai levar você a avaliar, ainda mais, a frequência respiratória e os sons pulmonares, durante o exame físico.

Observação

A observação é poderosa. Observe a comunicação não verbal de um paciente, por meio do contato visual, da linguagem corporal ou do tom da voz. Enquanto observa o comportamento não verbal, a aparência e a interação com o ambiente, você determina se os dados que você obteve são consistentes com o que o paciente expressa verbalmente. Suas observações podem levar a prosseguir com a informação objetiva para tirar conclusões precisas. Os pacientes também obtêm informações durante a entrevista. Se você estabelece uma relação enfermeiro-paciente de confiança, o paciente se sente confortável, respondendo às suas questões sobre o ambiente dos cuidados de saúde, os tratamentos planejados, os testes diagnósticos e os recursos disponíveis. Um paciente necessita dessas informações para participar da tomada de decisões e planejar as metas de atendimento.

Questões Abertas

Em uma entrevista centrada no paciente, você tenta descobrir, nas próprias palavras do paciente, suas metas de saúde e quaisquer preocupações ou problemas que existam e as suas causas prováveis. Os pacientes são as melhores fontes para falar sobre seus próprios sintomas ou em relação ao seu histórico de saúde. Comece a entrevista com um paciente a partir de uma *questão aberta*, para esclarecer a sua história. Uma questão aberta fornece uma margem de apreciação do paciente sobre a extensão da sua resposta (Ball et al., 2015). Por exemplo, "Então, fale mais sobre…" ou "Quais são as suas preocupações sobre isto?" ou, ainda, "Diga-me como você está se sentindo". Uma questão aberta não pressupõe uma resposta específica. O uso de **questões abertas** pede aos pacientes para

descrever uma situação, usando mais do que uma ou duas palavras. Esta técnica leva a um diálogo, no qual os pacientes, de forma ativa, descrevem o seu estado de saúde e fortalecem o seu relacionamento com eles. Questões abertas mostram que você quer ouvir os pensamentos e os sentimentos do paciente. Lembre-se de incentivar e permitir que o seu paciente conte toda a história.

Questão Principal

Estas questões são as mais arriscadas, por causa de uma possível limitação da informação fornecida, a partir da qual um paciente pensa exatamente o que você quer saber (Ball et al., 2015). Alguns exemplos incluem "Parece-me que isso o está incomodando um pouco. Isso é verdade?" ou "Agora, isso não era muito difícil de fazer, não é mesmo?".

Sinais de Retorno

Reforçar o seu interesse naquilo que um paciente tem a dizer, por meio do uso de um bom contato visual e de habilidades de escuta. Usar, ainda, os **sinais de retorno**, que incluem sinais de escuta ativa, tais como "tudo certo", "continue", ou "hum-hum". Estes sinais indicam que você já ouviu o que o paciente disse, estando interessado em ouvir a história completa e encorajando o paciente a dar mais detalhes.

Sondagem

À medida que um paciente conta a sua história, incentive- -o a uma descrição completa, sem tentar controlar a direção que a história toma. Isto requer que você sonde com outras declarações abertas tais como "Existe alguma coisa que você pode me dizer?" ou "O que mais está te incomodando?" Cada vez que um paciente oferece mais detalhes, sonde de novo até que o paciente não tenha mais nada a dizer e conte a história completa. Sempre fique observando. Se um paciente se mostra cansado ou desconfortável, saiba que é o momento de adiar a

entrevista.

Perguntas fechadas diretas

À medida que você obtém informações de um paciente, você vai fazer perguntas diretas para buscar informações específicas. Esta técnica denominada *Problem-seeking* (em busca do problema) dá detalhes para identificar os problemas do paciente, com precisão. Esta abordagem obtém as informações fornecidas pela história do paciente, descrevendo mais completamente e identificando as áreas de problema específico. Por exemplo, um paciente relata que apresenta uma indigestão há vários dias e apresenta um quadro de diarreia e perda de apetite. A explicação do paciente para este quadro foi relacionada a uma série de viagens recentes, que mudaram seus hábitos alimentares. A enfermeira se concentra nos sintomas que o paciente identifica e no problema geral da indigestão realizando **perguntas fechadas** que limitam as respostas a uma ou duas palavras como "sim" ou "não" ou um número ou frequência de um sintoma. Por exemplo, pergunte: "Quantas vezes a diarreia ocorre?" ou "Você apresenta dor ou cólicas?". Questões com perguntas fechadas requerem respostas curtas e trazem informações anteriores ou, ainda, fornecem informações adicionais. As perguntas não encorajam o paciente a acrescentar mais informações, além do que você pediu. A técnica permite que você obtenha informações específicas sobre os problemas de saúde, tais como os sintomas, os fatores de precipitação ou as medidas de alívio.

Um bom entrevistador sai com uma história completa que contenha detalhes suficientes para compreender as percepções do estado de saúde de um paciente e as informações necessárias para ajudar a identificar diagnósticos de enfermagem e/ou problemas de saúde colaborativos (Cap. 17). Sempre esclareça ou valide qualquer informação sobre a qual os elementos ainda não estejam claros. Não faça suposições.

História de saúde de enfermagem

Você reúne uma **história de saúde de enfermagem** durante um contato inicial ou precoce com um paciente. A história é um componente-chave em uma avaliação abrangente. A maioria das formas de história da saúde (manuais e eletrônicas) é estruturada. No entanto, com base nas informações que você obtém, à medida que você conduz uma entrevista centrada no paciente, você passa a conhecer quais componentes da história devem ser explorados plenamente e quais os que requerem menos detalhes. Um bom avaliador aprende a aperfeiçoar e ampliar as perguntas, na medida do necessário, para avaliar corretamente as necessidades únicas de um paciente. O tempo e as prioridades do paciente determinam quão completa uma história será. A história abrangente cobre todas as dimensões da saúde (Fig. 16-5), permitindo-lhe desenvolver um plano completo de cuidados.

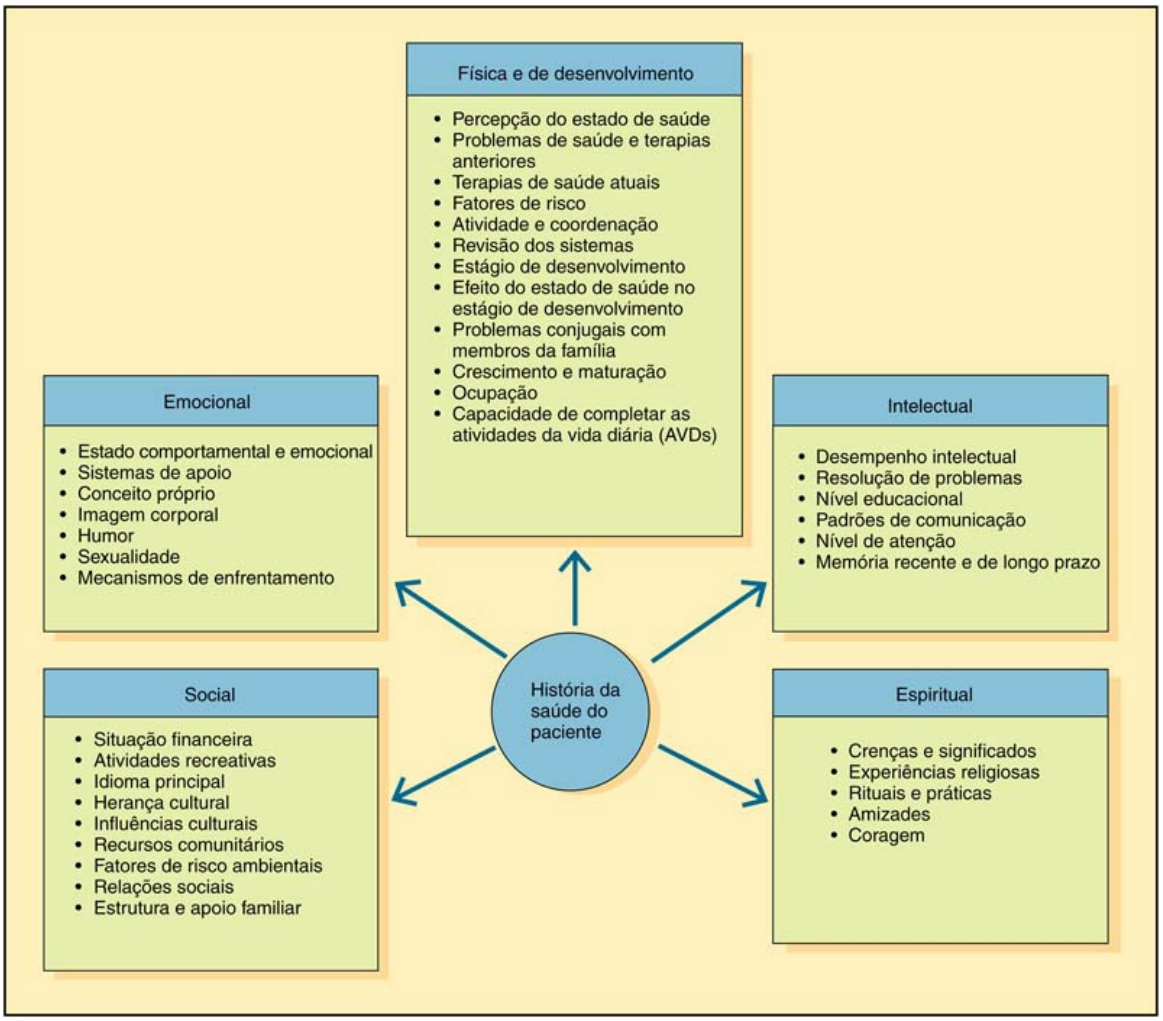


FIGURA 16-5 Dimensões para a coleta de dados para um histórico de saúde.

Considerações Culturais

A obtenção de uma história de saúde de enfermagem requer competência cultural. Esta condição envolve uma autoconsciência, uma prática reflexiva e um conhecimento das questões culturais do núcleo de um paciente (Ball et al., 2015). Adapte cada avaliação às necessidades únicas dos pacientes de origens e culturas diferentes da sua própria. Seja respeitoso; entenda essas diferenças e não imponha as suas próprias atitudes, preconceitos e crenças (p. ex., atitudes em relação ao envelhecimento, obesidade ou estilo de vida). Tendo uma verdadeira curiosidade sobre as crenças e valores de um paciente,

estabelece-se uma base para um relacionamento enfermeiro-paciente confiante (Ball et al., 2015). Para conduzir uma avaliação precisa e completa, considere o passado cultural de um paciente. Para maior clareza, explique a intenção de quaisquer questões que você apresente. Evite criar estereótipos; os pressupostos ligados a estereótipos (p. ex., pacientes obesos não se exercitam regularmente) podem levá-lo a coletar informações imprecisas. Trace o conhecimento da sua avaliação e faça perguntas de forma construtiva e de sondagem, de tal maneira a permitir que você realmente saiba quem é o paciente (Quadro 16-4). Certifique-se de que compreende exatamente o que um paciente significa e obtenha um *feedback* para saber se o que um paciente pensa que você sabe é algo preciso. Se você estiver inseguro sobre o que um paciente está dizendo, esclareça, para evitar realizar uma má conclusão diagnóstica. Não crie estereótipos e não assuma que você sabe sobre as crenças e os comportamentos culturais de um paciente sem a validação deste paciente.

Quadro 16-4

Aspectos culturais do cuidado

Desenvolvendo uma Abordagem Centrada no Paciente

Para explorar, com sucesso, uma doença do paciente ou problemas de cuidados de saúde, use uma abordagem centrada no paciente. Provoque os valores do paciente, preferências e necessidades expressadas como parte de sua entrevista clínica (QSEN Institute, 2014). Assegure que a entrevista seja inclusiva. Remova barreiras para que as famílias estejam presentes com base nas preferências do paciente.

Implicações para a Assistência Centrada no Paciente

- Ao falar sobre a doença de um paciente, tentar compreendê-lo

"através dos olhos do paciente".

- O que você acha que está errado com você?
- O que o preocupa mais sobre a sua doença?

- Ao falar sobre tratamentos, valorize a experiência de um paciente com a própria saúde e os sintomas.
  - O que devemos fazer para eliminar o seu problema?
  - Que tipos de tratamento você usa?
  - Qual o benefício que você espera do tratamento?
- Se houver uma diferença cultural entre você e o seu paciente, faça a si mesmo estas perguntas (Suhonen et al., 2011).
  - O que é único para a cultura do seu paciente e o seu impacto sobre o plano de tratamento?
  - Que potencial existe de haver um mal-entendido cultural? Se existir, tente corrigi-lo.
  - Que tipos de tratamentos ou práticas de saúde você usa?

Componentes da História de Saúde de Enfermagem

A maioria das histórias de saúde contém os mesmos componentes. Não deixe que uma história forme a sua avaliação inteiramente. Decida quais as informações que você precisa com base nas necessidades do seu paciente, nas respostas às suas perguntas e mudando de *status* durante a entrevista.

Informação Biográfica

Informação biográfica é um dado demográfico factual que inclui a idade do paciente, endereço, ocupação e condição de trabalho, além do estado civil, da fonte dos cuidados de saúde e dos tipos de seguro. A equipe do setor de admissão geralmente obtém esta formação.

A Principal Preocupação ou a Razão para Procurar os Cuidados de Saúde

Esta é a informação que você coleta quando você estabelece, inicialmente, uma agenda durante uma entrevista centrada no paciente. Você aprende sobre as principais preocupações ou problemas de um paciente. Compare o que você aprendeu com o paciente com a "queixa principal", que, muitas vezes, é digitada na folha de admissão deste paciente. Em geral, você aprende muito mais. Perguntar a um paciente por que ele está à procura de cuidados de saúde (p. ex., "Diga-me, Sr. Lynn, que motivo trouxe você para a clínica hoje?"). Você registra a resposta do paciente em citações para indicar a resposta subjetiva. À medida que você explora a razão que leva um paciente a buscar os cuidados de saúde, você vai aprender a história cronológica e sequencial de seus problemas de saúde (Ball et al., 2015). A declaração de um paciente não é um diagnóstico; em vez disso, é a sua percepção de razões para a procura dos cuidados de saúde. Esclarecimento da percepção do paciente identifica as necessidades potenciais para a gestão dos sintomas, da educação, do aconselhamento ou encaminhamento aos recursos da comunidade.

Expectativas dos Pacientes

É importante avaliar as expectativas de um paciente, pelas pessoas que prestam os cuidados de saúde (p. ex., se ele está sendo diagnosticado corretamente, se está recebendo medidas de conforto ou sendo tratado, com sucesso, para uma doença). A satisfação do paciente, uma medida padrão de qualidade em todos os hospitais, em todo o país, pode ser percebida pelos pacientes como um padrão pobre se as suas expectativas não estão sendo atendidas (Cap. 2). Os pacientes, geralmente, têm expectativas de receber informações sobre seus tratamentos e prognóstico e um plano de cuidados ao voltar para casa. Além disso, eles esperam alívio da dor e de outros sintomas e atenção expressa das pessoas que prestam os cuidados de saúde. Durante a entrevista inicial, um paciente expressa suas expectativas, ao entrar na instituição de saúde. Mais tarde, à medida que um paciente interage com as pessoas que prestam os cuidados de saúde, deve-se avaliar se essas expectativas mudaram ou foram atingidas.

Presença de Doença ou Preocupações com a Saúde

Se um paciente apresenta uma doença, deve-se recolher dados essenciais e relevantes sobre os sintomas e os seus efeitos sobre a saúde do paciente. Aplique os padrões intelectuais de pensamento crítico (Quadro 15-4) e use a sigla (PQRST) para orientar uma avaliação:

- **P – Provoca** (p. ex., precipitação e fatores atenuantes): O que provoca sintomas? O que melhora ou piora os sintomas? Existem atividades (p. ex., exercício) que possam afetar os sintomas?
- **Q – Qualidade:** O que é que os sintomas parecem? Se o paciente não consegue descrever, oferecer pistas, tais como "É aguda? Surda? Em queimação?".
- **R – Radiação:** Onde está o sintoma localizado? É apenas em um único local? Será que eles migram para outro local? Peça que o paciente seja tão preciso quanto possível.
- **S – Severidade** (Gravidade)**:** Peça a um paciente para avaliar a gravidade de um sintoma em uma escala de 0 a 10. Isto confere uma referência com a qual podemos comparar as avaliações de acompanhamento.
- **T – Tempo:** Avalie o início e a duração de sintomas. Quando foi que isso começou? Será que o sintoma vai e vem? Se assim for, quantas vezes e por quanto tempo? A que hora do dia ou em que dia da semana?

Avalie se o paciente apresenta **sintomas concomitantes**. Será que ele experimenta outros sintomas, juntamente com o sintoma principal? Por exemplo, se náuseas acompanham a dor?

História da Saúde

A história da saúde fornece uma visão holística de uma experiência de cuidados de saúde do paciente e dos hábitos de saúde atuais (Fig. 16-5). Avalie se um paciente já foi hospitalizado ou sofreu algum tipo de lesão ou, ainda, se foi submetido à cirurgia. Incluir uma história completa de medicação (incluindo ervas e drogas de venda livre

[OTC]). Também são essenciais as descrições de alergias, incluindo as reações alérgicas a alimentos, ao látex, a drogas ou agentes de contato (p. ex., sabão). Perguntar aos pacientes se eles tiveram problemas com medicamentos ou alimentos ajuda a esclarecer o tipo e a quantidade desse agente, a reação específica, e se o paciente necessitou de tratamento a esse respeito. Se o paciente tem uma alergia, observe a reação específica e o tratamento no formulário de avaliação e na pulseira especial.

A história também inclui uma descrição dos hábitos de um paciente e dos seus padrões de vida. Avaliar o uso de álcool, tabaco, cafeína ou drogas (p. ex., a metanfetamina ou a cocaína) determina um risco do paciente para doenças envolvendo o fígado, pulmões, coração ou o sistema nervoso. É essencial reunir informações sobre o tipo do hábito, a frequência e a duração da utilização. A avaliação dos padrões de sono (Cap. 43), exercício (Cap. 39) e nutrição (Cap. 45) também é importante no planejamento de cuidados de enfermagem. Em última análise, o seu objetivo é combinar os padrões de estilo de vida de um paciente com a abordagem, tanto quanto possível, do plano de cuidados.

História Familiar

A história familiar inclui dados sobre parentes imediatos e consanguíneos. Seu objetivo é determinar se um paciente apresenta um risco de doenças de natureza genética ou familiar e identificar as áreas de promoção da saúde e prevenção de doenças (Cap. 6). A história familiar também revela informações sobre a estrutura familiar, interação, apoio e função que, muitas vezes, são úteis no planejamento do tratamento (Cap. 10). *Por exemplo, Tonya avalia o nível de apoio que a Sra. Lawson está disposta a fornecer. A Sra. Lawson disse à Tonya que está casada há 32 anos e afirma: "Eu sinto que posso fazer o que é necessário para ele". A avaliação de Tonya mostra um padrão no qual a Sra. Lawson é favorável e capaz de ajudar o marido a se ajustar a quaisquer limitações iniciais de atividade, quando ele voltar para casa. A sua apreciação, em última análise, permite que ela inclua a Sra. Lawson na equipe de treinamento do plano de cuidados do paciente* (Cap. 18). Se a família de um

paciente não é favorável, é melhor não envolver a família nos cuidados. As relações familiares estressantes, às vezes, são um obstáculo significativo para tentar ajudar os pacientes com problemas de perda, autoconceito, saúde espiritual e relacionamentos pessoais.

História Psicossocial

Uma história psicossocial fornece informações sobre o sistema de apoio de um paciente que, muitas vezes, inclui um cônjuge ou um companheiro, filhos, outros membros da família e amigos íntimos. A história também inclui informações sobre as formas como um paciente e a sua família tipicamente lidam com o estresse (Cap. 38). Comportamentos que os pacientes usam em casa para lidar com o estresse, como caminhar, ler, ou conversar com um amigo, também podem ser usados como intervenções de enfermagem, se o paciente experimenta estresse ao receber cuidados de saúde. Além disso, você precisa aprender se o paciente experimentou perdas recentes que geram uma sensação de tristeza (Cap. 37).

Saúde Espiritual

Experiências de vida e eventos moldam a espiritualidade de uma pessoa. A dimensão espiritual representa a totalidade existencial e é difícil avaliar rapidamente (Cap. 36). Comente com os pacientes suas crenças sobre a vida, a sua fonte de orientação para agir em relação às crenças e a relação que têm com a família no exercício da sua fé. Devem-se avaliar, também, os rituais e as práticas religiosas que os pacientes usam para expressar a sua espiritualidade. Os pacientes podem solicitar a disponibilidade dessas práticas, enquanto em um ambiente de cuidados de saúde.

Revisão dos Sistemas

A **revisão dos sistemas (ROS)** é uma abordagem sistemática para a coleta de informações subjetivas dos pacientes sobre a presença ou ausência de questões relacionadas com a saúde em cada sistema do

corpo (Ball et al., 2015). Por exemplo, a revisão da pele, cabelo e unhas inclui uma avaliação para determinar se um paciente tem notado quaisquer lesões ou erupção cutâneas, ou se sente algum prurido ou crescimento anormal da unha ou do cabelo. Ao usar um formulário de admissão, você provavelmente não vai cobrir todas as perguntas para cada sistema do corpo cada vez que você coletar uma história. Você incluirá questões sobre cada sistema para explorar quaisquer sinais ou sintomas inesperados que um paciente mencione. Neste caso o sistema deve ser explorado com mais profundidade. Os sistemas que você avalia cuidadosamente dependem da condição e da urgência de um paciente em iniciar os cuidados. Durante a ROS perguntar ao paciente sobre o funcionamento anormal de cada sistema do corpo e a respeito de quaisquer alterações observadas. Tais alterações são elementos subjetivos, porque elas são descritas como percebido pelo paciente.

Juntamente com a ROS, uma enfermeira realiza um exame físico (Cap. 31) para continuar a explorar e confirmar as informações do paciente. A análise envolve o uso das técnicas de inspeção, palpação, percussão, ausculta e odor.

Observação do Comportamento do Paciente

Durante uma entrevista centrada no paciente e o exame físico é importante observar de perto os comportamentos verbal e não verbal de um paciente. A informação objetiva acrescenta profundidade ao seu banco de dados. Você aprende a determinar se os dados obtidos pela observação coincidem com aqueles que o paciente comunica verbalmente. Por exemplo, um paciente que não expressa qualquer preocupação sobre um iminente teste diagnóstico, mas mostra um contato pobre no olhar, tremores e inquietação, tudo sugerindo ansiedade, mostra um conflito de dados verbal e não verbal. As observações vão direcionar você a reunir informação adicional objetiva, para chegar a conclusões precisas sobre a condição do paciente.

Um aspecto importante de observação inclui o nível de função de um paciente: aspectos físicos, de desenvolvimento, psicológico e social

da vida diária. Observação de nível de função difere das observações que você faz durante uma entrevista. Você avalia o nível de função observando o que um paciente faz ao comer ou tomar uma decisão sobre a preparação de um medicamento, e não o que o paciente diz que pode fazer. Observação de função ocorre, muitas vezes, em casa ou em um ambiente de cuidados de saúde, durante uma manifestação de retorno.

Dados Diagnósticos e Laboratoriais

Os resultados dos testes diagnósticos e laboratoriais fornecem mais explicações sobre as alterações ou os problemas identificados durante o histórico de saúde e o exame físico. Por exemplo, considere um caso de um paciente que relata ter apresentado um forte resfriado durante seis dias e, atualmente, apresenta uma tosse produtiva, com expectoração marrom e dispneia. No exame físico você observa uma temperatura elevada, o aumento da respiração e uma diminuição do murmúrio vesicular no lobo inferior direito. Você analisa os resultados de um hemograma completo e observa que a contagem de leucócitos está elevada (indicando uma infecção). Você relata seus resultados para a pessoa que presta os cuidados de saúde do paciente, que solicita uma radiografia de tórax. As imagens radiográficas mostram a presença de um infiltrado no lobo inferior direito e, assim, a pessoa que presta os cuidados de saúde faz o diagnóstico clínico de pneumonia. Sua avaliação leva ao diagnóstico de enfermagem associado de *Comprometimento da Difusão de Gases*.

Alguns pacientes coletam e monitoram os dados laboratoriais no domicílio. Por exemplo, pacientes com diabetes melito, muitas vezes, medem a glicemia diariamente. Pergunte aos pacientes sobre os resultados de rotina para determinar a sua resposta à doença e as informações sobre os efeitos das medidas de tratamento. Compare os dados laboratoriais com as normas estabelecidas para determinado teste, faixa etária e sexo.

Interpretação e Validação dos Dados de Avaliação

Avaliação envolve a interpretação contínua das informações. Este é um aspecto do pensamento crítico da avaliação. O sucesso da interpretação contínua e da validação dos dados de avaliação assegura que você obteve uma base completa de dados. Em última análise, isto conduzirá você ao segundo passo do processo de enfermagem, no qual você vai tomar decisões clínicas no cuidado do seu paciente. Estas decisões se apresentam na forma de diagnósticos de enfermagem ou de problemas colaborativos que necessitam de tratamento de todas as disciplinas colaborativas (Carpenito-Moyet, 2013) (Cap. 17).

Interpretação

Ao interpretar criticamente as informações de avaliação, você determina a presença de achados anormais, reconhece que as observações adicionais são necessárias para esclarecer informações, e começa a identificar problemas de saúde de um paciente. Este é o raciocínio clínico. Você começa a ver padrões de dados que vão direcioná-lo para recolher mais informações e esclarecer o que o paciente tem. Os padrões de dados revelam agrupamentos significativos e utilizáveis. Um agrupamento de dados é uma coleção de sinais ou sintomas que você agrupa de forma lógica (Quadro 16-5). Os agrupamentos começam a identificar claramente os problemas de saúde de um paciente.

Quadro 16-5 Reconhecendo o Agrupamento de Dados

Interpretar como os dados formam padrões ou tendências.

- Paciente desconfortável: ainda permanece no leito
  - Limitação de movimentos
  - Caretas quando se deslocam
- Dificuldade de locomoção: limites de mobilidade
  - Fora do leito apenas uma vez após a cirurgia
- Conhecimento sobre cuidados pós-operatórios: faz perguntas

sobre as restrições e expressa preocupações sobre a incisão
  - Inseguro nos cuidados de se vestir
  - Pergunta sobre o risco de infecção
- Parece ansioso ou inquieto: às vezes, pobre contato visual
  - Inquieto
  - Elabora inúmeras perguntas

Validade dos Dados

Antes da interpretação completa dos dados, valide as informações que você coletou, para evitar fazer inferências incorretas. **Validação** de dados de avaliação é a comparação de dados com outra fonte para determinar a precisão desses dados. Por exemplo, você observa um paciente chorando e logicamente infere que o choro está relacionado com a hospitalização ou um diagnóstico clínico. Fazer tal inferência inicial não é errado, mas problemas resultam se você não validar a inferência com o paciente. Em vez disso, pergunte: "Percebo que você esteve chorando. Pode falar para mim sobre isso?". Ao validar você descobre a verdadeira razão para o comportamento de choro do paciente. Pergunte aos pacientes para validar a informação pouco clara obtida durante uma entrevista e a coleta da história. Valide os resultados do exame físico e da observação do comportamento do paciente, comparando os dados no registro médico e consultando outros enfermeiros ou os membros da equipe de saúde. Muitas vezes, a família ou amigos validam as informações de avaliação.

A validação abre a porta para o recolhimento de mais dados de avaliação, porque envolve o esclarecimento de dados vagos ou pouco claros. Ocasionalmente você precisa reavaliar as áreas anteriormente abrangidas da história da enfermagem ou recolher mais dados do exame físico. Analise continuamente e realize interpretações concisas, precisas e significativas. O pensamento crítico aplicado à avaliação permite compreender plenamente os problemas de um paciente, julgar com cuidado a extensão dos problemas e descobrir possíveis relações entre os problemas.

Tonya reuniu dados de avaliação para melhor compreender os cuidados de saúde que o Sr. Lawson necessita. O foco de sua avaliação em relação à dor foi associado às características físicas da incisão cirúrgica porque a condição do paciente mudou. Seus achados sugerem um problema no qual o paciente apresenta um risco de infecção. Ela também avaliou as necessidades de um melhor conhecimento e de aprendizagem sobre o paciente, para que ela possa, de forma adequada, formular um plano de cuidados para prepará-lo para a alta hospitalar. Ela empregou o pensamento crítico em sua avaliação, quando considerou a necessidade de incluir a esposa do Sr. Lawson na avaliação. Além disso, ela refletiu em sua base de conhecimentos sobre as colectomias cirúrgicas e antecipou o que ela precisava, para estabelecer, eventualmente, um planejamento de orientação para o Sr. Lawson. Quando Tonya sentiu a necessidade de mais informações, ela direcionou sua avaliação para saber mais sobre as preocupações do Sr. Lawson sobre o sucesso de sua cirurgia e o que ele deve esperar durante a recuperação.

Documentação dos Dados

Registre os resultados do histórico de saúde de enfermagem e do exame físico, de uma forma clara, concisa e utilizando terminologia adequada. Estas informações constituem a referência para identificar os problemas de saúde do paciente, planejar e implementar os cuidados e avaliar a resposta de um paciente às intervenções. Formulários padronizados, especialmente formulários eletrônicos, facilitam a inserção de dados de avaliação, à medida que um paciente responde às perguntas. Um registro oportuno, claro e conciso é necessário para o uso de outros profissionais de saúde (Cap. 26). Se você não registrar um achado de avaliação ou uma interpretação do problema, ele será perdido e não estará disponível para outra pessoa que cuide do paciente. Se a informação não for específica, o leitor terá acesso apenas a impressões gerais. Observação e registro do estado do paciente são as responsabilidades legais e profissionais. *The Practice Nurse Acts* em todos os estados e a American Nurses Association

Nursing's Social Policy Statement (ANA, 2010) exigem a coleta de dados precisos e o registro de funções independentes, como essenciais para a função do profissional de enfermagem.

É fácil se prender aos fatos depois que eles se tornam um hábito. A regra básica é registrar todas as observações, de forma sucinta. Ao registrar os dados, preste atenção aos fatos e seja o mais descritivo possível. Você precisa informar qualquer dado que você ouvir, ver, sentir, cheirar, com precisão. Registre informação objetiva na terminologia precisa (p. ex., peso 77,2 kg, abdome suave e indolor à palpação). Registre qualquer informação subjetiva usando aspas. Não generalize ou faça julgamentos, por meio de comunicação escrita, ao digitar os dados. Conclusões sobre esses dados constituem os diagnósticos de enfermagem e, portanto, devem ser factuais e precisos. À medida que você ganha experiência e se familiariza com agrupamentos e padrões de sinais e sintomas, você vai concluir corretamente a existência de um problema de saúde. Veja o Capítulo 26 para mais detalhes sobre a documentação.

Mapa Conceitual

A maioria dos pacientes que estará sob seus cuidados apresentará mais de um problema de saúde. Um mapa conceitual é uma representação visual que permite a você que mostre graficamente as conexões entre muitos problemas de saúde de um paciente. O mapa conceitual é uma estratégia que desenvolve as habilidades de pensamento crítico, ajudando o aluno a compreender as relações que existem entre os problemas do paciente (Bittencourt et al., 2013). Os mapas conceituais incentivam a reflexão e ajudam os alunos a avaliar os padrões de pensamento crítico e observar as razões para a assistência de enfermagem. Seu primeiro passo no mapeamento conceitual é organizar os dados do histórico de enfermagem que você coletou. Reunir todas as pistas no interior de agrupamentos leva à construção de padrões que conduzem você para a próxima etapa do processo de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem (Cap. 17). Através do mapeamento conceitual você obtém uma perspectiva holística dos cuidados de saúde necessários ao seu paciente, que, em

última análise, conduz a uma melhor decisão clínica. A Figura 16-6 mostra o primeiro passo de um mapa conceitual que Tonya desenvolveu para o Sr. Lawson, como resultado de sua avaliação de enfermagem. *Tonya começou por identificar os padrões que refletem os problemas do Sr. Lawson. Como um resultado da avaliação, ele apresenta um desconforto contínuo sobre a incisão, um risco para infecção em desenvolvimento e necessidade de instrução sobre cuidados pós-operatórios*. O próximo passo (Cap. 17) é identificar os diagnósticos específicos de enfermagem para que ela possa planejar intervenções de enfermagem adequadas.

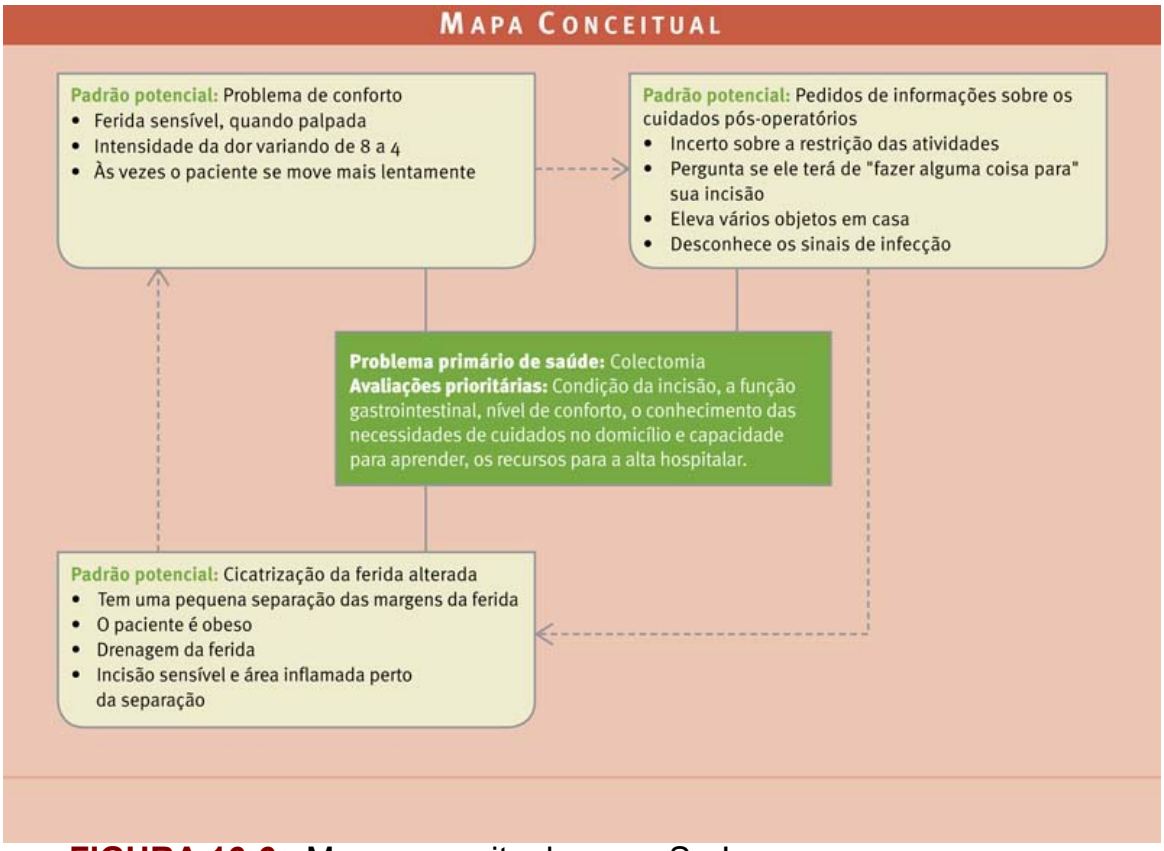


FIGURA 16-6 Mapa conceitual para o Sr. Lawson: Avaliação.

Pontos-chave

- O processo de enfermagem é uma variação do raciocínio científico

que envolve cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

- A avaliação é um importante primeiro passo do processo de enfermagem para aprender o máximo possível sobre cada paciente, por meio de parcerias, juntamente em uma relação terapêutica.
- O histórico de enfermagem envolve a coleta de informações de um paciente e fontes secundárias (p. ex., pessoas que prestam os cuidados de saúde, membros da família), juntamente com a interpretação e a validação das informações para formar um banco de dados completo.
- O estabelecimento de uma relação terapêutica enfermeiro-paciente permite que você veja um paciente como uma pessoa.
- Existem duas abordagens para a coleta de uma avaliação abrangente: o uso de um formato de banco de dados estruturado e uso de uma abordagem focada no problema.
- Comunicar-se eficazmente com os pacientes, durante uma entrevista de avaliação, exige habilidades de comunicação desenvolvidas a partir de cortesia, conforto, conexão e confirmação.
- Uma vez que um paciente fornece dados subjetivos, explorar, ainda mais, os achados, por meio da coleta de dados objetivos.
- Durante a avaliação, antecipar criticamente e usar um conjunto adequado de ramificações de perguntas ou observações para coletar dados e pistas de agrupamentos de informações de avaliação para identificar padrões emergentes e problemas.
- Em uma entrevista centrada no paciente, uma conversa organizada com um paciente permite que ele defina o foco inicial e inicie a discussão sobre seus problemas de saúde.
- Uma entrevista inicial centrada no paciente envolve: (1) definir o cenário, (2) coleta de informações sobre os problemas do paciente e definir uma agenda, (3) recolhimento da avaliação ou de uma história de saúde de enfermagem e (4) encerramento da entrevista.

- Quando instrumentos de avaliação de instrução não estão disponíveis, uma avaliação da capacidade cognitiva geral e os níveis de ensino e/ou profissionais precisam fazer parte da avaliação de enfermagem.
- Um histórico de enfermagem necessita se adaptar às necessidades específicas de pacientes de origens e culturas diferentes da sua.
- Ao coletar um histórico completo de enfermagem, deixe a história do paciente guiá-lo para explorar plenamente os componentes relacionados aos seus problemas.
- Uma interpretação bem-sucedida e uma validação dos dados de avaliação asseguram que você tenha coletado uma base de dados completa.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Quais dos seguintes exemplos são etapas do histórico de enfermagem? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Coleta de informação dos membros da família do paciente
    2. O reconhecimento de que novas observações são necessárias para esclarecer a informação
    3. Comparação dos dados com outras fontes de dados para determinar a precisão
    4. Documentação completa de informações observacionais
    5. Determinar quais os medicamentos a serem administrados, com base em dados de avaliação do paciente
2. Uma enfermeira avalia um paciente que chega à clínica pulmonar. “Eu vejo que já faz mais de 6 meses desde que você esteve aqui, mas o seu acompanhamento era para cada 2 meses. Conte-me sobre isso. Eu também vejo, a partir de sua última visita, que o médico recomendou exercícios de rotina. Você pode me dizer se foi bem-sucedido ao seguir o seu planejamento?” A avaliação da enfermeira cobre qual dos

padrões funcionais de saúde de Gordon?
   1. Padrão valor-crença
   2. Padrão cognitivo-perceptual
   3. Padrão de tolerância de lidar com estresse
   4. Padrão de gestão da percepção
3. Quando uma enfermeira realiza uma avaliação, os dados sobre um paciente, muitas vezes, vêm de qual das seguintes fontes? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Uma observação de como um paciente vira e se mexe na cama.
   2. A política da unidade e o manual de procedimentos.
   3. As recomendações de cuidados de um fisioterapeuta.
   4. Os resultados de um diagnóstico radiográfico.
   5. Suas experiências em cuidar de outros pacientes com problemas semelhantes.
4. A enfermeira observa um paciente andando pelo corredor com uma marcha arrastada. Quando o paciente retorna ao leito, a enfermeira verifica a força em ambas as pernas do paciente. A enfermeira analisa a informação obtida e suspeita que o paciente tenha um problema de mobilidade. Esta conclusão é um exemplo de:
   1. Pista.
   2. Reflexão.
   3. Inferência clínica.
   4. Sondagem.
5. Um paciente, do sexo masculino, com 72 anos vem ao posto de saúde para um acompanhamento anual. A enfermeira entra no quarto do paciente e percebe que ele apresenta uma sudorese intensa, com a mão no tórax e respirando com dificuldade. A enfermeira verifica, imediatamente, a frequência cardíaca e a pressão arterial do paciente e pergunta-lhe: “Diga-me onde é a sua dor”. Qual das seguintes abordagens de avaliação este cenário descreve?
   1. Revisão da abordagem de sistemas
   2. O uso de um formato de banco de dados estruturado

   3. Sinal de retorno
   4. Uma abordagem orientada para o problema
6. A enfermeira pede ao paciente: “Descreva para mim uma típica noite de sono. O que você faz para adormecer? Você tem dificuldade de iniciar ou de manter o sono?” Esta série de questões provavelmente ocorre durante que fase de uma entrevista centrada no paciente?
   1. Orientação
   2. Fase de trabalho
   3. Validação dos dados
   4. Término
7. Uma enfermeira é designada ao atendimento de uma mãe de 4 filhos, de 42 anos de idade, que pesa 136,2 kg, portadora de diabetes e que trabalha, em tempo parcial, na cozinha de um restaurante. A paciente será submetida a uma cirurgia para a doença da vesícula biliar. Qual das seguintes abordagens demonstra a competência cultural da enfermeira, na avaliação de cuidados de saúde dos problemas da paciente?
   1. “Eu posso dizer que seus hábitos alimentares levaram à sua diabetes. Correto?”
   2. “Tem sido difícil para as pessoas encontrar emprego. É por isso que você trabalha meio período?”
   3. “Você tem quatro filhos; você tem alguma dúvida sobre ir para casa e cuidar deles?”
   4. “Eu desejo que os pacientes entendam como comer em excesso afeta a sua saúde.”
8. Que tipo de pergunta da entrevista a enfermeira deve realizar inicialmente, quando avalia a razão pela qual os pacientes procuram cuidados de saúde?
   1. Sondagem
   2. Questão aberta
   3. Orientada em problemas
   4. Confirmação
9. Uma enfermeira reúne os seguintes dados do histórico de enfermagem. Quais das seguintes pistas, em conjunto, formam

um padrão que sugere um problema? (Selecione todas que se aplicam.)

1. A pele ao redor da ferida é sensível ao toque.
2. A ingestão de líquidos durante 8 horas é de 800 mL.
3. O paciente tem uma frequência cardíaca de 78 batimentos/min e regular.
4. O paciente apresenta uma drenagem da ferida cirúrgica.
5. A temperatura corporal é de 38,3°C.
6. O paciente afirma: "Estou preocupado que eu não seja capaz de retornar ao trabalho, como eu tinha planejado".

10. Uma enfermeira está verificando os cateteres intravenosos da paciente e, ao realizar esta ação, ela percebe como a paciente se banha e, em seguida, senta ao lado do leito, de forma independente, para colocar um vestido novo. Esta observação é um exemplo de avaliação do:
    1. Nível de função da paciente.
    2. Disposição da paciente para realizar o autocuidado.
    3. Nível de consciência da paciente.
    4. Valores de gestão de saúde da paciente.
11. Uma enfermeira faz a seguinte afirmação, durante uma mudança de turno, ao informar à outra enfermeira. "Eu avaliei o Sr. Diaz, o meu paciente de 61 anos, do Chile. Ele sofreu uma queda em casa e machucou a região do dorso, 3 dias atrás. Ele apresenta alguma dificuldade de se virar na cama e diz que sente dor que irradia para baixo, na sua perna. Ele classifica a sua dor em um grau 6, e se move lentamente enquanto se transfere para uma cadeira". Ao iniciar a mudança de turno, o que a enfermeira que está assumindo o caso pode fazer para validar as conclusões da avaliação da enfermeira anterior, quando ela realiza os "*rounds*" do paciente? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. A enfermeira pede ao paciente para avaliar sua dor em uma escala de 0 a 10.
    2. A enfermeira pede ao paciente que informe o que causou a sua queda.

3. A enfermeira pergunta ao paciente se ele teve dor no dorso no passado.
4. A enfermeira avalia a força dos membros inferiores do paciente.
5. A enfermeira pergunta ao paciente que tipo de medicação contra a dor é mais eficaz no seu caso.

12. Um paciente comparece à clínica cirúrgica, 4 semanas após uma amputação traumática de sua perna direita, e conta à enfermeira que ele está preocupado com a sua capacidade de continuar a sustentar a sua família. Ele conta à enfermeira que sente que deixou a sua família desprotegida depois de sofrer um acidente de automóvel que o levou à perda da sua perna esquerda. A enfermeira ouve o relato e, depois, pergunta ao paciente: "Como você se vê agora?" Com base nos padrões funcionais de saúde de Gordon, que padrão a enfermeira deve avaliar?
    1. Padrão de conduta de percepção da saúde
    2. Padrão valor-confiança
    3. Padrão cognitivo-perceptual
    4. Padrão de autopercepção-autoconceito
13. Uma enfermeira está conduzindo uma entrevista centrada no paciente. Disponha as declarações da entrevista na ordem correta, começando com a primeira declaração que um enfermeiro deve realizar.
    1. "Você diz que tem perdido peso. Diga-me quanto peso você perdeu no último mês".
    2. "Meu nome é Todd. Eu vou ser o enfermeiro que vai cuidar de você hoje. Vou fazer uma série de perguntas para reunir a sua história de saúde".
    3. "Eu não tenho mais perguntas. Obrigado pela sua paciência".
    4. "Diga-me quem você trouxe ao hospital".
    5. "Então, para resumir, você perdeu cerca de 2,7 kg no último mês, e o seu apetite tem diminuído, correto?".
14. Durante um comparecimento à clínica, o paciente diz à

enfermeira que ele tem sentido dores de cabeça episódicas com intervalos de uma semana. As dores de cabeça, por vezes, levam ao aparecimento de náuseas. Qual das seguintes respostas da enfermeira é um exemplo de sondagem?

1. Então você teve dores de cabeça, periodicamente, na última semana e, às vezes, elas fizeram você se sentir nauseado, correto?
2. Você já tomou alguma medicação para as suas dores de cabeça?
3. Diga-me o que faz quando as suas dores de cabeça começam.
4. Hum-hum. Conte-me mais.

15. A enfermeira entra no quarto de um paciente de 82 anos, de quem ela jamais cuidou anteriormente. A enfermeira percebe que o paciente usa um aparelho auditivo. O paciente olha para cima quando a enfermeira se aproxima da cabeceira. Quais das seguintes abordagens são suscetíveis de ser eficazes com um idoso? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Ouça atentamente a história do paciente.
    2. Use gestos que reforçam as suas perguntas ou comentários.
    3. Dê um passo atrás da cabeceira.
    4. Mantenha um contato visual direto.
    5. Faça perguntas rapidamente para reduzir a fadiga do paciente.

Respostas: **1**. 1, 2, 3; **2**. 4; **3**. 1, 3, 4; **4**. 3; **5**. 4; **6**. 2; **7**. 3; **8**. 2; **9**. 1, 4, 5; **10**. 1; **11**.1, 4; **12**. 4; **13**. 2, 4, 1, 5, 3; **14**. 3; **15**. 1, 2, 4.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): *Health literacy measurement tools* (revised), 2014, http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy/. Accessed September 3, 2015.

American Nurses Association (ANA) *Nursing's social policy statement: the essence of the profession*. ed 3 Washington, DC: The Association; 2010.

Ball JW, et al. *Seidel's guide to physical examination*. ed 8 St Louis: Mosby; 2015.

Benner P. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing; 1984.

Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2011;85(10):46.

Carpenito-Moyet LJ. *Nursing diagnosis: application to clinical practice*. ed 14 Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2013.

Elwyn G, et al. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med*. 2014;12(3):270.

Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. ed 3 St Louis: Mosby; 1994.

Ministry of Health: *National Guideline on Ward Rounds*, 2013, http://www.health.gov.mv/standards/21_1381125641_National_Guideline_on_W Accessed September 3, 2015.

O'Neill S, et al. Nursing works: the application of lean thinking to nursing process. *J Nurs Adm*. 2011;41(12):546.

Pender NJ, et al. *Health promotion in nursing practice*. ed 6 Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2011.

QSEN Institute: *Pre-licensure KSAS*, http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/. Accessed September 3, 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Health information privacy, the privacy rule*, 2014, http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/administrative/privacyrule/. Accessed September 3, 2015.

Watson J, Foster R. The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring–healing therapeutics for transforming professional practice. *J Clin Nurs*. 2003;12:360.

Referências de pesquisa

Bittencourt GK, et al. Concept maps of the graduate programme in nursing: experience report. *Rev Gaucha Enferm*. 2013;34(2):172.

Chaboyer W, et al. Bedside nursing handover: a case study. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(1):27.

Herdman TH, Kamitsuru S, eds. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.

Johnson K, Weiss BD. How long does it take to assess literacy skills in clinical practice?. *J Am Board Fam Med*. 2008;21(3):211.

Mottus R, et al. Towards understanding the links between health literacy and physical health. *Health Psychol*. 2014;33(2):164.

Patel PJ, et al. Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African-American patients. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):505.

Suhonen R, et al. Nurses' perceptions of indivualised care: an international comparison. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):1895.

Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204.

Wallace L, et al. Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):874.

Weiss BD, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514.

17

Diagnóstico de Enfermagem

OBJETIVOS

- Discutir como um diagnóstico de enfermagem orienta a prática de enfermagem.
- Diferenciar entre um diagnóstico de enfermagem, diagnóstico médico e um problema colaborativo.
- Discutir a relação do pensamento crítico para o processo de diagnóstico de enfermagem.
- Descrever as etapas do processo de diagnóstico de enfermagem.
- Explicar como as características definidoras e o fator etiológico individualizam um diagnóstico de enfermagem.
- Descrever as diferenças entre a promoção da saúde, o problema focalizado e o diagnóstico de enfermagem de risco.
- Descrever as fontes de erros de diagnóstico.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem a partir de um histórico de enfermagem.

TERMOS-CHAVE

Problema colaborativo, p. 223
Dados de agrupamentos, p. 228

Características definidoras, p. 225
Rótulo diagnóstico, p. 229
Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde, p. 225
Diagnóstico médico, p. 223
North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), p. 224
Diagnóstico de enfermagem, p. 223
Diagnóstico de enfermagem focado no problema, p. 225
Fator relacionado, p. 225
Diagnóstico de enfermagem de risco, p. 225

Durante o processo de histórico de enfermagem (Cap. 16) você reúne informações sobre um paciente, a partir de uma variedade de fontes. À medida que você coleta e analisa os dados, você começa a reconhecer as pistas que formam padrões de dados que indicam o nível de bem-estar e o desejo de promoção da saúde dos seus problemas de saúde existentes. Quando você identifica padrões, com precisão, eles conduzem a conclusões diagnósticas. Um diagnóstico é um julgamento clínico realizado com base na informação. As conclusões diagnósticas incluem problemas tratados, principalmente, por enfermeiros (diagnósticos de enfermagem) e aqueles tratados por várias disciplinas (problemas colaborativos). Os diagnósticos de enfermagem em conjunto com os problemas colaborativos representam a gama de condições do paciente que necessita de cuidados de enfermagem (Carpenito-Moyet, 2013).

Quando os médicos e enfermeiros qualificados em prática avançada definem diagnósticos médicos comuns, tais como o diabetes melito ou osteoartrite, todos eles sabem o significado dos diagnósticos e das abordagens padrões para o tratamento. Um **diagnóstico médico** é a identificação de uma condição de doença, com base em uma avaliação específica dos sinais físicos e dos sintomas, do histórico clínico de um paciente e os resultados dos testes e procedimentos diagnósticos. Um

diagnóstico médico permanece constante à medida que a condição permanece. Médicos são licenciados para tratar doenças e condições descritas nas diretrizes de diagnóstico médico. Um enfermeiro de prática avançada também pode tratar diagnósticos médicos, mas não pode realizar uma cirurgia.

A enfermagem tem uma linguagem diagnóstica semelhante. O diagnóstico de enfermagem, o segundo passo do processo de enfermagem (Fig. 17-1), classifica os problemas de saúde dentro do domínio da enfermagem (isto é, os problemas que o enfermeiro pode tratar e controlar). Um **diagnóstico de enfermagem** é um julgamento clínico relativo a uma resposta humana às condições de saúde/processos vitais ou de vulnerabilidade de resposta de um indivíduo, família ou comunidade, que um enfermeiro é licenciado e competente para tratar (Herdman & Kamitsuru, 2014). Por exemplo, a dor aguda é uma resposta a uma lesão, tal como em um procedimento cirúrgico ou em queimaduras químicas. Enfermeiros são licenciados para tratar a dor aguda. Um diagnóstico de enfermagem pode ser um problema focalizado ou um estado de promoção ou risco potencial de saúde (Herdman & Kamitsuru, 2014). O que torna único um processo de diagnóstico de enfermagem é ter pacientes ativamente envolvidos, quando possível, no processo. Os diagnósticos de enfermagem estão, cada vez mais, mudando em função das necessidades do paciente.

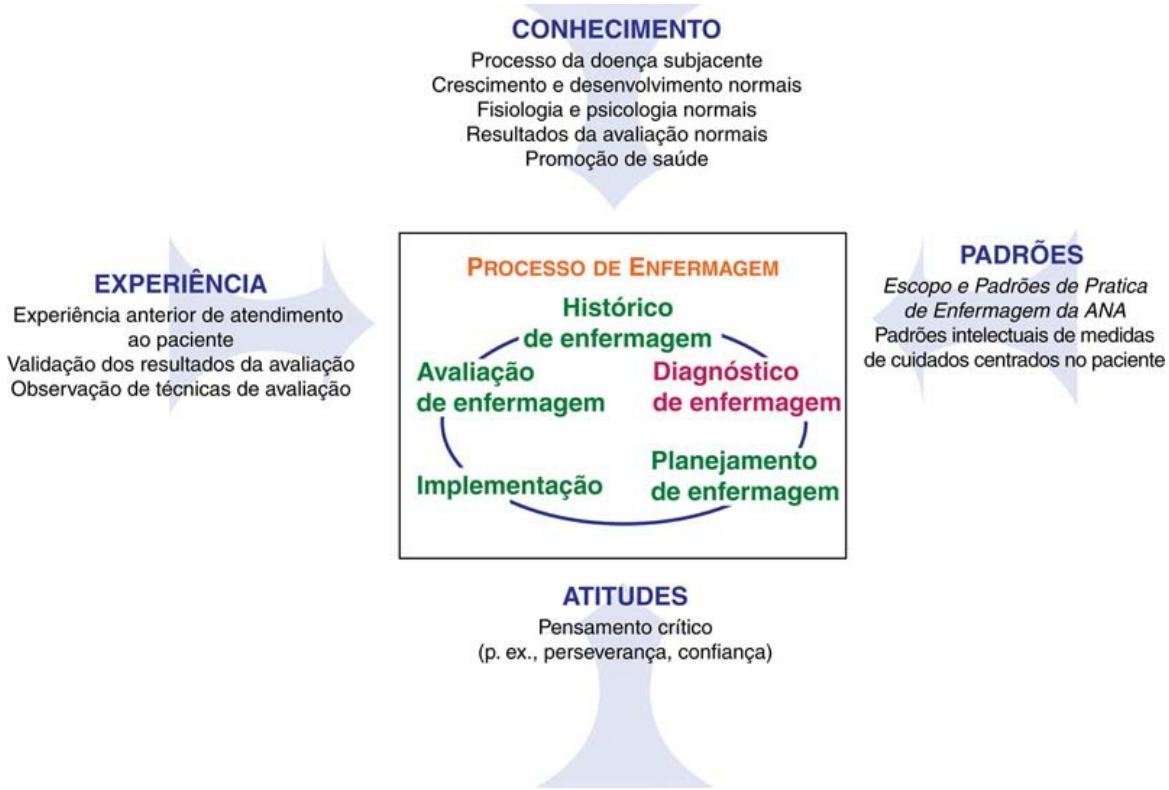


FIGURA 17-1 O pensamento crítico e o processo de diagnóstico de enfermagem.

Um **problema colaborativo** é uma complicação fisiológica real ou em potencial que os enfermeiros monitorizam, para detectar o aparecimento de alterações em um estado de saúde do paciente (Carpenito-Moyet, 2013). Quando problemas colaborativos se desenvolvem, enfermeiros intervêm em colaboração com o pessoal de outras disciplinas de cuidados de saúde. O Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) define a colaboração interprofissional como uma parceria entre uma equipe de pessoas que prestam cuidados de saúde (tais como enfermeiros, terapeutas, nutricionistas e médicos) e um paciente, em colaboração participativa, e uma abordagem coordenada para uma decisão compartilhada em torno de questões de saúde. Enfermeiros administram problemas de colaboração, tais como hemorragia, infecção e paralisia, usando intervenções médicas, de enfermagem e de saúde associadas (p. ex., fisioterapia). Por exemplo, um paciente com uma ferida cirúrgica apresenta um risco de desenvolver uma infecção; assim, um médico

ou enfermeira de prática avançada prescreve antibióticos. O enfermeiro monitoriza o paciente em relação à febre e outros sinais de infecção e implementa medidas apropriadas de tratamento de feridas. Um nutricionista recomenda uma dieta rica em proteína e nutrientes para promover a cicatrização das feridas. O paciente colabora no aprendizado de higiene das mãos, nos sinais de infecção e no cuidado das feridas para realizar o tratamento das feridas em casa.

A seleção do diagnóstico correto de enfermagem, com base em uma avaliação, envolve conhecimentos diagnósticos (ou seja, ser capaz de tirar conclusões rápidas e precisas, a partir de dados do paciente) (Cho et al., 2010). Isto é essencial, pois o diagnóstico preciso das respostas real ou em potencial do paciente, em relação às condições de saúde ou aos processos de vida, garante que você selecione intervenções de enfermagem mais eficazes e eficientes. Os conhecimentos diagnósticos melhoram com a experiência clínica. Considere o estudo de caso envolvendo o Sr. Lawson e a sua enfermeira, Tonya.

Durante o histórico de enfermagem, Tonya coletou informações sugerindo que o Sr. Lawson, possivelmente, apresenta certo número de problemas de saúde. Os dados sobre o Sr. Lawson são pistas que formam padrões em três áreas: conforto, solicitação de informações sobre cuidados pós-operatórios para iminente alta hospitalar e o potencial de infecção no local da ferida. A seleção de rótulos diagnósticos, específicos para os problemas nestas áreas, permitirão que Tonya desenvolva um plano de cuidados relevante e adequado. Por exemplo, no que diz respeito ao pedido do Sr. Lawson, em obter informações, existem dois rótulos de diagnósticos de enfermagem aceitos para os problemas relacionados com o conhecimento: ***Conhecimento Deficiente*** *e* ***Disposição para o Conhecimento Avançado****. Conhecer a diferença entre estes dois diagnósticos e identificar qual se aplica ao Sr. Lawson é essencial para permitir a Tonya selecionar o tipo correto de intervenções para o seu problema. Conhecer a diferença entre os diagnósticos é fundamental para as pessoas que prestam os cuidados de saúde, que precisam descartar*

diagnósticos como a artrite reumatoide versus osteoartrite para se certificar de que os pacientes recebam a forma correta de tratamento médico. Tonya precisa usar uma abordagem de pensamento crítico para identificar o diagnóstico correto que se aplica à condição do Sr. Lawson.

História do diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem foi introduzido, pela primeira vez, na literatura de enfermagem em 1950 (McFarland & McFarlane, 1989). Fry (1953) propôs a formulação de diagnósticos de enfermagem e um plano de cuidados individualizados de enfermagem ao definir a melhor prática e ciência de enfermagem. Isto enfatizou a prática independente de enfermagem (p. ex., a educação do paciente e o alívio dos sintomas), em comparação com a dependência da prática impulsionada por prescrições médicas (p. ex., administração de medicamentos e de líquidos intravenosos). Inicialmente o profissional de enfermagem não apoiava os diagnósticos de enfermagem. O Model Nurse Practice Act da American Nurses Association (ANA), em 1955, excluía o diagnóstico. Como resultado, poucos enfermeiros usaram os diagnósticos de enfermagem em sua prática.

Quando Yura & Walsh (1967) desenvolveram a teoria do processo de enfermagem, eles incluíram quatro partes: histórico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. No entanto, educadores de enfermagem logo reconheceram que os dados de avaliação do histórico de enfermagem precisavam ser analisados e agrupados em padrões e, então, interpretados antes que os enfermeiros pudessem concluir as etapas restantes do processo (NANDA-I, 2012). Logo o diagnóstico de enfermagem se tornou parte das cinco etapas do processo de enfermagem. Você não pode planejar e intervir corretamente nos pacientes se você não souber com que tipos de problemas está lidando. O mesmo é válido quando um médico ou enfermeiro de prática avançada desconhece o diagnóstico clínico do paciente. Em 1973, a primeira conferência nacional sobre diagnóstico de enfermagem foi realizada. Os líderes de enfermagem identificaram e definiram 80 diagnósticos de enfermagem nessa conferência (Gebbie, 1998). Hoje a lista contém várias centenas de diagnósticos e continua a crescer com base na pesquisa em enfermagem e graças ao trabalho dos membros da **North American Nursing Diagnosis**

Association International (NANDA-I) (Herdman e Kamitsuru, 2014).

Os enfermeiros fazem conclusões diagnósticas, utilizando o diagnóstico de enfermagem, para tomar decisões clínicas necessárias para a prática de enfermagem segura e eficaz. O papel da ANA no *Scope of Nursing Practice* (1987) definiu o diagnóstico de enfermagem como o diagnóstico e tratamento de respostas humanas à saúde e à doença, um reforço na definição do diagnóstico de enfermagem. Em 1980 e 1995, a ANA incluiu o diagnóstico, como uma atividade separada, na sua publicação *Nursing: A Social Policy Statement* (ANA, 2003). Ela continua hoje com a declaração de política mais recente da ANA (ANA, 2010). Hoje a maior declaração dos Nurse Practice Acts inclui o diagnóstico de enfermagem como parte do domínio da prática de enfermagem.

Há uma exceção em referência ao uso do termo *diagnóstico de enfermagem*, como parte do processo de enfermagem. O National Council of State Boards of Nursing (NCSBN, 2013), que administra o exame NCLEX, define o processo de enfermagem como uma abordagem científica e clínica para a assistência ao paciente, que inclui histórico de enfermagem, *análise*, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. A utilização do termo *análise* coloca ênfase no trabalho analítico necessário para formar diagnósticos corretos de enfermagem.

A investigação no domínio do diagnóstico de enfermagem continua crescendo (Quadro 17-1). Como resultado, a NANDA-I tem desenvolvido e acrescentado, continuamente, novos rótulos de diagnóstico na lista (Quadro 17-2). O uso de um padrão formal de estabelecimentos diagnósticos de enfermagem serve a vários propósitos, na prática de enfermagem:

- Fornece uma definição precisa de respostas de um paciente aos problemas de saúde que fornece aos enfermeiros e aos outros membros da equipe de cuidados da saúde uma linguagem comum para a compreensão das necessidades de um paciente.

Quadro 17-1

Diagnóstico de Enfermagem – Validação e Confiabilidade

Questão PICO: O diagnóstico de enfermagem sendo pesquisado é usado para determinar se os diagnósticos são aplicados a pacientes adultos com diferentes condições médicas?

Resumo de Evidência

Para que o diagnóstico de enfermagem seja útil na prática de enfermagem, ele deve ser eficiente e relevante na sua proposta diagnóstica, o que significa que as características definidoras são indicadores clínicos que se aplicam aos problemas experimentados pelos diversos grupos de pacientes. Vários pesquisadores estão testando componentes de diagnósticos de enfermagem específicos para determinar se eles se aplicam a pacientes com condições médicas específicas. Guedes et al. (2013) estudaram pacientes com hipertensão e descobriram que alguns indicadores clínicos (que definem as características) foram identificados no diagnóstico de enfermagem pelo *Estilo de Vida Sedentário*, ao passo que outros foram adicionados com base nos seus estudos. Escalada et al. (2013) revisaram estudos que envolveram o trabalho de enfermagem em saúde mental e descobriram que o diagnóstico mais prevalente foi *Comprometimento da Interação Social*. Ambos os estudos incentivaram mais pesquisas na aplicação do diagnóstico de enfermagem.

Aplicação na Prática de Enfermagem

- Uso de diagnóstico de enfermagem oferece uma abordagem para assegurar uma avaliação de enfermagem mais abrangente e a identificação de problemas de saúde do paciente.
- Uso de diagnóstico de enfermagem pode melhorar a seleção de intervenções de enfermagem por enfermeiros, em todos os contextos de prática.
- As contribuições das pesquisas terão como base a evidência para

uso de características definidoras e os diagnósticos de enfermagem, na identificação de problemas de saúde dos pacientes.

Quadro 17-2 Diagnósticos de Enfermagem Internacionais NANDA

Intolerância à **Atividade**
Risco da Intolerância à **Atividade**
Planejamento de **Atividade** Ineficaz
Risco do Planejamento de **Atividade** Ineficaz
Diminuição da Capacidade **Adaptativa** Intracraniana
Depuração Ineficaz das **Vias Aéreas**
Risco de Resposta à **Alergia**
Ansiedade
Risco de **Aspiração**
Risco para Comprometimento da **Fixação**
Disreflexia **Autonômica**
Risco de Disreflexia **Autonômica**
Comportamento Infantil Desorganizado
Risco de Aprimoramento do **Comportamento** Infantil Organizado
Risco de **Comportamento** Infantil Desorganizado
Risco de **Sangramento**
Risco do Nível **Sanguíneo** Instável da Glicose
Imagem **Corporal** Perturbada
Risco para Desequilíbrio da Temperatura **Corporal**
Disponibilidade para **Amamentação** Reforçada
Amamentação Ineficaz
Amamentação Interrompida
Leite **Materno** Insuficiente
Padrão **Respiratório** Ineficaz
Redução do Débito **Cardíaco**
Risco do Débito **Cardíaco** Diminuído
Risco de Comprometimento da Função **Cardiovascular**
Tensão no Papel de **Cuidador**

Risco Devido à Tensão no Papel de **Cuidador**
Processo do **Parto** Ineficaz
Disposição Avançada para o Processo de **Parto**
Risco para o Processo de **Parto** Ineficaz
Conforto Debilitado
Disposição Avançada para o **Conforto**
Disposição Avançada para **Comunicação**
Confusão Aguda
Confusão Crônica
Risco de **Confusão** Aguda
Constipação
Constipação Percebida
Risco para **Constipação**
Constipação Crônica Funcional
Risco para **Constipação** Crônica Funcional
Contaminação
Risco de **Contaminação**
Comprometimento dos **Cuidados** de Família
Cuidados Defensivos
Cuidados de Família Inativados
Cuidados Ineficazes
Cuidados Ineficazes da Comunidade
Disposição para **Cuidados** Avançados
Disposição para **Cuidados** Avançados da Comunidade
Disposição para **Cuidados** Avançados da Família
Ansiedade da Morte
Disposição para **Tomar Decisões** Avançadas
Conflito de **Decisão**
Negação Ineficaz
Dentição Comprometida
Risco de Atraso no **Desenvolvimento**
Diarreia
Icterícia Neonatal
Risco de **Icterícia** Neonatal
Conhecimento Deficiente

Disposição para o **Conhecimento** Avançado
Resposta **Alérgica** ao Látex
Risco de Resposta **Alérgica** ao Látex
Estilo de Vida Sedentário
Risco para o Comprometimento da Função do **Fígado**
Risco de **Solidão**
Risco para a Perturbação **Materno/Fetal**
Comprometimento da **Memória**
Mobilidade no Leito Comprometida
Mobilidade Física Comprometida
Mobilidade para Cadeira de Rodas Comprometida
Regulação do **Humor** Comprometida
Sofrimento **Moral**
Náusea
Negligência Unilateral
Falta de Adesão
Nutrição Desequilibrada: Abaixo das Necessidades Corporais
Disposição para **Nutrição** Melhorada
Obesidade
Comprometimento da Mucosa **Bucal**
Risco para Comprometimento da Mucosa **Bucal**
Sobrepeso
Risco de **Sobrepeso**
Dor Aguda
Dor Crônica
Dor do Parto
Síndrome de **Dor** Crônica
Paternidade e Maternidade Comprometidas
Disposição Avançada para **Paternidade e Maternidade**
Risco para Deficiência de **Paternidade e Maternidade**
Risco para Disfunção Neurovascular **Periférica**
Identidade **Pessoal** Perturbada
Risco para Identidade **Pessoal** Perturbada
Risco de **Envenenamento**
Síndrome **Pós-Traumática**

Risco de Síndrome **Pós-Traumática**
Disposição Avançada para **Potência**
Impotência
Risco de **Impotência**
Risco de Úlcera de **Decúbito**
Proteção Ineficaz
Síndrome de **Trauma-Estupro**
Risco de **Reação** ao Meio de Contraste Iodado
Relacionamento Ineficaz
Risco de **Relacionamento** Ineficaz
Disposição Avançada para o **Relacionamento**
Religiosidade Comprometida
Disposição Avançada para **Religiosidade**
Risco para **Religiosidade** Comprometida
Síndrome do Estresse de **Internação**
Risco para a Síndrome do Estresse de **Internação**
Risco para a Perfusão **Renal** Ineficaz
Superação Comprometida
Disposição Avançada para **Superação**
Risco para a **Superação** Comprometida
Risco para a Síndrome do **Desuso**
Deficiência da Atividade **Diversional**
Risco do Olho **Seco**
Risco de Distúrbio **Eletrolítico**
Emancipação da Tomada de Decisão Comprometida
Disposição Avançada para **Emancipação** da Tomada de Decisão
Risco para Deficiência na **Emancipação** da Tomada de Decisão
Controle **Emocional** Lábil
Risco de **Quedas**
Processos **Familiares** Disfuncionais
Processos **Familiares** Interrompidos
Disposição para os Processos **Familiares** Avançados
Fadiga
Medo
Padrão de **Alimentação** Infantil Ineficaz

Disposição Avançada para o Equilíbrio de **Líquidos**
Volume Deficiente de **Líquidos**
Volume de **Líquido** em Excesso
Risco para Deficiência do Volume de **Líquidos**
Risco para Desequilíbrio do Volume de **Líquidos**
Síndrome de Fragilidade dos **Idosos**
Risco para a Síndrome de Fragilidade dos **Idosos**
Difusão de **Gases** Comprometida
Motilidade **Gastrointestinal** Disfuncional
Risco para Motilidade **Gastrointestinal** Disfuncional
Risco para Perfusão **Gastrointestinal** Ineficaz
Angústia
Angústia Complicada
Risco para **Angústia** Complicada
Risco para **Crescimento** Desproporcional
Deficiência de **Saúde** Comunitária
Propensão ao Risco do Comportamento de **Saúde**
Manutenção Ineficaz da **Saúde**
Gestão Ineficaz da **Saúde**
Disposição Avançada para a Gestão da **Saúde**
Gestão Ineficaz da **Saúde** da Família
Manutenção do **Lar** Comprometida
Disposição Avançada para a **Esperança**
Desesperança
Risco de Comprometimento da Dignidade **Humana**
Hipertermia
Hipotermia
Risco de **Hipotermia**
Risco de **Hipotermia** Perioperatória
Controle Ineficaz dos **Impulsos**
Incontinência Urinária Funcional
Transbordamento da Incontinência Urinária
Incontinência Urinária Reflexa
Incontinência Urinária de Esforço
Incontinência Urinária Hiperativa

Risco para **Incontinência** Urinária Hiperativa
Incontinência Fecal
Risco para a Síndrome de Morte Súbita **Infantil**
Risco de **Infecção**
Risco de **Lesão**
Risco de **Lesão** da Córnea
Risco de **Lesão** Perioperatória de Posicionamento
Risco de **Lesão** Térmica
Risco de **Lesão** da Via Urinária
Insônia
Conflito no **Papel** Parental
Desempenho Ineficaz do **Papel**
Disposição Avançada para os **Autocuidados**
Déficit de **Autocuidados** de Tomar Banho
Déficit de **Autocuidados** de Se Vestir
Déficit de **Autocuidados** de Se Alimentar
Déficit de **Autocuidados** de Toalete
Disposição Avançada para o **Autoconceito**
Baixa **Autoestima** Crônica
Risco para Baixa **Autoestima** Crônica
Baixa **Autoestima** Situacional
Risco para **Autoestima** Situacional
Automutilação
Risco de **Automutilação**
Autonegligência
Disfunção **Sexual**
Padrões Ineficazes de **Sexualidade**
Risco de **Choque**
Comprometimento do Ato de **Sentar**
Integridade Prejudicada da **Pele**
Risco de Integridade Prejudicada da **Pele**
Privação do **Sono**
Disposição Avançada para o **Sono**
Padrão Perturbado de **Sono**
Interação **Social** Comprometida

Isolamento **Social**
Tristeza Crônica
Angústia **Espiritual**
Risco de Angústia **Espiritual**
Disposição Avançada de Bem-Estar **Espiritual**
Comprometimento de se manter **em Pé**
Sobrecarga de **Estresse**
Risco para **Sufocação**
Risco de **Suicídio**
Recuperação **Cirúrgica** Retardada
Risco de Recuperação **Cirúrgica** Retardada
Deglutição Comprometida
Termorregulação Ineficaz
Integridade **Tecidual** Comprometida
Risco de Integridade **Tecidual** Comprometida
Perfusão Periférica dos **Tecidos** Ineficaz
Risco de Perfusão Periférica dos **Tecidos** Ineficaz
Risco de Diminuição da Perfusão **Tecidual** Cardíaca
Risco de Diminuição da Perfusão **Tecidual** Cerebral
Capacidade de **Transferência** Comprometida
Risco de **Traumatismo**
Risco de **Traumatismo** Vascular
Excreção **Urinária** Comprometida
Disposição Avançada para Excreção **Urinária**
Retenção **Urinária**
Risco de **Violência** Autodirecionada
Risco de **Violência** Direcionada por Outros
Resposta Funcional ao Desmame **Ventilatório**
Ventilação Espontânea Comprometida
Comunicação **Verbal** Comprometida
Marcha Comprometida
Andando a Esmo

De Herdman TH, Kamitsuru S (Editores): *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*, Oxford, 2014, Wiley Blackwell.

- Permite que os enfermeiros comuniquem (p. ex., de forma escrita e eletrônica) o que eles fazem entre si, com outros profissionais de saúde e com o público.
- Distingue o papel do enfermeiro das demais pessoas que prestam os cuidados de saúde.
- Ajuda os enfermeiros a se concentrarem no âmbito da prática de enfermagem.
- Promove o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem.
- Promove a criação de diretrizes para a prática, que refletem a essência e a ciência da enfermagem.

Tipos de diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I incluem três tipos: focado no problema, risco e promoção da saúde (Herdman & Kamitsuru, 2014). Um **diagnóstico de enfermagem focado no problema** descreve um julgamento clínico relativo a uma resposta humana indesejável para uma condição de saúde/processo de vida que existe em um indivíduo, família ou comunidade. Existem **características definidoras** (pistas de avaliação observáveis tais como comportamento do paciente, sinais físicos) que suportam cada julgamento de diagnóstico focado no problema (Herdman & Kamitsuru, 2014). A seleção de um diagnóstico de enfermagem focado no problema indica que existem dados de avaliação suficientes, a partir das características de definição, para estabelecer o diagnóstico de enfermagem. Além disso, um diagnóstico de enfermagem focado no problema inclui um fator relacionado. Um **fator relacionado** é um fator etiológico ou causal para o diagnóstico (isto é, os dados que parecem mostrar algum tipo de padrão relacionado com um diagnóstico de enfermagem) (Herdman & Kamitsuru, 2014). Um fator relacionado permite individualizar um diagnóstico de enfermagem focado no problema para uma necessidade específica do paciente. *Tonya avaliou o Sr. Lawson, inicialmente, no Capítulo 15, como apresentando um desconforto na incisão da colectomia. Ele classificou a dor em grau 7, em uma escala de classificação de 0 a 10, e fazendo uma careta. Ele protegia a área incisional que se mostrava dolorosa. O Sr. Lawson também se mostrou hesitante em se mover, ativamente, no leito. Tonya selecionou a* ***Dor Aguda*** *como diagnóstico de enfermagem focado no problema com base no autorrelato da intensidade da dor do paciente, considerando o comportamento e a expressão de caretas. A* ***Dor Aguda*** *associada ao traumatismo da incisão cirúrgica adiciona um fator relacionado ao traumatismo da incisão cirúrgica, permitindo que os enfermeiros que cuidam do Sr. Lawson se concentrem em medidas de intervenção para aliviar a dor incisional.* Exemplos de outros diagnósticos com foco no problema incluem *Comprometimento da Mobilidade no Leito, Náuseas, Disfunção Sexual* e *Prejuízo na Integridade da*

Pele.

Um **diagnóstico de enfermagem de risco** é um julgamento clínico sobre a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável às condições de saúde/processos vitais (Herdman e Kamitsuru, 2014). Estes diagnósticos não têm as características definidoras ou os fatores relacionados, porque eles ainda não ocorreram. Em vez de um diagnóstico de risco, existem fatores de risco. Os fatores de risco são ambientais, fisiológicos, psicológicos, elementos genéticos ou químicos que colocam uma pessoa em risco de um problema de saúde. *Por exemplo, no caso do Sr. Lawson, a presença da sua incisão, a separação de uma área entre os pontos, e, estando hospitalizado e exposto a fontes de infecção, é apresentado um risco para a infecção da ferida adquirida no hospital*. A chave na avaliação de risco para o diagnóstico é a presença de fatores de risco (p. ex., uma incisão e o ambiente hospitalar) que sustentam a vulnerabilidade de um paciente. Os fatores de risco são os fatores relacionados ao diagnóstico que ajudam no planejamento das medidas de saúde preventiva. No caso do Sr. Lawson, o risco em relação à infecção é adequado para sua condição. Outros exemplos de diagnósticos de enfermagem de risco incluem *Risco para Solidão* e *Risco para Perfusão Periférica Ineficaz*.

Um **diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde** é um julgamento clínico relativo à motivação e ao desejo de um paciente para aumentar o bem-estar e atualizar o potencial para a saúde humana (Herdman & Kamitsuru, 2014). Você faz este tipo de diagnóstico quando os pacientes, em completo estado de saúde, expressam uma disponibilidade para reforçar os comportamentos específicos de saúde. Diagnósticos de promoção de saúde podem ser aplicados a um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Os diagnósticos apresentam apenas características definidoras, embora você possa usar um fator relacionado para melhorar a compreensão do diagnóstico (Herdman & Kamitsuru, 2014). *Tonya analisa as informações sobre o Sr. Lawson e identifica que ele tem conhecimento limitado sobre a infecçãoou experiência com cuidados pós-operatórios da ferida e livremente formula questões com o desejo de melhorar a sua*

aprendizagem. O seu desejo de fazer perguntas é uma característica crítica definidora que leva Tonya a selecionar ***Disposição para o Conhecimento Avançado****, um diagnóstico de promoção da saúde. Exemplos de outros diagnósticos de enfermagem de promoção da saúde incluem*:

- *Disposição para Cuidados Familiares Avançados*
- *Disposição para Nutrição Avançada*

Pensamento crítico e processo diagnóstico de enfermagem

O processo diagnóstico requer que você use o pensamento crítico (Cap. 15). Você vai aprender a aplicar o seu conhecimento, experiência, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais quando coletar e analisar dados do histórico de enfermagem, para identificar diagnósticos de enfermagem. Aplicar o pensamento crítico, rotineiramente, vai tornar você mais competente na realização de diagnósticos de enfermagem (Lunney, 2010).

Na prática de enfermagem é importante para você saber os rótulos dos diagnósticos de enfermagem, suas definições, suas características definidoras ou os fatores de risco para fazer diagnósticos, fatores relacionados e pertinentes aos diagnósticos e as intervenções adequadas para abordar os diagnósticos (Herdman & Kamitsuru, 2014). Isso significa que você precisa saber como acessar essas informações, facilmente, dentro da instituição que você trabalhar, porque a informação é demasiadamente extensa para ser memorizada. As fontes de informação sobre diagnósticos de enfermagem incluem professores, enfermeiros de prática avançada, sistemas de documentação e orientações práticas. A experiência é essencial na definição de competências na formação de diagnósticos de enfermagem. Aprenda com os seus pacientes, pois isso ajuda a pensar mais cuidadosamente sobre as suas informações do histórico de enfermagem e o que elas significam. O pensamento crítico ajuda você a se aprofundar, ser abrangente e preciso ao identificar diagnósticos de enfermagem que se aplicam aos seus pacientes.

O processo de raciocínio diagnóstico envolve o uso de dados de avaliação coletados a partir de um paciente para explicar logicamente um julgamento clínico, neste caso, um diagnóstico de enfermagem. O processo diagnóstico flui a partir do processo de histórico e inclui etapas de tomada de decisão (Fig. 17-2). Esses passos incluem agrupamento de dados, identificação de problemas de saúde do

paciente e formulação do diagnóstico.

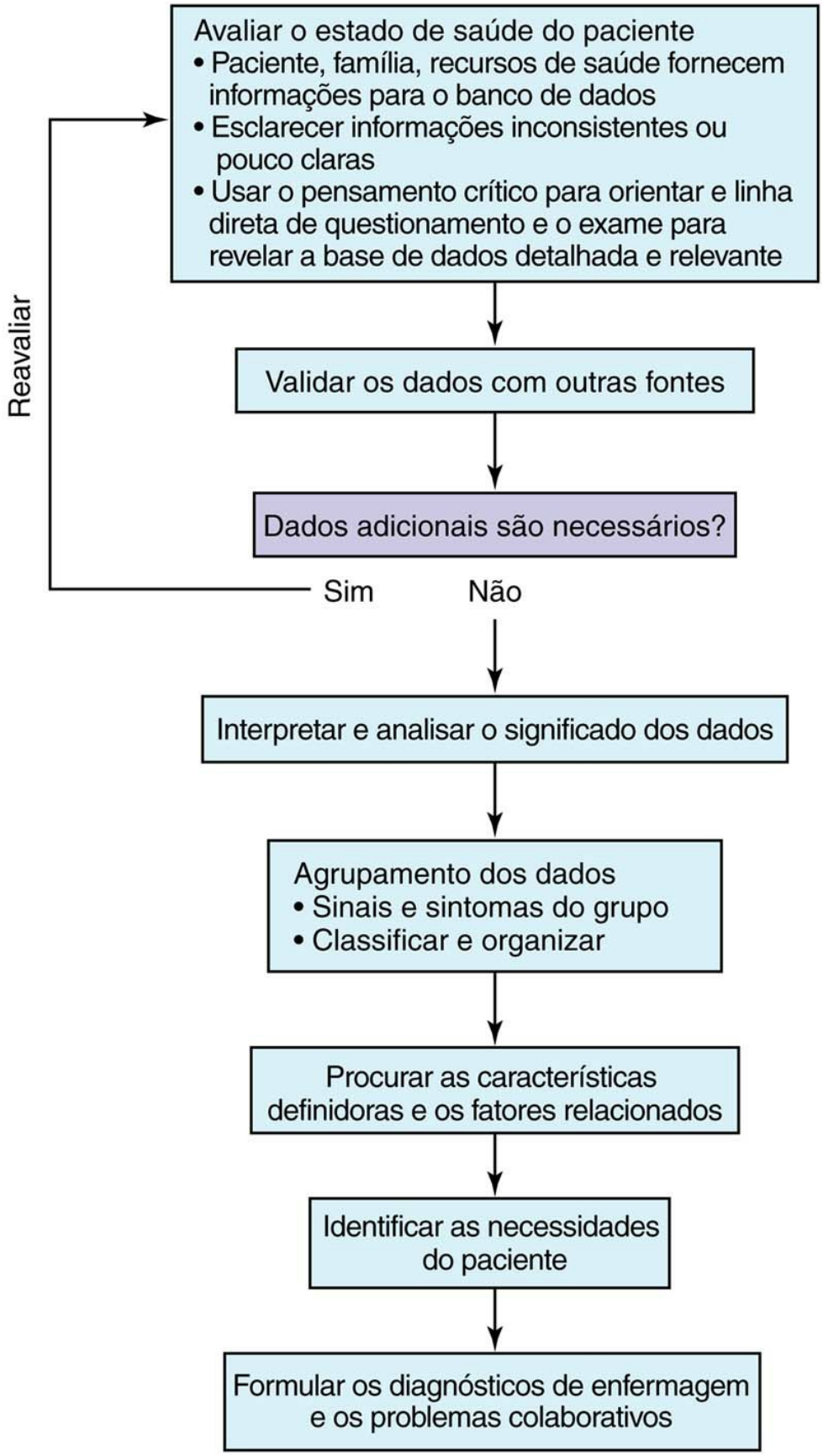

Avaliar o estado de saúde do paciente
• Paciente, família, recursos de saúde fornecem informações para o banco de dados
• Esclarecer informações inconsistentes ou pouco claras
• Usar o pensamento crítico para orientar e linha direta de questionamento e o exame para revelar a base de dados detalhada e relevante
Reavaliar
Validar os dados com outras fontes
Dados adicionais são necessários?
Sim
Não
Interpretar e analisar o significado dos dados
Agrupamento dos dados
• Sinais e sintomas do grupo
• Classificar e organizar
Procurar as características definidoras e os fatores relacionados
Identificar as necessidades do paciente
Formular os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos

FIGURA 17-2 Processo de diagnóstico de enfermagem.

Agrupamentos de Dados

Análise e interpretação dos dados de avaliação começam pela organização de todos os dados de um paciente em **agrupamentos de dados** significativos e utilizáveis. Um dado de agrupamento é um conjunto de pistas, sinais ou sintomas coletados durante a avaliação. Cada pista é um sinal objetivo ou subjetivo, sintoma ou fator de risco que, quando analisado com outros sinais, começa a levar a conclusões diagnósticas. Um enfermeiro coleta pistas intencionalmente ou não (Herdman & Kamitsuru, 2014). A avaliação intencional é a coleta deliberada de dados, por meio de exame físico ou entrevistas. A avaliação não intencional é uma forma de perceber pistas que são importantes, sem a intenção de sua realização (Herdman & Kamitsuru, 2014). Por exemplo, uma pista não intencional surge quando você observa uma careta no paciente quando vai ajudá-lo a sair do leito, ou ouvir o tom de voz de um paciente ao falar com um visitante. Você reconhece a existência de pistas e, em seguida, as agrupa, de uma forma lógica, para revelar como um paciente está respondendo a uma condição de saúde ou processo de vida. Durante o agrupamento de pistas, a sua análise o alerta para pensar menos sobre pontos e dados individuais começando a perceber a construção de um padrão. *Por exemplo, à medida que o Sr. Lawson começa a se recuperar de uma cirurgia, ele faz perguntas. O seu conhecimento sobre as restrições das atividades e os sinais de infecção é incerto. Tonya agrupa as pistas que ela aprendeu com o paciente, analisa as sugestões e reconhece o padrão de um problema de conhecimento*.

A análise e a interpretação dos dados envolvem o reconhecimento de padrões de dados agrupados, comparando-os com padrões prévios e chegando a uma conclusão fundamentada sobre a resposta de um paciente a um problema de saúde. A classificação da NANDA-I dos diagnósticos de enfermagem fornece os padrões para a distribuição dos dados para cada diagnóstico de enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2014). Estes padrões são as características definidoras ou

os fatores de risco, descritos anteriormente. As características definidoras são as pistas de avaliação observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem focado no problema ou de promoção da saúde. As pistas foram obtidas por meio de pesquisa para apoiar um diagnóstico específico de enfermagem aprovado pela NANDA-I. Cada diagnóstico de enfermagem focado no problema ou de promoção da saúde tem um conjunto identificado de características definidas que suportam a identificação do diagnóstico de enfermagem (Herdman & Kamitsuru, 2014). Seu reconhecimento de uma pista ou característica definidora como uma pista, com um significado especial, depende do seu conhecimento e da sua experiência. Você aprende a reconhecer padrões de características definidoras, comparar os dados atuais com os dados esperados para um diagnóstico de enfermagem e, em seguida, seleciona o diagnóstico correto.

Trabalhar com pacientes semelhantes, ao longo de certo período de tempo, o ajudará a reconhecer agrupamentos de características definidoras; mas lembre-se de que cada paciente é único, e requer uma abordagem diagnóstica individualizada. O Quadro 17-3 mostra dois exemplos de diagnósticos de enfermagem e suas características definidoras associadas. O primeiro diagnóstico, *Conhecimento Deficiente*, é um diagnóstico focado no problema. O segundo, *Disposição para o Conhecimento Avançado*, é um diagnóstico de promoção da saúde. As características definidoras, em ambos os casos, têm semelhanças, tais como comportamentos do paciente e informação autorreferida. No entanto, a *Conhecimento Deficiente* resulta da ausência ou deficiência de informações sobre um determinado tópico. O segundo diagnóstico, *Disposição para o Conhecimento Avançado*, se aplica quando um paciente deseja aprender mais sobre um determinado tópico. À medida que você agrupa as pistas e observa os agrupamentos formando padrões de dados, você confirma os seus dados com a sua fonte de informações sobre os diagnósticos NANDA-I.

Quadro 17-3 Exemplos de Diagnósticos de

Enfermagem com Aprovação Internacional NANDA com Características Definidoras

Diagnóstico: Conhecimento Deficiente	Diagnóstico: Disposição para o Conhecimento Avançado
Características Definidoras • Acompanhamento impreciso por meio de instrução • Desempenho inadequado em um teste • Comportamento inadequado (p. ex., histérico, hostil, agitado, apático) • Conhecimento insuficiente	*Características Definidoras* • Manifesta o desejo de aumentar ou melhorar a aprendizagem

De Herdman TH, Kamitsuru S (Editores): *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*, Oxford, 2014, Wiley Blackwell.

Quando as pistas de avaliação revelam os fatores de risco (isto é, os fatores que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo a um evento pouco saudável), você vai reconhecer padrões, comparar os padrões com os dados esperados para um diagnóstico de risco e, em seguida, selecionar o risco correto do diagnóstico de enfermagem.

Interpretação dos Dados

Ao analisar agrupamentos de características definidoras ou fatores de risco, você deve considerar as respostas de um paciente às condições de saúde. Sua interpretação da informação permite-lhe selecionar entre vários diagnósticos que podem ser aplicados ao seu paciente. Muitas vezes, há numerosos possíveis diagnósticos ou explicações a ser considerados (Herdman & Kamitsuru, 2014). Você compara as características definidoras ou os fatores de risco em seu banco de dados com os diagnósticos diferentes em NANDA-I. Para ser mais exato, deve rever todas as características ou fatores de risco, eliminar aqueles irrelevantes e confirmar os relevantes.

É fundamental selecionar a marca diagnóstica correta para as necessidades de um paciente. Geralmente, a partir do histórico de enfermagem para o diagnóstico, você caminha da informação geral

para a específica. Os padrões de pistas de avaliação para os quais você se direciona, na identificação de um problema de saúde geral, e a formulação do diagnóstico de enfermagem tornam-se o problema de saúde específico. *Por exemplo, depois de analisar o problema do Sr. Lawson com o conhecimento, Tonya começou a identificar os dados necessários para um diagnóstico de enfermagem específico,* ***Disposição para o Conhecimento Avançado***.

Muitas vezes, um paciente apresenta características definidoras ou fatores de risco que se aplicam em mais de um diagnóstico. Não existe uma regra de número necessário para formar um diagnóstico. Vai depender do diagnóstico. *No Capítulo 16, o Sr. Lawson relatou o seguinte: "Bem, o médico me disse que eu não seria capaz de levantar algo pesado por um tempo; não tenho certeza se entendi. Mas com a minha incisão do jeito que está, eu preciso fazer alguma coisa a respeito*?" Esta informação pode ser interpretada como o paciente relatando um problema, mas o paciente também manifesta interesse na aprendizagem, fazendo uma pergunta. Apenas com base nessas informações, Tonya pode escolher *Conhecimento Deficiente* ou *Disposição para o Conhecimento Avançado* em diagnósticos de enfermagem, mas ela revisou seus outros achados. *Tonya avaliou o conhecimento do Sr. Lawson do seu problema: "Você sabe quais são os sinais de infecção?" E a resposta do paciente foi: "Não tenho certeza a respeito, mas eu acho que iria doer mais". "É uma infecção comum?" A avaliação revelou a capacidade do Sr. Lawson em explicar o conhecimento do tópico da infecção da ferida*. Ao interpretar os dados para formar um diagnóstico, lembre-se de que a ausência de certas características definidoras sugere que você rejeite um diagnóstico sob consideração. *No mesmo exemplo, a falha da avaliação de Tonya em revelar um comportamento inadequado por parte do Sr. Lawson, e que não há comportamentos exagerados. Assim, é mais provável que no caso do Sr. Lawson a* ***Disposição para o Conhecimento Avançado*** *seja o diagnóstico correto*.

Enquanto se concentra nos padrões de características definidoras, compare o padrão dos dados de um paciente com a informação que é consistente com padrões normais e saudáveis. Use normas aceitas como base para comparação e julgamento, como os valores

laboratoriais e os testes diagnósticos, padrões profissionais e os limites anatômicos ou fisiológicos normais já estabelecidos. Ao comparar padrões, julgar se os sinais e sintomas agrupados são esperados para um paciente (p. ex., considerar a condição atual, história) e se estão dentro da faixa de respostas saudáveis. Isolar qualquer característica definidora, fora das normas saudáveis, permitirá que você possa identificar um problema específico.

Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, com o objetivo de obter resultados para os quais você, como um enfermeiro, é responsável (Herdman & Kamitsuru, 2014). Um diagnóstico de enfermagem centra-se em uma resposta real ou potencial do paciente a uma condição de saúde, em vez do caso fisiológico, complicação ou doença. A enfermeira não pode tratar, de forma independente, uma questão na área médica, tal como um tumor da próstata. *No entanto, Tonya administra cuidados pós-operatórios do Sr. Lawson, monitorizando a sua progressão pós-operatória e os cuidados da ferida, a administração de líquidos intravenosos e a medicação para evitar desenvolvimento de problemas colaborativos*. Problemas colaborativos ocorrem, ou provavelmente ocorrerão, em associação a um processo de doença específica, traumatismo ou de tratamento (Carpenito-Moyet, 2013). Por exemplo, *Tonya monitoriza o Sr. Lawson em um esforço para o impedir de desenvolver uma infecção*. Você precisa de conhecimentos de enfermagem para avaliar o risco específico de um paciente para estes problemas, identificando os problemas mais precocemente e tomando medidas preventivas (Fig. 17-3). O pensamento crítico é necessário na identificação de diagnósticos de enfermagem e de problemas colaborativos para que sejam individualizados, de forma adequada, os cuidados dos seu pacientes.

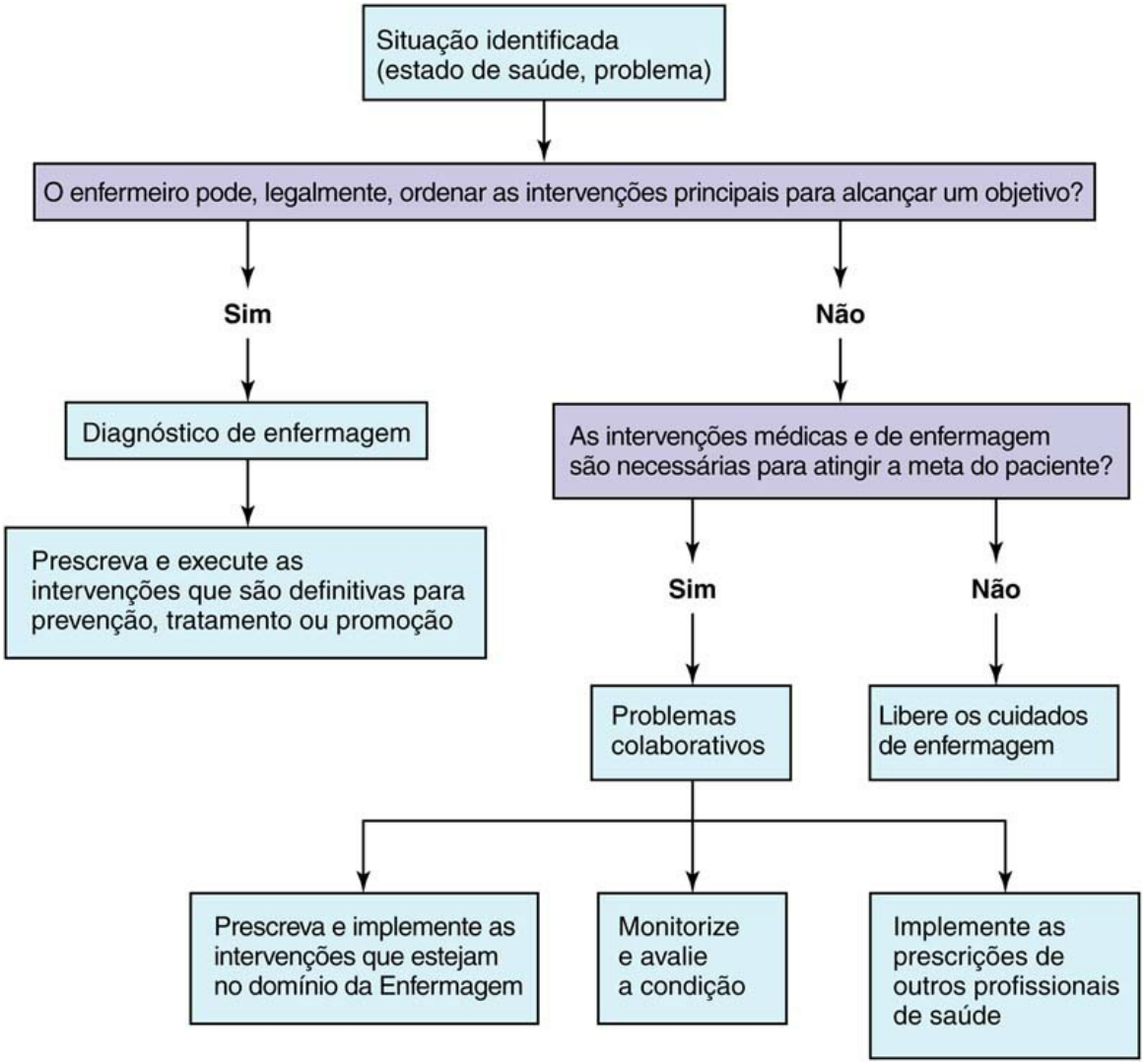


FIGURA 17-3 Diferenciando diagnósticos de enfermagem de problemas colaborativos. (©1990, 1988, 1985 Linda Juall Carpenito. Redesenhado de Carpenito LJ: *Nursing diagnosis: application to clinical practice*, 6. ed., Philadelphia, 1995, Lippincott.)

Formulação da Declaração de um Diagnóstico de Enfermagem

Depois de agrupar os dados do histórico de enfermagem e interpretar os seus significados, o seu objetivo é selecionar a declaração de diagnóstico de enfermagem correta. Se você fizer um diagnóstico de enfermagem incorreto, é provável que um paciente receba cuidados inadequados ou desnecessários. Por exemplo, a sua abordagem para

Dor Aguda relacionada com uma incisão cirúrgica será muito diferente da abordagem da *Dor Aguda* relacionada com uma lesão traumática. Uma declaração de diagnóstico de enfermagem exige que você identifique o diagnóstico correto com as características definidoras associadas ou os fatores de risco e um fator relacionado (quando aplicável).

O **rótulo diagnóstico** é o nome do diagnóstico de enfermagem como aprovado pela NANDA-I (Quadro 17-2). Ele descreve a essência de uma resposta do paciente às condições de saúde, em tão poucas palavras quanto possível. Todos os diagnósticos aprovados pela NANDA-I têm uma definição. A definição descreve as características da resposta humana identificada e ajuda a selecionar o diagnóstico correto. *Por exemplo, o Sr. Lawson foi submetido à cirurgia, seu caso está previsto para alta, e tem necessidades de autocuidado contínuo (tratamento de feridas, restrição das atividades), uma vez que ele retorna para o domicílio. Ele mostra interesse em aprender, e sua esposa está disposta e é capaz de ajudá-lo em casa*. A definição da *Disposição para o Conhecimento Avançado* é "um padrão de informação cognitivo relacionado a um tópico específico, ou a sua aquisição, que pode ser reforçada" (Herdman & Kamitsuru, 2014, p. 258). A definição ajuda a fornecer um contexto para a compreensão da avaliação da informação coletada sobre o conhecimento do Sr. Lawson, e é usada para fazer um diagnóstico final. Ao dispor de um diagnóstico no contexto da situação do paciente, ocorre um esclarecimento da natureza do problema de saúde de um paciente. *Tonya considerou a natureza da situação do Sr. Lawson e identificou o seu diagnóstico como* ***Disposição para o Conhecimento Avançado***.

Uma declaração completa de diagnóstico incluirá também um fator relacionado (apropriado para alguns diagnósticos de promoção da saúde baseados em problemas). Você identifica o fator relacionado a partir da avaliação dos dados do paciente. O fator relacionado está associado com a resposta real ou potencial de um paciente com um problema de saúde e pode se alterar usando intervenções específicas de enfermagem (Tabela 17-1). Fatores relacionados aos diagnósticos da NANDA-I incluem quatro categorias: fisiopatológicos (biológicos

ou psicológicos), os relacionados com o tratamento, situacional (ambiental ou pessoal) e de maturação (Carpenito-Moyet, 2013). O termo "relacionado com" não é uma declaração de causa e efeito. Isto indica que a etiologia contribui para ou está associada com o diagnóstico do paciente (Fig. 17-4). *Tonya selecionou a alta hospitalar iminente como fator relacionado com a necessidade de autocuidado, porque explica a resposta do Sr. Lawson a um problema de conhecimento*. Neste caso, a adição do fator relacionado com o diagnóstico de promoção da saúde fornece uma etiologia que pode ser direcionada por meio de instruções. *Quando Tonya estiver pronta para implementar o seu plano de cuidados e selecionar as intervenções de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem conciso, com o fator relacionado, permitirá selecionar as terapias para envolver ativamente o paciente e sua esposa em uma orientação pós-operatória*.

Tabela 17-1

Comparação de Intervenções para Diagnóstico de Enfermagem com Diferentes Fatores Relacionados

Diagnósticos de Enfermagem	Fator Relacionado	Intervenções
Paciente A		
Ansiedade	Incerteza sobre a cirurgia	Fornecer instruções detalhadas sobre o procedimento cirúrgico, o processo de recuperação e as atividades de cuidados pós-operatórios. Planejar o tempo formal para o paciente fazer perguntas.
Mobilidade Física Comprometida	Dor aguda	Administrar analgésicos 30 minutos antes do exercício planejado. Instruir o paciente em como usar uma tala no local da dor durante a atividade.
Paciente B		
Ansiedade	Perda do emprego	Consultar o assistente social para providenciar aconselhamento de trabalho. Incentivar paciente a continuar as atividades de promoção da saúde (p. ex., exercícios, atividades sociais rotineiras)
Mobilidade Física Comprometida	Lesão musculoesquelética	O paciente deve realizar exercícios ativos de amplitude de movimento na extremidade afetada a cada 2 horas. Instruir o paciente ao uso de muleta de três apoios na marcha.

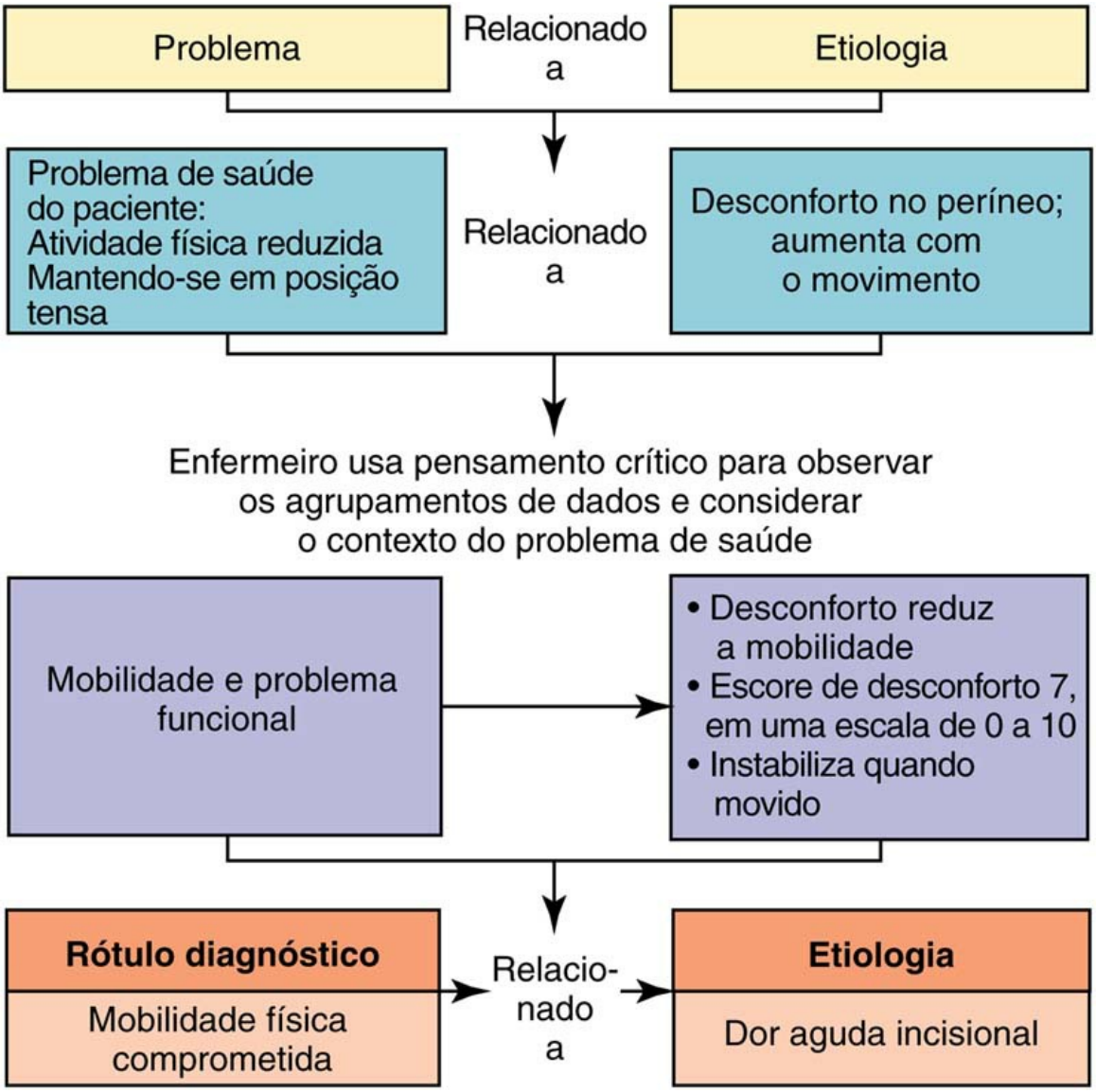


FIGURA 17-4 Relação entre um rótulo diagnóstico e os fatores relacionados (etiologia).

Ao comunicar um diagnóstico de enfermagem, quer através de discussões com colegas de cuidados de saúde ou por meio da documentação dos seus cuidados, use a linguagem adotada dentro da instituição. A maioria das configurações usa um formato em duas partes na rotulação da promoção da saúde e nos diagnósticos de enfermagem focados no problema: o rótulo de diagnóstico NANDA-I seguido pela declaração de um fator relacionado (Tabela 17-2). O formato em duas partes fornece um diagnóstico significativo e uma relevância para um determinado paciente (Tabela 17-3).

Tabela 17-2

Formato de Diagnóstico de Enfermagem Internacional NANDA em Duas Partes

Rótulo Diagnóstico	Exemplos de Fatores Relacionados
Dor Aguda	Biológico (p. ex., o fluxo de sangue limitado para um órgão), químico (queimaduras na pele), físico (lesão traumática, traumatismo da incisão cirúrgica) ou agentes de prejuízo psicológico (estresse traumático primário). Exemplo: *Dor Aguda* associada a traumatismo da incisão cirúrgica.
Mobilidade Física Comprometida	Intolerância à atividade, diminuição da força muscular, rigidez articular, atividade associada à crença cultural, desnutrição, dor. Exemplo: *Mobilidade Física Comprometida* relacionada com a dor incisional.
Memória Comprometida	Alteração do volume de líquido, anemia, diminuição do débito cardíaco, comprometimento neurológico. Exemplo: *Comprometimento da Memória* relacionada à desidratação.

Tabela 17-3

Desenvolvimento de um Rótulo de Diagnóstico de Enfermagem em Duas Partes

Atividades de Avaliação	Características Definidoras (Pistas de Agrupamentos)	Etiologia ("Relacionada a")	Diagnóstico de Enfermagem
Solicitar ao paciente que avalie a gravidade da dor em uma escala de 0 a 10.	Relatório verbal da dor em um nível de 7	Físico; inchaço do trauma incisional	**Dor Aguda** associada a um traumatismo da incisão
Observar o posicionamento do paciente no leito.	Manter-se deitado, evitando se virar no leito		
Pedir ao paciente para descrever o que ele sabe sobre a cirurgia.	Nenhum conhecimento sobre os cuidados da ferida operatória	Inexperiente; primeira vez a se submeter à cirurgia	**Disposição para Conhecimento Avançado**
Observar as suas interações.	Faz perguntas sobre as restrições de atividade; mostra interesse em aprender o que esperar		
Questionar o papel da esposa nos cuidados pós-operatórios e o nível de conhecimento dela.	Esposa presta apoio no domicílio; nenhum conhecimento de como cuidar da ferida		

No entanto, algumas instituições preferem um rótulo de diagnóstico

de enfermagem em três partes. Neste caso, o rótulo de diagnóstico consiste no rótulo NANDA-I, no fator relacionado e nas características definidoras (Ackley & Ladwig, 2011). NANDA-I acredita que um diagnóstico de enfermagem focado no problema, incluindo um rótulo diagnóstico e o fator relacionado como exibido pelas características definidoras, seja a melhor prática (Herdman & Kamitsuru, 2014). Esta estrutura torna um diagnóstico ainda mais específico para o paciente. Ao longo deste texto será mais comum encontrar a declaração de diagnóstico em duas partes, para incluir o rótulo diagnóstico e o fator relacionado.

Para escrever um diagnóstico de enfermagem em três partes, a sigla PES, que significa *p*roblema, *e*tiologia e *s*intomas, é útil.

- **P** (problema) – rótulo NANDA-I – Exemplo: *Mobilidade Física Comprometida*.
- **E** (etiologia ou fator relacionado): Exemplo: dor na incisão.
- **S** (sintomas ou características definidoras) – Listas resumidas definindo as características que mostram evidências do problema de saúde. Exemplo: evidenciado pela restrição de mobilidade e de posicionamento.

A declaração de diagnóstico completo em três partes: *Mobilidade Física Comprometida*, relacionada à dor na incisão, como evidenciado pela restrição de mobilidade e de posicionamento.

Relevância Cultural dos Diagnósticos de Enfermagem

Quando você seleciona diagnósticos de enfermagem, considere em seus pacientes a diversidade cultural, incluindo valores, crenças, práticas de saúde, etnia e gênero (Cap. 9). Isso também inclui conhecer as diferenças culturais que afetam a forma como os pacientes definem a saúde e a doença e os seus pedidos ou opções para o tratamento. Por exemplo, Lai et al. (2013) exploraram como os diagnósticos de enfermagem NANDA-I afetam a qualidade dos profissionais de enfermagem, a partir da perspectiva dos enfermeiros de Taiwan. Seus trabalhos descobriram que certos diagnósticos eram de difícil

aplicabilidade para os enfermeiros, considerando as crenças culturais de um estabelecimento de saúde tradicional chinês, que enfatiza a harmonia holística e o equilíbrio. Os diagnósticos de enfermagem são, internacionalmente, aceitos como parte dos cuidados de enfermagem sistemáticos e individualizados (Herdman & Kamitsuru, 2014; ANA, 2010). No entanto, é importante considerar a cultura de seu paciente e a sua própria competência cultural para identificar, com precisão, os problemas de saúde de um paciente.

Considere o exemplo do diagnóstico de enfermagem de *Estilo de Vida Sedentário*. A definição para o diagnóstico é o relato de um paciente a respeito do hábito de vida que é caracterizado por um baixo nível de atividade física (Herdman & Kamitsuru, 2014). Seria fácil aplicar o viés cultural na seleção deste diagnóstico de um paciente, dependendo de seus próprios hábitos de exercício e os valores que você mantém em relação a um comportamento saudável. No entanto, a definição para o diagnóstico salienta "o relato do paciente". A seleção inadequada desse diagnóstico, com base em seus valores ou crenças, resulta, potencialmente, na implementação de intervenções que um paciente provavelmente não vai aceitar. Considere fazer estas perguntas ao estabelecer diagnósticos de enfermagem culturalmente competentes:

- Como é que este problema de saúde afeta você e a sua família?
- O que você acha que vai ajudar ou corrigir o problema?
- O que o preocupa mais sobre este problema?
- O que você espera de nós, seus enfermeiros, para ajudar a preservar alguns de seus valores e práticas para se manter saudável?
- Quais as práticas culturais que você observa para manter você e a sua família?

Quando você faz perguntas como essas, você usa uma abordagem centrada no paciente que permite que você veja a situação de saúde de um paciente através de seus olhos. Isto é necessário para identificar sinais relevantes relativos a um problema de saúde do paciente. Ao fazer um diagnóstico de enfermagem, considere de que forma a cultura influencia o fator relacionado à declaração do diagnóstico. Por

exemplo, o *não cumprimento* relacionado com o sistema de valores do paciente reflete uma conclusão diagnóstica, que considera as necessidades culturais únicas de um paciente.

Mapeamento conceitual no diagnóstico de enfermagem

No Capítulo 16 você aprendeu como o mapeamento conceitual oferece um olhar gráfico para as relações entre vários problemas de saúde do paciente. Uma vez que você ingressa na prática como enfermeiro graduado, você vai cuidar de múltiplos pacientes. Então se torna especialmente difícil priorizar e focalizar nos diagnósticos de todos os doentes. Um mapa conceitual ajuda a pensar criticamente acerca de diagnósticos de um paciente e como eles se relacionam entre si (Chabeli, 2010; Pilcher, 2011). Mapeamento conceitual ajuda a organizar a ligação dos dados sobre diagnósticos de múltiplos pacientes, de uma forma lógica. Ele graficamente representa as conexões entre os conceitos (p. ex., diagnósticos de enfermagem e as intervenções, mais tarde, selecionadas) que dizem respeito a um assunto central (p. ex., os problemas principais de saúde do paciente).

Na Figura 17-5, no mapa conceitual do Sr. Lawson, Tonya usa dados coletados a partir de sua avaliação sobre o Sr. Lawson e agora substitui padrões de problemas por diagnósticos de enfermagem. *A avaliação de Tonya incluiu a perspectiva do Sr. Lawson de seus problemas de saúde e os dados objetivos e subjetivos que ela coletou, por meio da observação e do exame. Ela validou os resultados e adicionou ao banco de dados, à medida que ela ia obtendo novas informações. À medida que Tonya começa a ver os padrões das características definidoras, ela coloca rótulos para identificar três diagnósticos de enfermagem que se aplicam ao Sr. Lawson. Ela também foi capaz de ver a relação entre os diagnósticos e conectá-la no mapa conceitual. Se o Sr. Lawson não obtém alívio da dor, Tonya sabe, a partir de sua experiência no atendimento de pacientes com* ***Dor Aguda****, que ele não vai estar atento ou receptivo aos seus esforços para educá-lo sobre cuidados em casa. Tonya quer oferecer instrução sobre cuidados pós-operatórios, uma intervenção que será planejada, mais tarde, sobre a* ***Disposição para Conhecimento Avançado****. O risco do paciente para a infecção requer que Tonya aborde estratégias de prevenção de infecção, junto com o tratamento de*

feridas e de restrições das atividades, ao instruir o Sr. e a Sra. Lawson.

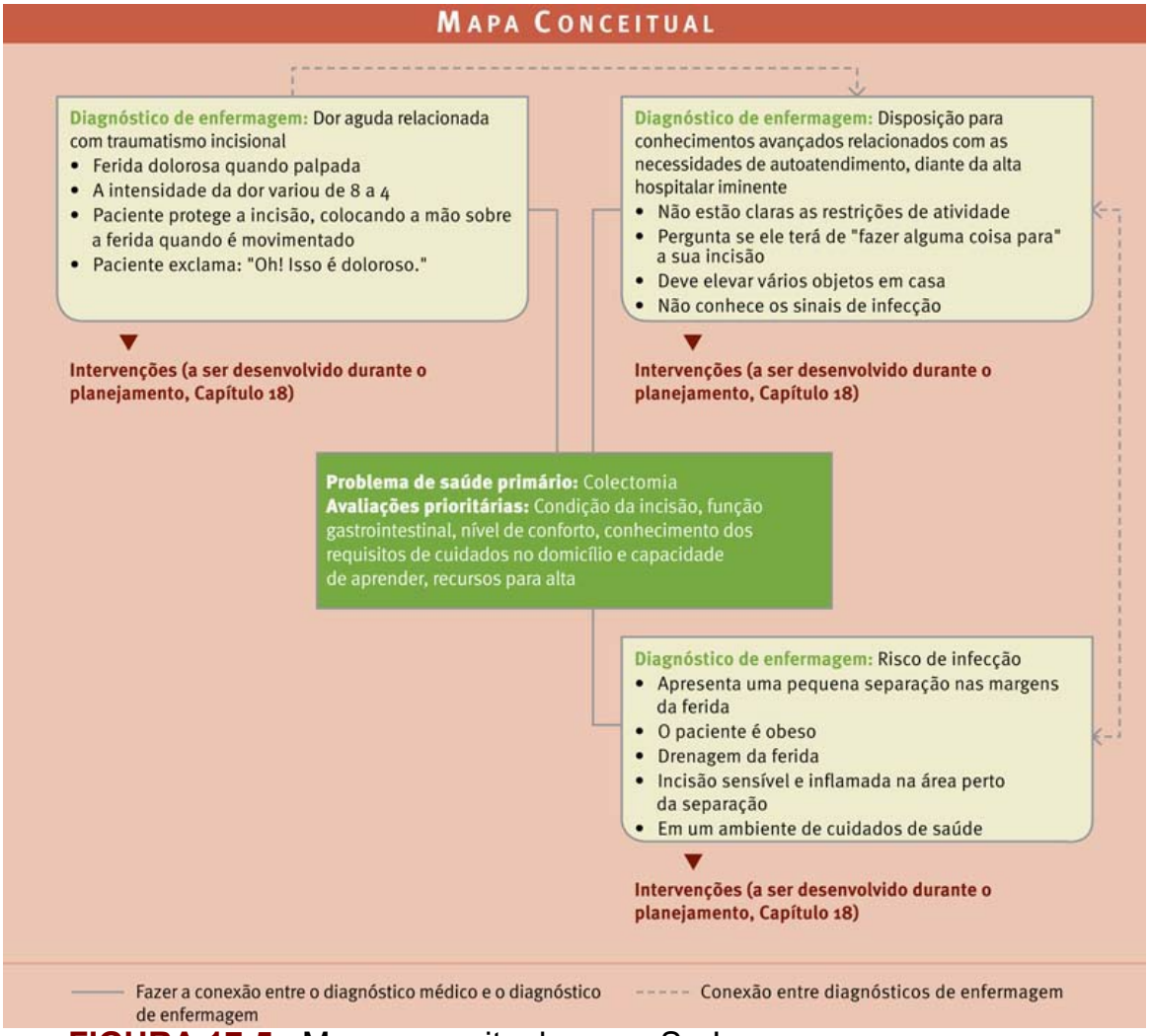


FIGURA 17-5 Mapa conceitual para o Sr. Lawson: Diagnóstico de enfermagem.

O mapeamento conceitual organiza e articula a informação para permitir que você perceba um holismo dinâmico e a complexidade dos cuidados do paciente individualizado. A vantagem de um mapa conceitual é o seu foco central em um paciente, em vez da doença ou da alteração da saúde. Isso incentiva estudantes de enfermagem a se concentrarem em problemas específicos de saúde dos pacientes e nos diagnósticos de enfermagem. O foco também promove a participação do paciente como eventual plano de cuidados.

Fontes de erros diagnósticos

Os erros ocorrem no processo de diagnóstico de enfermagem, durante a avaliação, agrupamentos e interpretação e, ainda, ao fazer declaração de diagnóstico de enfermagem (Quadro 17-4). Precisão na seleção de diagnósticos de enfermagem requer um pensamento crítico metódico.

Quadro 17-4 Fontes de Erro Diagnóstico

Coletando

- Falta de conhecimento ou de habilidade
- Dados imprecisos
- Falta de dados
- Desorganização
- Falha para validar

Interpretando

- Interpretação errada das pistas
- Falha ao considerar sinais conflitantes
- Usando um número insuficiente de pistas
- Usando sinais não confiáveis ou inválidos
- Falha em considerar influências culturais ou estágio de desenvolvimento

Agrupando

- Agrupamento insuficiente de pistas
- Encerramento prematuro ou precoce
- Agrupamento incorreto

Rotulando

- Selecionando rótulo de diagnóstico errado
- Evidência de que outro diagnóstico seria mais provável
- Condição é um problema colaborativo
- Falha em validar o diagnóstico de enfermagem com o paciente
- Falha em procurar orientação

Erros na Avaliação

Durante o histórico de enfermagem (Cap. 16) seja bem-informado, completo e hábil. Evite dados incorretos ou incompletos e colete dados de uma forma organizada (Cap. 31). Por exemplo, se um paciente descreve um problema na deglutição, reúna dados sobre os tipos de alimentos que o paciente pode ou não pode comer; se existe dor na boca ou na faringe; uma descrição completa da dor; e, se alguma coisa melhora a deglutição. Seja exaustivo na avaliação aplicável ao problema. A aplicação de padrões intelectuais para o pensamento crítico vai ajudá-lo a coletar a informação abrangente que você necessita.

Erros na Interpretação e na Análise de Dados

Após a avaliação, reveja o seu banco de dados para decidir se está preciso e completo. Valide os dados físicos mensuráveis, os achados físicos objetivos que suportam os dados subjetivos. Por exemplo, quando um paciente relata "dificuldade de respirar", você também ouve sons pulmonares, mede a frequência respiratória e a excursão do tórax do paciente (Cap. 31). Quando não for possível validar os dados, eles sinalizam uma relação imprecisa entre as pistas clínicas e o diagnóstico de enfermagem. Comece a interpretação por meio da identificação e da organização de padrões de avaliação relevantes, para apoiar a presença dos problemas do paciente. Tenha o cuidado de considerar pistas conflitantes ou decidir se há sinais insuficientes para formar um diagnóstico. É importante considerar o viés cultural de um paciente ou o seu estágio de desenvolvimento ao interpretar o significado das pistas. Por exemplo, um paciente do sexo masculino

pode expressar a dor de forma diferente de um paciente do sexo feminino. Assim, interpretando mal a forma pela qual um paciente do sexo masculino expressa a dor, poderia facilmente levar a um diagnóstico impreciso.

Erros no Agrupamento dos Dados

Os erros ocorrem quando você agrupa os dados prematuramente, incorretamente, ou de forma incompleta. Um agrupamento precoce ocorre quando você faz um diagnóstico de enfermagem antes de agrupar todos os dados. Por exemplo, um paciente apresenta incontinência urinária e afirma que tem disúria. Você agrupa os dados disponíveis e identifica a *Eliminação Comprometida da Urina* como um diagnóstico de enfermagem provável. Um agrupamento incorreto ocorre quando você tenta fazer um diagnóstico se ajustar aos sinais e sintomas que você obtém. Nesse exemplo, uma avaliação, mais adiante, revela que o paciente também apresenta distensão da bexiga, com dificuldade miccional; o diagnóstico correto é *Retenção Urinária*. Sempre identificar um diagnóstico de enfermagem a partir dos dados, não o inverso. Um diagnóstico de enfermagem incorreto afeta a qualidade da assistência ao paciente.

Erros na Declaração Diagnóstica

O raciocínio clínico leva a um nível de diagnóstico de enfermagem de maior qualidade e que, eventualmente, conduz a intervenções específicas para a etiologia e melhora os resultados dos pacientes (Muller-Staub et al., 2008). A seleção correta de uma declaração diagnóstica é mais provável que resulte na seleção apropriada de intervenções e de resultados (Herdman & Kamitsuru, 2014) durante o planejamento e a implementação (Caps. 18 e 19). Reduza os erros selecionando uma linguagem adequada, concisa e precisa, usando terminologia NANDA-I. Certifique-se de que a parte da etiologia da declaração diagnóstica está inserida do âmbito da enfermagem para diagnosticar e tratar. Diretrizes adicionais para reduzir os erros na declaração diagnóstica seguem:

1. Identificar a resposta de um paciente e não o diagnóstico médico (Carpenito-Moyet, 2013). Pelo fato de que um diagnóstico médico exige intervenções médicas, é legalmente desaconselhável incluí-lo no diagnóstico de enfermagem. Alterar o diagnóstico de *Dor Aguda* relacionada à colectomia para *Dor Aguda* associada ao traumatismo de uma incisão cirúrgica.
2. Identificar uma declaração diagnóstica NANDA-I, em vez do sintoma. Identificar os diagnósticos de enfermagem de um agrupamento de características definidas e não, apenas, um único sintoma. Uma característica definidora é insuficiente para a identificação do problema. Por exemplo, dispneia, por si só, não leva, definitivamente, a um diagnóstico. No entanto, o padrão de dispneia, a redução da excursão do tórax e uma frequência respiratória alta são características que definem e que levam ao diagnóstico de um *Padrão Respiratório Ineficaz*. Se um paciente apresenta dor torácica intensa, resultante de uma fratura na costela, o diagnóstico final será *Padrão Respiratório Ineficaz* relacionado com a dor torácica.
3. Identificar um fator relacionado tratável ou fator de risco, em vez de um sinal clínico ou problema crônico que não é tratável por meio de intervenção de enfermagem. Um fator relacionado preciso permite que você selecione as intervenções de enfermagem direcionadas para corrigir a etiologia do problema ou minimizar o risco de um paciente. Um teste diagnóstico ou uma disfunção crônica não é uma etiologia ou uma condição que uma intervenção de enfermagem seja capaz de tratar. Um paciente com costelas fraturadas provavelmente apresenta dor quando inspira; comprometimento da excursão da caixa torácica; e, respirações superficiais. Uma radiografia do tórax pode mostrar atelectasia (colapso dos sacos aéreos alveolares) na área afetada. O diagnóstico de enfermagem de *Padrão Respiratório Ineficaz* relacionado à respiração superficial é uma declaração diagnóstica incorreta. *Padrão Respiratório Ineficaz* relacionado com dor torácica devido à fratura de costela é mais preciso.
4. Identificar um problema causado pelo tratamento ou estudo

diagnóstico em vez do tratamento ou do próprio estudo. Pacientes experimentam muitas respostas aos testes de diagnóstico e tratamentos médicos. Estas respostas são a área de preocupação da enfermagem. O paciente que apresenta angina e está programado para um cateterismo cardíaco possivelmente tem um diagnóstico de enfermagem de *Ansiedade* relacionada à falta de conhecimento sobre o teste cardíaco. Um diagnóstico incorreto é *Ansiedade* relacionada ao cateterismo cardíaco.

5. Identificar uma resposta do paciente ao equipamento em vez do próprio equipamento. Os pacientes não estão, muitas vezes, familiarizados com a tecnologia médica e a sua utilização. O diagnóstico de *Conhecimento Deficiente* sobre a necessidade de monitorização cardíaca é preciso, em comparação com a declaração de *Ansiedade* relacionada com monitor cardíaco.
6. Identificar os problemas de um paciente, em vez dos problemas com cuidados de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem são sempre centrados no paciente e formam a base para os cuidados dirigidos para o objetivo. Considere um paciente com um cateter intravenoso periférico. As *Complicações Intravenosas Potenciais* relacionadas a um pobre acesso vascular indica um problema de enfermagem em iniciar e manter a terapia intravenosa. O diagnóstico de *Risco de Infecção*, de forma adequada, centraliza a atenção sobre as necessidades potenciais do paciente.
7. Identificar um problema do paciente, em vez de uma intervenção de enfermagem. Você planeja intervenções de enfermagem, após a identificação de um diagnóstico de enfermagem. A intervenção, "a oferta de um coletor de fezes, frequentemente, por causa de padrões de eliminação alterados", não é uma declaração diagnóstica. Em vez disso, com os dados de avaliação adequados, a correta declaração diagnóstica seria *Diarreia* relacionada com intolerância alimentar. Esta declaração corrige a distorção e permite a aplicação adequada do processo de enfermagem. Intervenções mais adequadas são selecionadas, em vez de uma única intervenção, que, por si só, não vai resolver o

problema.

8. Identificar um problema do paciente e não o objetivo do cuidado. Você estabelece metas, durante a etapa de planejamento do processo de enfermagem (Cap. 18). Metas com base na identificação precisa de um problema do paciente servem de base para determinar a resolução do problema. Alterar a declaração meta-formulada: "O paciente necessita de dieta com alto teor de proteína relacionada a uma alteração potencial na nutrição", para *Desequilíbrio Nutricional: Menos do que as Necessidades Corporais* relacionado à ingestão inadequada de proteínas.
9. Realize julgamentos profissionais, em vez de julgamentos preconceituosos. Diagnósticos de enfermagem devem ser baseados em dados subjetivos e objetivos do paciente e não incluir as suas crenças e valores pessoais. Remover o seu julgamento do *Comprometimento da Integridade da Pele* relacionado aos maus hábitos de higiene, alterando o diagnóstico de enfermagem para ler o *Comprometimento da Integridade da Pele* relacionado ao conhecimento inadequado sobre os cuidados perineais.
10. Evitar declarações legalmente desaconselháveis (Carpenito-Moyet, 2013). Declarações que implicam culpa, negligência ou imperícia têm o potencial de conduzir a uma ação judicial. A declaração "*Dor Aguda* relacionada à medicação insuficiente" sugere uma prescrição inadequada pela pessoa que presta os cuidados de saúde. A identificação correta do problema é *Dor aguda* relacionada à baixa adesão ao cronograma de analgésicos.
11. Identifique o problema e a etiologia para evitar uma declaração circular. Declarações circulares são vagas e não dão sentido aos cuidados de enfermagem. Alterar a avaliação: "*Comprometimento do Padrão Respiratório* relacionado com a respiração superficial", para identificar o problema real do paciente e a sua causa, o *Padrão Respiratório Ineficaz* relacionado à dor no local da incisão.
12. Identificar apenas um problema do paciente na declaração diagnóstica. Todo problema apresenta diferentes resultados

específicos esperados (Cap. 18). A confusão durante a etapa de planejamento ocorre quando você inclui vários problemas em um diagnóstico de enfermagem. Por exemplo, *Dor* e *Ansiedade* relacionadas com a dificuldade na deambulação são dois diagnósticos de enfermagem combinados em uma declaração diagnóstica. Uma declaração mais precisa seria estabelecer dois diagnósticos distintos: *Comprometimento da Mobilidade Física* relacionado com a dor no joelho direito e *Ansiedade* relacionada com a dificuldade na deambulação. É admissível incluir múltiplas etiologias que contribuam para um problema do paciente, como um *Luto Complicado* relacionado com a doença terminal diagnosticada e alteração no papel da família.

Documentação e informática

Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem de um paciente, eles devem ser inseridos no plano de cuidados escritos ou no prontuário eletrônico de informação da instituição de saúde (EHR). O estado da arte EHRs contém diagnósticos de enfermagem com diagnósticos, intervenções e resultados, fatores relacionados ou de risco e características definidoras, aprovados pela NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2014). Um enfermeiro entra com os dados de avaliação no EHR e o computador auxilia, organizando os dados em agrupamentos, que melhoram a capacidade de selecionar diagnósticos precisos. Uma vez que os diagnósticos são selecionados, o sistema informatizado irá direcionar o enfermeiro a selecionar os resultados e as opções de intervenção para um paciente. Isso leva à construção de um plano de cuidados mais teoricamente baseado.

Existem instituições com EHRs que não usam a terminologia da NANDA-I. Isso torna mais entediante a entrada dos diagnósticos NANDA-I. Contudo, é importante saber as razões pelas quais se deve usar a terminologia NANDA-I em uma entrada de registro médico (Herdman & Kamitsuru, 2014):

- Os diagnósticos NANDA-I têm uma base ampla na literatura, com muitos diagnósticos baseados em evidências. A segurança do paciente requer documentação precisa dos problemas de saúde.
- As classificações NANDA-I são as mais abrangentes.
- Os diagnósticos NANDA-I estão sob refinamento e desenvolvimento contínuos, por enfermeiros profissionais.

Em uma instituição, a lista de diagnósticos de enfermagem está disposta cronologicamente, à medida que você os identifica. Ao iniciar um plano original de cuidados, disponha o diagnóstico de enfermagem de maior prioridade em primeiro lugar. Isso irá depender da condição do paciente e da natureza do diagnóstico de enfermagem. Posteriormente adicione diagnósticos de enfermagem à lista. Registre a data do diagnóstico de enfermagem no momento do início do processo. Quando cuidar de um paciente, reveja a lista e

identifique o diagnóstico de enfermagem de maior prioridade, independente da ordem cronológica.

Diagnóstico de enfermagem: aplicação ao planejamento dos cuidados

O diagnóstico de enfermagem é um meio universal para comunicação entre enfermeiros profissionais envolvendo outras disciplinas de cuidados de saúde. Os diagnósticos dirigem o processo de planejamento e a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar os resultados desejados para os pacientes. Assim, da mesma forma que um diagnóstico médico de diabetes leva uma pessoa que presta os cuidados de saúde a prescrever uma dieta com baixo teor de carboidratos e medicação para controle da glicemia, o diagnóstico de enfermagem *Comprometimento da Integridade da Pele* direciona um enfermeiro para aplicar uma superfície de apoio no leito de um paciente e iniciar uma estratégia de mobilização no leito. No Capítulo 18 você vai aprender de que forma a unificação da linguagem da NANDA-I com a da Nursing Interventions Classification (NIC) e da Nursing Outcomes Classification (NOC) facilita o processo de correspondência de diagnósticos de enfermagem levando a intervenções e resultados precisos e adequados. O planejamento de cuidados (Cap. 18) é um mapa de cuidados de enfermagem e demonstra a sua responsabilidade para a assistência ao paciente. Ao fazer diagnósticos de enfermagem precisos, o seu planejamento de cuidados comunicará, posteriormente, os problemas de saúde de um paciente para outros profissionais e garantirá que você selecionou intervenções de enfermagem relevantes e adequadas.

Pontos-chave

- O processo diagnóstico constitui um julgamento clínico que envolve a revisão das informações de avaliação, o reconhecendo de pistas, o agrupamento de pistas em padrões de dados e a identificação de problemas de cuidados de saúde específicos de um paciente.
- As conclusões diagnósticas incluem problemas tratados,

principalmente, por enfermeiros (diagnósticos de enfermagem) e aqueles que necessitam de tratamento por várias disciplinas (problemas colaborativos).

- Enfermeiros administram os problemas de colaboração usando intervenções de saúde médicas e de enfermagem associadas.
- O uso de declarações diagnósticas de enfermagem padrão formal prevê uma definição precisa do problema de um paciente que confere aos enfermeiros e a outros membros da equipe de cuidados de saúde uma linguagem comum para compreensão das necessidades do paciente.
- A análise e a interpretação dos dados envolvem o reconhecimento de padrões de dados em agrupamentos, comparando-os com padrões tais como a classificação NANDA-I de diagnósticos de enfermagem e as características definidoras e chegando a uma conclusão fundamentada sobre a resposta de um paciente a um problema de saúde.
- O diagnóstico preciso dos problemas do paciente garante a seleção de intervenções de enfermagem mais eficazes e eficientes.
- Características definidoras são pistas clínicas subjetivas e objetivas que um enfermeiro coleta intencionalmente ou não, as agrupa e utiliza para chegar a uma conclusão diagnóstica.
- Quando uma avaliação revela características definidoras que se aplicam a mais de um diagnóstico de enfermagem, devem-se reunir mais informações para esclarecer a sua interpretação.
- Ausência de características definidoras sugere que você deve rejeitar um diagnóstico proposto.
- Um diagnóstico de enfermagem com foco no problema, em geral, é escrito em um formato de duas partes, incluindo um rótulo diagnóstico e um fator etiológico ou relacionado.
- Uma declaração diagnóstica de três partes inclui características definidoras que se aplicam à condição de um paciente.
- Avaliando as diferenças culturais que afetam o modo como os pacientes definem saúde e doença e como desejam ou optam por serem tratados ajudará a obter conclusões diagnósticas corretas.

- O fator "relacionado ao" de uma declaração diagnóstica ajudará você a individualizar o diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde focada no problema e fornecerá orientação para a sua seleção de intervenções adequadas.
- Os fatores de risco servem como pistas para indicar que um diagnóstico de enfermagem de risco se aplica à condição de um paciente.
- Um mapa conceitual é uma representação visual de um diagnóstico de enfermagem de um paciente e sua relação com o outro.
- Erros diagnósticos de enfermagem ocorrem por erros na avaliação, na interpretação e análise de dados, no agrupamento de dados ou na declaração diagnóstica.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Um enfermeiro identificou que um paciente apresenta dificuldades em se virar no leito, move-se lentamente quando posicionado em uma cadeira e revela falta de ar após uma caminhada de ida e volta do banheiro. O paciente está internado no hospital há mais de 4 dias. Escreva uma declaração de diagnóstico de enfermagem, em três partes, usando o formato PES.
2. Comente o seguinte diagnóstico de enfermagem focado no problema e identifique os diagnósticos que são indicados corretamente. (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. *Integridade Comprometida da Pele* relacionada à imobilidade física.
    2. *Fadiga* relacionada a doenças cardíacas.
    3. *Náusea* relacionada à distensão gástrica.
    4. Necessidade de melhorar a *Integridade da Mucosa Oral* relacionada com a mucosa inflamada.

5. *Risco de Infecção* relacionado à cirurgia.

3. Um enfermeiro avalia os dados coletados sobre a capacidade de um paciente de lidar com a perda. O enfermeiro compara as características definidoras de *Cuidados Ineficazes* com aquelas de *Disposição para Cuidados Avançados* e escolhe *Cuidados Ineficazes* como o diagnóstico correto. Este é um exemplo de que o enfermeiro está evitando um erro em: (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
   1. Coleta dos dados.
   2. Agrupamento dos dados.
   3. Interpretação dos dados.
   4. Fazer uma declaração diagnóstica.
   5. Estabelecimento de metas.
4. O diagnóstico de enfermagem *Comprometimento Parental* relacionado com o retardo de desenvolvimento da mãe, é um exemplo de um:
   1. Diagnóstico de enfermagem de risco.
   2. Diagnóstico de enfermagem focado no problema.
   3. Diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde.
   4. Diagnóstico de enfermagem de bem-estar.
5. Um enfermeiro entrevistou e realizou um exame físico do paciente. Entre os dados de avaliação, o enfermeiro observou um aumento da frequência respiratória, relato do paciente em relação à dificuldade de respirar quando deitado e uma respiração frenolabial. Este conjunto de dados é um exemplo de:
   1. Conjunto de dados colaborativos.
   2. Rótulo diagnóstico.
   3. Fatores relacionados.
   4. Agrupamento de dados.
6. Em qual dos seguintes exemplos os enfermeiros estão cometendo erros diagnósticos? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. O enfermeiro que observa um paciente tremendo e segurando seu lado esquerdo e não coleta nenhum dado

de avaliação complementar.
   2. O enfermeiro que mede a amplitude de movimento articular após o paciente relatar dor no cotovelo esquerdo.
   3. O enfermeiro que considera pistas conflitantes ao decidir qual o rótulo a escolher.
   4. O enfermeiro que faz um diagnóstico com base em um paciente que relata dificuldade de dormir.
   5. O enfermeiro que faz um diagnóstico de *Depuração Ineficaz das Vias Aéreas* relacionada à pneumonia.
7. Um enfermeiro está revisando uma lista de diagnósticos de enfermagem de um paciente no prontuário médico. O diagnóstico de enfermagem mais recente é *Diarreia* relacionada com colite. Qual das seguintes alternativas define que se trata de uma declaração diagnóstica incorreta?
   1. Identificar o sinal clínico em vez de uma etiologia.
   2. Identificar um diagnóstico com base em julgamento prejudicial.
   3. Identificar o estudo diagnóstico em vez de um problema causado pelo estudo de diagnóstico.
   4. Identificar o diagnóstico médico em vez da resposta do paciente ao diagnóstico.
8. O atendimento de um novo paciente, admitido na unidade de enfermagem, foi atribuído a um enfermeiro após a admissão por meio do setor de emergência. O enfermeiro colheu uma história de enfermagem e entrevistou o paciente. Coloque, na ordem correta, os seguintes passos para fazer um diagnóstico de enfermagem, começando com o primeiro passo.
   1. Considerar o contexto do problema de saúde do paciente e selecionar um fator relacionado.
   2. Revisar os dados de avaliação, registrando as informações clínicas objetivas e subjetivas.
   3. Agrupar as pistas clínicas que formem um padrão.
   4. Escolher o rótulo diagnóstico.
9. Um estudante de enfermagem relatou para uma enfermeira-chefe que o paciente parece estar menos alerta e a sua pressão

arterial é mais baixa, caindo de 140/80 a 110/60 mmHg. O estudante de enfermagem afirma: "Creio que este é um diagnóstico de enfermagem de *Deficiência de Volume Líquido*". A enfermeira-chefe vai imediatamente ao quarto do paciente com o estudante para avaliar o grau de orientação, a frequência cardíaca, o turgor da pele e a produção de urina nas últimas 8 horas. A enfermeira-chefe suspeita que o aluno cometeu qual tipo de erro diagnóstico?

1. Agrupamento insuficiente de pistas
2. Desorganização
3. Número insuficiente de pistas
4. Evidência de que outro diagnóstico seja mais provável

10. Um enfermeiro em uma clínica materno-fetal descobre que uma adolescente de 16 anos teve o seu primeiro filho e que a criança está apresentando alguns problemas. Em sua avaliação, o enfermeiro revela que o recém-nascido chora quando é amamentado e que tem dificuldades de apreender o mamilo com os lábios. A criança não tem ganhado peso nas últimas duas semanas. O enfermeiro definiu o diagnóstico de enfermagem do paciente como *Amamentação Ineficaz*. Qual dos seguintes itens é o mais bem "relacionado" ao fator?
    1. Choro do recém-nascido ao mamar.
    2. Recém-nascido incapaz de apreender a mama corretamente.
    3. Conhecimento deficiente da mãe.
    4. Falta de ganho de peso infantil.
11. Um enfermeiro está pronto para avaliar um paciente em uma clínica comunitária de bairro. O paciente foi recém-diagnosticado com diabetes, apenas um mês atrás. Ele tem outros problemas de saúde e uma história de ser incapaz de gerir a sua saúde. Qual das seguintes perguntas reflete competência cultural do enfermeiro na obtenção de um diagnóstico preciso? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. Como é a sua dieta para diabéticos que afeta você e sua

família?
   2. Você parece não querer seguir as orientações de saúde. Você pode explicar por quê?
   3. O que preocupa mais você sobre ser diabético?
   4. O que você espera de nós quando você não toma a insulina, conforme prescrito?
   5. O que você acha que vai ajudá-lo a controlar a glicemia?
12. Um enfermeiro avalia uma jovem que trabalha em tempo parcial, mas também cuida de sua mãe em casa. O enfermeiro revê os agrupamentos de dados que incluem relatos do paciente de despertar, com frequência, durante a noite, capacidade reduzida de pensar com clareza no trabalho, e uma sensação de não se sentir descansado. Qual dos seguintes diagnósticos está no formato PES correto?
   1. *Padrão de Sono Perturbado* evidenciado pelo despertar frequente.
   2. *Padrão de Sono Perturbado* relacionado ao fato de cuidar das responsabilidades da família.
   3. *Padrão de Sono Perturbado* relacionado com a necessidade de melhorar os hábitos de sono.
   4. *Padrão de Sono Perturbado* relacionado com responsabilidades de cuidar, como evidenciado pelo despertar frequente e por não se sentir descansado.
13. Uma estudante de enfermagem está trabalhando com um membro da faculdade para identificar um diagnóstico de enfermagem para um paciente aos seus cuidados. A estudante avaliou que o paciente foi submetido a um tratamento com radiação e apresentou as fezes líquidas e a pele estava clara e íntegra; portanto, ela selecionou um diagnóstico de enfermagem de *Integridade da Pele Comprometida*. O membro do corpo docente explicou que a aluna cometeu um erro diagnóstico por qual das seguintes razões?
   1. Agrupamento incorreto.
   2. Rótulo de diagnóstico errado.
   3. A condição é um problema colaborativo.

4. Fechamento prematuro dos agrupamentos.

14. O uso de declarações de diagnóstico padrão formal de enfermagem serve a diversas finalidades na prática de enfermagem incluindo quais das seguintes? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Define o problema de um paciente, fornecendo aos membros da equipe de saúde uma linguagem comum para compreender as necessidades do paciente.
    2. Permite que os médicos e o pessoal de saúde se aliem para se comunicar com enfermeiros, a respeito de como eles prestam cuidados entre si.
    3. Ajuda os enfermeiros a se concentrar no âmbito da prática de enfermagem.
    4. Cria diretrizes para a prática de atividades de cuidados de saúde colaborativos.
    5. Constrói e expande o conhecimento de enfermagem.
15. Quais dos seguintes diagnósticos de enfermagem foram declarados corretamente? (Selecione todas as alternativas que se aplicam.)
    1. O *Excesso de Volume de Líquido* relacionado à insuficiência cardíaca.
    2. A *Privação do Sono* relacionada com um ambiente ruidoso sustentado.
    3. A *Mobilidade no Leito Comprometida* relacionada ao período pós- cateterismo cardíaco.
    4. *Proteção Ineficaz* relacionada com nutrição inadequada.
    5. *Diarreia* relacionada com fezes de pequeno volume, frequentes e líquidas.

Respostas: 1. Veja o Desenvolvimento; **2**. 1, 3; **3**. 1, 3; **4**. 2; **5**. 4; **6**. 1, 4, 5; **7**. 4; **8**. 2, 3, 4, 1; **9**. 3; **10**. 3; **11**. 1, 3, 5; **12**. 4; **13**. 2; **14**. 1, 3, 5; **15**. 2, 4.

Referências

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook*. ed 9 St Louis: Mosby; 2011.

American Nurses Association (ANA) *Scope of nursing practice*. Washington, DC: The Association; 1987.

American Nurses Association (ANA) *Model nurse practice act*. Washington, DC: The Association; 1955.

American Nurses Association (ANA) *Nursing's social policy statement*. ed 2 Washington, DC: The Association; 2003.

American Nurses Association (ANA) *Nursing's social policy statement*. ed 3 Washington, DC: The Association; 2010.

Canadian Interprofessional Health Collaborative: A national interprofessional competency framework, February 2010. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Accessed August 15, 2015.

Carpenito-Moyet LJ. *Nursing diagnoses: application to clinical practice*. ed 14 Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2013.

Chabeli MM. Concept-mapping as a teaching method to facilitate critical thinking in nursing education: a review of the literature. *Health SA Gesondheid*. 2010;15(1): Art rew.

Fry VS. The creative approach to nursing. *Am J Nurs*. 1953;53:301.

Gebbie K. Utilization of a classification of nursing diagnosis. *Nurs Diagn*. 1998;9(2 Suppl):17.

Herdman TH, Kamitsuru S, eds. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.

McFarland GK, McFarlane EA. *Nursing diagnosis and intervention: planning for patient care*. St Louis: Mosby; 1989.

NANDA International (NANDA-I) *Nursing diagnoses: definitions and classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.

National Council of State Boards of Nursing: *NCLEX RN detailed test plan,* April 2013. https://www.ncsbn.org/2013_NCLEX_RN_Detailed_Test_Plan_Educator.pdf. Accessed November 18, 2014.

Pilcher J. Teaching and learning with concept maps. *Neonatal Netw*. 2011;30(5):336.

Yura H, Walsh M. *The nursing process*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1967.

Referências de pesquisa

Cho I, et al. Nurses' responses to differing amounts and information content in a diagnostic computer-based decision support application. *Comput Inform Nurs*. 2010;28(2):95.

Escalada H, et al. Nursing care for psychiatric patients defined by NANDA-NIC-NOC terminology; a literature review. *Rev Enferm*. 2013;36(3):14: 19-25.

Guedes NG, et al. Review of nursing diagnosis sedentary lifestyle in individuals with hypertension: conceptual analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):742.

Lai W, et al. Does one size fit all? Exploring the cultural applicability of NANDA-I nursing diagnoses to Chinese nursing practice. *J Transcult Nurs*. 2013;24(1):43.

Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(2):82.

Muller-Staub M, et al. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *J Adv Nurs*. 2008;63(3):291.

18

Planejamento dos Cuidados de Enfermagem

OBJETIVOS

• Explicar a relação do planejamento de enfermagem com o histórico de enfermagem e o diagnóstico de enfermagem.

• Descrever como o uso de uma questão PICOT pode influenciar o plano de cuidados do paciente.

• Discutir os critérios utilizados na definição de prioridades.

• Explicar os benefícios de usar a classificação dos resultados de enfermagem.

• Discutir a diferença entre um objetivo e um resultado esperado.

• Explicar a abordagem SMART para o objetivo escrito e as declarações dos resultados.

• Escrever corretamente um resultado para um objetivo de cuidados.

• Desenvolver um plano de cuidados a partir de um histórico de enfermagem.

• Discutir as diferenças entre as intervenções independentes, dependentes e colaborativas de enfermagem.

• Discutir o processo de seleção de intervenções de enfermagem durante o planejamento.

• Descrever o papel que a comunicação desempenha no

planejamento de cuidados centrado no paciente.

• Descrever o processo de consulta.

TERMOS-CHAVE

Intervenções colaborativas, p. 244
Consulta, p. 251
Intervenções dependentes de enfermagem, p. 244
Resultado esperado, p. 240
Objetivo, p. 240
Intervenções independentes de enfermagem, p. 244
Planos de cuidados interdisciplinares, p. 246
Objetivo de longo prazo, p. 243
Plano de cuidados de enfermagem, p. 246
Nursing Outcomes Classification (NOC), p. 242
Nursing Interventions Classification (NIC), p. 244
Resultado do paciente sensível à enfermagem, p. 242
Objetivo centrado no paciente, p. 242
Planejamento, p. 238
Definição de prioridades, p. 239
Justificativa científica, p. 249
Objetivo de curto prazo, p. 243

Tonya conduziu um histórico de enfermagem completo do estado de saúde do Sr. Lawson e identificou três diagnósticos de enfermagem: Dor Aguda relacionada ao traumatismo da incisão cirúrgica, Disposição para Conhecimento Avançado relacionada com a alta iminente e Risco de Infecção. Tonya é responsável pelo planejamento

inicial de cuidados de enfermagem do Sr. Lawson, após a identificação de diagnósticos de enfermagem relevantes. O cuidado que ela planejou continuará sendo seguido, durante todo o período de internação do Sr. Lawson no hospital, pelos outros enfermeiros envolvidos no cuidado do Sr. Lawson. Se Tonya planejou bem, as intervenções individualizadas que ela selecionou irão preparar o paciente para uma transição suave para o seu domicílio. Colaboração do paciente e da sua esposa será fundamental para que um plano de cuidados seja bem-sucedido. A partir da internação do Sr. Lawson, Tonya identificou objetivos e resultados esperados para cada um de seus diagnósticos de enfermagem. Os objetivos e resultados dirigiram Tonya na escolha de intervenções terapêuticas de enfermagem adequadas. Tonya sabe que a Sra. Lawson deve ser envolvida nos cuidados de seu marido por causa do apoio contínuo que ela proporciona e porque ela será uma pessoa que presta os cuidados quando o Sr. Lawson voltar para o domicílio. Consulta com pessoas que prestam os cuidados de saúde, tais como os profissionais da casa de saúde, garante que recursos adequados serão utilizados no planejamento dos cuidados. Além disso, Tonya coloca uma questão PICOT sobre o Sr. Lawson: Será que o uso de recursos visuais, em comparação com a literatura normalizada de alta, irá afetar a capacidade de pacientes adultos de aprender os princípios de controle de infecção? Tonya vai usar resultados da sua literatura, procurando criar intervenções para os cuidados do Sr. Lawson. O planejamento cuidadoso envolve ver as relações entre os problemas de um paciente, reconhecer que certos problemas têm precedência sobre outros, identificar as intervenções mais apropriadas e prover o planejamento de uma abordagem segura e eficiente para os cuidados.

Depois de fazer um diagnóstico médico, um profissional de saúde irá escolher as intervenções e comunicar o plano para a equipe de cuidados de saúde. Por exemplo, depois de fazer um diagnóstico de diabetes melito, a pessoa que presta os cuidados de saúde irá

prescrever um plano de tratamento que inclui um esquema de insulina, uma dieta calórica específica, monitorização da glicemia e um plano de exercícios. O médico estabelece o plano com o objetivo de obter o controle da glicemia. Os resultados para determinar se o objetivo foi cumprido incluem os níveis de glicemia e o teste de medidas da hemoglobina A1c.

Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem de um paciente e os problemas colaborativos, o enfermeiro prioriza os diagnósticos, o conjunto de objetivos centrados no paciente e os resultados esperados, e escolhe intervenções de enfermagem apropriadas para cada diagnóstico. Esta é a terceira etapa do processo de enfermagem, o **planejamento**. O enfermeiro colabora com o paciente e a família (se apropriado) e o restante da equipe de saúde para determinar a urgência dos problemas identificados e prioriza as necessidades do paciente (Ackley & Ladwig, 2014). O planejamento requer a aplicação de um pensamento crítico por meio da tomada de uma decisão deliberada e a resolução de problemas. Talvez o princípio mais importante para aprender sobre o planejamento é a necessidade de individualizar um plano de cuidados para necessidades específicas de um paciente. Isto exige comunicação próxima com os pacientes, suas famílias e os cuidados da equipe de saúde e uma consulta permanente com os membros da equipe. Os diagnósticos de enfermagem que você identifica direcionam a sua seleção de intervenções individualizadas de enfermagem e os objetivos e os resultados que você espera alcançar (Suhonen et al., 2011). Sabe-se que um plano de cuidados é dinâmico e alterações podem ocorrer de acordo com as mudanças das necessidades de um paciente.

Estabelecimento de prioridades

Um único paciente, muitas vezes, tem vários diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Quando você entra na prática de enfermagem, você vai cuidar de múltiplos pacientes. Você deve ser capaz de definir, cuidadosamente, prioridades para esses pacientes e assegurar sabiamente uma assistência segura, oportuna e eficaz. A **definição de prioridades** é a ordenação dos diagnósticos de enfermagem ou dos problemas dos pacientes, utilizando noções de urgência e importância de estabelecer uma ordem preferencial para as intervenções de enfermagem. A definição de prioridades não é a ordenação de uma lista de tarefas de cuidados, mas a organização de uma visão dos resultados desejados para um paciente.

O reconhecimento de padrões de sintomas a partir do banco de dados do histórico de enfermagem e um determinado conhecimento vai ajudar você a entender que o diagnóstico requer intervenção e um período de tempo associado para intervir de forma eficaz (Ackley & Ladwig, 2014). Um exemplo é um paciente que, de repente, apresenta picos de febre. Unindo este sinal com outros, envolvendo uma drenagem purulenta de uma ferida cirúrgica e uma incisão inflamada, é dada ao enfermeiro a informação de que uma infecção se desenvolveu e o enfermeiro reconhece o quadro como uma causa imediata para a ação.

À medida que você cuidar de um paciente ou de vários pacientes, você tem que lidar com certos aspectos de alguns cuidados antes de outros. Ao classificar os diagnósticos de enfermagem do paciente em ordem de importância e sempre monitorizando alterações dos sinais e dos sintomas (características definidoras) dos problemas do paciente, você atenderá às necessidades mais importantes de cada paciente e organizará melhor a sequência das ações de cuidados. Prioridades irão ajudá-lo a antecipar e sequenciar as intervenções de enfermagem, quando um paciente apresenta vários diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Você também definirá as prioridades selecionando mutuamente prioridades em concordância com um

paciente, com base na urgência dos problemas de segurança, os desejos do paciente, a natureza do tratamento indicado e a relação entre os diagnósticos. Definição de prioridade não é uma questão de numeração dos diagnósticos de enfermagem com base na gravidade ou em importância fisiológica. O sistema de ordenação nem sempre reflete as alterações clínicas reais nos pacientes. Você deve estabelecer prioridades em relação à importância clínica em curso.

As prioridades dos pacientes são classificadas em alta, intermediária ou baixa importância. Diagnósticos de enfermagem que, se não tratados, resultam em danos a um paciente ou outras pessoas (p. ex., os relacionados com o estado das vias aéreas, a circulação, a segurança e a dor) apresentam as maiores prioridades. Uma maneira de considerar os diagnósticos de enfermagem de alta prioridade é assumir a hierarquia de necessidades de Maslow (veja Capítulo 6). Por exemplo, *Risco de Violência Direcionada para Outros*, *Comprometimento das Trocas Gasosas* e *Débito Cardíaco Diminuído* são exemplos de diagnósticos de enfermagem de alta prioridade, que orientam as prioridades de segurança, uma oxigenação adequada e uma circulação adequada. No entanto, é sempre importante considerar a situação única de cada paciente. Evite classificar apenas os diagnósticos fisiológicos de enfermagem como de alta prioridade. *Considere o caso do Sr. Lawson. Entre seus diagnósticos de enfermagem,* ***Dor Aguda*** *foi uma prioridade inicial porque Tonya sabia que ela precisava aliviar a dor aguda do Sr. Lawson para ele ser sensível a uma educação para alta hospitalar. Agora que a sua dor foi controlada razoavelmente bem,* ***Disposição para Conhecimento Avançado*** *tornou-se uma prioridade, por causa do desejo expresso do paciente para aprender e a urgência de prepará-lo adequadamente para a alta hospitalar*.

Diagnósticos de enfermagem de prioridade intermediária envolvem necessidades dos pacientes sem emergência, não ameaçando a vida. No caso do Sr. Lawson, o *Risco de Infecção* é um diagnóstico intermediário. A equipe de enfermagem vai continuar a monitorizar a cicatrização de sua ferida e é importante para o Sr. e a Sra. Lawson aprender sobre os sinais de infecção e compreender o que observar, uma vez que o paciente retorne para o domicílio. Neste caso focado e

individualizado, a instrução de todos os membros da equipe de saúde sobre a infecção e a prevenção é necessária durante a hospitalização do paciente.

Os diagnósticos de enfermagem de baixa prioridade nem sempre estão diretamente relacionados a uma doença ou a um prognóstico específico, mas afetam o futuro bem-estar do paciente. Muitos diagnósticos de baixa prioridade se concentram em cuidados de saúde, de longo prazo, que um paciente necessita. Você aprendeu no Capítulo 17 que o Sr. Lawson compartilhou uma preocupação com Tonya, "Estou preocupado de não estar apto a retornar ao trabalho a tempo". Ao instruir o paciente, Tonya notou que ele estava tendo problemas com o que ela tinha a dizer. Tonya ainda não identificou o diagnóstico de enfermagem relacionado à preocupação do Sr. Lawson sobre o retorno ao trabalho. Ela terá de avaliar mais detalhadamente, mas um diagnóstico de enfermagem tal como ansiedade pode ser de baixa prioridade em relação a outros. No entanto, se a ansiedade do paciente for deixada sem resposta, poderia se tornar uma prioridade mais alta se interferir com a sua capacidade de obter as informações de alta hospitalar.

A ordem de prioridades se altera de acordo com as condições e as necessidades do paciente, às vezes em questão de minutos. Cada vez que você começar uma sequência de cuidados, tais como no início de uma mudança no hospital ou durante uma visita à clínica, é importante reordenar as prioridades. Por exemplo, quando Tonya conheceu o Sr. Lawson, a sua *Dor Aguda* foi avaliada em um escore 7 e ficou aparente que a administração de um analgésico e o reposicionamento do paciente foram as prioridades principais do que tentar prepará-lo para a instrução. Mais tarde, depois de receber o analgésico, a dor do Sr. Lawson diminuiu para um escore 4 e Tonya foi capaz de reunir mais informações sobre a avaliação e começar a se concentrar em seu problema de *Disposição para o Conhecimento Avançado*. A avaliação contínua do paciente é fundamental para determinar o diagnóstico de enfermagem do seu paciente. A ordem apropriada de prioridades assegura que você atenda às necessidades de um paciente, em uma forma segura, oportuna e eficaz.

A definição de prioridades começa quando você identifica e prioriza os principais diagnósticos ou problemas de um paciente. O próximo passo é dar prioridade às intervenções específicas de enfermagem que você pretende usar para ajudar um paciente a alcançar os objetivos e os resultados desejados. Por exemplo, à medida que Tonya considera a *Dor Aguda* do Sr. Lawson como diagnóstico de alta prioridade, ela inclui em seu plano de cuidados estas opções: administrar um analgésico, reposicionar o paciente e ensinar exercícios de relaxamento. A cada visita clínica, Tonya aplica o pensamento crítico para priorizar qual a intervenção a ser usada. Tonya sabe que é necessário certo grau de alívio da dor, antes que um paciente possa participar de exercícios de relaxamento. Quando ela está no quarto do paciente, ela pode, inicialmente, decidir virar e reposicionar o Sr. Lawson e, em seguida, preparar o analgésico. No entanto, se o Sr. Lawson expressa uma dor de nível muito elevado e se para ele é muito desconfortável para se virar, Tonya escolhe administrar o analgésico, como sua primeira prioridade. Mais tarde, com a dor do Sr. Lawson sob controle, Tonya considera se o relaxamento é apropriado.

Devemos envolver os pacientes na definição de prioridades sempre que possível. Cuidados centrados no paciente requerem que você saiba as preferências e os valores de um paciente e expresse as suas necessidades. Em algumas situações o paciente atribui prioridades de forma diferente daquelas que você selecionou. Resolver quaisquer valores conflitantes, relativos às necessidades de cuidados de saúde e tratamentos, com uma comunicação aberta, informando o paciente sobre todas as opções e consequências. Consultar e saber as preocupações de um paciente não irá livrá-lo da responsabilidade de agir no melhor interesse do paciente. Sempre atribuir prioridades com base no bom-senso de enfermagem. Cuidado ético é uma parte da definição de prioridades (Cap. 22). Enfermeiros decidem sobre as prioridades, com base na sua disposição fundamental do que é bom e correto (Benner et al., 1996). Muitas vezes, estes valores permanecem não verbalizados e, talvez, não reconhecidos, mas, mesmo assim, eles influenciam profundamente a ação dos enfermeiros em uma situação

clínica em particular e as opções que levam a tomar decisões e as ações assumidas (Tanner, 2006). Quando as questões éticas forem prioridades menos claras é importante ter uma discussão aberta com um paciente, a família, e outras pessoas que prestam os cuidados de saúde. Por exemplo, quando cuidar de pacientes com câncer e outras doenças incapacitantes, discutir com eles a situação e entender suas expectativas, compreender a sua responsabilidade profissional em proteger os pacientes contra danos, saber os objetivos terapêuticos ou paliativos da pessoa que presta os cuidados de saúde, e então organizar planos adequados de atendimento.

Prioridades na Prática

Muitos fatores no ambiente de cuidados de saúde afetam a sua capacidade de estabelecer prioridades (Fig. 18-1). Por exemplo, em um ambiente hospitalar, o modelo de prestação de cuidados (Cap. 21), a rotina do fluxo de trabalhos de enfermagem, os níveis do pessoal e as interrupções de outras pessoas que prestam os cuidados afetam a determinação minuto a minuto de prioridades no atendimento ao paciente. Nos cuidados no domicílio, a definição do número de visitas agendadas para um dia e a disponibilidade de cuidadores familiares e dos recursos presentes no domicílio do paciente podem afetar o paciente. Os recursos disponíveis (p. ex., enfermeiros especialistas e nutricionistas), políticas e procedimentos e acesso à alimentação também afetam as prioridades. As condições dos pacientes estão sempre mudando; assim, a definição de prioridade está sempre se alterando.

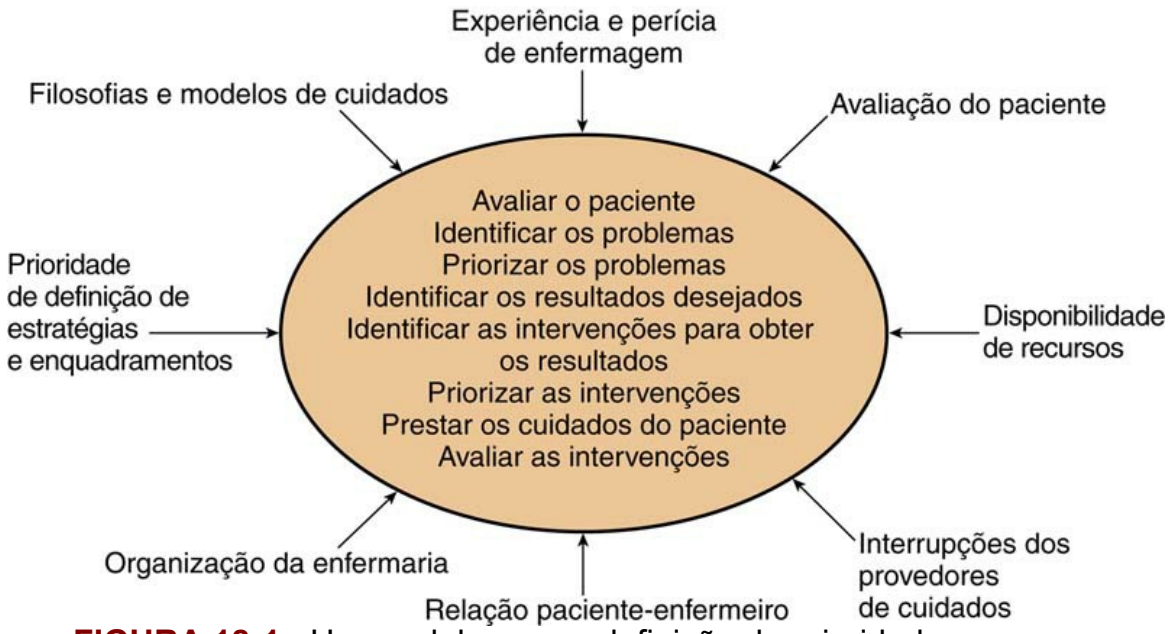


FIGURA 18-1 Um modelo para a definição de prioridades.
(Modificado de Hendry C, Walker A: Priority setting in clinical nursing practice, *J Adv Nurs* 47(4):427, 2004.)

A definição bem-sucedida de prioridades também envolve trabalhar bem com a equipe de saúde. Quando você trabalha com o pessoal da equipe de enfermagem, discuta o propósito da internação de cada paciente, a imagem de como o paciente deve olhar para o final da mudança, o plano para obter os resultados desejados e a parte que você e a equipe irão desenvolver. Vocês concordam em relação às prioridades, no início de um turno, mas elas são normalmente reformuladas, várias vezes, antes do próximo turno. As necessidades dos pacientes mudam, alguns pacientes recebem alta hospitalar e novos pacientes são admitidos (Nelson et al., 2006).

Os mesmos fatores que influenciam a sua capacidade, minuto a minuto, para priorizar as ações de enfermagem afetam a capacidade de priorizar os diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidados para grupos de pacientes. A natureza do trabalho de enfermagem desafia a sua capacidade de participar cognitivamente com as prioridades de um determinado paciente, quando você cuidar de mais de um paciente. O processo de cuidados de enfermagem é não linear (Potter et al., 2005). Muitas vezes você completa uma avaliação e identifica diagnósticos de enfermagem para um paciente, sai da sala

para efetuar uma intervenção em um segundo paciente, e fazer uma consulta em um terceiro paciente. Enfermeiros exercem "mudanças cognitivas" (isto é, mudanças na atenção de um paciente para outro durante a realização de um processo de enfermagem). Este desvio de atenção ocorre em resposta a mudanças nas necessidades do paciente, novos procedimentos que estão sendo solicitados ou processos ambientais interagindo (Potter et al., 2005). Devido a estes turnos cognitivos, torna-se importante se manter organizado e conhecer as "prioridades" dos seus pacientes. Trabalhe a partir do seu plano de cuidados e use as prioridades dos pacientes para organizar a ordem para agir nas intervenções e a documentação dos cuidados.

Pensamento crítico na definição dos objetivos e resultados esperados

Quando você inicia o curso na escola de enfermagem, o seu objetivo é se formar. O sucesso em atender esse objetivo é medido pelas notas e os resultados da sua classe de trabalho. A equipe de beisebol se esforça para alcançar o objetivo de ganhar a Série Mundial. A equipe alcança esse objetivo por meio do resultado de vencer mais jogos do que as outras equipes. O uso de objetivos e resultados na assistência ao paciente é projetado para ajudar a concentrar os esforços de todos os membros da equipe de cuidados de saúde para um objetivo comum: ajudar o paciente a alcançar ou manter um nível desejado de saúde. No caso do Sr. Lawson, Tonya estabeleceu o objetivo de que ele fique "livre da infecção". Os resultados esperados para alcançar este objetivo incluem manter o paciente afebril, sem drenagem na ferida e com as margens da ferida cicatrizadas. Os resultados esperados são limitados pelo tempo e as formas limitadas de determinar se um objetivo foi cumprido (Tabela 18-1).

Tabela 18-1

Exemplos de Definição de Objetivos com Resultados Esperados para o Sr. Lawson

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Resultados Esperados
Dor aguda associada a traumatismo da incisão cirúrgica	O Sr. Lawson vai conseguir alívio da dor no dia da alta.	O Sr. Lawson relata dor em um nível 3 ou inferior na alta. O Sr. Lawson se transfere do leito para a cadeira sem aumento da dor em 48 horas. A área incisional do Sr. Lawson mostra sinais de cicatrização da ferida na alta.
Disposição para o Conhecimento Avançado, em relação à alta iminente, com as necessidades de autocuidados	O Sr. Lawson irá expressar um entendimento dos riscos pós-operatórios em 24 horas.	O Sr. Lawson relata uma restrição das atividades após a alta. O Sr. Lawson demonstra como

		limpar a ferida cirúrgica na alta. O Sr. Lawson descreve três riscos de infecção em 24 horas.
Risco de Infecção	O Sr. Lawson permanecerá livre da infecção na alta.	O Sr. Lawson permanece afebril na alta. A ferida do Sr. Lawson mostra ausência de drenagem purulenta na alta. A ferida do Sr. Lawson fecha no local de separação da incisão na alta.

Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos de um paciente, pergunte-se: "O que eu pretendo alcançar?" e "Como é que eu vou saber quando eu consegui o que eu queria?". Durante o planejamento você seleciona objetivos e resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem ou problema para fornecer uma direção clara para os tipos de intervenções necessárias para cuidar de seu paciente e, em seguida, avalia a eficácia dessas intervenções. Um **objetivo** é uma declaração ampla que descreve uma mudança desejada em uma condição, percepções, ou no comportamento do paciente. O Sr. Lawson tem o diagnóstico de *Disposição para o Conhecimento Avançado*. O objetivo de atendimento para este diagnóstico inclui "o paciente vai entender os riscos pós-operatórios". O objetivo requer que o Sr. Lawson seja conscientizado dos riscos associados ao seu tipo de cirurgia. Tonya forneceu um foco claro sobre os temas a serem incluídos na sua orientação. Para Tonya saber se o Sr. Lawson entendeu ou não os riscos pós-operatórios, o paciente tem de cumprir os resultados esperados. Um **resultado esperado** é a mudança mensurável (comportamento do paciente, estado físico ou percepção) que deve ser alcançada para atingir um objetivo. No caso do Sr. Lawson, depois que Tonya forneceu uma intervenção educativa, o resultado esperado deveria ser "o paciente identifica os sinais e os sintomas da infecção da ferida antes da alta". Tonya pode medir ao longo de um *continuum* de respostas incorretas *versus* três corretas, para determinar se o Sr. Lawson identifica sinais e sintomas corretamente. Às vezes, vários resultados esperados devem ser atendidos em relação a um único

objetivo. Em todos os casos, o objetivo e os resultados esperados se alinham com os diagnósticos de enfermagem do paciente.

Atualmente, nos cuidados de saúde, os termos *objetivos* e *resultados* são, por vezes, intercambiados e isso pode ser confuso. A importância significativa é associada à medição dos resultados dentro das instituições de saúde; no entanto, até a maneira como registros de saúde eletrônicos (EHRs) rotulam as categorias que os enfermeiros usam para completar os planos de cuidados pode ser incerta. Mas, novamente, pensamos em um objetivo como um resultado final e os resultados esperados como mudanças mensuráveis que devem ser alcançadas para atingir um objetivo.

O planejamento dos cuidados de enfermagem requer que você avalie criticamente os diagnósticos de enfermagem identificados, a urgência ou a prioridade dos problemas e os recursos do paciente e do sistema de prestação de cuidados de saúde (Fig. 18-2). Aplique o conhecimento das ciências médicas, sociocomportamentais e de enfermagem para planejar a assistência ao paciente. Quando Tonya selecionou a questão PICOT sobre as abordagens para o ensino do controle da infecção, ela aplicou o conhecimento que ela obteve na escolha de uma abordagem específica de ensino. A seleção de objetivos, dos resultados esperados e das intervenções requer considerar a sua experiência anterior com problemas do paciente semelhantes e quaisquer normas estabelecidas para a gestão clínica do problema. Os objetivos e os resultados precisam atender às normas intelectuais estabelecidas por serem relevantes para as necessidades do paciente, específicas, singulares, observáveis, mensuráveis e limitadas no tempo. Você também usa as atitudes de pensamento crítico na escolha de intervenções com maior probabilidade de sucesso.

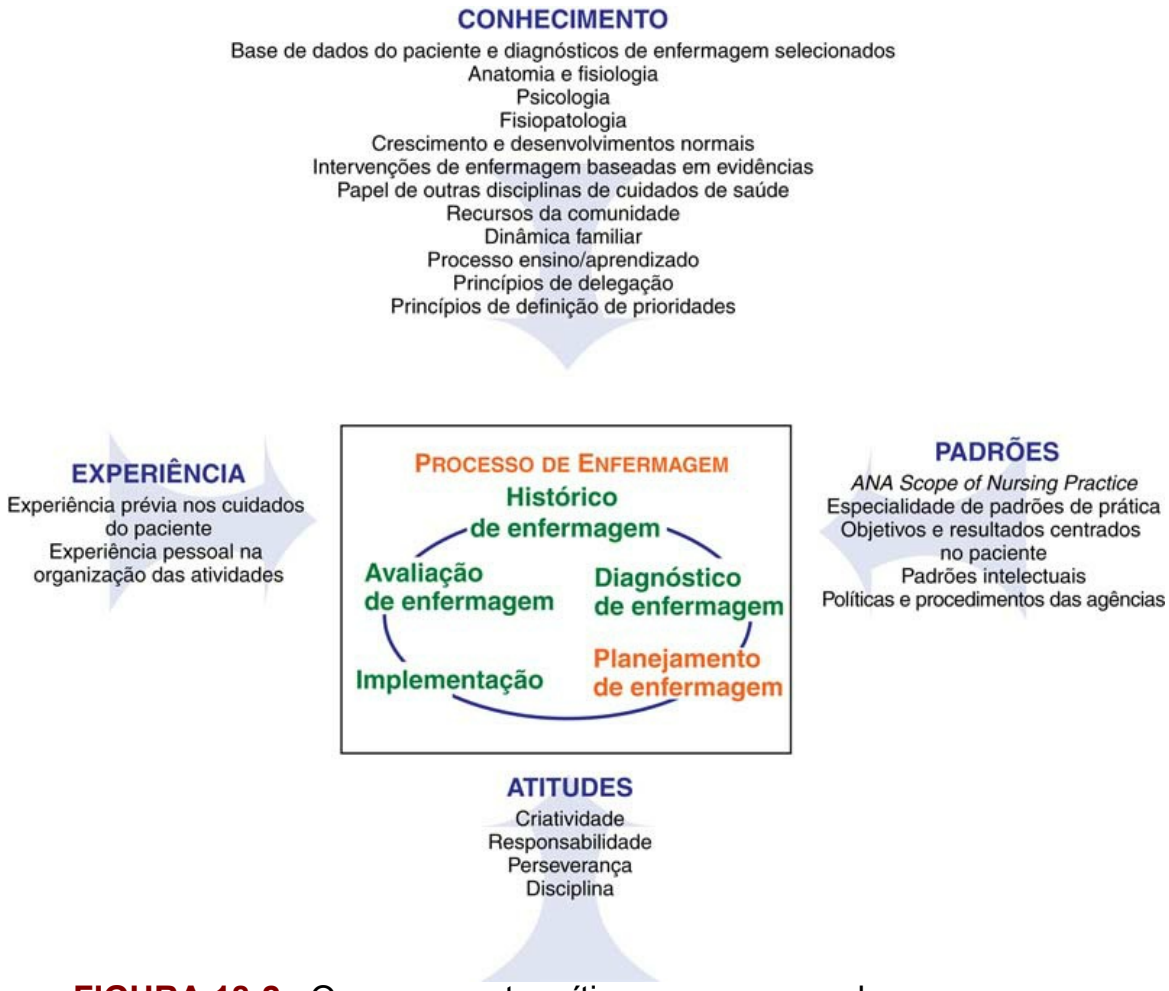


FIGURA 18-2 O pensamento crítico e o processo de planejamento de cuidados.

Papel do Paciente na Configuração Objetivo/Resultado

Estabelecer, sempre, uma parceria com os pacientes ao definir seus objetivos individualizados. O estabelecimento mútuo de objetivos inclui um paciente e a sua família (quando apropriado) na priorização dos objetivos de cuidado e no desenvolvimento de um plano de ação. Para os pacientes participarem na definição de objetivos, eles precisam estar atentos e ter algum grau de independência na realização das atividades da vida diária, na resolução de problemas e na tomada de decisão. Eles também precisam entender os problemas prioritários e

ter uma vontade/motivação para resolver esses problemas. A menos que os objetivos sejam mutuamente definidos e exista um plano claro de ação, os pacientes não podem participar plenamente dos planos de cuidados, levando a resultados insatisfatórios. Os pacientes precisam entender e observar o valor das terapias de enfermagem, apesar de serem, muitas vezes, totalmente dependentes de você como enfermeiro. Ao estabelecer objetivos, aja como um advogado ou um apoio para o paciente na seleção de intervenções de enfermagem que promovam o seu retorno ao estado de saúde ou evitem maior deterioração, quando possível.

Tonya estabelece uma conversa com o Sr. Lawson e a sua esposa, sobre como definir o plano para o diagnóstico de ***Disposição para Conhecimento Avançado****. Tonya explicou os tópicos que eles precisam discutir de modo que o casal compreenda os riscos pós-operatórios do Sr. Lawson. Além disso, ela fala sobre o uso de um programa de DVD sobre o controle de infecção que o casal pode assistir no seu quarto. Tonya aplicou o conhecimento aprendido da sua questão PICOT, da pesquisa bibliográfica, e escolheu a estratégia de ajuda visual. Eles planejaram que o casal iria assistir ao DVD quando da visita da Sra. Lawson. O Sr. Lawson pediu que Tonya também fornecesse instruções específicas sobre as atividades que ele pode ou não realizar uma vez que ele retorne para casa. Tonya concordou e consultou o cirurgião para certificar-se de que a sua informação seja precisa e realista.*

Seleção dos Objetivos e Resultados Esperados

Um **objetivo centrado no paciente** reflete o mais alto nível possível de um bem-estar e independência funcional de um paciente. É realista e baseado nas necessidades, habilidades e recursos do paciente. Um objetivo ou resultado centrado no paciente reflete um comportamento específico de um paciente, e não os seus próprios objetivos ou intervenções.

- Uma declaração de objetivo correta: "O paciente vai andar, de forma independente, em 3 dias."
- Uma declaração de resultado correta: "O paciente caminha no corredor 3 vezes por dia por 4/22."
- Um erro comum é escrever uma intervenção: "O paciente caminha no corredor 3 vezes por dia."

Um objetivo centrado no paciente representa uma resolução prevista de um diagnóstico ou um problema, o progresso para a melhora do estado de saúde ou manutenção continuada de boa saúde ou função (Carpenito- Moyet, 2013). Os enfermeiros monitoram e gerenciam as condições do paciente e diagnosticam problemas que são passíveis de intervenção de enfermagem. O raciocínio clínico e a tomada de decisão dos enfermeiros são uma parte fundamental dos cuidados de saúde de qualidade (Moorhead et al., 2013). Assim, torna-se importante selecionar e medir os resultados dos pacientes que são influenciados pelos cuidados de enfermagem. Um **resultado do paciente sensível à enfermagem** é um paciente, família, ou estado da comunidade, comportamento ou percepção mensurável e, em grande parte, influenciados por intervenções sensíveis à enfermagem (Moorhead et al., 2013). Exemplos de resultados sensíveis à enfermagem incluem a redução na frequência e na gravidade da dor, na incidência de lesões por decúbito e na incidência de quedas. Em comparação, os resultados médicos são em grande parte influenciados por intervenções médicas. Exemplos incluem a mortalidade do paciente, infecção da ferida operatória e readmissões hospitalares. Para a profissão de enfermagem se tornar uma participante completa de pesquisa de avaliação clínica, do desenvolvimento de políticas e de trabalhos interdisciplinares, os enfermeiros precisam identificar e medir os resultados do paciente influenciados por intervenções de enfermagem.

O Iowa Intervention Project mostrou a relação entre os diagnósticos e resultados de enfermagem. Ele publica a **Nursing Outcomes Classification (NOC)** (Classificação dos Resultados de Enfermagem), que liga os resultados aos diagnósticos de enfermagem NANDA Internacional (NANDA-I) (Moorhead et al., 2013). Este recurso é uma

opção que você pode usar na seleção de metas e de resultados para os seus pacientes. Para cada diagnóstico de enfermagem da NANDA-I há vários resultados sugeridos NOC. Os resultados têm rótulos para descrever o foco dos cuidados de enfermagem e incluem indicadores (resultados esperados) para utilização ao avaliar o sucesso com as intervenções de enfermagem. Os indicadores para cada resultado NOC permitem a medição dos resultados em qualquer ponto em uma escala de Likert de cinco pontos do mais negativo para o mais positivo (Moorhead et al., 2013). Tal sistema de classificação acrescenta objetividade ao avaliar o progresso de um paciente. Muitas instituições de saúde usam NOC como parte da infraestrutura de seu sistema de documentação. Usar terminologias de enfermagem padronizadas, como NOC, aumenta a possibilidade de medir os aspectos dos cuidados de enfermagem, em nível nacional e internacional (Park, 2013). Por exemplo, quando os pesquisadores comparam bancos de dados que têm utilizado as terminologias padrões de NOC, eles podem determinar que as intervenções comuns de enfermagem tenham um impacto favorável nos resultados.

O que NOC considera como um resultado, como o nível de ansiedade, apetite ou conforto físico, é um termo muito abstrato e que, na prática clínica real, se aproxima mais de uma declaração de objetivo. Por exemplo, na terminologia NOC, o resultado para o diagnóstico de enfermagem em relação à *Dor Aguda* é descrito como "controle da dor" ou alívio da dor, o objetivo estabelecido para o Sr. Lawson. Os indicadores de resultados NOC são os mesmos para os que a maioria dos médicos define como resultados esperados. No exemplo do controle da dor, o resultado esperado inclui a gravidade dos sintomas medida em uma escala de dor ou nível de mobilidade. A Tabela 18-2 oferece mais exemplos de como usar a terminologia NOC para descrever o foco ou os objetivos dos cuidados de enfermagem e os indicadores de resultados, na medida em que eles se relacionam com os diagnósticos de enfermagem.

Tabela 18-2

Exemplos de Diagnóstico Internacional de Enfermagem NANDA e

Links NOC Sugeridos

Diagnóstico de Enfermagem	Exemplos de Resultados NOC (Considerar como Declarações de Objetivos)	Indicadores de Resultado (Exemplos)
Comprometimento da Mucosa Oral	Saúde Oral	Conhecimento do gerenciamento da infecção Autocuidado de higiene oral
	Integridade do Tecido	Hidratação Gravidade da infecção
Intolerância à Atividade	Tolerância à Atividade	Saturação de oxigênio com a atividade Frequência de pulso com a atividade Frequência respiratória com a atividade
	Estado de Autocuidado	Tomar banho Vestir-se Preparar alimentos e líquidos para comer

NOC, Nursing Outcomes Classification.

Redigindo Objetivos e Resultados Esperados

Objetivos e resultados esperados direcionam a sua assistência de enfermagem. Uma vez que você defina um objetivo centrado no paciente para um diagnóstico de enfermagem, os resultados esperados fornecem as respostas desejadas fisiológicas, psicológicas, sociais, de desenvolvimento ou espirituais, que indicam a resolução dos problemas de saúde do paciente. Normalmente você desenvolve vários resultados esperados para cada diagnóstico e objetivo de enfermagem. Para um paciente resolver um objetivo, são necessários vários resultados mensuráveis para assegurar que o objetivo seja cumprido. No caso do diagnóstico do Sr. Lawson de *Risco de Infecção*, Tonya sabe que mais do que um resultado é necessário para assegurar que o paciente fique livre da infecção.

O acróstico SMART[1] (específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas, a tempo) é uma abordagem útil para objetivos da escrita e das demonstrações dos resultados, de forma mais eficaz (Ackley & Ladwig, 2013).

Objetivo ou Resultado Específico ou Singular

Você precisa ser mais preciso quando avalia a resposta de um paciente a uma intervenção de enfermagem, durante a fase de avaliação do processo de enfermagem (Cap. 20). Cada objetivo e resultado são endereçados apenas a um comportamento, percepção ou resposta fisiológica. O exemplo "O paciente vai administrar uma autoinjecção e demonstrar medidas de controle de infecção" está incorreta porque a declaração inclui dois comportamentos diferentes, administrar e demonstrar. Em vez disso, cada meta deve vir separadamente, como se segue: "a vontade do paciente de administrar uma autoinjeção" e "o paciente irá demonstrar medidas de controle de infecção em casa".

Resultados esperados também devem ser singulares. Por exemplo, considere o resultado esperado: "os pulmões do paciente mostram sons claros, na ausculta, e a frequência respiratória é de 20 incursões/min por 8/22". Vai ser difícil medir se o paciente alcançou o objetivo de "melhora do estado respiratório" usando uma declaração de resultado combinada. Quando você avalia que os sons dos pulmões são claros, mas a taxa respiratória é de 28 incursões/min, o paciente não alcançou o resultado esperado, pois apenas uma das alterações físicas desejadas foi alcançada. Ao dividir a declaração em duas partes, "Os sons pulmonares são claros, na ausculta por 8/22" e "A frequência respiratória será 20 incursões/min por 8/22", você é capaz de determinar se e quando o paciente atingiu cada resultado. A especificidade permite decidir se há uma necessidade de modificar o plano de cuidados.

Mensurável

Objetivos e resultados esperados são os padrões os quais se deve medir ou observar a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem. Você precisa ser capaz de medir ou observar se ocorre alteração no estado de um paciente. As alterações ocorrem nos achados fisiológicos e de padrões no conhecimento, percepções e comportamento do paciente. Exemplos tais como, "A temperatura do corpo permanece 37°C" e "o pulso apical permanece entre 60 e

100 batimentos/min" permitem medir objetivamente as alterações físicas no estado de um paciente. A declaração do resultado "A dor no paciente é inferior a 4 em uma escala de 0 a 10, em 48 horas" permite medir objetivamente a percepção do paciente usando uma escala de classificação de dor. Não use termos vagos de classificação, como "normal", "aceitável" ou "estável" em uma declaração de resultado esperado. Termos vagos resultam em conjecturas na determinação da resposta do paciente aos cuidados. Termos que descrevem a qualidade, quantidade, frequência, comprimento ou peso permitem avaliar os resultados com precisão.

Atingíveis

Para a saúde de um paciente melhorar, ele deve ser capaz de atingir os resultados dos cuidados que são definidos. O objetivo e o resultado são, provavelmente, atingíveis quando mutuamente definidos com o paciente. Isto assegura que um paciente e um enfermeiro entrem em acordo sobre a direção e o limite de tempo dos cuidados. Definir mutuamente os objetivos e os resultados atingíveis (p. ex., a distância percorrida ao andar, detalhes a aprender sobre medicamentos) aumenta a motivação e a cooperação do paciente. Como um advogado paciente, aplique as normas de conduta, o conhecimento baseado em evidências, os princípios de segurança e as necessidades humanas básicas quando ajudar os pacientes a definir os objetivos. O seu conhecimento ajuda a selecionar os objetivos e os resultados que os seus pacientes devem cumprir com base nas respostas típicas às intervenções clínicas. Considere sempre os desejos dos pacientes de se recuperar e sua condição física e psicológica ao definir os objetivos e resultados com os quais ele possa estar de acordo.

Realista

Estabeleça objetivos e os resultados esperados que um paciente é capaz de alcançar de forma realista. A sua avaliação de um paciente irá revelar uma condição, disposição e habilidade para ser um participante dos cuidados. Por exemplo, um paciente que sofreu um

acidente vascular encefálico que o deixou com uma fraqueza do braço, do lado esquerdo, tem como objetivo "assumir um autocuidado com o banho". O paciente estará limitado naquilo que ele poderá fazer, de forma independente, durante os primeiros dias e semanas. Você define os objetivos realistas e com especificações no tempo para obter resultados dentro das limitações e das capacidades do paciente. Por exemplo, um objetivo inicial é "O paciente vai lavar as mãos e a face, em 72 horas". A sua avaliação e a colaboração com a terapia ocupacional irão determinar se o objetivo é realista para o nível de fraqueza do paciente.

O estabelecimento de objetivos e de resultados realistas, muitas vezes, requer que você comunique esses objetivos e resultados aos cuidadores, em outras configurações, ao assumir a responsabilidade pela assistência do paciente (p. ex., casa de saúde, clínica de reabilitação). Os objetivos realistas dão aos pacientes uma sensação de esperança. Para estabelecer objetivos realistas, avalie os recursos de um paciente, a facilidade dos cuidados de saúde e a família. Esteja ciente das condições fisiológicas do paciente, emocional, cognitiva e sociocultural e o custo financeiro e recursos disponíveis para alcançar os resultados esperados, em tempo hábil.

A Tempo

Cada objetivo e resultado é tempo limitado de tal forma que a equipe de assistência de saúde tem um prazo para a resolução do problema. Por exemplo, o objetivo "o paciente vai conseguir alívio da dor" para o Sr. Lawson é completo, adicionando o período de tempo "até o dia da alta". Com este objetivo estabelecido, todos os membros da equipe de enfermagem terão como objetivo gerir e reduzir a dor do paciente enquanto ele estiver hospitalizado. No momento da alta, a avaliação dos resultados esperados (p. ex., a escala de gradação da dor, os sinais de caretas, o nível de movimento) mostra se o objetivo foi alcançado. O intervalo de tempo depende da natureza do problema, da etiologia, condição geral do paciente e da composição de tratamento. Um **objetivo de curto prazo** é um comportamento objetivo ou resposta que você espera que um paciente consiga em um período curto de

tempo, geralmente inferior a uma semana. Em um cenário de cuidados agudos, muitas vezes, você define objetivos para um intervalo de apenas algumas horas. Um **objetivo de longo prazo** é um comportamento objetivo ou uma resposta que você espera que um paciente alcance ao longo de um período mais extenso, geralmente ao longo de vários dias, semanas ou meses (p. ex., "o paciente estará livre do tabaco dentro de 60 dias"). Sempre colaborar com os pacientes para definir prazos realistas e razoáveis. Os prazos ajudam você e um paciente a determinar se o paciente está obtendo progresso em uma taxa razoável. Se não, você deve rever o plano de cuidados. Os prazos também promovem a responsabilidade no fornecimento e gerenciamento dos cuidados de enfermagem.

Pensamento crítico no planejamento dos cuidados de enfermagem

Parte do processo de planejamento envolve a seleção de intervenções de enfermagem para cumprimento de objetivos e resultados de um paciente. Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem e selecionar os objetivos e os resultados, você escolhe as intervenções individualizadas para a situação de um paciente. As intervenções de enfermagem correspondem a qualquer tratamento ou ação com base no julgamento clínico e no conhecimento que os enfermeiros desenvolvem para melhorar os resultados dos pacientes (Bulechek et al., 2013). Durante o planejamento, você seleciona as intervenções destinadas a ajudar um paciente em se mover do nível atual de saúde para o nível descrito no objetivo e medido pelos resultados esperados. A implementação real destas intervenções ocorre durante a fase de ativação do processo de enfermagem (Cap. 19). A escolha das intervenções adequadas de enfermagem envolve aplicar a melhor evidência de problemas de saúde de um paciente e usar o bom julgamento clínico.

Tonya identificou uma questão PICOT para ajudá-la a selecionar intervenções instrucionais para melhorar o conhecimento do Sr. e da Sra. Lawson sobre controle da infecção. Ela também escolheu intervenções com base no que ela aprendeu sobre as etiologias a partir de sua aprendizagem. O Sr. Lawson não realizou os cuidados pós-operatórios, pois ele está enfrentando restrições com as quais não é familiar e o estado da ferida de sua incisão requer cuidados em casa. Tonya planejará tópicos de instrução para lidar com os riscos pós-operatórios de uma forma que vai ser relevante para o Sr. Lawson e suas rotinas habituais em casa. A instrução incluirá a Sra. Lawson, já que ela é um recurso confiável para o Sr. Lawson.

Tipos de Intervenções

Existem três categorias de intervenções de enfermagem: iniciadas pelo enfermeiro, iniciadas por pessoas que prestam os cuidados de saúde e as intervenções colaborativas. Alguns pacientes necessitam de todas as três categorias, enquanto outros só precisam do enfermeiro e das intervenções iniciadas pela pessoa que presta os cuidados de saúde.

Intervenções iniciadas pelo enfermeiro são as **intervenções independentes de enfermagem** ou ações que um enfermeiro inicia sem a supervisão ou a direção de outros profissionais. Exemplos incluem posicionamento de pacientes para impedir formação de lesões por pressão, instrução dos pacientes a respeito dos efeitos colaterais dos medicamentos ou prestação de cuidados da pele, no local de uma ostomia. Intervenções independentes de enfermagem não exigem uma prescrição de outros profissionais dos cuidados de saúde. Intervenções iniciadas pelo enfermeiro são as ações autônomas com base em fundamentação científica. Essas intervenções beneficiam um paciente em uma forma prevista, relacionada com diagnósticos de enfermagem e os objetivos do paciente (Bulechek et al., 2013). Cada estado dentro dos Estados Unidos dispõe de um *Nurse Practice Acts* que define o escopo legal da prática da enfermagem (Cap. 23). Segundo o *Nurse Practice Acts* da maioria dos estados, as intervenções independentes de enfermagem se referem a atividades da vida diária, educação em saúde e promoção e aconselhamento. *Para o Sr. Lawson, Tonya selecionou as seguintes intervenções de enfermagem, para aliviar a sua dor aguda: posicionamento, terapia de relaxamento e promoção de exercícios*.

Intervenções iniciadas pela pessoa que presta os cuidados de saúde são as **intervenções dependentes de enfermagem**, ou ações que exigem uma prescrição de um profissional provedor dos cuidados de saúde. As intervenções são baseadas na resposta do provedor dos cuidados de saúde para tratar ou gerenciar um diagnóstico médico. Enfermeiros de prática avançada que trabalham sob acordos de colaboração com médicos ou que são licenciados, de forma independente, a assumir ações nos estados estão, também, capacitados a prescrever intervenções independentes. Como enfermeiro, você segue as prescrições escritas e/ou verbais do provedor de cuidados de

saúde. A administração de um medicamento, a implementação de um procedimento invasivo (p. ex., a inserção de um cateter de Foley em uma infusão intravenosa [IV]) e o preparo de um paciente para testes de diagnóstico são exemplos de intervenções de cuidados de saúde iniciadas pelo provedor.

Cada intervenção iniciada pelo provedor de cuidados de saúde requer responsabilidades específicas de enfermagem e conhecimento técnico de enfermagem. Você muitas vezes é responsável pela realização da intervenção e deve conhecer os tipos de observações e precauções a tomar para que a intervenção seja realizada de forma segura e correta. Por exemplo, quando administra um medicamento você é responsável não só em ministrar o medicamento corretamente, mas, saber também a classificação da droga, sua ação fisiológica, a dosagem normal e os efeitos colaterais, além das intervenções de enfermagem relacionadas com seus efeitos de ação ou colaterais (Cap. 32). Você é responsável em saber quando um procedimento invasivo é necessário, as habilidades clínicas necessárias para concluí-lo, o seu resultado esperado e possíveis efeitos colaterais. Você também é responsável pela preparação adequada de um paciente e da comunicação adequada dos resultados. Você realiza as intervenções dependentes de enfermagem e, como todas as ações de enfermagem, com conhecimento adequado, raciocínio clínico e bom julgamento clínico.

Intervenções colaborativas ou intervenções interdependentes são terapias que exigem o conhecimento combinado, além de habilidade e de perícia de vários provedores de cuidados de saúde. Normalmente quando você planeja cuidar de um paciente, você revê as intervenções necessárias e determina se a colaboração de outras disciplinas de cuidados de saúde é necessária. A discussão dos cuidados de saúde do paciente, em uma equipe interdisciplinar, resulta na seleção de intervenções interdependentes.

No estudo de caso envolvendo o Sr. Lawson, Tonya planejou intervenções independentes para ajudar a aliviar a dor do Sr. Lawson e começou a ensinar a ele sobre as atividades dos cuidados pós-

operatórios. Entre as intervenções dependentes que Tonya planejou implementar foram incluídas a administração de um analgésico e o tratamento prescrito das feridas. A intervenção colaborativa de Tonya envolveu a consulta com o coordenador de alta da unidade, que vai ajudar o Sr. e a Sra. Lawson a planejar o seu regresso a casa, e o departamento de saúde domiciliar, para garantir que os Lawsons tenham visitas domiciliares da equipe de saúde.

Durante o preparo de intervenções iniciadas pelo provedor de cuidados de saúde ou colaborativas, não implementar automaticamente as terapias, mas determinar se elas são apropriadas para cada paciente. Todos os enfermeiros se deparam com uma prescrição inadequada ou incorreta em algum momento. O enfermeiro com uma base forte de conhecimento e experiência clínica reconhece um erro e se propõe a corrigi-lo. A capacidade de identificar terapias incorretas é, particularmente, importante na administração de medicamentos ou em procedimentos. Os erros ocorrem por prescrições escritas ou por transcrição em uma forma de documentação ou no computador. Esclarecer uma prescrição é de competência da prática de enfermagem e protege o paciente e os membros da equipe de saúde. Quando você realizar uma intervenção incorreta ou inadequada, o erro é tanto seu quanto da pessoa que escreveu ou transcreveu a ordem original. Você é legalmente responsável por quaisquer complicações resultantes de um erro (Cap. 23).

Seleção de Intervenções

Durante o planejamento não selecione as intervenções aleatoriamente. Por exemplo, pacientes com o diagnóstico de *Ansiedade* nem sempre precisam de cuidados da mesma forma e com as mesmas intervenções. Você trata a *Ansiedade relacionada à incerteza da recuperação cirúrgica* muito diferente da *Ansiedade relacionada com uma ameaça à perda de emprego*. Ao selecionar as intervenções, considere seis fatores importantes: (1) resultados desejados dos pacientes, (2)

características do diagnóstico de enfermagem, (3) conhecimento baseado na pesquisa para a intervenção, (4) viabilidade para realizar a intervenção (5), aceitabilidade do paciente e (6) a sua própria competência (Bulechek et al., 2013) (Quadro 18-1).

Quadro 18-1 Escolha das Intervenções de Enfermagem

Resultados Desejados do Paciente

- Resultado serve como critério pelo qual julgamos a eficácia da intervenção.
- Os resultados Nursing Outcomes Classification (NOC) estão ligados às intervenções Nursing Interventions Classification (NIC). NIC é projetado para mostrar um link com NOC (Moorhead et al., 2013). Use esses recursos para desenvolver o plano de cuidados.

Características do Diagnóstico de Enfermagem

- Escolha intervenções para alterar o fator etiológico (relacionado a) ou causas do diagnóstico. **Exemplo:** Dor Aguda relacionada ao traumatismo da incisão cirúrgica, escolher as intervenções para o Sr. Lawson que aliviem o inchaço e a pressão sobre o local da incisão (posicionamento e medidas de mobilidade) e aliviar a sensação dolorosa (analgésico).
- Quando um fator etiológico não pode mudar, dirigir as intervenções em direção ao tratamento dos sinais e sintomas (p. ex., definição das características do diagnóstico). **Exemplo:** Disposição para o Conhecimento Avançado relacionada à alta iminente, com autoatendimento das necessidades – escolher as intervenções que forneçam informações que respondam às perguntas do Sr. e Sra. Lawson sobre procedimentos de recuperação, tratamento de feridas e o que observar.
- Para os diagnósticos de risco, intervenções diretas alteram ou eliminam os fatores de risco para o diagnóstico. **Exemplo:** Risco de

Infecção requer intervenções para manter limpa a área incisional do Sr. Lawson, livre de traumatismo adicional e para manter a boa nutrição.

Base da Pesquisa

- Estar familiarizado com a evidência de pesquisa para uma intervenção e usá-la para o grupo de pacientes apropriado e/ou configuração (Cap. 5).
- A evidência da pesquisa, em apoio a uma intervenção de enfermagem, irá indicar a eficácia do uso da intervenção com certos tipos de pacientes.
- Quando a pesquisa não estiver disponível, usar princípios científicos (p. ex., controle da infecção, aprendizagem) ou consultar um especialista clínico sobre o seu paciente.

Viabilidade

- A intervenção específica tem o potencial de interagir com outras intervenções previstas pelo enfermeiro e outros profissionais de saúde.
- Conhecer e estar envolvido em um plano total de cuidados de um paciente.
- Considere o custo de uma intervenção e a quantidade de tempo necessário para a sua implementação. **Exemplo:** Se você pretende que um paciente seja movido para uma cadeira 3 vezes ao dia, haverá funcionários para ajudar com a transferência?

Aceitação pelo Paciente

- Sempre que possível, ofereça uma escolha de intervenções ao paciente, para ajudar a alcançar os resultados.
- Promova a escolha informada; dê aos pacientes informações sobre cada intervenção e como se espera que eles participem.
- Considere os valores de um paciente, suas crenças e cultura para uma abordagem centrada no paciente em relação à seleção de intervenções.

Capacidade do Enfermeiro

- Ter conhecimento da fundamentação científica para a intervenção.
- Ter as habilidades psicossociais e psicomotoras necessárias para concluir a intervenção.
- Ser capaz de agir dentro do ambiente específico e utilizar eficazmente os recursos da saúde.

Modificado de Bulechek GM, et al.: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

Ao desenvolver um plano de cuidados, reveja os recursos como a literatura científica, protocolos padrões ou orientações, a Nursing Outcomes Classification (NOC) e a **Nursing Interventions Classification (NIC)** (Classificação das Intervenções de Enfermagem), os manuais de política ou de procedimentos ou os livros didáticos. A colaboração com outros profissionais de saúde também é útil. À medida que você seleciona as intervenções, avalie as necessidades do seu paciente, as prioridades e as experiências anteriores para selecionar as intervenções que tenham o melhor potencial para alcançar os resultados esperados.

Nursing Interventions Classification (Classificação das Intervenções de Enfermagem)

Assim como com a padronização da NOC, o Iowa Intervention Project tem desenvolvido um conjunto de intervenções de enfermagem que fornece um nível de padronização para melhorar a comunicação dos cuidados de enfermagem em todos os ambientes de cuidados de saúde e comparar os resultados (Bulechek et al., 2013). O modelo NIC inclui três níveis: domínios, classes e intervenções para facilitar a utilização. Os sete domínios constituem o nível mais alto (nível 1) do modelo, usando termos gerais (p. ex., segurança e fisiológico básico) para organizar as classes e as intervenções mais específicas (Tabela 18-3). O segundo nível do modelo inclui 30 classes, que oferecem

categorias clínicas úteis como referência ao selecionar intervenções. O terceiro nível do modelo inclui as 554 intervenções, definidas como qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento de que um enfermeiro dispõe para melhorar os resultados dos pacientes (Bulechek et al., 2013) (Quadro 18-2). Em seguida, cada intervenção inclui uma variedade de atividades de enfermagem a escolher (Quadro 18-3) e que uma enfermeira usa, comumente, em um plano de cuidados. As intervenções da NIC também estão ligadas aos diagnósticos de enfermagem NANDA-I para facilitar o uso (NANDA-I, 2012). Por exemplo, se um paciente tem um diagnóstico de enfermagem de *Dor Aguda*, há 20 intervenções recomendadas, incluindo o gerenciamento da dor, a estimulação cutânea e a redução da ansiedade. Cada uma das intervenções recomendadas tem uma variedade de atividades para os cuidados de enfermagem. Por exemplo, as atividades de estimulação cutânea incluem a seleção de massagem, frio ou calor. NIC é um recurso valioso para a seleção de intervenções e de atividades apropriadas para o seu paciente. Ela está evoluindo e é orientada para a prática. A classificação é abrangente, incluindo intervenções independentes e colaborativas. Resta a sua decisão de determinar quais as intervenções e atividades que melhor se adaptam às necessidades individuais e à situação do seu paciente.

Tabela 18-3

Nursing Interventions Classification (NIC) Taxonomia

Domínio 1	Domínio 2	Domínio 3	Domínio 4	Domínio 5
Domínios Nível 1				
1. **Fisiológico: Básico** Cuidados que sustentam o funcionamento físico	2. **Fisiológico: Complexo** Cuidados que sustentam a regulação homeostática	3. **Comportamental** Cuidados que sustentam o funcionamento psicossocial e facilitam as alterações no estilo de vida	4. **Segurança** Cuidados que sustentam a proteção contra danos	5. **Família** Cuidados qu sustentan família

Classes Nível 2

A *Gestão das Atividades e dos Exercícios*: Intervenções para organizar ou ajudar com a atividade física e conservação da energia e do consumo B *Gestão de Eliminação*: Intervenções para estabelecer e manter a função intestinal regular e os padrões de eliminação urinária e gerenciar as complicações causadas por padrões alterados C *Gestão de Imobilidade*: Intervenções para gerenciar os movimentos restritos do corpo e as sequelas D *Suporte Nutricional*: Intervenções para modificar ou manter o estado nutricional E *Promoção do Conforto Físico*: Intervenções para promover o conforto usando técnicas	G *Gestão dos Eletrólitos e Ácido-Base*: Intervenções para regular o equilíbrio eletrolítico/ ácido-base e evitar complicações H *Gestão de Drogas*: Intervenções para facilitar os efeitos desejados dos agentes farmacológicos I *Gestão Neurológica*: Intervenções para otimizar as funções neurológicas J *Cuidados perioperatórios*: Intervenções para prestar cuidados antes, durante e imediatamente após a cirurgia K *Gestão das vias respiratórias*: Intervenções para promover a permeabilidade das vias aéreas e as trocas gasosas L *Gestão da Pele/Feridas*: Intervenções para manter ou restaurar a integridade do tecido M *Termorregulação*: Intervenções para manter a temperatura do corpo dentro de uma faixa	O *Terapia Comportamental*: Intervenções para reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis P *Terapia Cognitiva*: Intervenções para reforçar ou promover o funcionamento cognitivo desejável ou alterar o funcionamento cognitivo indesejável Q *Comunicação Avançada*: Intervenções para facilitar o fornecimento e a recepção de mensagens verbais e não verbais R *Lidar com Assistência*: Intervenções para ajudar o outro a construir os seus pontos fortes, se adaptar a uma mudança de função, ou atingir um nível mais elevado da função S *Educação de Pacientes*: Intervenções para facilitar a aprendizagem T *Promoção do Conforto Psicológico*: Intervenções para promover o conforto usando técnicas psicológicas	U *Gestão de Crise*: Intervenções para fornecer ajuda imediata de curto prazo em crises psicológicas e fisiológicas V *Gestão de Risco*: Intervenções para iniciar as atividades de redução de riscos e continuar com o acompanhamento dos riscos ao longo do tempo	W *Cuidad Fertilid* Interve para au na compre lidar co alteraçõ psicoló fisiológ durante período Z *Cuidado Educaçõ Filhos*: Interve para aju educaç filhos X *Cuidado Vida Út* Interve para fa funcion da unid familia promov saúde e estar d membr família durante período vida

físicas F *Facilitação de Autocuidados*: Intervenções para fornecer ou ajudar com as atividades rotineiras da vida diária	normal N *Gestão da Perfusão dos Tecidos*: Intervenções para otimizar a circulação do sangue e de líquidos para os tecidos			

De Bulechek GM, et al.: *Nursing interventions classification (NIC),* 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

Quadro 18-2 Exemplo de Intervenções para Promoção do Conforto Físico

Classe: Promoção do Conforto Físico (Nível 2)

Intervenções para promover o conforto utilizando técnicas físicas

Intervenções (Exemplos)

Aromaterapia
Estimulação Cutânea
Gestão Ambiental
Aplicação Calor/Frio
Controle das Náuseas
Tratamento da Dor
Relaxamento Muscular Progressivo

Exemplos de Diagnósticos de Enfermagem Vinculados

Dor Aguda
Dor Crônica

De Bulechek GM, et al.: *Nursing interventions classification (NIC),* 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

Quadro 18-3 Exemplo de uma Intervenção e Atividades Associada de Enfermagem

Gestão de Intervenção Ambiental: Conforto

Exemplos de Atividades

- Criar um ambiente calmo e de suporte.
- Fornecer um quarto individual se for preferência do paciente, para oferecer relaxamento e descanso.
- Ajustar a temperatura ambiente mais confortável para o indivíduo.
- Proporcionar um ambiente seguro e limpo.
- Determinar as fontes de desconforto: vestimentas úmidas, posicionamento em tubo, roupa amarrotada.
- Proporcionar medidas de higiene para o conforto (p. ex, cremes para a pele, higiene bucal).
- Fornecer atenção imediata em relação a luzes de chamada, que devem estar sempre ao alcance.

De Bulechek GM, et al.: *Nursing interventions classification (NIC),* 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

Sistemas para o planejamento dos cuidados de enfermagem

Em qualquer centro de cuidados de saúde, um enfermeiro é responsável por fornecer um plano de cuidados de enfermagem para todos os pacientes. O plano de cuidados pode assumir várias formas (p. ex., Kardex de enfermagem, planos informatizados e planos de cuidados padronizados). Com o crescimento dos EHRs nas instituições de cuidados de saúde, os sistemas de documentação, normalmente, incluem programas de software para os planos de saúde de enfermagem. Muitos destes programas de software usam as taxonomias NANDA, NOC e NIC, permitindo que os enfermeiros possam identificar, claramente, um plano de cuidados usando diagnósticos adequados de enfermagem, resultados e intervenções. Há um valor em usar terminologias de enfermagem padronizadas dos EHRs (Lundberg et al., 2008). Os pacientes se beneficiam de uma continuidade dos cuidados, facilitada por meio da utilização de terminologias padronizadas que oferecem uma comunicação mais clara entre os médicos. As organizações de cuidados de saúde se beneficiam pela medida dos cuidados de enfermagem e seus efeitos sobre a assistência ao paciente, por meio de consultas de registros dos pacientes em vez de um manual gráfico oneroso de auditorias. O uso de terminologias de enfermagem padronizadas permite que as instituições de saúde determinem o impacto da enfermagem e, assim, validem a contribuição da enfermagem nos cuidados de saúde e na segurança do paciente (Lundberg et al., 2008).

Um **plano de cuidados de enfermagem** inclui diagnósticos de enfermagem, metas e/ou resultados esperados, as intervenções específicas de enfermagem e uma seção para os resultados da avaliação, de modo que qualquer enfermeiro seja capaz de identificar, rapidamente, as necessidades clínicas e a situação de um determinado paciente. Enfermeiros devem realizar um plano de revisão quando o estado de um paciente se alterar. Planos de cuidados padronizados

pré-impressos e planos de saúde EHR seguem um formato padronizado, mas você pode individualizar cada plano de acordo com as necessidades específicas de um paciente (Cap. 26). O plano fornece aos enfermeiros um documento central que define os diagnósticos/problemas de um paciente, o plano de cuidados para cada diagnóstico/problema e os resultados de monitorização e de avaliação do progresso do paciente.

Nos hospitais e no atendimento comunitário, os pacientes recebem cuidados de mais de um enfermeiro, médico ou outro profissional de saúde associado. Assim, um número maior de instituições vem desenvolvendo **planos de cuidados interdisciplinares**, que incluem contribuições de todas as disciplinas envolvidas na assistência ao paciente. O plano interdisciplinar centra-se sobre as prioridades do paciente e melhora a coordenação de todas as terapias dos pacientes e a comunicação entre todas as disciplinas.

Um cuidado global de enfermagem bem planejado reduz o risco de cuidados incompletos, incorretos ou imprecisos. Como os problemas e o estado de um paciente se alteram, o mesmo acontece com o plano. Um plano de cuidados de enfermagem é uma diretriz para a coordenação de cuidados de enfermagem, promovendo a continuidade dos cuidados e listando os critérios de resultados para serem usados, mais adiante, na avaliação (Cap. 20). O plano de cuidados comunica as prioridades dos cuidados de enfermagem para enfermeiros e outros provedores de cuidados de saúde. Ele também identifica e coordena recursos para a prestação de cuidados de enfermagem. Por exemplo, em um plano de cuidados você lista os suprimentos específicos necessários para usar em uma troca de curativo ou os nomes de enfermeiros especialistas clínicos que estão sendo consultados em relação a um paciente.

O plano de cuidados de enfermagem melhora a continuidade dos cuidados de enfermagem, listando as intervenções específicas de enfermagem necessárias para atingir os objetivos dos cuidados. Todos os enfermeiros que cuidam de um determinado paciente realizam estas intervenções (p. ex., ao longo de cada dia durante o tempo em que um paciente permanece [no hospital] ou durante as visitas

semanais [casa de saúde de enfermagem]). Um plano de cuidados de enfermagem formulado corretamente torna mais fácil continuar os cuidados de um enfermeiro quando outro profissional assume esses cuidados. O Planejamento do Cuidado de Enfermagem (*Nursing Care Plan*) é um exemplo de um plano de cuidados para o Sr. Lawson, usando o formato encontrado ao longo deste texto.

Um plano de cuidados inclui objetivos e resultados em curto e longo prazos de um paciente, tornando-se uma parte importante do planejamento de alta hospitalar. Assim, você precisa envolver a família nos cuidados de planejamento se for agradável ao paciente. A família é, muitas vezes, um recurso para ajudar um paciente a cumprir as metas de saúde. Além disso, atender a certas necessidades da família pode melhorar o nível de bem-estar do paciente. O planejamento da alta é, especialmente, importante para um paciente que apresente uma deficiência ou uma lesão que não estava presente antes da internação. Como resultado, o paciente deve ser submetido à reabilitação de longo prazo, na sua comunidade, e, muitas vezes, necessita de cuidados de saúde domiciliar. Mesmo nos casos de cirurgias realizadas no mesmo dia e altas precoces dos hospitais exige-se que você inicie o planejamento de alta, a partir do momento em que o paciente entra na instituição de saúde. O plano de cuidados completo é o plano de ação de enfermagem.

Relatórios de Transferência de Informação (*Hand-Off*)

Parte do planejamento envolve a transferência de informações essenciais (juntamente com responsabilidade e a autoridade) de um enfermeiro para o próximo, durante as trocas de plantão ou turnos nos cuidados (p. ex., no final do trabalho, durante uma transferência do paciente para uma nova unidade de atendimento, alta para outra instituição). Relatórios de transferência de informação oferecem a oportunidade de fazer perguntas, esclarecer e confirmar os detalhes importantes sobre o progresso de um paciente e para as contínuas necessidades de cuidados. Um relatório de transferência de

informação é a prática padrão usada por um enfermeiro para comunicar informações sobre o plano de cuidados de um paciente para o pessoal que se aproxima do atendimento ao paciente. Durante um relatório de transferência de informação sempre se deve fornecer informações precisas, atualizadas e informações pertinentes para o próximo enfermeiro que está assumindo o atendimento do paciente. O relatório de transferência de informação é um momento fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados para um paciente e para a prevenção de erros ou de retardos na prestação de intervenções de enfermagem. Pesquisas recentes identificam as abordagens para usar eficazes relatórios de transferência de informação e as barreiras à sua eficácia (Riesenberg, 2012; Riesenberg et al., 2010) (Quadro 18-4). Planos de saúde escritos organizam informações trocadas por enfermeiros nos relatórios de transferência de informação (Cap. 26). Você aprende a concentrar os seus relatórios sobre os cuidados de enfermagem e os tratamentos concluídos, as respostas e os resultados esperados documentados do paciente nos planejamentos de saúde.

Quadro 18-4

Prática Baseada em Evidências

Referências Trocadas de Enfermagem

Questão PICO: O uso da comunicação trocada à margem do leito, em comparação com o relatório tradicional passado entre enfermeiros em ambientes de cuidados agudos, reduz os erros?

Resumo de Evidências

A troca de enfermagem durante a mudança de turno envolve um intercâmbio verbal enfermeiro-enfermeiro de informações sobre os pacientes. A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2011) pesquisou 1.032 hospitais, com mais de 50% dos funcionários entrevistados, concordando que as informações importantes no atendimento ao paciente são, muitas vezes, perdidas nas mudanças de turno. Athwal et al. (2009) observaram

que uma combinação de uma escrita atualizada juntamente com um relatório de troca à margem do leito reduziu o tempo total gasto para as alterações no relatório, redução das horas extras do enfermeiro e levou à redução das chamadas dos pacientes usando as luzes. Uma revisão sistemática de artigos científicos discutiu as estratégias e barreiras para as trocas eficazes (Riesenberg et al., 2010). A investigação sugere que não há qualquer evidência que aponte para a melhor prática de trocas na enfermagem, relacionada à redução dos erros. No entanto, a prática das trocas tem várias finalidades, incluindo a transferência de informação, a tomada de decisão compartilhada, avaliação de opções de tratamento e planejamento compartilhado (Riesenberg, 2012). Considere, cuidadosamente, as seguintes estratégias e decida se elas são úteis e se encaixam na sua própria configuração e recursos institucionais.

Aplicação para a Prática de Enfermagem

Estratégias para a Troca Eficaz da Enfermagem

- Fazer um pré-estudo; gerir o seu tempo e, assim, você estará preparado para fazer um relatório conciso.
- Manter o relatório centrado no paciente; fazer perguntas e esclarecer.
- Padronizar o processo de utilização de ferramentas, formulários e listas de verificação e certificar-se de que a informação essencial seja, consistentemente, incluída.
- Durante os *rounds* incluir a família do paciente na discussão de objetivos.
- Limite as interrupções e distração.
- Reconhecer informações recebidas e a transferência de responsabilidade (Riesenberg, 2012).

Barreiras às Trocas Eficazes da Enfermagem

- Barreiras de comunicação, incluindo omissões (faltas ou informações incompletas), erros (incorretos, estranhos, duplicados), relatórios desorganizados ou um que seja de rotina e

não individualizado
- Problemas sociais, incluindo uma cultura de culpa em uma unidade que inibe o questionamento
- Complexidade dos casos e alta carga de pacientes – grande volume de informações do paciente e tempo insuficiente para relatar

Planos de Cuidados dos Estudantes

Os planejamentos de saúde dos estudantes irão ajudá-lo a aprender técnicas de resolução de problemas, processos de enfermagem, habilidades de comunicação escrita e habilidades organizacionais para cuidados de enfermagem. Mais importante ainda, um plano de cuidados de estudante irá ajudá-lo a aplicar os conhecimentos científicos adquiridos a partir da literatura científica e da sala de aula para uma situação prática. Os alunos normalmente escrevem um plano de cuidados para cada diagnóstico de enfermagem. O plano de assistência estudantil é um plano mais elaborado de cuidados usados em uma instituição hospitalar ou nas comunidades, porque o seu propósito é ensinar o processo de planejamento de cuidados. Cada escola usa um formato diferente para os planejamentos de saúde do estudante. Muitas vezes, o formato utilizado é semelhante ao usado pela instituição de cuidados de saúde que oferece aos alunos as suas experiências clínicas.

Um exemplo de um plano de assistência desenvolvido pelos alunos envolve um formato de cinco colunas. A partir da esquerda para a direita, as cinco colunas incluem: (1) dados de avaliação relevantes para diagnóstico correspondente, (2) objetivos/resultados identificados para o paciente, (3) implementação (intervenções selecionadas) para o plano de cuidados, (4) uma **justificativa científica** (a razão que levou você a escolher uma ação de enfermagem específica, com base em elementos de prova) e (5) uma seção para avaliar os seus cuidados. As seguintes perguntas irão ajudá-lo a elaborar um plano:

- *Qual* é a intervenção, e ela é baseada em evidências?

- *Quando* deve cada intervenção ser implementada?
- *Como* deve a intervenção ser realizada para este paciente específico?
- *Quem* deve estar envolvido em cada etapa da intervenção?

Plano de cuidado de enfermagem

Ansiedade

Histórico de enfermagem

O Sr. Lawson é um paciente de 62 anos de idade que foi submetido a cirurgia abdominal para uma ressecção de colo e remoção de um tumor, há 3 dias. O paciente tem uma incisão cirúrgica abdominal de 7,5 a 8,75 centímetros no quadrante inferior esquerdo. Uma avaliação prévia revelou uma separação das margens da ferida entre duas suturas na parte inferior da incisão. O Sr. Lawson sabe que ele terá restrição das atividades. Sua esposa será um recurso, uma vez que ele retorne para o domicílio. Sua alta foi planejada em um primeiro momento. Sua família ainda depende da sua renda. Agora ele começa a partilhar as preocupações com Tonya sobre sua capacidade de retornar ao trabalho, após a cirurgia. Tonya detectou que um novo diagnóstico pode ser aplicado ao Sr. Lawson e sabe que precisa reunir informações adicionais.

*Avaliação das Atividades**	*Achados/Características Definidoras*
Peça paciente para esclarecer as preocupações que ele tem sobre a cirurgia.	O paciente **refere a preocupação** com a ferida não cicatrizar e de ter dúvidas se será capaz de retornar ao trabalho a tempo. Ele precisa voltar ao trabalho em 6 semanas.
Avalie a função cognitiva do paciente.	O paciente **não presta atenção** à explicação de Tonya sobre os fatores de risco para a infecção e mostra contato visual pobre quando discute a condição.
Observe as emoções do paciente.	Paciente fica **irritado** com os técnicos que entram na sala para obter uma amostra de sangue.

* As **características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Ansiedade relacionada com a incerteza sobre a capacidade de voltar ao trabalho

PLANEJAMENTO	
Objetivos	*Resultados Esperados (NOC)*†
	Nível de Ansiedade
O Sr. Lawson irá explicar os tipos de restrição das atividades no contexto de retomar o autocuidado no domicílio, após a alta.	Paciente mantém a atenção durante a instrução sobre a restrição das atividades dentro de 24 horas. Paciente mostra um contato visual durante as sessões de instrução programada dentro de 24 horas. Paciente apresenta menor grau de tensão facial durante as conversas em 24 horas.
	Processando a Informação
O Sr. Lawson irá demonstrar a abordagem adequada de tratamento da ferida (ver o plano para melhorar o conhecimento) no dia da alta.	Paciente descreve razão para a restrição de atividades no dia da alta. Paciente descreve os passos de tratamento da ferida, 24 horas antes da alta.
	Lidando com Confitos
O Sr. Lawson vai verbalizar a aceitação da necessidade de obter a recuperação total, antes de voltar ao trabalho, no dia da alta.	O paciente compartilha com a esposa as preocupações sobre o trabalho, no dia da alta.

† Rótulos de Classificação dos Resultados de Moorhead S, et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	JUSTIFICATIVA
Redução da Ansiedade	
Use uma abordagem calma, reconfortante, durante as discussões e instrução.	Para que o paciente seja capaz de expressar preocupações e fazer perguntas, ele deve ver o enfermeiro como um elemento não ameaçador, confiável e compreensivo (Varcarolis & Halter, 2014).
Incentive a Sra. Lawson a ficar com o marido, tanto quanto possível; incluí-la nas discussões.	Um sistema de apoio beneficia um paciente que experimenta estresse. Famílias fortes tendem a ter boas habilidades de resolução de problema e compromisso com o outro (Schumacher et al., 2006).
Colaborar com a pessoa que presta os cuidados de saúde para fornecer informações factuais relacionadas à restrição de atividade, evolução da cicatrização de feridas e expectativas para a capacidade de voltar ao trabalho.	Fatos fornecem ao paciente uma visão mais objetiva da viabilidade de retorno ao trabalho, como antecipado.
Confirme com o paciente que as orientações pós-operatórias a seguir irão melhorar a probabilidade de recuperação e a capacidade de voltar ao trabalho.	Ao comparar as pessoas com graus semelhantes de comprometimento funcional, aquelas com expectativas otimistas se recuperam mais rapidamente por meio de estratégias de enfrentamento e têm melhor qualidade de vida

	(Conversano et al., 2010).

‡ Rótulos de classificação de Intervenção de Bulechek GM, et al: *Nursing interventions classification (NIC),* 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Obtenção do Resultado***
Solicite que o Sr. Lawson explique os tipos de restrições de atividade que ele terá quando voltar para casa.	O Sr. Lawson relata que seu cirurgião disse-lhe que ele poderá levantar objetos pesados até 13 Kg, durante 6 semanas para reduzir a tensão na linha de sutura.	Resultado obtido
O Sr. Lawson explica a sua preocupação sobre a necessidade de se recuperar totalmente antes de voltar ao trabalho. Observe o seu comportamento durante a conversa.	O Sr. Lawson é capaz de concordar com a discussão sobre sua recuperação e mostra um bom contato visual. Ele tem alguma preocupação sobre a sua capacidade de realizar normalmente o seu trabalho.	O nível de ansiedade do paciente está diminuindo. Continuar a discussão sobre o que ele vai ser capaz de fazer em 6 semanas.

Cada justificativa científica que você usa para apoiar uma intervenção de enfermagem requer que você inclua uma referência, sempre que possível, para documentar a fonte da literatura científica. Isso reforça a importância da prática de enfermagem baseada em evidências. É também importante que cada intervenção seja específica e exclusiva para a situação de um paciente. As intervenções inespecíficas de enfermagem resultam em cuidados de enfermagem incompletos ou imprecisos, falta de continuidade entre os cuidadores e mau uso dos recursos. As omissões comuns que os enfermeiros fazem, por escrito, em relação às intervenções de enfermagem incluem ação, frequência, quantidade, método ou pessoa para realizá-las. Esses erros ocorrem quando os enfermeiros não estão familiarizados com o processo de planejamento. A Tabela 18-4 ilustra esses tipos de erros, mostrando declarações incorretas e corretas das intervenções de enfermagem. A quinta coluna do plano de cuidados inclui uma seção para que você possa avaliar o plano de cuidados: cada objetivo/resultado foi completamente ou apenas parcialmente atendido? Utilize a coluna de avaliação para documentar se o plano

exige revisão ou quando os resultados foram encontrados, indicando, assim, quando um determinado diagnóstico de enfermagem não é mais relevante para o plano de cuidados do paciente (Cap. 20).

Tabela 18-4

Erros Frequentes ao Redigir Intervenções de Enfermagem

Tipo de Erro	Intervenção de Enfermagem Estabelecida Incorretamente	Intervenção de Enfermagem Estabelecida Corretamente
Falha em indicar com precisão ou completamente as ações de enfermagem	Realizar exercícios com o membro inferior esquerdo.	Realize ADM para flexão e extensão do joelho direito; flexão plantar e flexão dorsal do tornozelo direito, 3 vezes ao dia.
Falha em indicar a frequência	Realizar medições de glicose no sangue.	Medir a glicose no sangue antes de cada refeição: 0700-1100-1700.
Falha em indicar a quantidade	Irrigar a ferida uma vez por turno: 0600-1400-2000.	Lavar a ferida com 100 mL de solução salina normal até ficar clara: 0600-1400-2000.
Falha em indicar o método	Trocar o curativo do paciente diariamente.	Aplicar um curativo transparente diariamente no local do ferimento da pele.

ROM, Faixa de Movimentação.

Planos de Cuidados para Configurações com Base Comunitária

O planejamento dos cuidados dos pacientes em ambientes comunitários (p. ex., clínicas, centros comunitários ou domicílios dos pacientes) aplica os mesmos princípios da prática de enfermagem. No entanto, nestas configurações você precisa completar uma forma mais abrangente na comunidade, no domicílio e uma avaliação da família. Em última análise, uma unidade paciente/família deve ser capaz de fornecer a maioria dos cuidados de saúde, de forma independente. Você projeta um plano para (1) educar o paciente/família sobre as técnicas de cuidados necessárias e as precauções, (2) ensinar um paciente/família como integrar cuidados no interior das atividades familiares e (3) orientar o paciente/família sobre a forma de assumir

uma maior porcentagem de cuidados ao longo do tempo. Finalmente, o plano inclui a avaliação dos enfermeiros e do paciente/família dos resultados esperados.

Os Mapas Conceituais

O Capítulo 16 fez uma primeira apresentação dos mapas conceituais e sua utilização no processo de enfermagem. Pelo fato de você cuidar de pacientes que têm vários problemas de saúde e diagnósticos de enfermagem relacionados, muitas vezes, não é realista ter um plano colunar escrito, desenvolvido para cada diagnóstico de enfermagem. Além do mais, os planos colunares não contêm uma forma para mostrar a associação entre diferentes diagnósticos de enfermagem e diferentes intervenções de enfermagem. Um mapa conceitual é uma representação visual de todos os diagnósticos de enfermagem do paciente e oferece a você diagramas de intervenções para cada um. A pesquisa mostra que o uso de mapas conceituais ajuda os estudantes de enfermagem a tomar melhores decisões clínicas e desenvolver melhores habilidades de julgamento clínico (Gerdeman et al., 2013). Um mapa mostra a relação dentro do processo de enfermagem (isto é, como as intervenções de enfermagem, muitas vezes, se aplicam a mais de um diagnóstico de enfermagem). Mapa conceitual agrupa e categoriza os conceitos de enfermagem para oferecer uma visão holística das necessidades de cuidados da saúde do seu paciente.

No Capítulo 17 você aprendeu como adicionar rótulos diagnósticos de enfermagem em um mapa conceitual. No planejamento de cuidados para cada diagnóstico de enfermagem, devem-se analisar as relações entre os diagnósticos. Desenhar linhas pontilhadas entre os diagnósticos de enfermagem para indicar as relações de uns com os outros (Fig. 18-3). É importante que você faça associações significativas entre um conceito e outro. Os links precisam ser precisos, significativos e completos para que você possa explicar por que os diagnósticos de enfermagem estão relacionados. O mapa conceitual do Sr. Lawson tem um novo, quarto diagnóstico de enfermagem, a *Ansiedade*. A *Ansiedade* e a *Dor Aguda* do Sr. Lawson estão inter-relacionadas. Além disso, a *Dor Aguda* tem uma influência

sobre a sua disponibilidade para a sua *Disposição para o Conhecimento Avançado*.

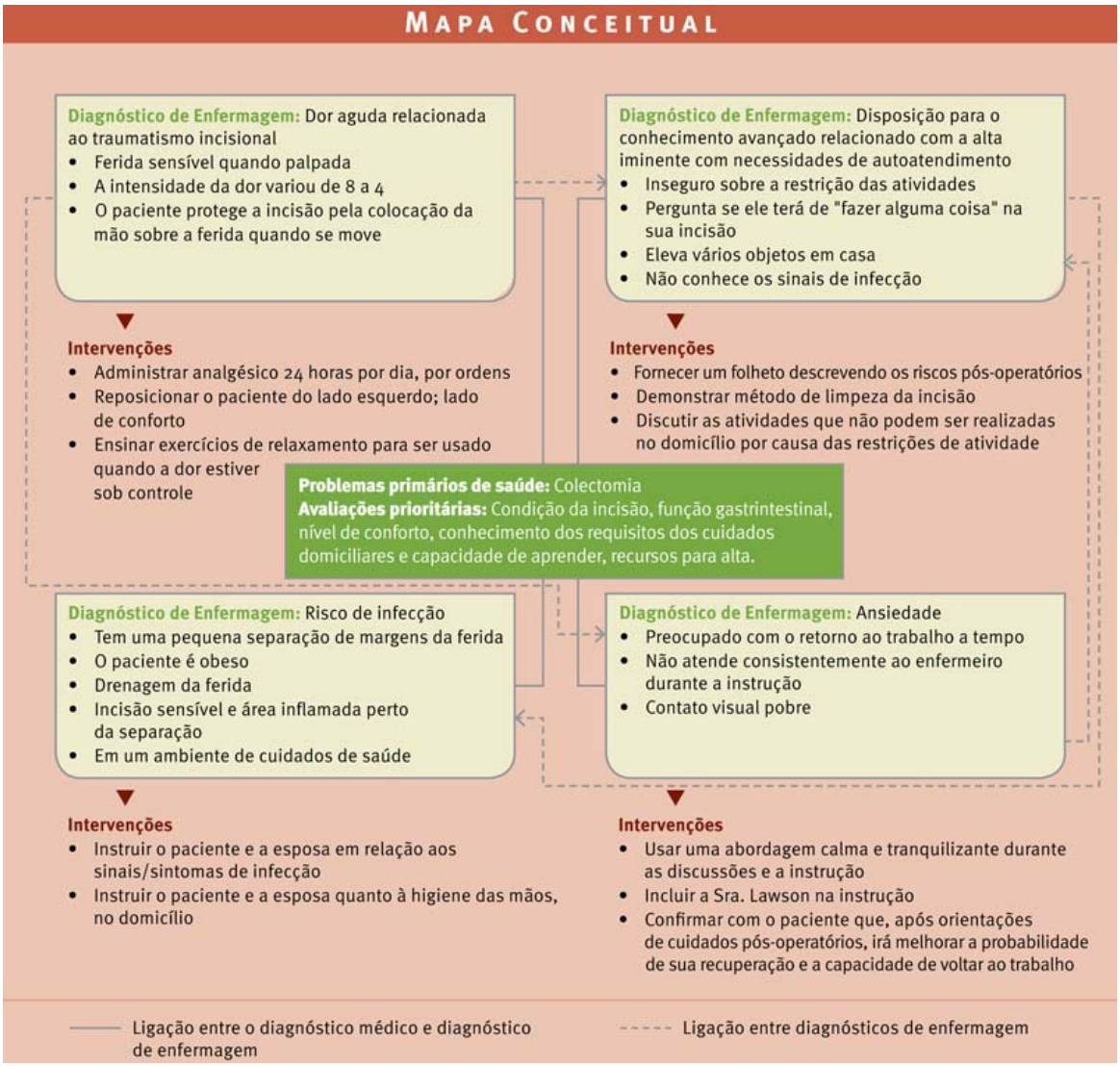


FIGURA 18-3 Mapa conceitual para o Sr. Lawson: Planejamento.

Finalmente, em uma folha de papel ou no próprio mapa, liste as intervenções de enfermagem para atingir os resultados mensuráveis para cada diagnóstico de enfermagem. Esta etapa corresponde à fase de planejamento do processo de enfermagem. Enquanto cuidar de um paciente, use o mapa para escrever as suas respostas para cada

atividade de enfermagem. Também escreva suas impressões clínicas e inferências sobre o progresso do paciente em direção a resultados esperados e à eficácia das intervenções. Mantenha o mapa conceitual com você durante todo o dia, na clínica. À medida que você revisa o plano, deve tomar notas e adicionar ou excluir intervenções de enfermagem. Use as informações gravadas no mapa para documentar a assistência ao paciente. Os pensadores críticos aprendem por meio da organização e relacionando os conceitos cognitivos. Os mapas conceituais ajudam você a aprender as inter-relações entre os diagnósticos de enfermagem, para criar um único significado e organizar a informação coletada.

Consultando outros profissionais de saúde

O planejamento envolve consultas com membros da equipe de cuidados de saúde, quando você enfrenta problemas na prestação de cuidados ou na colaboração dos cuidados. A consulta ocorre em qualquer etapa do processo de enfermagem, mas, na maior parte das vezes, você consulta durante as etapas de planejamento de enfermagem e de implementação. Nestas fases, é mais provável que você identifique um problema que exija conhecimentos, habilidades ou recursos adicionais. Uma maneira de consultar é usando a abordagem SBAR, um mecanismo para envolver conversas, especialmente abordagens críticas, que necessitam de atenção imediata de um médico e de ação (Cap. 26). SBAR é um acrônimo para *S*ituation, *B*ackground, *A*ssessment and *R*ecommendation (Situação, Condição de Fundo, Avaliação e Recomendação).

A consulta exige que você esteja ciente de seus pontos fortes e das suas limitações como um membro da equipe. Durante uma **consulta** você procura a experiência de um especialista, como o seu instrutor dos cuidados, uma pessoa que presta os cuidados de saúde ou um educador clínico de enfermagem para identificar as formas de lidar com os problemas das condutas do paciente ou o planejamento e a implementação de terapias. O processo de consulta é importante para que todas as pessoas que prestam os cuidados de saúde se mantenham focadas nos mesmos objetivos e resultados dos pacientes. Esteja preparado antes de fazer uma consulta. A consulta é baseada na abordagem de resolução de problemas e o consultor é o estímulo para a mudança.

Um enfermeiro experiente é um consultor valioso quando você enfrenta uma situação de assistência desconhecida de um paciente, como ocorre em um novo procedimento ou um paciente apresentando um conjunto de sintomas que você não consegue identificar. A consulta clínica de enfermagem ajuda a resolver problemas na

admissão aos cuidados de enfermagem. Por exemplo, um estudante de enfermagem consulta um especialista na clínica em relação às técnicas nos cuidados de feridas ou um educador a respeito de recursos pedagógicos úteis. Enfermeiros são consultados por sua experiência clínica, habilidades na educação do paciente ou habilidades pessoais no ensino. Os enfermeiros também consultam outros membros da equipe de cuidados de saúde, como fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais.

Quando Consultar

A consulta ocorre quando você identifica um problema que você é incapaz de resolver, usando o conhecimento, as habilidades e os recursos pessoais. O processo requer uma boa colaboração entre profissionais. Consulta com outras pessoas que prestam os cuidados aumenta o seu conhecimento sobre os problemas de um paciente e ajuda você a incorporar habilidades e obter recursos. Um bom momento para consultar outro profissional de saúde é quando o problema exato permanece obscuro. Um consultor objetivo se depara com uma situação clínica e a avalia de forma mais clara, identificando a natureza de um problema, seja ele o paciente, o pessoal ou equipamento de orientação. Na maioria das vezes você consulta as pessoas que prestam os cuidados de saúde que estão trabalhando na sua área clínica. Contudo, às vezes, você realiza uma consulta a distância pelo telefone (Quadro 18-5).

Quadro 18-5 Dicas para Fazer Consultas Telefônicas

- Dispor das informações necessárias ANTES de fazer uma chamada. No mínimo ter o registro médico, folhas de medicação (se a consulta envolver um medicamento) e as anotações relacionadas às atividades de cuidados recentes.
- Avaliar pessoalmente o paciente antes de fazer a chamada. Por exemplo, quando você consultar as pessoas que prestam os

cuidados de saúde, eles dependem intensamente da sua avaliação de que eles possam dar um aconselhamento adequado.

- Abordar tanto a história clínica quanto a perspectiva do paciente, incluindo os contextos social e cultural.
- Fornecer um diagnóstico ou interpretação do problema do paciente com uma explicação ou um resumo. Utilização da abordagem SBAR no relatório (*S*ituação, *C*ondição de Fundo, *A*valiação, *R*ecomendação) é útil (Cap. 26).
- Entender por que você está solicitando a consulta e pense em algumas soluções possíveis. Sua experiência em cuidar do paciente permite que você faça sugestões úteis.

Dados de Maison D: Effective communications are more important than ever: a health care provider's perspective, *J Home Care Hospice Professional* 24(3):178, 2006; Males T: In the dark: risks of telephone consultations, *Sessional GP* 4(2):2012, http://www.medicalprotection.org/docs/default-source/pdfs/uk-sessional-gp/oct-2012.pdf. Acessado em 21 jul. 2014.

Como Consultar

Comece com a sua própria compreensão dos problemas clínicos de um paciente. O primeiro passo para fazer uma consulta é avaliar a situação e identificar a área geral do problema. Em segundo lugar, dirigir a consulta a um profissional direto, como outra enfermeira ou assistente social. Terceiro, fornecer ao consultor as informações relevantes sobre a área do problema e buscar uma solução. Inclua um breve resumo do problema, os métodos usados, até o presente momento, para resolver o problema e os resultados desses métodos. Também compartilhe as informações do prontuário do paciente, as conversações com outros enfermeiros e com a família do paciente. Em quarto lugar, não use de preconceitos ou influencie os consultores. Os consultores são profissionais da prática clínica que ajudam a identificar e resolver um problema de enfermagem, e pressioná-los com tendências ou prejudicá-los os impedirá de resolver os problemas. Evite os vieses para não sobrecarregar os consultores com conclusões subjetivas e emocionais sobre o paciente e o problema.

Em quinto lugar, esteja disponível para discutir as conclusões e as recomendações de um consultor. Forneça um ambiente privado e confortável para o encontro do consultor com o paciente. No entanto, isso não significa que você deixe o ambiente. Um erro comum é transferir todo o problema para o consultor. O consultor não está lá para assumir o problema, mas para ajudar a resolvê-lo. Sempre que possível solicite a consulta em um momento no qual tanto você quanto o consultor sejam capazes de discutir a situação do paciente com o mínimo de interrupções ou distrações. Finalmente, incorpore as recomendações do consultor para os planos de cuidados. O sucesso do aconselhamento depende da implementação das técnicas de resolução de problemas. Sempre dê ao consultor um feedback sobre o resultado das recomendações.

Pontos-chave

- Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem de um paciente e os problemas colaborativos, estabelecer um plano de atendimento que priorize os diagnósticos e estabeleça as intervenções de enfermagem, os objetivos centrados no paciente e os resultados esperados.
- O planejamento envolve individualizar um plano de cuidados para as necessidades únicas de um paciente.
- A definição de prioridades é a ordenação dos diagnósticos de enfermagem ou dos problemas do paciente usando noções de urgência e a importância de estabelecer uma ordem de preferência para ações de enfermagem.
- As prioridades vão ajudá-lo a antecipar e estabelecer a sequência das intervenções de enfermagem, quando um paciente apresenta vários diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos.
- Um objetivo ou um resultado centrado no paciente reflete um comportamento específico de um paciente e não os seus próprios objetivos ou intervenções.
- O uso de objetivos e resultados, na assistência ao paciente, é projetado para concentrar os esforços de todos os membros da

equipe de cuidados de saúde em uma finalidade comum.

- Os resultados fornecem respostas fisiológicas, psicológicas, sociais ou espirituais desejadas do desenvolvimento que indicam a resolução de um problema de saúde do paciente.
- Ao escrever metas e resultados, utilize o acrônimo SMART: *E*specíficos, *M*ensuráveis, *A*tingíveis, *R*ealistas e *A T*empo.
- Durante o planejamento selecione intervenções destinadas a ajudar um paciente a se mover do atual nível de saúde ao nível descrito no objetivo e medido pelos resultados esperados.
- As intervenções independentes de enfermagem são ações que um enfermeiro inicia sem o controle ou a direção de outros, são autônomos, baseados em fundamentação científica, e não exigem uma ordem de outra pessoa que presta os cuidados de saúde.
- As intervenções iniciadas pela pessoa que presta os cuidados de saúde exigem cuidados específicos, responsabilidades e conhecimento técnico de enfermagem.
- Os planos de cuidados aumentam a comunicação entre os enfermeiros e facilitam a continuidade dos cuidados de um enfermeiro para outro e de uma configuração do estado de saúde para outra.
- A transferência de informação essencial trocada (junto com a responsabilidade e a autoridade) de um enfermeiro para o próximo, durante as transições dos cuidados, permite fazer perguntas, esclarecer e confirmar detalhes importantes.
- Um mapa conceitual é uma representação visual de enfermagem do diagnóstico do paciente com links para as intervenções de enfermagem, ajudando você a aprender a tomar melhores decisões clínicas.
- A taxonomia NIC fornece uma padronização para ajudar os enfermeiros a selecionar intervenções adequadas para os problemas dos pacientes.
- Intervenções de enfermagem corretamente escritas incluem ações, frequência, quantidade, método e a pessoa para realizá-las.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Um enfermeiro entra no quarto de uma paciente de 32 anos, recém-diagnosticada com câncer no início da noite, às 19:00. O enfermeiro anotou na história de enfermagem da paciente que esta é a sua primeira hospitalização. Ela está programada para a cirurgia pela manhã, para remover um tumor, e tem dúvidas sobre o que esperar após a cirurgia. Ela é observada falando com sua mãe e chorando. A paciente diz: "Isso é tão injusto". Foi prescrita a realização de um enema para esta noite, como preparação para a cirurgia. O enfermeiro estabelece prioridades para qual das seguintes situações, implementadas em primeiro lugar?
    1. Ministrar o enema no tempo correto
    2. Conversar com a paciente sobre as suas experiências passadas com a doença
    3. Conversar com a paciente sobre as suas preocupações e reconhecendo o seu sentimento de injustiça
    4. Iniciar as instruções sobre os procedimentos pós-operatórios
2. Um paciente de 62 anos teve uma porção do colo removido e uma colostomia foi criada para a eliminação das fezes. O enfermeiro teve repetidos problemas com a bolsa de colostomia do paciente, que não aderia à pele e provocava extravasamentos. O enfermeiro deseja consultar um enfermeiro especialista em cuidados de feridas. Qual das seguintes atitudes o enfermeiro deverá tomar? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Avaliar o estado da pele antes de fazer a chamada
    2. Contar com o enfermeiro especialista para saber o tipo de cirurgia à qual o paciente, provavelmente, foi submetido
    3. Explicar a resposta do paciente emocionalmente para o extravasamento repetido das fezes

    4. Descrever o tipo de bolsa que está sendo usada e quanto tempo dura antes do extravasamento
    5. Ordem dos sacos extras de colostomia atualmente sendo utilizados
3. É o momento da troca de turno entre o enfermeiro da noite e o enfermeiro que inicia o turno do dia. O enfermeiro da noite verifica os mais recentes resultados laboratoriais do paciente e, em seguida, começa a discutir o plano de cuidados do paciente para o enfermeiro do dia, usando a lista de verificação padrão para relatar a informação essencial. O paciente está gravemente doente e sua esposa está à beira do leito. O enfermeiro pede que a esposa deixe o quarto por apenas alguns minutos. O enfermeiro da noite completa o resumo dos cuidados antes do enfermeiro do dia ser capaz de fazer uma pergunta. Qual das seguintes atividades são estratégias para uma troca de turno eficiente? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Usar uma lista padronizada de informações essenciais
    2. Pedir à esposa para deixar brevemente o quarto
    3. Completar a troca de turno sem colocar questões
    4. Fazer um estudo prévio, como verificar resultados de laboratório, antes de fazer um relatório
    5. Incluir a esposa na discussão no momento da troca de turno
4. Um enfermeiro avalia um paciente de 78 anos que pesa 108,9 kg e está parcialmente imobilizado por causa de um acidente vascular encefálico. O enfermeiro muda o decúbito do paciente e observa que a pele sobre o sacro está muito vermelha e o paciente não apresenta sensibilidade nessa área. O paciente apresentou incontinência fecal durante os últimos 2 dias. O enfermeiro considerou o diagnóstico de enfermagem de *Risco de Comprometimento da Integridade da Pele*. Qual dos seguintes resultados é apropriado para o paciente?
    1. O paciente sofrerá mudança de decúbito a cada 2 horas até 24 horas.
    2. O paciente terá a função intestinal normal dentro de 72

horas.
   3. A integridade da pele do paciente permanecerá intacta por ocasião da alta.
   4. O eritema da pele vai ser de leve a ausente, no prazo de 48 horas.
5. Quais dos seguintes fatores um enfermeiro deve considerar na definição de prioridades para o diagnóstico de enfermagem de um paciente? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. A ordem numérica do diagnóstico com base na gravidade
   2. A noção de urgência para a ação de enfermagem
   3. O reconhecimento de padrões de sintomas sugerindo um problema
   4. Acordo mútuo sobre as prioridades definidas com o paciente
   5. O tempo quando um diagnóstico específico foi identificado
6. A enfermeira de saúde domiciliar visita uma mulher de 42 anos com diabetes, que tem uma úlcera recorrente no pé. A úlcera tem impedido a mulher de trabalhar por mais de 2 semanas. A paciente tem diabetes há 10 anos. A úlcera não está cicatrizada; apresenta uma drenagem com um odor fétido. À medida que a enfermeira examina a paciente, ela descobre que a mesma não está seguindo a dieta prescrita dos diabéticos. Qual das seguintes metas é considerada de baixa prioridade para esta paciente?
   1. Obter a cicatrização das feridas da úlcera do pé
   2. Melhorar o conhecimento da paciente sobre os efeitos do diabetes
   3. Proporcionar uma consulta com a nutricionista sobre a dieta
   4. Melhorar a adesão da paciente à dieta para diabéticos
7. O enfermeiro escreve uma declaração de resultado esperado em termos mensuráveis. Um exemplo seria o seguinte:
   1. O paciente terá uma evacuação de fezes normal.
   2. O paciente terá menos movimentos intestinais.
   3. O paciente terá fezes amolecidas a cada 4 horas.

4. O paciente irá referir fezes amolecidas e formadas em cada defecação.

8. O paciente tem o diagnóstico de enfermagem de *Náuseas*. O enfermeiro desenvolve um plano de cuidados com as seguintes intervenções. Quais são exemplos de intervenções colaborativas? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Prestação de cuidados oral a cada 4 horas
   2. A manutenção de infusão intravenosa (IV), 100 mL/h
   3. Administrar proclorperazina (Compazine), via supositório retal
   4. Consulta com um nutricionista sobre os alimentos iniciais para oferecer ao paciente
   5. Controlar odores aversivos ou estimulação visual desagradável que provoque náuseas

9. Um paciente de 82 anos, que reside em uma casa de repouso, tem os seguintes três diagnósticos de enfermagem: *Risco para Quedas*, *Mobilidade Física Deficiente relacionada com a dor*, *Nutrição Desequilibrada*: *Menos do que as Necessidades do Corpo relacionadas com a redução da capacidade de se autoalimentar*. A equipe de enfermagem identificou várias metas de atendimento. Combinar os objetivos da esquerda com as demonstrações de resultados adequados à direita.

Objetivos	**Resultados**
1. _____ vontade do paciente de andar de forma independente em 3 dias.	a. Paciente expressa menos sinais não verbais de desconforto dentro de 24 horas.
2. _____ paciente estará livre das lesões em 1 mês.	b. Paciente aumenta a ingestão diária de 2.500 calorias.
3. _____ paciente vai conseguir ganho de peso de 2,2 kg em 1 mês.	c. Paciente anda 6 metros usando um walker, em 24 horas.
4. _____ paciente vai conseguir alívio da dor na alta.	d. Paciente identifica barreiras para remover na casa em 1 semana.

10. Quais dos seguintes fatores um enfermeiro não considera no caso de um paciente com o diagnóstico de enfermagem de *Perturbação de Padrão de Sono* relacionado com um ambiente doméstico barulhento, na escolha de uma intervenção para melhorar o sono do paciente? (Selecione todas que se aplicam.)

1. A intervenção deve ser dirigida para a redução do ruído.
2. A intervenção deve demonstrar ser eficaz na promoção do sono, com base em investigação.
3. A intervenção deve ser algo comumente usado pelo parceiro de sono do paciente.
4. A intervenção deve ser aceitável para o paciente.
5. A intervenção deve ser aquela que você usou com outros pacientes no passado.

11. Uma enfermeira começa o turno da noite tratando de cinco pacientes. Ela toma ciência de que no início atenderá uma chamada de uma enfermeira. Um técnico de assistência ao paciente de outra área está chegando à unidade de enfermagem para ajudar. A enfermeira deve fazer *rounds* de hora em hora em todos os pacientes, então ela começa os *rounds* em uma paciente que solicitou recentemente uma medicação para dor. À medida que a enfermeira começa a se aproximar do quarto da paciente, outra enfermeira a interrompe no corredor para perguntar sobre outro paciente. Quais fatores irão afetar esta enfermeira da unidade em relação à sua capacidade para definir prioridades? (Selecionar todas que se aplicam.)
    1. Condições para a realização de *rounds* de hora em hora
    2. Nível da equipe
    3. Interrupção pela enfermeira da equipe
    4. Anos de experiência da enfermeira
    5. Competência do técnico de assistência ao paciente
12. Um estudante de enfermagem está fazendo um relatório, durante a troca de turno, ao enfermeiro que está assumindo o cuidado do seu paciente. O estudante relata: "O Sr. Roarke teve um bom dia, seu líquido intravenoso (IV) está infundindo em 124 mL/h com $D_5$1/2NS no antebraço direito. O local IV está intacto, e sem queixas de hipersensibilidade. Caminhei com ele duas vezes durante a mudança; ele tolerou bem a caminhada, indo e retornando do corredor, sem falta de ar. Ele ainda usa a bengala sem dificuldade. O Sr. Roarke disse que

dormiu melhor a noite passada, depois que eu fechei a porta e dei a ele uma chance de não ser perturbado". Se o objetivo do enfermeiro em relação ao Sr. Roarke foi melhorar a tolerância da atividade, quais resultados esperados foram compartilhados na troca de turno? (Selecionar todas que se aplicam.)

1. Local IV sem hipersensibilidade
2. Usar bengala para caminhar
3. Deambular até o final do corredor
4. Nenhuma falta de ar
5. Dorme melhor durante a noite

13. Um estudante de enfermagem está relatando, durante a troca de turno, para que o enfermeiro assuma o cuidado do seu paciente. Ele explica: "Eu caminhei com ele, duas vezes, durante o turno; ele tolerou bem a caminhada, ida e volta até o final do corredor, sem falta de ar. O Sr. Roarke disse que dormiu melhor a última noite, depois que eu fechei a porta e dei-lhe uma chance de não ser perturbado. Mudei o curativo sobre o acesso intravenoso (IV) e comecei um novo soro de $D_5$1/2 NS". Que intervenção é uma intervenção dependente?
    1. Relatório de troca, na mudança de turno
    2. Paciente descendo o corredor
    3. Higiene do sono
    4. Administração IV de líquidos
14. Uma estudante de enfermagem sabe que todos os pacientes devem deambular regularmente. O paciente que ela está assistindo apresenta uma tolerância reduzida à atividade. Ela seguiu as determinações de caminhada do paciente, duas vezes, durante o turno de atendimento. De que forma a estudante de enfermagem pode atingir o objetivo de melhorar a tolerância da atividade do paciente, um esforço centrado no paciente?
    1. Comprometa o paciente no estabelecimento de resultados mútuos para a distância que ele é capaz de caminhar
    2. Confirme com a pessoa que presta os cuidados de saúde do

paciente sobre os objetivos da locomoção
3. Solicite a ajuda da fisioterapia com a marcha
4. Consulte o registro médico sobre a natureza do problema físico do paciente

15. Um paciente solicita ajuda do enfermeiro acendendo a luz da chamada. O enfermeiro entra no quarto e encontra o tubo de drenagem do paciente desconectado, 100 mL de líquido remanescente no cateter intravenoso (IV) e o paciente perguntando sobre a visita do seu médico. Qual dos seguintes procedimentos o enfermeiro deve realizar em primeiro lugar?
    1. Reconectar o tubo de drenagem
    2. Verificar a condição do curativo IV
    3. Obter o próximo frasco de líquido IV da sala de medicação
    4. Explicar quando a pessoa que presta os cuidados de saúde, provavelmente, virá visitá-lo

Respostas: 1. 3; **2**. 1, 3, 4; **3**. 1, 4, 5; **4**. 4; **5**. 2, 3, 4; **6**. 2; **7**. 4; **8**. 2, 4; **9**. 1c, 2d, 3b, 4a; **10**. 1, 2, 4; **11**. 1, 2, 3; **12**. 3, 4; **13**. 4; **14**. 1; **15**. 1.

Referências

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook*. ed 10 St Louis: Mosby; 2014.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): *Hospital survey on patient safety culture: 2011 user comparative database report*, 2011, http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2011/index.html. Accessed July 21, 2014.

Bulechek GM, et al. *Nursing interventions classification (NIC)*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

Carpenito-Moyet LJ. *Nursing diagnoses: application to clinical practice*. ed 14 Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2013.

Conversano C, et al. Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2010;6:25.

Lundberg C, et al. Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. *Online J Nurs Inform*. 2008;12(2): Available at: http://www.ojni.org/12_2/lundberg.pdf. Accessed February 15, 2015.

Moorhead S, et al. *Nursing outcomes classification*. ed 5 St Louis: Mosby; 2013.

NANDA International (NANDA-I) *Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2012.

Nelson JL, et al. Teaching prioritization skills. *J Nurses Staff Dev*. 2006;22(4):172.

Schumacher K, et al. Family caregivers. *Am J Nurs*. 2006;106(8):40.

Vacarolis EM, Halter MJ. *Essentials of psychiatric mental health nursing: a communication approach to evidence-based care*. ed 7 St Louis: Saunders; 2014.

Referências de pesquisa

Athwal P, et al. Standardization of change-of-shift report. *J Nurs Care Qual*. 2009;24(2):143.

Benner P, et al. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer; 1996.

Gerdeman JL, et al. Using concept mapping to build clinical judgment skills. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(1):11.

Park H. Nursing-sensitive outcome change scores for hospitalized older adults with heart failure: a preliminary descriptive study. *Res Gerontol Nurs*. 2013;6(4):234.

Potter P, et al. Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *J Nurs Adm*. 2005;35(7/8):327.

Riesenberg LA. Shift-to-shift handoff research: Where do we go from here?. *J Grad Med Educ*. 2012;4(1):4.

Riesenberg LA, et al. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs*. 2010;110(4):24.

Suhonen R, et al. Nurses' perceptions of individualised care: an international comparison. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):1895.

Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):2004.

[1] *Nota da Tradução:* **SMART** (em inglês) = **S**pecific, **M**easurable, **A**ttainable, **R**ealistic, **T**imed.

19

Implementando os Cuidados de Enfermagem

OBJETIVOS

- Explicar a relação da implementação do processo de diagnóstico de enfermagem
- Descrever a associação entre o pensamento crítico e as intervenções selecionadas de enfermagem.
- Discutir as diferenças entre os protocolos e as prescrições permanentes.
- Discutir a influência da cultura organizacional na colaboração interdisciplinar.
- Discutir o valor do sistema Nursing Interventions Classification (NIC) na documentação dos cuidados de enfermagem.
- Discutir as etapas para rever um plano de cuidados antes de realizar a implementação.
- Definir as três habilidades de implementação.
- Descrever e comparar as intervenções diretas e indiretas de enfermagem.
- Selecionar as intervenções apropriadas para um paciente.

TERMOS-CHAVE

Ações preventivas de enfermagem, p. 263
Aconselhamento, p. 262
Adesão do paciente, p. 264
Atividades da vida diária (AVD), p. 262
Atividades instrumentais da vida diária (AIVD), p. 262
Cuidados diretos, p. 255
Cuidados indiretos, p. 255
Diretriz ou protocolo da prática clínica, p. 256
Implementação, p. 255
Intervenção de enfermagem, p. 255
Medida de salvamento, p. 262
Planos de cuidados interdisciplinares, p. 264
Prescrição permanente, p. 256
Reação adversa, p. 263

Você conheceu Tonya e o Sr. Lawson no Capítulo 15. O Sr. Lawson é um paciente de 68 anos que foi submetido à cirurgia abdominal para uma ressecção do colo e se prepara para ter alta do hospital em breve. Sua enfermeira, Tonya, desenvolveu um plano de cuidados para resolver quatro diferentes diagnósticos de enfermagem: ***Dor Aguda****,* ***Ansiedade****,* ***Disposição para o Conhecimento Avançado*** *e* ***Risco de Infecção****. O Sr. Lawson está interessado em aprender sobre as suas restrições de atividades pós-operatórias e sobre a sua capacidade de cuidar de sua incisão, que apresentou uma pequena separação. Ele também compartilhou com Tonya que está preocupado em ser capaz de retornar ao trabalho após a cirurgia. Tonya e outros membros da equipe de enfermagem têm aplicado, de forma consistente, o processo de enfermagem. Tonya identificou o diagnóstico de* ***Ansiedade****, quando do planejamento da educação do Sr. e da Sra Lawson. Durante a implementação, Tonya fornecerá um*

planejamento de intervenções, junto com seus colegas de cuidados de saúde, para alcançar os objetivos e os resultados esperados identificados no plano de cuidados do Sr. Lawson. O pensamento crítico, que inclui uma boa decisão clínica tomada, é importante para o sucesso da implementação das intervenções de enfermagem.

Implementação, a quarta etapa do processo de enfermagem, inicia formalmente depois de desenvolver um plano de cuidados. Com um plano de cuidados baseado em diagnósticos de enfermagem claros e relevantes, você inicia as intervenções destinadas a ajudar um paciente a alcançar os objetivos e os resultados esperados, necessários para sustentar ou melhorar o estado de saúde do paciente. Uma **intervenção de enfermagem** corresponde a qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados dos pacientes (Bulechek et al., 2013). Idealmente, as intervenções de enfermagem são baseadas em evidências (Cap. 5), fornecendo abordagens atualizadas e eficazes para a oferta de cuidados centrados no paciente. As intervenções de enfermagem incluem medidas diretas e indiretas de cuidados, destinadas a indivíduos, às famílias e/ou a comunidade.

As intervenções de **cuidados diretos** são tratamentos realizados por meio de interações com os pacientes (Bulechek et al., 2013). Por exemplo, um paciente recebe uma intervenção direta, na forma da administração de medicamentos, inserção de um cateter urinário, instrução de alta hospitalar ou aconselhamentos, durante um período de luto. As intervenções de **cuidados indiretos** são tratamentos realizados à distância a partir de um paciente, mas em nome do paciente ou grupo de pacientes (p.ex., gerenciando o ambiente do paciente [p.ex., a segurança e o controle de infecção]), documentação e colaboração interdisciplinar (Bulechek et al., 2013). Ambas as medidas de cuidados diretas e indiretas estão abrangidas pelas categorias de intervenção descritas no Capítulo 18: iniciada pelo enfermeiro, iniciada pela pessoa que presta os cuidados de saúde e colaborativa. Por exemplo, a intervenção direta de educação do paciente é uma intervenção iniciada pelo enfermeiro. A intervenção indireta de consulta é uma intervenção colaborativa.

A Dra. Patricia Benner (1984) definiu os domínios da prática de enfermagem, que explicam a natureza e a intenção das muitas formas de os enfermeiros intervirem nos pacientes (Quadro 19-1). Esses domínios são atuais. No entanto, a extensão de competências organizacionais e o papel do trabalho nos cuidados de saúde tornaram-se mais complexos, tornando-se um desafio para preencher cada domínio da prática. Os enfermeiros são obrigados a ter uma capacidade de organização eficaz e manter as competências na assistência avançada de enfermagem. Além disso, o enfermeiro deve ser capaz de gerir um conflito e ser um advogado eficaz para os pacientes nas relações interdisciplinares desafiadoras. Assim, é importante que a implementação seja centrada no paciente. Enfermagem é uma arte e uma ciência. Não é simplesmente uma profissão baseada em tarefas. Você deve aprender a intervir em um paciente dentro do contexto da sua situação única. Considere estes fatores durante a implementação: Quem é o paciente? Como as atitudes do paciente, seus valores e base cultural afetam a forma como você presta os cuidados? O que uma doença significa para um paciente e a sua família? Que situação clínica exige que você intervenha? Como é que um paciente percebe as intervenções que você vai viabilizar? De que maneira você oferece melhor suporte ou mostra mais carinho quando vai intervir? As respostas a tais perguntas permitem que você possa oferecer os cuidados com compaixão e eficácia, com os melhores resultados para os seus pacientes.

Quadro 19-1 Domínios da Prática de Enfermagem

- O Papel de Ajuda
- Função de Ensinar-Treinar
- Função Diagnóstica e de Monitorização dos Pacientes
- Gestão Eficaz de Situações que Mudam Rapidamente
- Administrando e Monitorando Intervenções Terapêuticas e Regimes

- Monitorando e Garantindo a Qualidade das Práticas de Saúde
- Competências Organizacionais e de Função de Trabalho

De Benner P: *From novice to expert*, Menlo Park, CA, 1984, Addison Wesley.

Intervenções padrões de enfermagem

Ambientes de cuidados de saúde oferecem várias formas para os enfermeiros criarem e individualizarem os planos de saúde dos pacientes. É crítico que cada paciente tenha o seu conjunto único de intervenções. No entanto, muitos sistemas de cuidados de saúde dispõem de mecanismos para uma padronização dos tipos mais comuns de intervenções. Muitos pacientes têm problemas comuns de saúde; assim, intervenções padronizadas podem torná-las mais rápidas e mais fáceis para os enfermeiros intervirem. Mais importante, se as normas são baseadas em evidências, você é susceptível de oferecer o atendimento clinicamente mais eficaz, que irá levar a melhores resultados para o paciente (Cap. 5). Como enfermeiro, você é responsável em individualizar as intervenções padronizadas, conforme necessário.

Intervenções padronizadas, na maioria das vezes, definem um nível de excelência clínica na prática. Intervenções padronizadas iniciadas pela enfermeira e o provedor de cuidados de saúde estão disponíveis na forma de diretrizes clínicas ou protocolos, pedidos pré-impressos (permanentes) e as intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC). No nível profissional, a American Nurses Association (ANA) define padrões de prática de enfermagem profissional, que incluem normas para a etapa de implementação do processo de enfermagem. A Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) define as habilidades de competências. Essas normas são declarações autorizadas dos deveres os quais se espera que todos os enfermeiros desempenhem com competência, independentemente da função, da população de paciente que atendem ou da especialidade (ANA, 2010) (Cap. 1).

Diretrizes e Protocolos da Prática Clínica

Uma **diretriz ou protocolo da prática clínica** é um conjunto de instruções, sistematicamente desenvolvido, que ajuda enfermeiros,

médicos e outros provedores de cuidados de saúde a tomar decisões sobre os cuidados de saúde adequados em situações clínicas específicas (Manchikanti et al., 2010). A pesquisa baseada em evidências fornece o fundamento para diretrizes da prática clínica e recomendações associadas que, muitas vezes, melhoram a qualidade do atendimento (AHRQ, 2014A). Uma diretriz estabelece as intervenções para problemas ou condições de saúde específicas. Um enfermeiro individualiza como aplicar intervenções para cada paciente específico. O National Guidelines Clearinghouse (NGC) é um recurso público para as diretrizes clínicas baseadas em evidências (AHRQ, 2014b). As orientações do NGC estão ligadas a um determinado termo derivado da U.S. National Library of Medicine (NLM) Medical Subject Headings (MeSH), um vocabulário controlado para a doença/condição, o tratamento/intervenção e administração de serviços de saúde. Você pode acessar orientações para os pacientes com uma ampla variedade de condições e problemas tais como artrite, feridas e lesões, e gerenciamento da dor. Essas diretrizes estão prontamente disponíveis a qualquer médico ou instituição de cuidados de saúde.

Os médicos em uma instituição de cuidados de saúde, por vezes, fazem uma revisão da literatura científica e do seu próprio padrão de prática para desenvolver diretrizes e protocolos, em um esforço para melhorar o padrão de atendimento em sua instituição. Por exemplo, um hospital desenvolve um protocolo de avaliação rápida para melhorar a identificação e promover um tratamento precoce de pacientes com suspeita de acidente vascular encefálico ou septicemia. Muitas vezes, os médicos vão desenvolver orientações que incorporem padrões únicos para os seus processos organizacionais e diretrizes de grupos nacionais de saúde, como o Nacional Institutes of Health (NIH) e o NGC. Outra fonte valiosa para diretrizes na prática de enfermagem é o University of Iowa (n.d.) Hartford Center, que desenvolve práticas de orientações baseadas em evidências (PBE) para enfermagem geriátrica. O centro dispõe de inúmeras orientações clínicas, inclusive para a confusão aguda e delírio, gestão da dor aguda e prevenção de quedas em idosos.

Enfermeiros de prática avançada (APNs) que prestam cuidados de saúde primários para pacientes, em uma variedade de configurações, frequentemente seguem diagnósticos e protocolos de tratamento para as suas intervenções. Um acordo de colaboração com médicos identifica protocolos para as condições clínicas que os APNs estão autorizados a tratar, como a hipertensão controlada e os tipos de tratamento que eles estão autorizados a administrar, tais como medicamentos anti-hipertensivos. Esses protocolos derivados do estado variam de um estado para o outro. APNs também são capazes de agir de forma independente, desenvolvendo e a aplicando protocolos clínicos que descrevem as intervenções independentes de enfermagem. Por exemplo, protocolos de longo prazo cientificamente baseados para incontinência, úlceras de decúbito, depressão e comportamento agressivo são comuns. Bases de dados, tais como Up-to-Date e a biblioteca Cochrane fornecem diretrizes valiosas de tratamento suportadas por rigorosas revisões sistemáticas, para oferecer protocolos de tratamento baseado em evidências.

Prescrições Permanentes

Uma **prescrição permanente** é um documento pré-impresso contendo prescrições para terapias de rotina, diretrizes de monitoramento e/ou procedimentos de diagnóstico para pacientes específicos, com problemas clínicos identificados. Uma prescrição permanente direciona o atendimento ao paciente em uma clínica específica. Provedores de cuidados de saúde licenciados encarregados de prestar assistência no momento da implementação, aprovam e assinam as prescrições permanentes. Essas prescrições são comuns em ambientes de cuidados críticos e outras configurações especializadas de cuidados agudos, onde as necessidades dos pacientes se alteram rapidamente e exigem uma atenção imediata. Um exemplo de prescrição permanente é a especificação de certos medicamentos, tais como diltiazem (Cardizem®) e a amiodarona (Cordarone®) para ritmo cardíaco irregular. Um enfermeiro de cuidados intensivos compara avaliação de dados para os critérios do protocolo e implementa o protocolo sem primeiro notificar o médico. A prescrição permanente inicial do

médico cobre a ação do enfermeiro. Depois de completar uma prescrição permanente, o enfermeiro notifica o médico, caso um tratamento adicional seja necessário. Prescrições permanentes também são comuns em ambientes comunitários de saúde, onde os enfermeiros enfrentam situações que não permitem contato imediato com o provedor de cuidados de saúde. Prescrições permanentes conferem aos enfermeiros uma proteção legal para intervir, de forma adequada, no melhor interesse dos pacientes, à medida que as necessidades se alteram rapidamente.

Nursing Interventions Classification Interventions (Intervenções NIC)

O sistema NIC desenvolvido pela Universidade de Iowa diferencia a prática de enfermagem de outras disciplinas de cuidados de saúde (Quadro 19-2), oferecendo uma linguagem que os enfermeiros podem utilizar para descrever os conjuntos de ações na prestação de cuidados de enfermagem. As intervenções NIC oferecem um nível de padronização para melhorar a comunicação dos cuidados de enfermagem, por meio de configurações e para comparar os resultados. Muitas informações dos sistemas de saúde têm incorporado o sistema NIC. Ao usar NIC, você vai aprender as intervenções comuns recomendadas para vários diagnósticos de enfermagem NANDA-International (NANDA-I). O Capítulo 18 descreve o sistema NIC com mais detalhes.

Quadro 19-2 Proposições da Nursing Interventions Classification (NIC)

1. Padronização da nomenclatura (p.ex., título, descrição) das intervenções de enfermagem; padronização da linguagem que os enfermeiros usam para descrever conjuntos de ações no fornecimento de assistência ao paciente.
2. Expansão do conhecimento de enfermagem sobre as conexões entre os diagnósticos de enfermagem, tratamentos e

resultados; conexões determinadas pelo estudo dos cuidados do paciente usando um banco de dados gerado pela classificação.

3. Desenvolver a linguagem NIC em *software* dos sistemas de informação de saúde.
4. Decisão de ensinar aos estudantes de enfermagem; definir e classificar as intervenções de enfermagem para ensinar os enfermeiros que estão começando como determinar uma necessidade do paciente para cuidados e responder de forma apropriada.
5. Determinação do custo dos serviços prestados pelos enfermeiros.
6. Padronização de uma linguagem clara e consistente para comunicar a funções exclusivas de enfermagem.
7. A conexão com os sistemas de classificação de outras pessoas que prestam os cuidados de saúde.

De Bulechek GM, et al: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6ed, St Louis, 2013, Mosby.

Padrões de Prática

Enfermeiros usam o ANA Standards of Professional Nursing Practice (ANA, 2010) como evidência do padrão dos cuidados prestados aos pacientes (Cap. 1). Os padrões são formalmente revistos em uma base regular, sendo que os novos incluem competências para estabelecer relações profissionais e atenciosas, usando intervenções baseadas em evidências e tecnologias, prestação de cuidados holísticos éticos em todo o ciclo de vida de diversos grupos e utilizando recursos e sistemas comunitários. Além disso, os padrões enfatizam a implementação de um plano ajustado no tempo, seguindo os objetivos de segurança do paciente (ANA, 2010).

Qualidade e Educação de Segurança para Enfermeiros (QSEN)

O Instituto QSEN estabeleceu um padrão de competências em conhecimento, habilidades e atitudes (KSAs) para a preparação de futuros enfermeiros (QSEN, 2014). O objetivo do QSEN é preparar os enfermeiros para que eles possam, continuamente, melhorar a qualidade e a segurança dos sistemas de cuidados de saúde, no âmbito no qual eles trabalham. Exemplos de habilidades QSEN incluem o atendimento centrado nos cuidados do paciente com sensibilidade e respeito pela diversidade da experiência humana, iniciando tratamentos eficazes para aliviar a dor e o sofrimento e, ainda, participar na construção de um consenso ou resolver conflito no contexto da assistência ao paciente (QSEN, 2014).

Pensamento crítico na implementação

Julgamento crítico inclui realizar interpretações ou conclusões apropriadas a respeito das intervenções usadas para direcionar a resposta do paciente às condições de saúde ou aos processos de vida. Ele exige um enfermeiro para empregar ou alterar as abordagens-padrão e em alguns casos improvisar novas soluções (idealmente baseado em evidências) para obter uma resposta apropriada (Tanner, 2006). O modelo de pensamento crítico, discutido no Capítulo 15, provê uma estrutura de como tomar decisões na implementação de cuidados de enfermagem. Você aprenderá a implementar os cuidados de enfermagem, aplicando conhecimentos adequados, experiência, atitudes e padrões de atendimento (Fig. 19-1). O fornecimento das intervenções de enfermagem é complexo. Baseia-se no conhecimento que você tem sobre um paciente e do contexto social da unidade onde você trabalha. Relações interdisciplinares, especialmente aquelas entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, contribuem para julgamentos de enfermagem no grau em que você segue compreendendo o problema de um paciente e intervindo eficazmente (Quadro 19-3). O contexto em que você empreende os cuidados de cada paciente e as muitas intervenções que são exigidas, resultam nas abordagens de tomada de decisões para cada situação clínica. O pensamento crítico permite considerar a complexidade das intervenções, as mudanças de prioridades, as abordagens alternativas e a quantidade de tempo disponível para agir.

Tonya identificou quatro diagnósticos de enfermagem relevantes para o Sr. Lawson: ***Dor Aguda relacionada com o traumatismo da incisão cirúrgica****,* ***Disposição para o Conhecimento Avançado relativo à alta iminente com as necessidades de autocuidado****,* ***Risco de Infecção*** *e* ***Ansiedade relacionada com incerteza sobre a capacidade de retornar ao trabalho****. Os diagnósticos são inter-relacionados, e, por vezes, uma intervenção planificada (p.ex.,*

promovendo exercícios de relaxamento) trata ou modifica mais que um dos problemas de saúde do paciente (ansiedade e dor aguda). Tonya aplica o pensamento crítico e usa o seu tempo com o Sr. Lawson sabiamente, antecipando suas prioridades, aplicando o conhecimento que ela tem acerca de seus problemas e das intervenções planejadas e implementando estratégias de habilidade dos cuidados.

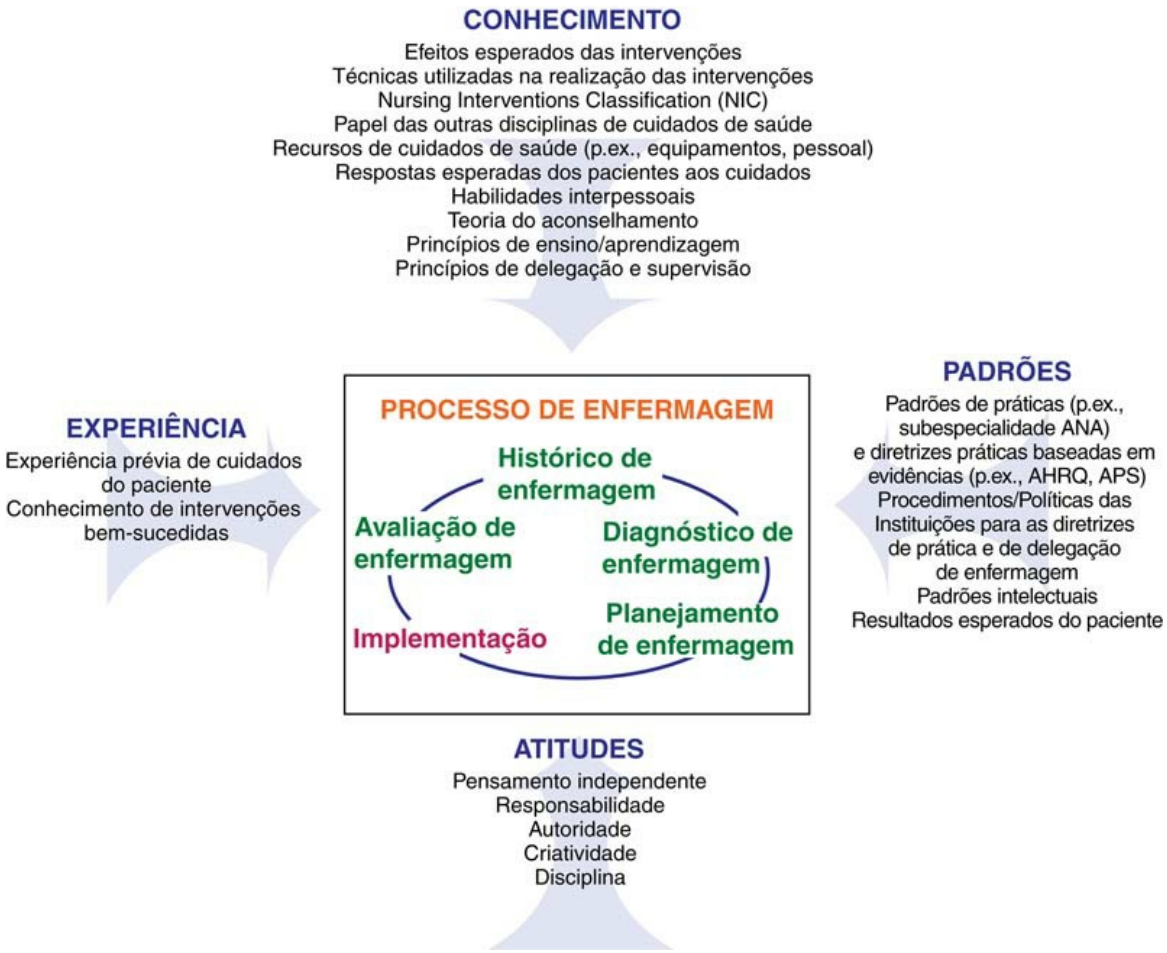


FIGURA 19-1 Pensamento crítico e o processo de implementação de cuidados. *AHRQ*, Agency for Healthcare Research Quality; *ANA*, American Nurses Association; *APS*, American Pain Society.

Quadro 19-3

Prática baseada em evidências

Práticas Interdisciplinares

Questão PICO: Em ambientes de cuidados de saúde como o trabalho de equipe interdisciplinar afeta a prestação do cuidado ao paciente, comparado com os modelos multidisciplinares de cuidados?

Resumo de Evidência

Trabalho em equipe é um padrão de atendimento de todas as instituições de saúde. No entanto, o envolvimento interdisciplinar no atendimento ao paciente não garante multidimensionalidade nas intervenções de cuidados de saúde (Klarare et al., 2013). Apenas porque existe o *input* de várias disciplinas, o plano final de cuidados de um paciente pode não refletir as intervenções de todas as disciplinas. A cultura organizacional afeta as formas de colaboração das equipes. A cultura organizacional inclui liderança, processos de comunicação, crenças compartilhadas sobre a qualidade de diretrizes clínicas e resolução de conflitos (Dodek et al., 2010). Uma cultura que reforce a colaboração entre enfermeiros, médicos e outras pessoas que prestam os cuidados de saúde é necessária para fundir as forças originais de todas as disciplinas, criando oportunidades para melhorar os resultados dos pacientes (Nair et al., 2012). Como um enfermeiro iniciante, você não será considerado um líder da equipe de cuidados de saúde, mas a sua entrada como um membro da equipe interdisciplinar é fundamental.

Aplicação para a Prática de Enfermagem

- Continue a manter a competência na sua capacidade de fornecer cuidados clínicos; isso desenvolverá confiança entre as outras pessoas que prestam os cuidados de saúde (McDonald et al., 2012).

- Uma boa comunicação entre as outras pessoas que prestam os cuidados de saúde constrói a confiança e está relacionada com a aceitação de seu papel na equipe de cuidados de saúde (McDonaldet al., 2012).
- Entenda os papéis de cada pessoa que presta os cuidados de saúde e o que cada um poderá contribuir para o cuidado do paciente.

À medida que você implementa as intervenções, utilize o pensamento crítico para confirmar se as intervenções estão corretas e são, ainda, adequadas. Tenha certeza de que você entende a situação clínica do paciente. Sempre esteja ciente de uma condição que muda no paciente e do que você esperaria depois de cuidar de pacientes em condições semelhantes. Você vai "refletir-em-ação" (i.e., o que Tanner [2006] descreveu como sendo capaz de ler um paciente e como ele está respondendo às suas intervenções) e depois ajustar as intervenções com base na avaliação contínua.

O pensamento crítico requer que você faça julgamentos corretos, considerando que você pode cuidar de vários pacientes com necessidades diferentes e cujas prioridades podem mudar rapidamente. Você precisa manter o pensamento crítico, a organização e as habilidades de gerenciamento de tempo para prestar cuidados seguros e eficazes aos pacientes (Cap. 21).

Mesmo se você planejar um conjunto de intervenções para um paciente, você tem que realizar um julgamento e uma tomada de decisão crítica, enquanto realiza cada intervenção. Sempre pense antes de agir. Considere os recursos de que você dispõe e a programação de atividades em uma unidade de enfermagem que, muitas vezes, determina quando e como completar uma intervenção. Muitos fatores influenciam a sua decisão sobre como e quando intervir. Você é responsável por ter o conhecimento necessário e a competência clínica para realizar intervenções em seus pacientes com segurança e eficácia. Siga estas dicas para a tomada de decisões durante a implementação:

- Revise o conjunto de todas as intervenções de enfermagem possíveis para um problema do paciente (p.ex., em relação à dor

do Sr. Lawson, Tonya considerou a administração de analgésicos, posicionamento e imobilização, relaxamento progressivo e outras abordagens não farmacológicas).

- Reveja todas as possíveis consequências associadas a cada ação de enfermagem esperada (p.ex., Tonya considerou que o analgésico vai aliviar a dor, podendo apresentar um efeito pequeno ou insuficiente ou causar uma reação adversa, incluindo sedação do paciente e aumentando o risco de queda).
- Determine a probabilidade de todas as consequências possíveis (p.ex., se a dor do Sr. Lawson continuar a diminuir com a analgesia e o posicionamento e não se verificarem efeitos colaterais é pouco provável que reações adversas ocorrerão e que a intervenção será bem-sucedida; todavia, se o paciente continuar a se mostrar altamente ansioso, sua dor não pode ser aliviada, e Tonya precisará considerar uma alternativa).
- Julgar o valor do resultado para o paciente (p.ex., se a administração de um analgésico for efetiva, o Sr. Lawson, provavelmente, vai se tornar menos ansioso e mais sensível às instruções pós-operatórias e ao aconselhamento sobre a sua ansiedade).

A seleção de intervenções de enfermagem para um paciente é parte da decisão clínica. É importante saber o efeito de uma intervenção, os passos na realização correta da intervenção, a condição clínica atual do paciente e a sua resposta esperada. Sempre planejar bem, antes de fornecer qualquer intervenção. Com a experiência, você vai se tornar mais eficiente em antecipar o que esperar em uma determinada situação clínica e como modificar a sua abordagem. À medida que você ganha experiência clínica, você é capaz de considerar os padrões de respostas de pacientes similares e as intervenções que realizou previamente se funcionaram ou não e por que razão. Isso também ajuda a conhecer os padrões clínicos das práticas em sua instituição.

À medida que você realiza uma intervenção de enfermagem, aplique padrões intelectuais, que são as diretrizes para o pensamento racional e a ação responsável (Cap. 15). *Por exemplo, antes de Tonya começar a ensinar o Sr. Lawson, ela considerou como fazer suas instruções se*

tornarem relevantes, claras, lógicas e completas, para promover a aprendizagem do paciente. Um pensador crítico aplica ações de pensamento crítico quando intervém. Por exemplo, mostrar confiança em realizar uma intervenção. Quando você não tem certeza de como realizar um procedimento, seja responsável. Procure ajuda de outros. Confiança na realização de intervenções cria confiança com os pacientes. Criatividade e autodisciplina são atitudes que vão guiá-lo na revisão, modificação e implementação de intervenções. Como um estudante de enfermagem que está iniciando, procure supervisão de instrutores e de enfermeiros experientes ou a política de avaliação das instituições e de procedimentos para guiá-lo no processo de tomada de decisão para implementação.

Processo de implementação

Preparação para a implementação garante cuidados de enfermagem eficientes, seguros e eficazes. Cinco atividades preparatórias estão reavaliando o paciente, revisando o plano de cuidados de enfermagem existentes, organizando recursos e prestação de cuidados, prevenindo e evitando complicações e implementando as intervenções de enfermagem.

Tonya retornou ao quarto do Sr. Lawson para iniciar a instrução. A esposa dele está presente, e o Sr. Lawson relatou que sua dor incisional está, no momento, no nível 3. Tonya ajudou o paciente a se sentar em uma cadeira. Ela obteve a programa de ensinamento em DVD identificando a sua revisão de evidências e folhetos que ela quer usar para preparar o paciente e a sua esposa para o controle da infecção, o tratamento das feridas e restrições de atividade em casa. Ela sabe que o Sr. Lawson ainda tem preocupações sobre o retorno ao trabalho e, assim, quer incorporar a discussão sobre tratamento de feridas com a recuperação pós-operatória esperada. Tonya vê a oportunidade de usar o desejo do Sr. Lawson em voltar a trabalhar, para aumentar a probabilidade de sua adesão às restrições pós-operatórias. Se a Sra. Lawson entender como ela pode ajudar o Sr. Lawson na recuperação, resultados positivos devem ser alcançados.

Reavaliando um Paciente

A avaliação é um processo contínuo que ocorre cada vez que você interage com um paciente. Ao coletar novos dados sobre um paciente, você, algumas vezes, identifica um novo diagnóstico de enfermagem ou determina a necessidade de modificar o plano de cuidados. Criar um mapa conceitual ajuda a compreender melhor a relação entre os diferentes diagnósticos de enfermagem e as intervenções adequadas aos cuidados de um paciente (Fig. 19-2). Durante a fase inicial da

implementação deve-se reavaliar o paciente para ter certeza de que você selecionou intervenções apropriadas. A reavaliação, muitas vezes, se concentra em um diagnóstico principal de enfermagem ou em uma dimensão de um paciente como o nível de conforto, ou um sistema, tal como o sistema cardiovascular. A reavaliação ajuda a decidir se as ações de enfermagem propostas ainda são apropriadas para o nível de bem-estar do paciente. A reavaliação não é uma avaliação da atenção ou de determinação da resposta de um paciente a uma intervenção (Cap. 20), mas, sim, a coleta de informações adicionais para garantir que o plano de cuidados continue a ser adequado. *Por exemplo, Tonya começou a falar com o Sr. e a Sra. Lawson sobre os cuidados das feridas e as restrições da atividade do paciente. A Sra. Lawson referiu que o empregador do Sr. Lawson ligou para perguntar como ele estava passando. Tonya percebeu que o Sr. Lawson começou a mostrar mais ansiedade; à medida que Tonya explica as restrições de levantar pesos, o paciente não é capaz de retornar o que ele pode e não pode fazer. Tonya decidiu redirecionar a discussão. Ela diz ao Sr. Lawson: "Vamos falar sobre a sua volta ao trabalho. Fale-me mais sobre quando eles esperam que você volte e o que o seu trabalho envolve realmente." Tonya percebe que, para ser eficaz com a instrução, ela precisa de um aluno atencioso. A obtenção de mais detalhes sobre o trabalho do paciente vai ajudá-lo a expressar as suas preocupações e, ao mesmo tempo, permitir que Tonya explique como a restrição das atividades se encaixa nas rotinas diárias.*

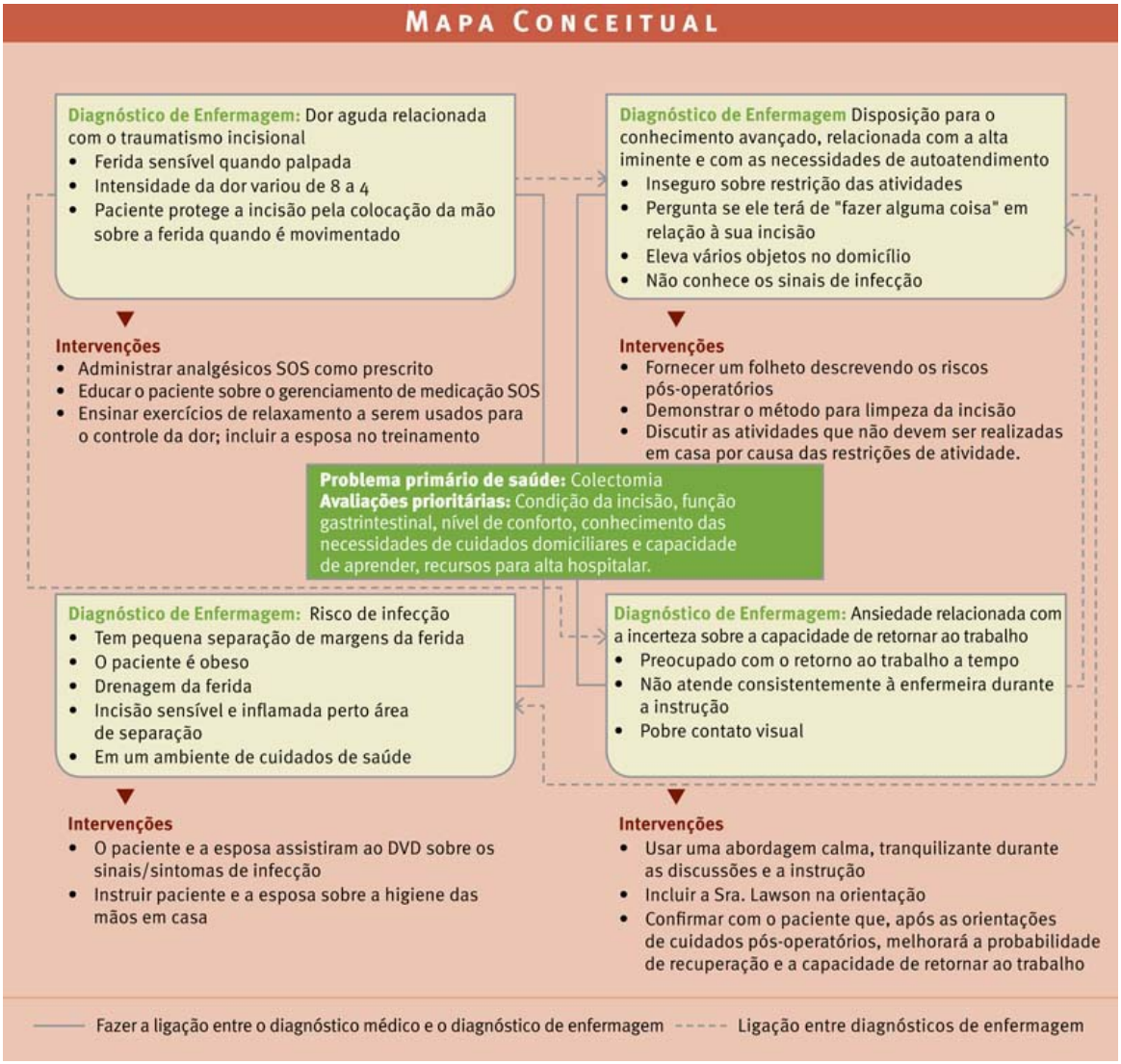


FIGURA 19-2 Mapa conceitual para o Sr. Lawson: Implementação.

Revendo e Revisando o Plano de Cuidados de Enfermagem Existente

A reavaliação permite que você valide o diagnóstico de enfermagem do paciente, reveja o plano de cuidados e determine se as intervenções de enfermagem permanecem as mais apropriadas para as necessidades do paciente. Caso o estado do paciente e o diagnóstico de enfermagem tenham sofrido alterações, e as intervenções relacionadas não tenham se ajustado a tais alterações, deve-se

modificar o plano de cuidados de enfermagem, pois, estando este desatualizado e incorreto, se compromete a qualidade desses cuidados. A revisão e a modificação capacitarão você a prover intervenções de enfermagem no tempo correto que melhor se ajustem às necessidades do paciente. Modificação de um plano de cuidado escrito existente inclui quatro etapas:

1. Revisar os dados na coluna de avaliação para refletir sobre o estado atual do paciente. Anote quaisquer novos dados para informar aos outros membros da equipe de saúde do tempo em que a alteração ocorreu.
2. Rever os diagnósticos de enfermagem. Exclua os diagnósticos de enfermagem que deixaram de ser relevantes e adicione quaisquer novos diagnósticos. Reveja os fatores relacionados e os objetivos, resultados e prioridades do paciente. Anote quaisquer revisões.
3. Rever as intervenções específicas que correspondam aos novos objetivos e diagnósticos de enfermagem. Certifique-se de que as revisões reflitam o estado atual do paciente.
4. Escolha o método de avaliação para determinar se o paciente alcançou os seus resultados.

Como Tonya continua a preparar o Sr. Lawson para alta, ela reavalia o estado da sua dor. Sua dor foi bem controlada com analgésicos, nas 24 horas. Em consulta com o médico, na preparação para a alta, o médico decidiu prescrever um analgésico SOS (quando necessário). Tonya também decidiu incluir a Sra. Lawson como uma treinadora, para facilitar os exercícios de relaxamento do Sr. Lawson.

Preparando para a Implementação

Um enfermeiro organiza tempo e recursos na preparação para a implementação de cuidados de enfermagem. Sempre se certifique de que o paciente está física e psicologicamente pronto para quaisquer intervenções ou procedimentos.

Gerenciamento do Tempo

Enfermeiros praticam dentro de ambientes de trabalho que fazem parte do contexto sociocultural das instituições de saúde. Como resultado, eles devem assumir um papel duplo: o de um provedor de cuidados do paciente e um funcionário da instituição (Jones, 2010). Seu foco na provisão de atendimento individualizado do paciente pode competir com o foco de padronização, eficiência e controle de custos da organização. Tempo insuficiente de enfermagem contribui para a má qualidade do atendimento ao paciente e excesso tempo de enfermagem contribui em aumentar os custos dos cuidados (Aiken, 2008; Storfjell et al., 2008). O tempo dedicado aos cuidados de enfermagem tem três componentes: físico (a quantidade física do tempo consumido na realização de atividades de enfermagem), psicológico (o que os pacientes dos cuidados de enfermagem experimentam e como eles o experimentam) e sociológico (a ordenação sequencial de eventos dentro das rotinas diárias de uma configuração de prática) (Jones, 2010). Todos os componentes de tempo ocorrem dentro do contexto de uma organização e dos recursos disponíveis. Como um enfermeiro novo, você deve entender que as decisões que você toma sobre como o seu tempo é alocado, priorizado e sequenciado são sempre interpretadas pelos pacientes que você atende (Jones, 2010). Respostas retardadas e apressadas transmitem desinteresse, ao passo que uma interação oportuna transmite cuidado e preocupação. Esteja ciente dos fatores que afetam o tempo com pacientes e aplique os princípios de gerenciamento de tempo (Cap. 21).

Material

A maioria dos procedimentos de enfermagem requer alguns materiais ou suprimentos. Antes de realizar uma intervenção, deve-se decidir os suprimentos de que você necessita e determinar a sua disponibilidade. O material é seguro a fim de garantir o uso no espaço de trabalho e você sabe como usá-lo? Disponha os materiais em uma localização conveniente para facilitar o acesso durante um procedimento.

Mantenha os suprimentos extras disponíveis em caso de erros ou contratempos, mas não os abra a menos que você precise deles. Isso controla custos dos cuidados de saúde, permitindo que você seja um membro responsável, do ponto de vista fiscal, da equipe de saúde. Depois de um procedimento, devolva quaisquer fontes fechadas às áreas de armazenamento.

Pessoal

Modelos de prestação de cuidados de enfermagem determinam como o pessoal de enfermagem presta cuidados aos pacientes (Cap. 21). O papel de um enfermeiro, em uma equipe-modelo de enfermagem, difere daquele em um modelo de enfermagem de referência. Como uma enfermeira, você é responsável por decidir se realiza uma intervenção, delega-a a um membro técnico da equipe de enfermagem ou solicita uma colega enfermeira para ajudá-la. Suas avaliações contínuas sobre os seus pacientes, as prioridades de cada um e não intervir sozinha direcionam sua decisão sobre a delegação. Você tem o dever legal de seguir as orientações de delegação e ações e apenas delegue as intervenções no âmbito do treinamento do membro delegado e na sua capacidade de acordo com o estado do Nurse Practice Act.

A equipe de assistência ao paciente trabalha em conjunto, conforme as necessidades dos pacientes o exigem. Se um paciente faz um pedido como o uso de um coletor ("comadre") ou assistência na alimentação, ajude o paciente, se tiver tempo, em vez de tentar encontrar um pessoal de apoio de enfermagem (técnico), que está em uma sala distinta. O pessoal qualificado de enfermagem respeita os colegas que demonstram iniciativa, colaboram em conjunto e se comunicam uns com os outros, em uma base recíproca em curso, à medida que os pacientes necessitam de mudanças (Potter et al., 2010). Quando as intervenções são complexas ou fisicamente difíceis, você vai precisar de ajuda de colegas. Por exemplo, você e o técnico de enfermagem, de forma mais eficaz, trocam um curativo em uma ferida grande, enquanto você aplica o curativo, o técnico de enfermagem ajuda com o posicionamento do paciente e substitui os suprimentos.

Ambiente

O ambiente de cuidados de um paciente precisa ser seguro e propício à implementação de terapias. A segurança do paciente é a sua primeira preocupação. Se um paciente apresenta déficits sensoriais, deficiências físicas ou alteração no nível de consciência, organize o ambiente para evitar maior comprometimento. Por exemplo, forneça dispositivos de assistência a um paciente (p.ex., andador ou óculos), reorganize mobiliário e equipamentos quando um paciente começa a caminhar ou certifique-se de que a temperatura da água não esteja muito quente antes de um banho. Pacientes se beneficiam da maioria das intervenções de enfermagem, quando o ambiente é compatível com as atividades de cuidado. Quando você precisa expor partes do corpo de um paciente, faça em um espaço privado, fechando as portas do quarto ou as cortinas, porque o paciente ficará, então, mais relaxado. Peça aos visitantes que saiam, à medida que você realiza um cuidado completo. Reduza as distrações durante as orientações, para aumentar as oportunidades de aprendizagem de um paciente. Certifique-se de que a iluminação seja adequada para realizar os procedimentos corretamente.

Paciente

Antes de implementar as intervenções, certifique-se de que os seus pacientes estejam física e psicologicamente confortáveis. Controle de ruídos, de temperatura e iluminação leva ao máximo conforto. Sintomas físicos tais como náuseas, tonturas, fadiga, ou dor interferem, frequentemente, na máxima concentração e capacidade de cooperar de um paciente. Oferecer medidas de conforto, antes de iniciar as intervenções, ajuda os pacientes a participar mais plenamente. Se você precisa que um paciente se mantenha alerta, administre uma dose de medicação para a dor forte, o suficiente para aliviar o desconforto, mas não prejudicar o desempenho mental (p.ex., capacidade de seguir instruções e comunicação). Se um paciente apresenta fadiga, retarde a deambulação ou o transfira para uma cadeira a fim de que ele tenha a chance de descansar. Considere

também o nível de resistência de um paciente e planeje apenas a quantidade de atividade que ele é capaz de tolerar confortavelmente.

Consciência das necessidades psicossociais do paciente ajuda a criar um clima emocional favorável. *Não apresse os seus cuidados*. Alguns pacientes se sentem seguros por ter outra pessoa significativa presente, para dar incentivo e apoio moral. Outras estratégias incluem o planejamento de tempo suficiente ou oportunidades múltiplas para um paciente desenvolver por meio de sentimentos e ansiedades. Uma preparação adequada permite que um paciente obtenha um benefício máximo de cada intervenção.

Prevenindo e Evitando Complicações

Como enfermeiro, fique sempre alerta para os riscos decorrentes da doença de um paciente e dos tratamentos. Se a condição do paciente muda, adapte a sua escolha de intervenções para a nova situação, avaliando o benefício relativo do tratamento *versus* o risco e tome medidas de prevenção de riscos. Muitas condições colocam os pacientes em risco de complicações. Por exemplo, um paciente com paralisia preexistente do lado esquerdo, decorrente de um acidente vascular encefálico, 2 anos antes, está em risco de desenvolver uma úlcera de decúbito, após uma cirurgia ortopédica que exige tração e repouso no leito. Um paciente com obesidade e diabetes melito que foi submetido à cirurgia abdominal de grande porte está em risco de pobre cicatrização das feridas. Os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros a detectar e documentar as mudanças das condições dos pacientes. Enfermeiros especialistas aprendem a prevenir a degradação e a deterioração dos pacientes, mesmo antes de confirmar o desenvolvimento dos sinais diagnósticos.

Seu conhecimento da fisiopatologia e a experiência com os pacientes anteriores ajudam a identificar o risco de complicações que possam ocorrer. Uma avaliação minuciosa revela o nível de risco atual de um paciente. As evidências ou lógica científica de como as intervenções (p.ex., dispositivos de descompressão, reposicionamento ou tratamento de feridas) previnem ou minimizam as complicações vão ajudá-lo a selecionar as medidas preventivas mais adequadas. Por

exemplo, se um paciente obeso apresenta uma dor pós-operatória descontrolada, o risco de desenvolvimento de úlceras de decúbito aumenta porque o paciente não quer ou não consegue mudar de posição, com frequência. Quando o enfermeiro percebe que a dor de um paciente vai aumentar, ele, preventivamente, administra os analgésicos prescritos e, em seguida, reposiciona o paciente para remover a pressão sobre a pele e os tecidos subjacentes. Se um paciente continua a ter dificuldade de se virar ou de reposicionamento, o enfermeiro seleciona um dispositivo de alívio de pressão para colocar no leito do paciente.

Alguns procedimentos de enfermagem representam riscos. Esteja ciente das possíveis complicações e tome precauções. Por exemplo, um paciente que tem uma sonda de alimentação está em risco de aspiração. Disponha o paciente em posição alta de Fowler, verifique se há resíduo e verifique a posição do tubo antes de administrar a alimentação.

Identificando Áreas de Assistência

Determinadas situações de cuidados dos pacientes exigem que você obtenha assistência, pela busca de pessoal adicional, conhecimento e/ou habilidades de enfermagem. Antes de iniciar os cuidados, reveja o plano para determinar a necessidade de assistência e o tipo exigido. Algumas vezes, você necessita de assistência na realização de um procedimento, provendo medidas de conforto ou preparando o paciente para um teste diagnóstico. Não procure atalhos, se a assistência não estiver imediatamente disponível, uma vez que este procedimento aumenta o risco de lesão para você e seu paciente. Por exemplo, quando você cuida de um paciente que está com sobrepeso e imobilizado, você deve solicitar a participação de outros colegas e equipamento de transferência para mobilizar o paciente, de forma segura. Esteja seguro para determinar o número de pessoal adicional e veja, com antecedência, se você necessita deles. Discuta a sua necessidade de assistência com outros enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

Você precisa de conhecimentos e competências adicionais em

situações nas quais você é menos experiente. Devido ao crescimento contínuo na tecnologia dos cuidados de saúde, você pode não ter as habilidades para realizar um procedimento. Quando você é convidado a ministrar uma nova medicação, a operar um novo equipamento ou administrar um processo com o qual você não está familiarizado, siga esses passos.

1. Procure a informação de que você precisa para estar informado sobre um procedimento. Verifique a literatura científica em relação às informações baseadas em evidências, avalie os manuais de recursos e o livro de procedimentos da instituição ou consulte os especialistas (p.ex., farmacêuticos, enfermeiras, especialistas).
2. Recolha todo o equipamento necessário para o procedimento.
3. Peça ajuda a outro enfermeiro (p.ex., uma equipe de enfermagem, professores, especialista clínico de enfermagem) que tenha concluído o procedimento corretamente e preste a assistência e orientação com segurança. A solicitação de assistência ocorre, frequentemente, em todos os tipos de prática de enfermagem. É um processo de aprendizagem que continua durante todas as experiências educacionais e no desenvolvimento profissional. Uma dica é conversar com um instrutor ou pessoal de enfermagem sobre os passos que você vai seguir, antes de realmente realizar o procedimento, para melhorar a sua confiança e assegurar a precisão.

Implementação de Habilidades

A prática de enfermagem requer habilidades cognitivas, interpessoais e psicomotoras (técnicas) para implementar as intervenções diretas e indiretas de enfermagem. Você é responsável em saber quando um tipo de habilidade de implementação é o preferido em detrimento de outro e por ter o conhecimento e as habilidades necessárias para executar cada um deles.

Habilidades Cognitivas

Habilidades cognitivas incluem o pensamento crítico e as habilidades de tomada de decisão descritas anteriormente. Sempre use o bom senso e uma boa tomada de decisão clínica ao realizar qualquer intervenção. Isso garante que nenhuma ação de enfermagem seja automática. Segure cada situação clínica na mão, interprete a informação que você observar e antecipe a resposta do paciente à medida que você individualiza o atendimento a ele de forma apropriada. Conheça a razão para as intervenções terapêuticas e compreenda as respostas fisiológicas e psicológicas normais e anormais. Também saiba a evidência na ciência de enfermagem para garantir que você provê intervenções de enfermagem atuais e relevantes.

Tonya conhece a fisiopatologia do câncer de colo, a anatomia do abdome e das estruturas vizinhas e os mecanismos normais da dor. Ela considera cada uma delas à medida que ela observa o Sr. Lawson, percebendo como o movimento e a posição do paciente agravam ou atenuam a sua dor incisional. Tonya está focada, inicialmente, no alívio da dor aguda do Sr. Lawson, administrando um analgésico; mas, agora que a dor está sob controle, ela considera as abordagens não farmacológicas adicionais para mantê-lo confortável e também ajudar a diminuir qualquer ansiedade.

Habilidades Interpessoais

Comunicação interpessoal é essencial para uma efetiva ação de enfermagem. Desenvolva uma relação de confiança, expresse um nível de cuidados e comunique-se claramente com os pacientes e seus familiares (Cap. 24). Uma boa comunicação interpessoal mantém os pacientes informados e engajados em tomar decisões, provê instrução individualizada e dá um suporte àqueles que têm necessidades emocionais desafiadoras. O uso apropriado de habilidades interpessoais capacita você a ser perceptivo a uma comunicação verbal e não verbal de um paciente. Como um membro da equipe de cuidados de saúde, comunique, claramente, de forma inteligente e no

tempo exato, os problemas e as necessidades do paciente.

Habilidades Psicomotoras

As habilidades psicomotoras exigem a integração de atividades cognitivas e motoras. Por exemplo, ao administrar uma injeção, você necessita conhecer a anatomia e a farmacologia (cognitiva) e usar uma boa coordenação e precisão ao administrar a injeção de forma correta (motora). Com o tempo e a prática, você aprenderá as habilidades corretamente, com suavidade e confiança. Essas condições são essenciais para estabelecer confiança no paciente. Você é responsável em adquirir as habilidades psicomotoras necessárias por meio da sua experiência nos laboratórios de enfermagem, do uso de tecnologia instrucional interativa ou dos cuidados atuais dos pacientes. Quando desenvolver uma nova habilidade, avalie o seu nível de competência e obtenha os recursos necessários para garantir que o seu paciente receba o tratamento com segurança.

Cuidados diretos

Enfermeiros provêm uma ampla variedade de cuidados diretos, medidos através de interações com os pacientes. A forma pela qual o enfermeiro interage influencia o sucesso de qualquer atividade de cuidado direto. Permaneça sensível à condição clínica do paciente, às experiências prévias, expectativas e às visões culturais. Todas as medidas de cuidados diretos exigem uma prática competente e segura. Mostre uma abordagem de cuidados cada vez que você prestar um cuidado direto.

Atividades da Vida Diária

As **atividades da vida diária** (AVDs) são, normalmente, realizadas no decurso de um dia normal; elas incluem andar, comer, vestir, tomar banho e barbear-se. As necessidades de um paciente para assistência nas AVDs são temporárias, permanentes ou de reabilitação. Por exemplo, um paciente com a mobilidade física comprometida por causa do uso bilateral de talas no braço precisa, temporariamente, de assistência. Após a remoção das talas, o paciente recupera, gradualmente, a força e a amplitude dos movimentos necessárias para realizar as AVDs. Em contrapartida, um paciente com uma lesão da medula espinal cervical irreversível está paralisado e tem uma necessidade permanente de assistência. Não é realista planejar uma reabilitação com o objetivo de esse paciente se tornar independente com as ADLs. Em vez disso o paciente aprende novas formas de realizar as AVDs, de forma independente, por meio da reabilitação. Terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas desempenham um papel-chave na reabilitação para restaurar as AVDs.

Quando um paciente apresenta fadiga, uma limitação da mobilidade, confusão e/ou dor, a assistência com as AVDs é provável. Por exemplo, um paciente que experimenta falta de ar evita comer por causa da fadiga associada. Ajudar o paciente por meio da produção de refeições e oferecendo-se para cortar alimentos e planejar pequenas

refeições, com maior frequência, pode manter o seu estado nutricional. Assistência com AVDs varia de ajuda parcial a cuidados completos. Lembre-se sempre de respeitar os desejos do paciente e determinar as suas preferências. Pacientes de algumas culturas preferem receber assistência com AVDs dos membros da família. Quando um paciente é estável e está alerta, é adequado permitir que a família o ajude com os cuidados. A maioria dos pacientes quer permanecer independente no atendimento às suas necessidades básicas. Permita que um paciente participe do processo dentro do nível que ele é capaz. Envolver pacientes no planejamento do calendário e nos tipos de intervenções aumenta a sua autoestima e a vontade de se tornar mais independente.

Atividades Instrumentais de Vida Diária

Doença ou incapacidade, por vezes, altera a capacidade do paciente de ser independente na sociedade. **Atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)** incluem algumas habilidades, tais como fazer compras, preparar refeições, limpar a casa, preencher cheques e tomar medicamentos. Frequentemente, enfermeiros em configurações de atenção domiciliar e na comunidade de saúde ajudam os pacientes a adaptar formas de realizar as AIVDs. Os terapeutas ocupacionais são especialmente treinados para adaptar abordagens para os pacientes em relação às AIVDs. Muitas vezes, a família e os amigos são excelentes recursos para ajudar os pacientes. Nos cuidados agudos, é importante prever como as doenças dos pacientes afetarão a sua capacidade de realizar AIVD, para que você possa fazer os encaminhamentos apropriados e ter certeza de que eles têm recursos de que precisam no domicílio.

Técnicas de Cuidados Físicos

Você rotineiramente realiza uma variedade de técnicas de cuidados físicos quando cuida de pacientes. Técnicas de cuidados físicos envolvem a administração segura e competente de procedimentos de enfermagem (p.ex., mover e reposicionar o paciente, a inserção de

uma sonda para alimentação, administração de medicamentos e fornecer medidas de conforto). Os conhecimentos e as habilidades específicas necessárias para realizar esses procedimentos estarão em capítulos clínicos subsequentes deste texto. Todas as técnicas de cuidados físicos exigem que você proteja a si mesmo e aos pacientes de lesão, usando técnicas de manuseio do paciente e de práticas adequadas de controle da infecção, mantendo-se organizado e seguindo as orientações práticas aplicáveis.

Para realizar um procedimento, você precisa ser bem informado sobre o procedimento em si, o padrão de frequência, os riscos associados e as avaliações necessárias, antes, durante e depois de realizar o procedimento. Seja sempre cuidadoso com uma condição do paciente e de que forma o paciente reagiu com o procedimento no passado. Saiba como o procedimento vai afetar o paciente e quais os resultados esperados que você deseja. Em um hospital, você executa muitos procedimentos a cada dia, muitas vezes pela primeira vez. Antes de realizar um novo procedimento, avalie a situação e suas competências pessoais, para determinar se você precisa de ajuda, de novos conhecimentos ou de novas habilidades. A realização de qualquer procedimento requer pensamento crítico correto e tomada de decisão ponderada.

Medidas de Salvamento

Uma **medida de salvamento** é uma técnica de cuidados físicos que você usa quando um estado fisiológico ou psicológico do paciente é ameaçado (Caps. 38 e 41). O objetivo das medidas de salvamento é restaurar a homeostase fisiológica ou psicológica. Tais medidas incluem administrar medicamentos de emergência, instituir a ressuscitação cardiopulmonar, intervir para proteger um paciente confuso ou violento e obter aconselhamento imediato de um centro de emergência para um paciente gravemente ansioso. Se um enfermeiro inexperiente enfrenta uma situação que exige medidas de emergência, as ações adequadas de enfermagem são: ficar com o paciente, manter o suporte e dispor de outro membro da equipe que seja um profissional experiente.

Aconselhamento

O **aconselhamento** é um método de atendimento direto que ajuda os pacientes a usar processos de resolução de problemas para reconhecer e gerir o estresse e facilitar as relações interpessoais. Como um enfermeiro você aconselha os pacientes a aceitar mudanças atuais ou iminentes decorrentes do estresse (Cap. 38). Os exemplos incluem pacientes que estão enfrentando doença terminal ou doença crônica. O aconselhamento envolve apoio emocional, intelectual, psicológico e espiritual. Um paciente e sua família, que precisam de aconselhamento do enfermeiro, têm dificuldades normais de adaptação e estão perturbados ou frustrados, mas eles não estão, necessariamente, psicologicamente anulados. Um exemplo é a tensão que uma jovem mulher enfrenta quando cuida de sua mãe envelhecida. Cuidadores familiares precisam de ajuda para se ajustar às exigências físicas e emocionais da prestação de cuidados. Às vezes, eles precisam de descanso (i.e., uma ruptura da prestação de cuidados). Os destinatários dos cuidados também precisam de ajuda para se adaptarem à sua deficiência. Pacientes com diagnósticos psiquiátricos requerem uma terapia de enfermeiros especializados em enfermagem psiquiátrica ou assistentes sociais, psiquiatras ou psicólogos.

Muitas técnicas de aconselhamento provêm o crescimento cognitivo, comportamental, experiencial e emocional nos pacientes. Aconselhamento encoraja os indivíduos a examinar alternativas disponíveis e decidir que opções são úteis e apropriadas. Quando os pacientes são capazes de examinar as alternativas, eles desenvolvem um senso de controle e são capazes de gerir melhor o estresse.

Ensino

A educação do paciente é fundamental para os cuidados centrados no paciente (Cap. 25). Um plano de ensino é essencial, especialmente quando os pacientes são inexperientes e estão sendo solicitados a gerenciar problemas de saúde que enfrentam pela primeira vez. Aconselhamento e ensino estão estreitamente alinhados. Ambos

envolvem o uso de boas habilidades interpessoais, para criar uma mudança no conhecimento e no comportamento dos pacientes. Aconselhamento resulta em alterações no desenvolvimento de novas atitudes, comportamentos e sentimentos, considerando que o ensino se concentra no crescimento intelectual ou na aquisição de habilidades psicomotoras.

Quando você educa os pacientes, respeite os seus conhecimentos em relação à sua própria saúde e sintomas, suas rotinas diárias, diversidade de suas experiências humanas, seus valores e preferências quanto à forma como eles aprendem e a importância da tomada de decisão compartilhada. Como educador, você apresenta princípios dos cuidados de saúde, além de procedimentos e de técnicas para informar os pacientes sobre o seu estado de saúde, de tal forma que eles possam se adaptar ao que aprendem em suas rotinas diárias em casa, a fim de alcançar os autocuidados. Recentemente, a ênfase foi colocada na educação do paciente em cuidados agudos, por causa do Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS), um inquérito normalizado e utilizado, em todo o país, por hospitais para medir as perspectivas dos pacientes em cuidados hospitalares (HCAHPS, 2014). Os resultados da pesquisa, atualmente, constituem um padrão para medir e comparar a qualidade dos hospitais. Os hospitais salientam a importância de como os enfermeiros tratam os temas abrangidos pelo inquérito, incluindo a educação do paciente. Exemplos de perguntas sobre as HCAHPS incluem:

- Quantas vezes os enfermeiros explicaram as coisas de uma maneira que você pudesse compreender?
- Durante esta estadia no hospital, você conseguiu a informação por escrito sobre os sintomas ou problemas de saúde, para procurar depois de deixar o hospital?
- Antes de receber um novo medicamento, quantas vezes você fez a equipe descrever os possíveis efeitos colaterais de uma forma que você pudesse entender?

A iniciativa do HCAHPS salienta a importância da educação do paciente. Mas lembre-se, o ensino é um processo contínuo de manter

os pacientes informados. Estes querem saber por que você faz o que faz. Quando realizar um procedimento, envolva o seu paciente e explique o procedimento, por que isto está sendo feito e os resultados esperados, e todos os problemas que devem ser procurados depois. Encoraje os pacientes a fazer perguntas. Aqui é um exemplo de incorporação de ensino em seu trabalho diário. No caso de uma perfusão intravenosa (IV), explique o que o frasco de líquido IV contém, quanto tempo a infusão deve durar, as sensações que o paciente terá se o local da infusão se tornar inflamado, o motivo de um pequeno cateter estar no braço, e quaisquer efeitos colaterais potenciais dos medicamentos na infusão.

O ensino é ministrado em todos os ambientes de cuidados de saúde (Fig. 19-3). Como um enfermeiro, você é responsável pela qualidade da educação que você provê. Conheça o seu paciente; esteja ciente dos fatores culturais e sociais que influenciam a vontade e a capacidade de aprender de um paciente. É também importante saber o nível de alfabetização em saúde do seu paciente (Cap. 25). Ele pode ler as diretrizes ou fazer cálculos que, muitas vezes, são necessários com as habilidades de autocuidado? Não presuma que os pacientes entendam a sua condição ou doença. Se eles parecem desconfortáveis ou recusam um tratamento, basta perguntar o que está ocorrendo. Isso dá a oportunidade de fornecer mais informação e corrigir deficiências do conhecimento

FIGURA 19-3 Enfermeira fornecendo orientações de alta à paciente e à família.

Controlando as Reações Adversas

Uma **reação adversa** é um efeito nocivo ou acidental de um medicamento, de um teste diagnóstico ou de uma intervenção terapêutica. As reações adversas podem resultar de qualquer intervenção de enfermagem; assim, aprenda a prever e saber quais as reações adversas esperadas. As ações de enfermagem que controlam as reações adversas reduzem ou neutralizam uma reação. Por exemplo, ao aplicar uma compressa de calor úmido, você sabe que a queimadura da pele do paciente é uma reação adversa possível, a menos que você proteja essa área. Primeiramente, avalie a condição da área onde você pretende colocar a compressa. Após a aplicação desta, inspecione a área a cada 5 minutos na busca de qualquer reação adversa, tais como vermelhidão excessiva da pele quente ou a maceração da pele pela umidade (Cap. 48). Tomando as devidas precauções, podemos evitar as reações adversas.

Ao completar uma intervenção dirigida pela pessoa que presta os cuidados de saúde, tal como a administração de medicamentos, sempre saiba os potenciais efeitos colaterais dos mesmos. Depois de administrar um medicamento, avalie os efeitos adversos do paciente. Também esteja ciente dos fármacos que combatem os efeitos colaterais. Por exemplo, um paciente tem uma hipersensibilidade desconhecida à penicilina e desenvolve urticária após três doses. Você percebe a reação, interrompe a administração do fármaco e consulta o médico. Você, então, administra uma dose padrão de difenidramina (Benadryl®), um anti-histamínico e medicação antipruriginosa, para reduzir a resposta alérgica e aliviar o prurido.

Ao cuidar de pacientes que se submetem a testes de diagnóstico, você precisa compreender o teste e os efeitos adversos potenciais. Por exemplo, um paciente não apresenta movimento intestinal, 24 horas depois de um enema de bário. Visto que a compactação do intestino é um efeito colateral potencial de um enema de bário, você aumenta a ingestão de líquidos e instrui o paciente a deixar uma enfermeira saber quando ocorrer o movimento do intestino. Embora os efeitos adversos não sejam comuns, eles ocorrem. É importante que você reconheça os sinais e os sintomas de uma reação adversa, para intervir de forma oportuna.

Medidas Preventivas

Ações preventivas de enfermagem promovem a saúde e previnem a doença, evitando a necessidade de cuidados agudos de saúde ou reabilitação (Cap. 2). Mudanças nos sistemas de saúde estão levando a uma maior ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença. A prevenção primária destina-se à promoção da saúde e inclui programas de educação em saúde, imunizações e atividades de condicionamento físico e nutricionais. A prevenção secundária incide sobre as pessoas que estão enfrentando problemas de saúde ou doenças e que estão em risco de desenvolver complicações ou condições de agravamento. Inclui técnicas de triagem e tratamento das fases iniciais da doença. A prevenção terciária envolve a minimização dos efeitos da doença ou de deficiências de longo prazo,

incluindo medidas de reabilitação.

Cuidados indiretos

Medidas de cuidados indiretos estão cuidando de ações que gerem o ambiente dos cuidados do paciente e ações interdisciplinares colaborativas que apoiam a eficácia das intervenções dos cuidados diretos (Bulechek et al., 2013). Muitas das medidas são gerenciais por natureza, como manutenção do carrinho de emergência e gestão ambiental e de suprimentos (Quadro 19-4). Enfermeiros consomem muito tempo em atividades de gestão indiretas e da unidade. A comunicação de informações sobre os pacientes (p.ex., relatório de troca de turno, *rounds* horários e consultas) é fundamental, garantindo que as atividades de cuidados diretos sejam planejadas, coordenadas e executadas com recursos apropriados. Delegação de cuidado para o técnico de enfermagem é outra atividade de cuidado indireto (Cap. 21). Quando realizada corretamente, a delegação assegura que a pessoa a qual presta os cuidados realize as tarefas corretas para que o enfermeiro e o técnico de enfermagem trabalhem em conjunto, de forma mais eficiente, para o benefício do paciente.

Quadro 19-4 Exemplos de Atividades de Cuidados Indiretos

- Documentação (eletrônica ou por escrito).
- Delegação das atividades de atendimento ao pessoal de assistência de enfermagem (técnico de enfermagem).
- Transcrição da prescrição médica.
- Controle de infecção (p.ex., manuseio e armazenamento de suprimentos, o uso de isolamento protetor).
- Gestão da segurança ambiental (p.ex., tornando os quartos dos pacientes seguros, dispondo estrategicamente os pacientes em proximidade geográfica a um único enfermeiro).
- Consulta telefônica com médicos e com outras pessoas que prestam os cuidados de saúde.

- Relatórios de troca de turno, para outros membros da equipe de saúde.
- Coleta, rotulagem e transporte das amostras.
- Transporte de pacientes para áreas de procedimentos e outras unidades de enfermagem.

De Bulechek GM, et al: *Nursing interventions classifi cation (NIC)*, ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

Comunicando Intervenções de Enfermagem

Qualquer intervenção que você fornecer para um paciente é comunicada em um formato eletrônico, escrito ou oral (Cap. 26). Registros eletrônicos de saúde (EHRs) ou documentos escritos têm seções para intervenções individualizadas que fazem parte do plano de cuidados de enfermagem (Cap. 18) e do registro médico permanente do paciente. Em geral, a entrada de registro inclui uma breve descrição dos resultados da avaliação pertinentes, a intervenção específica e a resposta do paciente. Um EHR ou registro escrito confirma que você realizou um procedimento e fornece valiosas informações aos cuidadores subsequentes sobre as abordagens necessárias para prestar cuidados com sucesso. Algumas instituições têm **planos de cuidado interdisciplinares** (i.e., planos que representam as contribuições de todas as disciplinas que cuidam de um paciente). Você inclui as intervenções de enfermagem no plano, documenta o tratamento e a resposta do paciente (Cap. 26).

Uma comunicação eficaz e um bom trabalho em equipe são formas de reduzir os erros médicos e evitar resultados adversos de pacientes (ECRI, 2015). A falta de comunicação é, muitas, vezes a causa da maioria dos registros adversos ou eventos que ocorrem nas instituições de saúde. A comunicação com outros profissionais de saúde precisa ser oportuna e relevante para a situação clínica do paciente. Comunicações ineficazes ou incompletas fazem que os cuidadores sejam desinformados, as intervenções desnecessariamente duplicadas, os procedimentos retardados ou as atividades abandonadas. O Capítulo 26 explica a abordagem para a comunicação

em uma troca de turno eficaz entre duas pessoas que prestam os cuidados. Sempre seja claro, conciso e direto, quando você comunica as intervenções de enfermagem.

Delegar, Supervisionar e Avaliar o Trabalho de Outros Membros da Equipe

Um enfermeiro que desenvolve um plano de assistência de um paciente frequentemente não realiza todas as intervenções de enfermagem. Algumas atividades você coordena e delega a outros membros da equipe de cuidados de saúde (Cap. 21). A delegação requer julgamento clínico e responsabilidade para os cuidados do paciente (Weydt, 2010). A frequência e a forma com que as atividades dos cuidados de enfermagem são delegadas, muitas vezes, dependem do modelo de cuidados da unidade de enfermagem que recebe a atribuição. Koloroutis et al. (2007) descreveram três abordagens para a delegação, com base na forma com que as atribuições da enfermeira e do técnico de enfermagem são realizadas.

- Cenário baseado na unidade – Técnico de enfermagem atende à unidade. O técnico de enfermagem opera a partir de uma lista de tarefas, normalmente, encontrada na descrição do trabalho e tem uma mínima direção ou interação com as enfermeiras. Uma delegação limitada 1:1 ocorre. A falta de comunicação pode causar conflitos.
- Pareamento – Uma enfermeira trabalha com uma enfermeira prática licenciada (LPN) e/ou um técnico de enfermagem para uma mudança. A enfermeira ou técnico de enfermagem são não intencionalmente programados para trabalhar no mesmo turno a cada dia. Em um determinado turno, eles trabalham juntos, ou estão pareados e cuidam do mesmo grupo de pacientes. A delegação, geralmente, aumenta com o pareamento.
- Parceria – Envolve uma enfermeira e uma enfermeira prática licenciada ou técnico de enfermagem, que estão, constantemente, escalados para trabalhar em conjunto. Os parceiros se comprometem a manter relações interpessoais saudáveis, confiar

um no outro e passar o conhecimento entre eles. É reconhecido que a enfermeira tem autoridade para tomar decisões de delegação.

A delegação permite que você use o seu tempo de forma mais sensata e tenha um auxílio do **técnico de enfermagem**, por meio da realização de intervenções não invasivas e, muitas vezes, repetitivas, como os cuidados com a pele, a deambulação, os sinais vitais em pacientes estáveis e medidas de higiene. Quando você delegar tarefas ao técnico de enfermagem, você será responsável em garantir que se atribua cada tarefa, de forma adequada, e que o técnico de enfermagem complete cada tarefa de acordo com o padrão de atendimento. Você deve se certificar de que qualquer ação de delegação foi concluída corretamente, documentada e avaliada. Você só delega intervenções de cuidados diretos a pessoal competente.

Alcançando os objetivos do paciente

Você implementa intervenções para atingir os objetivos do paciente e os resultados esperados. Na maioria das situações clínicas são necessárias múltiplas intervenções para alcançar os resultados selecionados. Além disso, as condições dos pacientes frequentemente mudam minuto a minuto. Portanto, é importante aplicar os princípios da coordenação de cuidados como uma boa gestão do tempo, habilidades organizacionais e o uso adequado de recursos para garantir que você realize intervenções eficazmente e alcance os resultados desejados (Cap. 21). A definição de prioridades é fundamental para uma implementação bem-sucedida. Prioridades vão ajudá-lo a prevenir e sequenciar as intervenções de enfermagem quando um paciente tem vários diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos (Cap. 18).

Outra forma de auxiliar os pacientes a atingir os seus objetivos é ajudá-los a aderir ao seu plano de tratamento. A **adesão do paciente** significa que os pacientes e as famílias investirão tempo na realização de tratamentos necessários. Para garantir que os pacientes tenham uma transição suave entre diferentes configurações de cuidados de saúde (p.ex., hospital para casa e clínica para casa, para atenção assistida) é importante introduzir intervenções que os pacientes estejam dispostos e aptos a seguir. Um planejamento de alta adequado e oportuno com a educação de um paciente e da família são os primeiros passos para promover uma transição suave de um estabelecimento de saúde para outro ou para o domicílio. O planejamento de alta e educação eficazes envolve individualizar o seu cuidado, levando em consideração os vários fatores que influenciam as crenças de saúde de um paciente (Cap. 6). *Por exemplo, para Tonya efetivamente ajudar o Sr. Lawson a seguir as limitações de atividade necessárias, após a cirurgia, ela precisa saber se o Sr. Lawson compreende os riscos da cicatrização de feridas se as limitações não forem seguidas. Sua ansiedade sobre a possibilidade de voltar a trabalhar, em relação ao tempo, provavelmente vai melhorar a sua motivação para aderir*. Você é

responsável pela orientação das intervenções de uma forma que reflita a sua compreensão das crenças de saúde de um paciente, da sua cultura, estilo de vida e os padrões de bem-estar. Além disso, o reforço com o sucesso do planejamento do tratamento encoraja o paciente a seguir o seu plano de cuidados.

Pontos- chave

- Implementação, a quarta etapa do processo de enfermagem, formalmente começa depois que enfermeiro desenvolve um plano de cuidados. O enfermeiro então inicia as intervenções que são projetadas para atingir os objetivos do paciente e os resultados esperados.
- Uma intervenção de cuidados diretos é um tratamento realizado por meio de interações com um paciente que incluem cuidados de saúde iniciados pelo enfermeiro, iniciado pela pessoa que presta os cuidados de saúde e as abordagens colaborativas.
- Pense sempre primeiro e determine se uma intervenção é correta e adequada e se você dispõe dos recursos necessários para implementá-la.
- Diretrizes clínicas ou protocolos são documentos baseados em evidências que orientam as decisões e as intervenções de problemas específicos dos cuidados de saúde.
- Mantenha a sua competência e utilize boas habilidades de comunicação, construindo a sua capacidade de participar de práticas interdisciplinares.
- Uma orientação de prática clínica estabelece intervenções baseadas em evidências para problemas ou condições de saúde específicas.
- A implementação de cuidados de enfermagem, muitas vezes, requer um conhecimento adicional, habilidades de enfermagem e pessoal de recursos.
- Antes de realizar uma intervenção, certifique-se de que o paciente esteja tanto fisicamente quanto psicologicamente confortável.
- Use o bom senso, durante a implementação, para garantir que

nenhuma ação de enfermagem seja automática.

- Conheça a finalidade de cada intervenção, a pré-avaliação associada e os riscos da pós-avaliação, as etapas na realização correta da intervenção, o estado de saúde atual de um paciente e a sua resposta esperada. Assim você pode antecipar o que esperar em uma determinada situação clínica e como modificar a sua abordagem.
- Ao antecipar e prevenir complicações, identifique os riscos para um paciente, adapte as intervenções para cada situação, avalie o benefício relativo de um tratamento em relação ao risco e inicie as medidas de prevenção de riscos.
- À medida que você administra técnicas de cuidados físicos, proteja a si e ao paciente de lesões, utilize práticas apropriadas de controle de infecção, mantenha-se organizado e siga as orientações práticas aplicáveis.
- Quando você delegar partes dos cuidados de um paciente, você será responsável em garantir que cada tarefa seja atribuída de forma adequada e concluída, de acordo com o padrão de atendimento.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Uma enfermeira que trabalha em um setor de cirurgia foi incumbida de cuidar de cinco pacientes e tem um técnico de assistência ao paciente para ajudá-la. Quais das seguintes atitudes mostra a compreensão e a capacidade da enfermeira de delegar, com segurança, parte do cuidado ao técnico de enfermagem ao paciente? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. A enfermeira considera o tempo disponível para reunir sinais vitais de rotina de um paciente antes de examinar um segundo paciente que chega de um teste de

diagnóstico.
    2. Determinar qual é carga de trabalho atual do técnico no cuidado ao paciente.
    3. A enfermeira opta por delegar a medição dos sinais vitais estáveis do paciente e não a avaliação do paciente que chega de um teste de diagnóstico.
    4. A enfermeira confere com o técnico de enfermagem, recém-contratado do setor, sua experiência na medição da pressão arterial.
    5. A enfermeira confirma com outra enfermeira sobre a organização de prioridades.
2. A enfermeira administra a alimentação, via sonda nasogástrica, de um paciente. Este é um exemplo de qual das seguintes ações?
    1. Técnica de cuidados físicos
    2. Atividade da vida diária
    3. Medida de cuidado indireto
    4. Medida salva-vidas
3. Um enfermeiro está cuidando de um paciente complicado há 3 dias seguidos. O enfermeiro participa de uma reunião interdisciplinar para discutir o plano de cuidados do paciente. De que forma o enfermeiro pode desenvolver a confiança com membros da equipe da reunião? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Está disposto a desafiar as ideias dos outros membros, porque o enfermeiro não concorda com a lógica deles
    2. Mostra uma competência ao monitorizar o estado clínico dos pacientes e informar o médico sobre as alterações críticas
    3. Solicita que uma enfermeira mais experiente participe da reunião
    4. Escuta as opiniões dos membros da equipe interdisciplinar e expressa claramente as recomendações para os cuidados
    5. Durante a reunião sobre problemas semelhantes o enfermeiro tem prestado cuidados de saúde a outros pacientes.

4. Que princípio é mais importante para um enfermeiro seguir quando estiver utilizando uma orientação prática clínica a um paciente sobre os seus cuidados?
    1. Conhecer a fonte das diretrizes
    2. Rever a evidência usada para desenvolver as diretrizes
    3. Individualizar a aplicação da diretriz clínica para um paciente
    4. Explicar a um paciente o objetivo da diretriz
5. Um enfermeiro está visitando um paciente em casa e está avaliando a adesão do paciente à medicação. Ao falar com a família cuidadora, o enfermeiro descobre que o paciente tem perdido algumas doses dos remédios. O enfermeiro quer realizar intervenções para melhorar a aderência do paciente ao tratamento. Quais das seguintes ações afetará a forma como este enfermeiro toma decisões clínicas sobre como implementar os cuidados para este paciente? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Rever a disponibilidade do cuidador familiar em relação aos horários de administração da medicação
    2. Fazer um julgamento de valor da melhor aderência para o paciente
    3. A análise do número de medicamentos e o horário que cada um deve ser tomado
    4. Determinar todas as consequências específicas associadas à perda das doses dos medicamentos pelo paciente
6. O enfermeiro entra no quarto de um paciente e constata que o mesmo se apresenta incontinente de fezes líquidas. Uma vez que o paciente apresenta repetição de vermelhidão na área perineal, o enfermeiro se preocupa com o risco de o paciente desenvolver uma úlcera de decúbito. O enfermeiro limpa o paciente, inspeciona a pele e aplica uma pomada de barreira da pele na área perineal. O enfermeiro consulta outro profissional especialista em ostomia e cuidados de ferida, em relação a medidas recomendadas de cuidados da pele. Quais dos seguintes itens descreve corretamente as ações do

enfermeiro? (Selecione tudo que se aplica.)

1. A aplicação da barreira da pele é uma medida de cuidado dependente.
2. A chamada do especialista em ostomia e cuidados de ferida é uma medida de cuidados indiretos.
3. A limpeza da pele é uma medida de cuidado direto.
4. A aplicação da barreira cutânea é uma atividade instrumental da vida diária.
5. Inspeção da pele é uma atividade de cuidado direto.

7. Durante a etapa de implementação do processo de enfermagem, um enfermeiro comenta e revisa o plano de cuidados do paciente. Coloque as seguintes etapas de análise e de revisão na ordem correta.
   1. Modificar plano de cuidados, conforme necessário.
   2. Decidir se as intervenções de enfermagem continuam sendo apropriadas.
   3. Reavaliar o paciente.
   4. Comparar os resultados da avaliação para validar os diagnósticos enfermagem existentes.
8. Antes de consultar um médico sobre a necessidade de um paciente do sexo feminino para cateterismo urinário, o enfermeiro considerou o fato de o paciente apresentar retenção urinária e ter sido incapaz de esvaziar a bexiga urinária espontaneamente. O enfermeiro sabe das medidas alternativas existentes para promover micção, mas nenhuma tem sido eficaz, e que antes da cirurgia o paciente apresentava uma micção normal. Este cenário é um exemplo de que habilidade de implementação?
   1. Cognitiva
   2. Interpessoal
   3. Psicomotora
   4. Consultiva
9. Associar a categoria de atendimento direto à esquerda com as atividades de cuidados diretos do lado direito.

1. Aconselhamento_____	a. Auxiliando o paciente com cuidados orais

2. Medida para salvar vidas_____ 3. Técnicas de cuidados físicos_____ 4. Atividade da vida diária_____	b. Discutindo as opções de um paciente na escolha de cuidados paliativos c. Protegendo um paciente violento de lesão d. Usando manipulação segura do paciente durante o seu posicionamento

10. Qual é a importância da pesquisa de avaliação do Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)?
    1. Medida da competência do enfermeiro no cuidado interdisciplinar
    2. Medida do número de eventos adversos em um hospital
    3. Medida da qualidade do atendimento nos hospitais
    4. Medida do encaminhamento para uma agência de cuidados de saúde
11. **Preencha o Espaço em Branco**. Um enfermeiro ministrou um antibiótico há 30 minutos e volta ao quarto do paciente para determinar se o paciente está apresentando alguns sintomas inesperados. Este é um exemplo de avaliação para um(a)_____.
12. Que medidas deve um enfermeiro adotar ao ser solicitado a realizar um procedimento familiar? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Ter um domínio da literatura científica ou de políticas e procedimentos
    2. Reavaliar a condição do paciente
    3. Reunir todos os equipamentos necessários
    4. Delegar o procedimento para um enfermeiro mais experiente
    5. Considerar todas as consequências possíveis do procedimento
13. Um enfermeiro está confirmando com um outro os cuidados de um paciente com uma úlcera de decúbito na fase II. Os dois decidem rever a orientação prática da clínica do hospital para a gestão de úlceras de decúbito. O uso de uma diretriz padronizada atinge qual(ais) das seguintes ações? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Torna mais rápido e mais fácil para os enfermeiros intervirem
2. Define um nível de excelência clínica para a prática
3. Elimina a necessidade de criar um plano de atendimento individualizado para o paciente
4. Oferece intervenções baseadas em evidências para úlceras de decúbito na fase II
5. Resume as várias abordagens utilizadas em relação à prática ou o problema

14. Um enfermeiro comenta todas as possíveis consequências antes de ajudar um paciente a andar, por exemplo, como o paciente andou da última vez; como era o grau de mobilidade do paciente antes da admissão à unidade de saúde ou quaisquer fatores clínicos atuais que afetem a capacidade do paciente para ficar em pé, permanecer equilibrado ou andar. Qual dos seguintes itens é um exemplo da avaliação de um enfermeiro desta situação?
    1. Pensamento crítico
    2. Gerenciando um evento adverso
    3. Exercício de autodisciplina
    4. Gestão do tempo
15. Um enfermeiro reúne equipamentos necessários para administrar um enema a um paciente. Previamente o enfermeiro revisou o procedimento no manual da instituição. O enfermeiro levanta o leito do paciente e ajusta a iluminação do quarto para melhorar a visibilidade da área de trabalho. Um técnico de enfermagem do paciente entra na sala para ajudar. Qual o aspecto dos recursos de organização e assistência aos cuidados que o enfermeiro omitiu?
    1. Ambiente
    2. Pessoal
    3. Equipamento
    4. Paciente

Respostas: **1**. 1, 3, 4; **2**. 1; **3**. 2, 4; **4**. 3; **5**. 2, 4; **6**. 2, 3; **7**. 3, 4, 2, 1; **8**. 1; **9**. 1b, 2c, 3d, 4a; **10**. 3; **11**. Reação adversa; **12**. 1, 2, 3, 5; **13**. 1, 2, 4; **14**.

1; **15**. 4.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): *Clinical guidelines and recommendations*, 2014a, http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/index.html. Accessed September 27, 2015.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): *National Guidelines Clearinghouse*, 2014b, http://www.guideline.gov/browse/by-topic.aspx. Accessed September 27, 2015.

Aiken LH. Economics of nursing. *Policy Polit Nurs Pract*. 2008;9(2):73.

American Nurses Association (ANA) *Scope and standards of practice: nursing*. ed 2 Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2010.

Bulechek GM, et al. *Nursing interventions classification (NIC)*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

ECRI Institute: *Top 10 patient safety concerns for 2015*, 2015, https://www.ecri.org/Pages/PStop10_ThankYou.aspx. Accessed September 27, 2015.

Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS): *HCAHPS*, 2014, http://www.hcahpsonline.org/home.aspx. Accessed September 27, 2014.

Jones TL. A holistic framework for nursing time: implications for theory, practice and research. *Nurs Forum*. 2010;45(3):185.

Koloroutis M, et al. *Field guide: relationship-based care visions, strategies, tools and exemplars for transforming practice*. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management; 2007.

Manchikanti L, et al. A critical review of the American Pain Society clinical practice guidelines for interventional techniques. Part 1, Diagnostic interventions. *Pain Physician*. 2010;13(3):E141.

QSEN Institute: *Pre-Licensure KSAS*, 2014, http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/. Accessed September 27, 2014.

Storfjell JL, et al. The balancing act: patient care time versus cost. *J Nurs Adm*. 2008;38(5):244.

Weydt A. Developing delegation skills. *Online J Issues Nurs*. 2010;15(2):1.

Referências de pesquisa

Benner P. *From novice to expert*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1984.

Dodek P, et al. The relationship between organizational culture and implementation of clinical practice guidelines: a narrative review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2010;34(6):669.

Klarare A, et al. Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. *J Palliat Care*. 2013;16(9):1062.

McDonald J, et al. The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:63.

Nair DM, et al. Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *J Interprof Care*. 2012;26(2):115.

Potter P, et al. Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel. *J Nurs Manag*. 2010;18(2):157.

Tanner C. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204.

University of Iowa: *Evidence-based practice guidelines*, n.d., University of Iowa, http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/evidence-based-practice-guidelines. Accessed September 27, 2014.

20

Avaliação de Enfermagem

OBJETIVOS

- Discutir a relação entre o pensamento e a avaliação crítica.
- Descrever os indicadores de capacidade de um enfermeiro para avaliar os cuidados de enfermagem.
- Explicar a relação entre objetivos do cuidado, os resultados esperados e medidas de avaliação ao analisar os cuidados de enfermagem.
- Explicar a importância do uso de medidas precisas de avaliação.
- Explicar o processo de avaliação de enfermagem dos resultados dos cuidados de um paciente.
- Descrever como a avaliação final de enfermagem leva à descontinuidade, à revisão ou à alteração de um plano de cuidados.

TERMOS-CHAVE

Avaliação de enfermagem, p. 267
Medidas de avaliação, p. 268
Padrão de cuidado, p. 272
Resultados do paciente sensível à enfermagem, p. 269

O pensamento crítico na prática de enfermagem influencia o desempenho do trabalho local de um enfermeiro e reflete a sua capacidade para resolver os problemas relacionados com a saúde dos pacientes (Shu-Yuan et al., 2013). Quando você aplica a o processo de enfermagem para identificar problemas do paciente e selecionar e prover intervenções relevantes, a etapa de avaliação de enfermagem determina se os problemas do paciente são resolvidos. Os resultados da prática de enfermagem são as condições mensuráveis do paciente, da família, o estado da comunidade, o comportamento ou a percepção. Esses resultados são os critérios utilizados para julgar o sucesso no provimento de cuidados de enfermagem.

Quando um reparador vem a uma casa para consertar uma torneira vazando, ele liga a torneira para determinar o problema, promove as alterações ou os ajustes das partes e verifica, novamente, a torneira para determinar se o vazamento acabou. Após um paciente diagnosticado com pneumonia concluir um esquema de antibióticos, a pessoa que presta os cuidados de saúde, muitas vezes, solicita que ele volte à clínica para ser submetido a um exame radiográfico do tórax a fim de determinar se a pneumonia desapareceu. Quando um enfermeiro cuida de feridas, incluindo a aplicação de uma compressa quente, vários passos estão envolvidos. Ele avalia o aspecto da ferida, determina a sua gravidade, aplica a compressa de forma apropriada e retorna depois para inspecionar a ferida, com o intuito de determinar se a condição melhorou. Esses três cenários retratam o que, em última análise, ocorre durante o processo de avaliação de enfermagem. O reparador verifica novamente a torneira, a pessoa que presta os cuidados de saúde solicita uma radiografia do tórax, e o enfermeiro novamente inspeciona a ferida do paciente. Por meio do processo de avaliação, você determina se um paciente melhorou, levando a um resultado desejado.

Os capítulos anteriores sobre o processo de enfermagem descrevem como você aplica o pensamento crítico para obter os dados de pacientes, constrói os diagnósticos de enfermagem, desenvolve um plano de cuidados e implementa as intervenções. A **avaliação de enfermagem**, a etapa final do processo de enfermagem, é crucial para

determinar se, após a aplicação dos quatro primeiros passos do processo de enfermagem, a condição ou o bem-estar de um paciente melhorou. *Você conduz medidas de avaliação para determinar se os pacientes preencheram os resultados esperados, e não se as intervenções de enfermagem foram concluídas*. Os resultados esperados, estabelecidos durante o planejamento, são as normas contra as quais você avalia se os objetivos foram atingidos e se os cuidados foram bem-sucedidos.

Na continuidade do estudo de caso, o Sr. Lawson está indo para casa em 2 horas. Tonya organiza os seus cuidados de tal modo que ela possa usar um tempo necessário para avaliar os resultados de seu plano de cuidados. O Sr. Lawson tomou duas doses do analgésico SOS prescrito para a sua dor ao longo das últimas 8 horas. Trinta minutos após a última dose, ele classificou a sua dor no nível 3 em uma escala de 0 a 10. Ele afirmou: "Eu realmente senti a dor agora quando eu me movi muito rapidamente." A Sra Lawson está na sala, assim Tonya leva tempo para inspecionar e avaliar o ferimento do Sr. Lawson, descrevendo o que percebeu e pediu que os Lawsons explicassem os sinais de infecção e como cuidar da ferida em casa. Tonya dá aos Lawsons a folha de orientações para a alta, que faz parte do padrão de cuidado de sua unidade de enfermagem. Ela pede que o Sr. Lawson explique os tipos de atividade que ele precisa evitar nas 2 primeiras semanas que estiver no domicílio.

Pensamento crítico na avaliação de enfermagem

O pensamento crítico é fundamental para a avaliação de enfermagem (Fig. 20-1). No Capítulo 15, você aprendeu que a tomada de decisão clínica é complexa, exigindo flexibilidade e capacidade de conhecer e reconhecer mudanças sutis ou aspectos de uma condição do paciente. Em uma extensa revisão de estudos da literatura, em relação à análise de indicadores de pensamento crítico, Shu-Yuan et al. (2013) identificaram quatro indicadores que refletem a capacidade de um enfermeiro para realizar a avaliação:

- Examinar os resultados de acordo com os dados clínicos coletados.
- Comparar o efeito obtido com os objetivos e os resultados esperados.
- Reconhecer os erros.
- Compreender a situação do paciente, participar da autorreflexão e corrigir os erros.

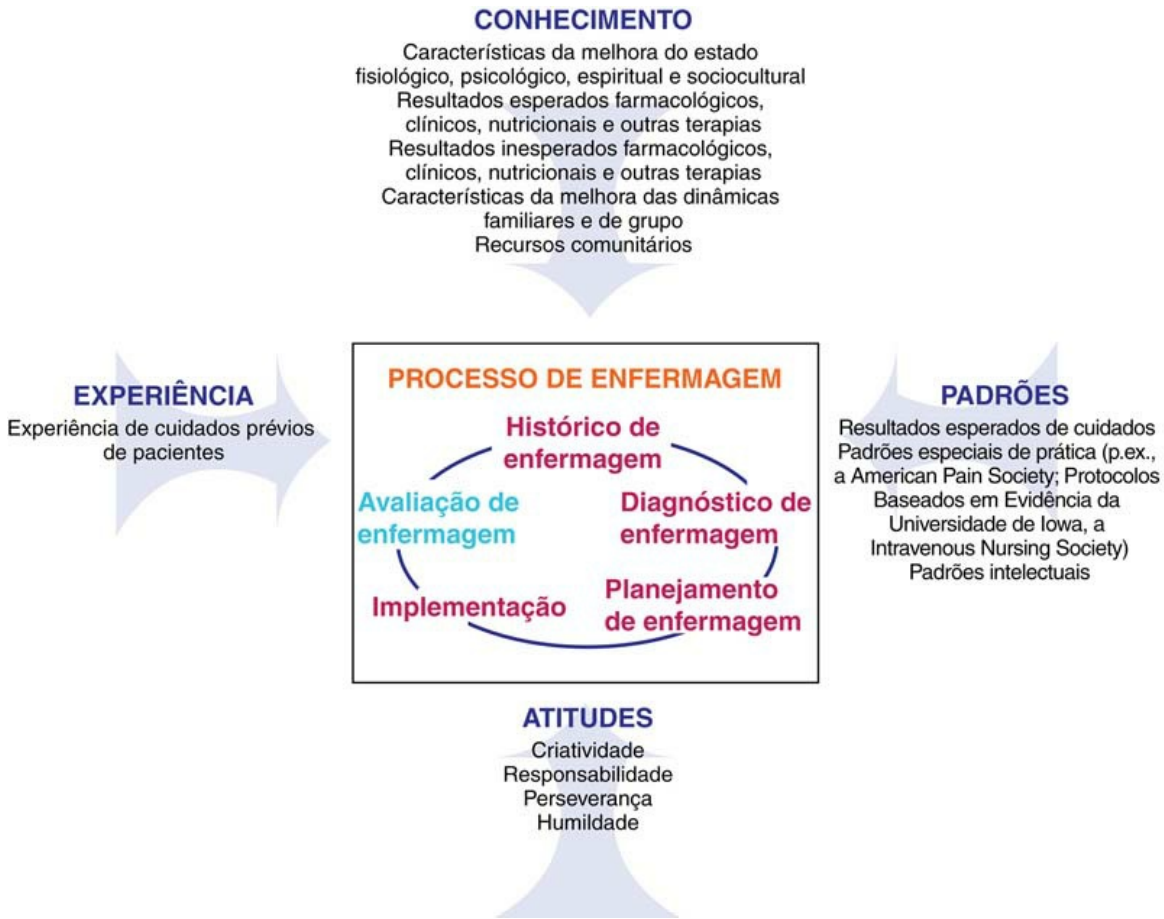


FIGURA 20-1 Pensamento crítico e avaliação.

Esses indicadores mostram que o processo de avaliação de enfermagem é abrangente. Isso exige mais que fazer uma verificação rápida de um paciente para ter certeza de que o quadro dele se encontra estável ou sem maiores problemas. É uma abordagem metódica para determinar se a implementação de enfermagem efetivamente influenciou favoravelmente o progresso ou a condição do paciente.

Examinar os Resultados

A avaliação é um processo contínuo que ocorre sempre que você estabelece um contato com um paciente. Depois de prover uma intervenção, você examina continuamente os resultados por meio da coleta de dados subjetivos e objetivos, a partir do paciente, dos familiares e da equipe de saúde. Tanner (2006) chamou essa condição

de *reflexão-em-ação* (i.e., um enfermeiro é capaz de "ler" um paciente, por meio da revisão de dados de avaliação e determinar como o paciente está respondendo). Ao mesmo tempo você revê o conhecimento a respeito da condição atual do paciente, do tratamento e os recursos disponíveis para a sua recuperação. Ao refletir sobre experiências anteriores, pelos cuidados de pacientes semelhantes, você se situa em uma posição melhor para saber como avaliar o seu paciente. Você pode prever o que pretende avaliar.

O exame eficaz dos resultados exige que você tenha a mente aberta, as habilidades de observação aguçadas e a capacidade de apresentar uma perspectiva neutra (Shu-Yuan et al., 2013). Não forme um juízo sobre um progresso ou uma resposta sem a coleta de dados do paciente pertinentes ao problema de saúde. *Por exemplo, pelo fato de o Sr. Lawson estar recebendo alta e não ter havido atrasos, Tonya poderia supor que a sua dor estivesse sob controle. No entanto, até Tonya reavaliar o caráter e a gravidade da dor do paciente, a avaliação não está completa*. Deve-se completar a coleta de toda a informação clínica necessária para avaliar, adequadamente, a condição de um paciente.

Medidas de Avaliação

Você examina os resultados dos cuidados usando **medidas de avaliação**, que são habilidades e técnicas de avaliação (p.ex., observações, medições fisiológicas, o uso de escalas de medição, entrevista com o paciente) (Fig. 20-2). Na verdade, as medidas de avaliação são as mesmas medidas de acesso à detecção da avaliação, mas você as realiza até o ponto dos cuidados quando você toma decisões sobre o estado do paciente e o seu progresso (Tabela 20-1). A intenção da detecção da avaliação é identificar qual problema está presente, caso haja algum, bem como determinar se os problemas conhecidos permaneceram os mesmos, melhoraram, pioraram ou foram, de outra forma, alterados.

FIGURA 20-2 Medidas de avaliação. A enfermeira avalia os sinais vitais do paciente.

Tabela 20-1

Medidas de Avaliação para Determinar o Sucesso de Objetivos e de Resultados Esperados

Objetivos	Medidas de Avaliação	Resultados Esperados
Úlcera de decúbito do paciente vai cicatrizar em 7 dias.	Inspecionar a cor, a condição e a localização das úlceras de decúbito. Medir o diâmetro diário da úlcera. Registrar o odor e a cor da drenagem da úlcera.	O eritema é reduzido em 2 dias. Diâmetro da úlcera diminui em 5 dias. Úlcera não apresenta drenagem há 2 dias. Pele que recobre a úlcera é fechada em 7 dias.
Paciente vai tolerar caminhar até o final do corredor por 11/20.	Palpar o pulso radial do paciente antes do exercício. Palpar o pulso radial do paciente 10 minutos após o exercício. Avaliar a frequência respiratória durante o	Pulso permanece abaixo de 110 batimentos/min durante o exercício. Frequência de pulso retorna à linha de base de repouso dentro de 10 minutos após o exercício. Frequência respiratória do paciente permanece dentro de duas respirações

	exercício. Observar a presença de dispneia durante o exercício.	da linha de base. Paciente nega sensação de dispneia.

Em muitas situações clínicas, é importante coletar medidas de avaliação, ao longo de um período. Você examina as tendências para determinar se existe um padrão de melhora ou de alteração. Uma única observação de uma úlcera de decúbito é insuficiente para determinar que a úlcera está curada. É importante notar uma consistência na mudança. Por exemplo, ao longo um período de 3 dias, a úlcera de decúbito está diminuindo gradualmente de tamanho, a quantidade de drenagem está diminuindo e a vermelhidão da inflamação está desaparecendo? O reconhecimento de um padrão de melhora ou de deterioração permite raciocinar e decidir se os problemas de um paciente (expresso em diagnósticos de enfermagem) estão resolvidos. Isso é muito importante nos cuidados de enfermagem domiciliar ou lar de idosos. Pode levar semanas ou mesmo meses para determinar se as intervenções levaram a um padrão de melhora. Por exemplo, ao avaliar o risco de quedas de um paciente, ao longo do tempo, o paciente, a família ou a equipe de cuidados de saúde reduziu, com sucesso, os riscos de queda no domicílio, eliminando as barreiras no caminho, os fatores de remoção prejudicando a visão da pessoa ou fornecendo a orientação para o uso adequado dos dispositivos de assistência?

É importante utilizar a medida correta de avaliação. Por exemplo, foi mostrado que as escalas de dor são válidas e confiáveis para avaliar a intensidade da dor (Cap. 44) e as mudanças ao longo do tempo. O European and National Pressure Ulcer Advisory Panels (EPUAP & NPUAP, 2009) têm critérios específicos para o estagiamento preciso de uma úlcera de decúbito (Cap. 48) que permitem identificar se a condição de uma úlcera tratada mudou. Usando as medidas corretas, você terá maior probabilidade e segurança de identificar, com precisão, se houve uma mudança na condição de um paciente.

Ser capaz de avaliar uma mudança de comportamento é mais difícil. As informações sobre o comportamento (p.ex., tomar medicamentos

corretamente, seguir uma dieta) confiam no autorrelato de um paciente. Um exemplo é qualquer pesquisa ou entrevista que avalie a capacidade de um paciente de realizar autocuidados e alcançar a autogestão. O autorrelato é uma medida de percepções próprias ou crenças do paciente e podem não refletir, verdadeiramente, se o comportamento mudou. Sua vontade de usar autorrelatos como uma medida de resultado de comportamento reflete a confiança no paciente. Quando se utiliza o autorrelato é muito importante que o paciente entenda as perguntas e por que razão a sua resposta é importante para avaliar a alteração de comportamento.

Atualmente, o aumento da ênfase nos cuidados de saúde tem por objetivo o fato de que os pacientes e seus cuidadores familiares obtenham a autogestão para melhorar a qualidade de suas vidas. O objetivo da autogestão é o de minimizar o impacto da doença crônica ou da enfermidade aguda repentina no estado de saúde e no funcionamento físico e para permitir que as pessoas lidem com os efeitos psicológicos de uma doença. *No caso do Sr. Lawson, Tonya tem planejado e implementado intervenções educativas destinadas a melhorar a sua capacidade para adotar os comportamentos necessários para o autocuidado, especificamente para seguir as restrições de atividade e realizar tratamento correto das feridas. Tonya avaliou a capacidade do paciente medindo o que ele é capaz tanto de explicar quanto de demonstrar*. Existem indicadores objetivos e adequados de avaliação relevante de autogestão, incluindo a autoeficácia, o comportamento ou a atitude de saúde, o estado de saúde, o uso de serviços de saúde, a qualidade de vida e os indicadores psicológicos (Du & Yuan, 2010) (Tabela 20-2).

Tabela 20-2
Avaliação da Autogestão

Indicador da Avaliação	Exemplos de Medidas
Autoeficácia	Escala de autoeficácia geral (GSE), escalas de autoeficácia específica da doença (p.ex., artrite, cardíaca); escala de autoeficácia por aderência à medicação.
Comportamento de saúde	A adesão ao esquema de medicação (p.ex., número de comprimidos), habilidade psicomotora demonstrada (p.ex., troca de curativo, autoinjeção), adesão a consultas médicas de acompanhamento.

Estado de saúde	Indicadores clínicos (p.ex., a tolerância ao exercício, controle da pressão arterial, controle de glicose no sangue (HgA1C).
Utilização do Serviço de Saúde	Readmissão no hospital em 30 dias Admissão no Setor de Emergência.
Qualidade de vida	Escalas de qualidade de vida (p.ex., por doença crônica, câncer, dor crônica).
Fatores Psicológicos	Escala de estresse percebido, autocontrole (p.ex., pesquisa de conflito de impulsividade adolescente).

Durante o planejamento, um recurso valioso para a seleção de resultados é o Nursing Outcomes Classification (NOC) (Cap. 18). A classificação oferece uma linguagem para a etapa de avaliação de enfermagem do processo de enfermagem. Os efeitos do NOC são (1) identificar, rotular, validar e classificar os **resultados dos pacientes sensíveis ao enfermeiro**; (2) como teste de campo e validar a classificação; e (3) para definir e testar os procedimentos de medição dos resultados e indicadores, usando dados clínicos (Moorhead et al., 2013). Dentro da taxonomia NOC, você pode selecionar resultados específicos para as intervenções de enfermagem que se relacionam com os diagnósticos de enfermagem. A classificação NOC oferece resultados sensíveis ao enfermeiro para os diagnósticos de enfermagem NANDA-International (NANDA-I) (Tabela 20-3). Para cada resultado há medidas de avaliação específicas recomendadas, chamadas indicadores de avaliação (ou seja, a condição física, os comportamentos ou as percepções do paciente que são medidas da obtenção de resultados).

Tabela 20-3

Conexões entre a Classificação dos Resultados de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Sugeridos	Indicadores (Exemplos)
Ansiedade	Nível de ansiedade	Capacidade de participar ou se concentrar Capacidade de aprender Nível de ansiedade verbalizado
Conhecimento deficiente	Conhecimento: procedimentos de tratamento: Comportamento de adesão	Descrição de procedimentos de tratamento Descrição da atividade prescrita Uso de estratégias para otimizar a saúde Desempenho das atividades da vida diária

		consistentes com energia e tolerância

Compare os Efeitos Obtidos com Objetivos e Resultados

No Capítulo 18, você aprendeu que um resultado esperado é um estado, um comportamento ou uma percepção que é medida ao longo de uma série contínua, em resposta a uma intervenção de enfermagem (Moorhead et al., 2013). Durante a avaliação, você realiza medidas que permitem comparar dados clínicos, medidas de comportamento do paciente e medidas de autorrelato do paciente, coletadas antes da implementação, com os achados de avaliação coletados, após o provimento de cuidados de enfermagem. Em seguida, você avalia se os resultados dos cuidados coincidem com os resultados esperados e os objetivos estabelecidos para um paciente. Se os resultados forem cumpridos, os objetivos globais para o paciente também são atendidos. O pensamento crítico é direcionado para analisar os achados de avaliação (Fig. 20-3). A condição do paciente melhorou? O paciente é capaz de melhorar, ou existem fatores materiais que impedem a recuperação? Em que grau a motivação ou a vontade de continuar saudável nos comportamentos desse paciente influenciam as respostas às terapias?

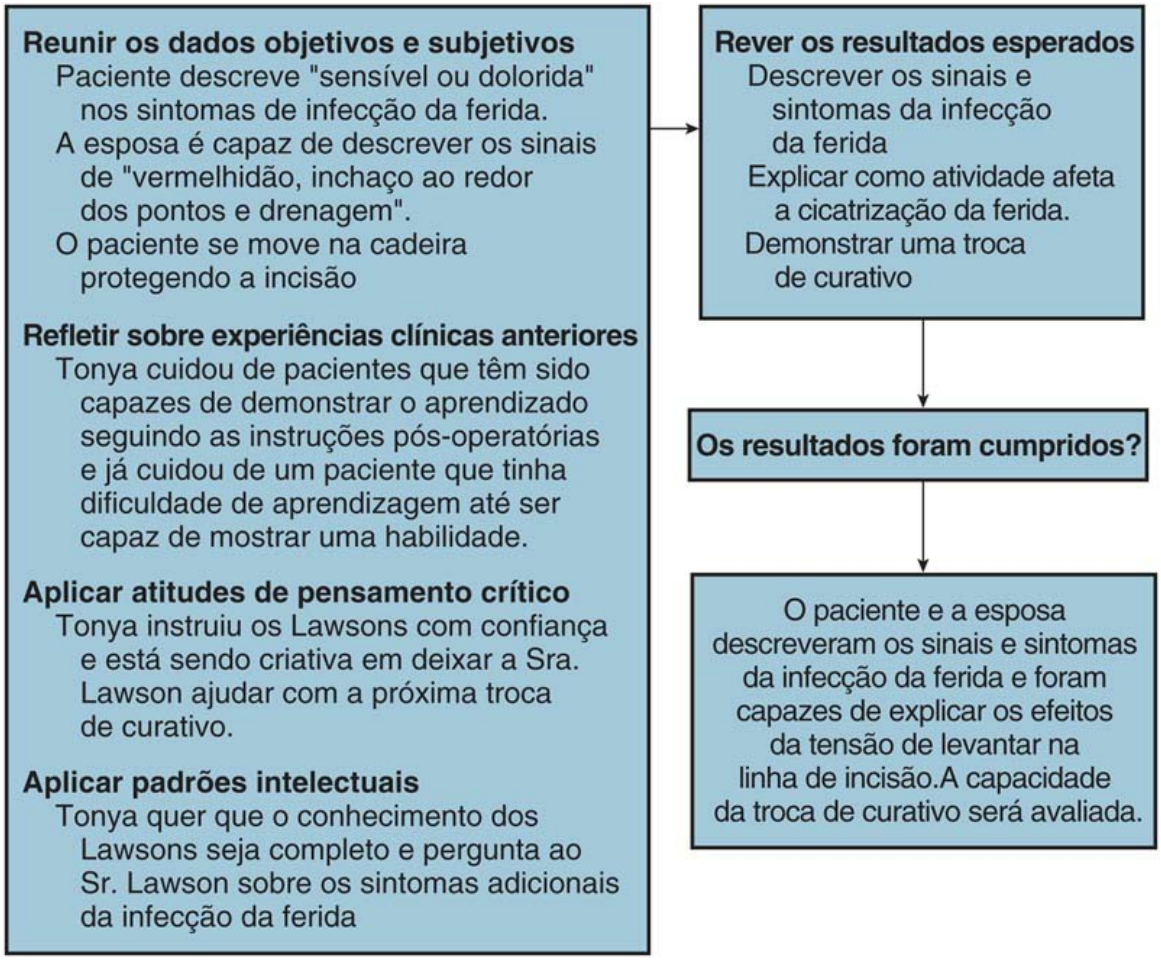


FIGURA 20-3 Pensamento crítico e o processo de avaliação de enfermagem.

Os resultados são declarações de respostas progressivas passo a passo, físicas, emocionais ou comportamentais que um paciente necessita cumprir para atingir os objetivos de atendimento. Quando seus pacientes obtêm os resultados, os fatores relacionados para um diagnóstico de enfermagem, normalmente, não existem mais. *No caso do Sr. Lawson, o diagnóstico de enfermagem de* ***Ansiedade relacionada com a incerteza sobre a capacidade de voltar ao trabalho*** *tem como objetivo definir se o "Sr. Lawson será capaz de assumir as restrições das atividades em casa". Tonya tem planejado e implementado os cuidados de enfermagem a fim de preparar o Sr. Lawson para uma recuperação pós-operatória suave. Ela implementou intervenções para minimizar a sua ansiedade e forneceu instruções sobre suas restrições de atividade, de tal forma que ele seja capaz de aderir ao seu plano de tratamento. O objetivo é*

conseguir a adesão de modo que o retorno ao trabalho seja um objetivo razoável. Dois dos resultados esperados para o objetivo do Sr. Lawson incluem que o paciente vai manter a atenção durante as sessões de instrução e que vai explicar como a restrição das atividades ajudará a sua recuperação. Tonya usa medidas de avaliação, incluindo a observação do comportamento do paciente durante a instrução; então, em seguida, o paciente fará um autorrelato do que ele entende das suas restrições de atividade. Se o plano de atendimento de Tonya for bem-sucedido, o fator relacionado com a "incerteza sobre a capacidade de voltar ao trabalho" terá sido incorporado. Tonya saberá que, como o Sr. Lawson foi capaz de participar durante a instrução e explicar como vai aderir à restrição das atividades, isso vai apressar a sua recuperação, e uma fonte de redução de ansiedade diminuiu.

Interpretando e Resumindo os Achados

Uma condição clínica do paciente, muitas vezes, se altera durante uma doença aguda. Em contrapartida, a doença crônica resulta em alterações sutis, lentas, embora exacerbações agudas possam ocorrer. Quando você avalia o efeito das intervenções, você interpreta ou aprende a reconhecer as evidências relevantes da condição de um paciente, mesmo que, às vezes, estas não correspondam às expectativas clínicas. Ao aplicar o seu conhecimento clínico e experiência, você reconhece as complicações ou as reações adversas da doença e do tratamento, além dos resultados esperados.

Uma monitorização cuidadosa e a detecção precoce de problemas são as primeiras linhas de defesa do enfermeiro. Sempre estabeleça juízos clínicos com base em suas observações sobre o que está ocorrendo com um paciente específico e não apenas sobre o que acontece com os pacientes em geral. É importante ser detalhado em suas metas de avaliação, porque a mudança, muitas vezes, não é óbvia. As avaliações são especificas para os pacientes e realizadas com base em uma familiaridade próxima com o comportamento de cada paciente, estado físico e reação aos cuidadores. Um julgamento clínico perceptivo envolve a correspondência dos resultados das medidas de avaliação com os resultados esperados para determinar se o estado do paciente está ou não melhorando. Ao interpretar os achados, você

compara as respostas comportamentais, as percepções e os sinais e sintomas fisiológicos do paciente que você espera para observar, em relação àqueles realmente observados a partir de sua avaliação. Comparando os achados reais e esperados, é possível interpretar e julgar a condição do paciente e se as alterações previstas ocorreram (Tabela 20-4). Realize os seguintes passos para avaliar, objetivamente, o grau de sucesso em obter os resultados dos cuidados:

1. Examine os critérios de resultados para identificar o comportamento exato desejado do paciente ou da resposta.
2. Avalie o comportamento ou a resposta real de um paciente.
3. Compare os critérios de resultados estabelecidos com o comportamento real ou resposta.
4. Julgue o grau de concordância entre os critérios de resultados e o comportamento real ou resposta.
5. Se não houver um acordo (ou único acordo parcial) entre os critérios de resultados e o comportamento real ou a resposta, qual é/são a(s) barreira(s)? Por que não há concordância?

Tabela 20-4

Exemplos de Avaliação Objetiva da Realização dos Objetivos

Objetivos	Critérios de Resultado	Resposta do Paciente	Achados da Avaliação
O paciente vai trocar o curativo cirúrgico corretamente por 12/18.	Paciente demonstra a higiene correta das mãos por 12/16. Paciente descreve o material usado na troca de curativo por 12/17. Paciente demonstra troca de curativo por 12/18.	Paciente usou corretamente o antisséptico para lavar as mãos. Paciente aplicou corretamente gaze limpa e fechou firmemente o local da incisão.	Paciente mostra a progressão em direção aos resultados e alcançou o comportamento desejado.
Pulmões do paciente estarão livres de secreções por 11/30.	A tosse é não produtiva por 11/29. Os pulmões mostram sons claros na ausculta por	Paciente tossiu com frequência e de forma produtiva em 11/29 após a nebulização. Pulmões estavam limpos na ausculta em 11/30. Frequência respiratória de	Paciente vai necessitar de terapia contínua de nebulização. A condição está melhorando.

	11/30. Frequência respiratória de 20/min por 11/30.	18/min em 11/29.	

A avaliação é mais fácil de realizar depois de cuidar de um paciente durante um longo período. Você, então, será capaz de fazer comparações sutis de respostas e de comportamentos do paciente. Quando você não cuidou de um paciente por um tempo prolongado, a avaliação melhora ao se referir a experiências anteriores ou solicitar auxílio de colegas que estão familiarizados com o paciente, para confirmar as conclusões da avaliação. A precisão de qualquer avaliação melhora quando você está familiarizado com o comportamento de um paciente e o seu estado fisiológico ou por ter cuidado demais de um paciente com um problema semelhante.

Lembre-se de avaliar cada resultado esperado e a sua localização na sequência de cuidados. Se não, é difícil determinar qual o resultado na sequência que não foi cumprido; portanto, você não pode revisar e redirecionar o plano de cuidados no momento mais adequado.

Reconhecer Erros ou Resultados não Satisfeitos

A avaliação do reconhecimento de erros ou de resultados não satisfeitos exige que você tenha uma mente aberta, persiga ativamente a verdade, seja paciente e confiante e se envolva em autorreflexão (Shu-Yuan et al., 2013). Você não pode presumir que as suas abordagens de tratamento serão bem--sucedidas. Você deve aplicar a sua capacidade de observação, os padrões intelectuais de pensamento crítico (Cap. 15) e conhecimento para reconhecer os resultados reais de seu atendimento. Uma reflexão-em-ação ocorre, tipicamente, quando existe um evento-gatilho (Tanner, 2006). O "gatilho" envolve, frequentemente, uma avaria ou falha percebida na prática. Por exemplo, um enfermeiro avalia os resultados das medidas de avaliação e observa que um resultado não foi cumprido. Ou um enfermeiro observa como um paciente reage a um tratamento (p.ex., o exercício, o posicionamento ou o ensinamento) e reconhece que o princípio é ineficaz. Um último exemplo é quando um enfermeiro revê o progresso de um paciente e identifica que as intervenções

planejadas não foram concluídas — isso, muitas vezes, é descrito na literatura como "cuidados perdidos" (Quadro 20-1). Reflexão-em-ação envolve a capacidade de um enfermeiro em reconhecer como um paciente está respondendo e, em seguida, ajustar as intervenções como um resultado (Tanner, 2006). Um enfermeiro vai alterar a frequência de uma intervenção, alterar a forma como a intervenção é oferecida ou selecionar uma nova intervenção.

Quadro 20-1

Prática baseada em evidências

Cuidados Omitidos

Questão PICO: Em ambientes de cuidados agudos, quais os fatores contribuem para os cuidados omitidos com pacientes adultos?

Resumo de Evidências

Cuidados de enfermagem omitidos é qualquer etapa do cuidado exigido do paciente que é omitida ou retardada (Kalisch et al., 2009). Quando os enfermeiros enfrentam a necessidade de repensar as prioridades, gerenciar a complexidade do processo de enfermagem para vários pacientes e lidar com percepções e valores internos, o resultado é, muitas vezes, a demora no atendimento, cuidados abreviados ou omissão de cuidados. Em um estudo realizado por Kalisch & Lee (2010), a equipe de trabalho sozinha respondeu por cerca de 11% dos cuidados de enfermagem omitidos. Em um estudo envolvendo grupos focais com enfermeiros da equipe, 9 temas de cuidados de enfermagem regularmente omitidos envolveram deambulação, mudança de decúbito, alimentação, ensino ao paciente, planejamento de alta, apoio emocional, higiene, admissão e saída, documentação e sobrevivência (avaliação) (Kalisch, 2006). Essas áreas de cuidados de enfermagem omitidos podem influenciar negativamente os resultados do paciente.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Trabalhar com os membros da equipe e atribuir os pacientes por acuidade e proximidade geográfica, e não apenas pelo número.
- Aprender a delegar, de forma eficaz, (Cap. 21) e gerir conflitos quando desacordos se desenvolvem entre os colegas.
- O trabalho em equipe exige prestação de contas, responsabilidade e um compromisso de comunicação permanente e claro.
- Rever o seu plano de cuidados de rotina para minimizar os retardos ou omissões.

O processo de enfermagem é uma abordagem sistemática de resolução de problemas para assistência ao paciente individualizado, mas muitos fatores afetam cada um dos pacientes com problemas de saúde. Muitas vezes, você vai descobrir os pacientes que não tiveram as suas necessidades atendidas. Os pacientes com o mesmo problema de saúde não são tratados da mesma forma. Como resultado, você às vezes comete erros de julgamento. O uso sistemático de avaliação fornece uma maneira para você capturar esses erros. Ao incorporar consistentemente a avaliação na prática, você minimiza os erros e garante que o plano de cuidados de um paciente seja apropriado e relevante e as mudanças de acordo com as necessidades atendidas e não atendidas.

Autorreflexão e Correção de Erros

Reflexão-em-ação e aprendizagem clínica posterior também são partes importantes da avaliação. O que um enfermeiro ganha ao cuidar de pacientes e avaliar cuidadosamente os resultados dos cuidados mais tarde contribui para o desenvolvimento do conhecimento clínico em curso e para a capacidade de fazer julgamentos clínicos no futuro (Tanner, 2006). O raciocínio reflexivo melhora a precisão de fazer conclusões diagnósticas (Mamede et al., 2012). Isso significa que, quando você reúne medidas de avaliação acerca de um paciente, a reflexão dos achados e a exploração sobre o que a média dos achados significa, melhoram a sua capacidade de resolver problemas. A reflexão diminui a probabilidade de que o raciocínio seja baseado em

suposições ou adivinhações e aumenta a probabilidade de que ele seja baseado em pensamento crítico objetivo.

Revisão do Plano de Cuidados

À medida que você avalia o atendimento ao paciente, a sua reflexão-em-ação o ajudará a determinar se o plano de cuidados continua ou se revisões são necessárias. Se o seu paciente encontra um objetivo com sucesso, interrompa a parte do plano de cuidados. Objetivos não atendidos e parcialmente atendidos exigirão a continuidade da intervenção. Eles também podem ser adequados para modificar ou adicionar diagnósticos de enfermagem, para um novo plano de cuidados com objetivos adequados, resultados esperados e intervenções. Às vezes, você tem de redefinir as prioridades, de acordo com as mudanças nas condições do paciente, os resultados da avaliação ou alterações no plano médico de cuidados. Um passo importante no pensamento crítico é saber como um paciente está progredindo e como os problemas desaparecem, sofrem mudanças ou pioram.

Tonya avalia a compreensão do Sr. Lawson de como a restrição das atividades auxilia na recuperação. O paciente explicou o seguinte: "Meu médico não quer que eu faça qualquer trabalho pesado." À medida que Tonya ouve, o Sr. e a Sra. Lawson discutem a volta para casa. Assim, a Sra. Lawson comenta: "Será ótimo para meu marido ver os netos em breve. Ele é muito próximo deles, adora brincar com o neto de 3 anos." Tonya usa a medida avaliativa do autorrelato do paciente para determinar o que o Sr. Lawson entendeu sobre suas restrições de atividade. Ela reconhece que brincar com netos poderia envolver pegar as crianças. *Tonya decide modificar o seu plano de cuidados, reavaliando os tipos de atividades que o Sr. Lawson tem no domicílio (p.ex., tipo de levantamento de objetos, exercício, trabalho manual) e adaptando suas instruções para ser mais abrangente*.

Descontinuando um Plano de Cuidados

Depois de determinar que o seu paciente apresentou resultados e

objetivos esperados, confirme a sua avaliação do paciente quando possível. Se você e o paciente concordarem, você interrompe essa parte do plano de cuidados. A documentação de um plano descontinuado assegura que outros enfermeiros não vão, desnecessariamente, continuar as intervenções. A continuidade dos cuidados assume que o cuidado prestado aos pacientes é relevante e oportuno. Você desperdiça muito tempo e energia quando não comunica os objetivos alcançados com outros enfermeiros.

Modificando um Plano de Cuidados

Quando os pacientes não cumprem os objetivos e os resultados, você identifica os fatores que interferem na sua realização. Normalmente, uma mudança na condição, nas necessidades ou nas habilidades de um paciente promove alterações do plano de cuidados necessários. Por exemplo, quando se ensina a autoadministração de insulina, o enfermeiro descobre que o paciente desenvolveu um novo problema, um tremor associado a um efeito secundário da medicação. O paciente é incapaz de retirar a medicação com uma seringa ou introduzir a agulha com segurança. Assim, os resultados originais, ”paciente prepara corretamente insulina em uma seringa,“ e ”o paciente administra uma injeção de insulina, de forma independente”, não são mais apropriados, porque eles não podem ser cumpridos. O enfermeiro introduz novas intervenções (instruindo um membro da família na preparação e na administração da insulina) e revê os resultados, “o cuidador da família prepara corretamente a insulina em uma seringa“ e ”o cuidador da família administra a injeção de insulina corretamente”, para cumprir o objetivo do cuidado.

Às vezes, a falta de realização do objetivo resulta de um erro de julgamento de enfermagem ou falha em seguir cada passo do processo de enfermagem. Os pacientes, muitas vezes, apresentam problemas múltiplos e complexos. Lembre-se sempre da possibilidade de descuido ou mau julgamento de alguma condição. Quando um objetivo não encontrado é alcançado, não importa qual a razão, deve-se repetir a sequência do processo de enfermagem para esse diagnóstico de enfermagem. Reavaliar o paciente; determinar a

precisão do diagnóstico de enfermagem; estabelecer um plano com novos objetivos, resultados esperados e intervenções prioritárias apropriadas.

Reavaliação

Se um diagnóstico de enfermagem não está resolvido ou se você percebe que, talvez, um novo problema tenha se desenvolvido, é necessária uma reavaliação. Uma reavaliação completa de fatores relativos ao paciente, em relação a um diagnóstico de enfermagem e etiologia já existentes é necessária ao modificar um plano. Aplique o pensamento crítico ao comparar novos dados sobre o estado de um paciente, com informações previamente avaliadas. Conhecimento a partir de experiências anteriores ajuda a direcionar o processo de reavaliação. Cuidar de pacientes e de suas famílias que tiveram problemas de saúde semelhantes dará a você uma sólida formação de conhecimentos a ser usada para antecipar as necessidades do paciente e saber o que avaliar. Uma reavaliação garante que a base de dados é precisa e atualizada. Ela também revela um elo perdido (ou seja, uma peça fundamental de novas informações que foi esquecida e, assim, interferiu na realização do objetivo). Você classifica, valida e agrupa todos os novos dados, para analisar e interpretar as diferenças em relação ao banco de dados original (Cap. 16). Você também documenta os dados de reavaliação para alertar outro pessoal de enfermagem e pessoas que prestam os cuidados de saúde sobre o estado do paciente.

Redefinindo Diagnósticos

Após a reavaliação, determine quais os diagnósticos de enfermagem que são precisos para a situação. Pergunte se você selecionou o diagnóstico correto e se o fator etiológico é preciso e está atualizado. Em seguida, reveja a lista de problemas para refletir sobre o estado alterado do paciente. Às vezes você cria um novo diagnóstico ou prioriza a alteração do diagnóstico. Você baseia o seu cuidado de enfermagem em uma lista precisa de diagnósticos de enfermagem. A precisão é mais importante que o número de diagnósticos

selecionados. À medida que as condições de um paciente mudam, os diagnósticos também são alterados.

Objetivos e Resultados Esperados

Ao rever um plano de cuidados, reveja os objetivos e os resultados esperados para as mudanças necessárias. Por exemplo, o prazo para os resultados precisa ser revisto? Alguns resultados foram atingidos e outros apenas parcialmente atingidos? A sua reavaliação revelou um objetivo que não foi realista? Examine a adequação dos objetivos para todos os diagnósticos de enfermagem inalterados e lembre-se de que uma mudança em um problema de saúde, por vezes, afeta os objetivos para outras. *No caso do Sr. Lawson, se sua ansiedade estava piorando de novo, Tonya, provavelmente, não só tem que rever o plano de gestão da ansiedade, mas também considerar se sua seleção de estratégias de ensino também precisa ser mudada*. Determinar que cada objetivo e resultado esperado é realista para o problema, etiologia e período é, particularmente, importante. Resultados esperados e prazos irrealistas tornam difícil a realização do objetivo.

Documentar claramente os objetivos e os resultados esperados para novo diagnóstico de enfermagem ou uma revisão diagnóstica, permite que todos os membros da equipe estejam cientes do plano de cuidado revisto. Quando o objetivo continua sendo adequado, mas ainda não foi atendido, tente alterar os critérios de avaliação, para ganhar mais tempo. Você pode também decidir, neste momento, alterar as intervenções que sejam mais individualizadas para uma determinada necessidade ou o estado do paciente.

Intervenções

A avaliação das intervenções considera dois fatores: a adequação da intervenção escolhida e da correta aplicação da intervenção. A adequação baseia-se na padronização dos cuidados para o problema de saúde de um paciente. Um **padrão de cuidado** é o nível mínimo de cuidados aceito para garantir alta qualidade do atendimento ao paciente. Normas de cuidados definem os tipos de terapias, normalmente, administradas aos pacientes com problemas ou

necessidades definidas. Por exemplo, se um paciente que está recebendo quimioterapia para a leucemia apresenta diagnóstico de enfermagem de *Dor aguda relacionada com a inflamação da mucosa oral decorrente de mucosite*, o padrão de cuidado estabelecido pelo departamento de enfermagem, para esse problema, inclui medidas de controle da dor, orientações de cuidados bucais e terapia dietética. Organizações profissionais, como a Oncology Nursing Society, muitas vezes, têm diretrizes clínicas como padrões de cuidados para problemas de saúde selecionados. O enfermeiro analisa o padrão de atendimento e decide quais as intervenções escolhidas e se intervenções adicionais são necessárias para atingir os resultados esperados.

Aumentar ou diminuir a frequência das intervenções é outro tipo de abordagem para assegurar a aplicação adequada de uma intervenção. Você ajusta as intervenções com base na resposta real do paciente à terapia e na sua experiência anterior com pacientes semelhantes. Por exemplo, se um paciente continua a apresentar sons pulmonares que sugerem congestão, você aumenta a frequência da tosse e de exercícios de respiração profunda para a remoção das secreções e adiciona manobras de posicionamento, a fim de garantir a desobstrução das vias aéreas.

Durante a avaliação de enfermagem você observa que algumas intervenções previstas são projetadas em um nível inadequado de cuidados de enfermagem. Se você precisar alterar o nível de cuidados, substitua por um verbo de ação diferente, tal como *auxiliar* no lugar de *prover*, ou *demonstrar* no lugar de *instruir*. Por exemplo, auxiliar um paciente a andar requer que um enfermeiro esteja ao lado do paciente, durante a deambulação, enquanto prover um dispositivo de suporte (p.ex., uma bengala ou andador) sugere que o paciente é mais independente. Além disso, a demonstração requer que você mostre a um paciente como uma habilidade é realizada em vez de simplesmente dizer ao paciente como realizá-la. Às vezes, o nível de cuidados é apropriado, mas as intervenções são inadequadas devido a uma alteração no resultado esperado. Nesse exemplo, descontinue as intervenções e planeje novas ações.

Faça qualquer alteração no plano de cuidados com base na natureza da resposta desfavorável do paciente. A consulta a outros membros da equipe de cuidados de saúde, muitas vezes, produz sugestões para melhorar a prestação da abordagem de cuidados. Enfermeiros experientes são, muitas vezes, excelentes recursos e podem fornecer informações valiosas. Apenas alterar um plano de cuidados não é suficiente. Implemente o novo plano e reavalie a resposta do paciente às ações de enfermagem. A avaliação é contínua, ocorrendo através de cada etapa do processo de enfermagem.

Normas para elaborar a avaliação

Cuidados de enfermagem ajudam os pacientes a resolver problemas reais de saúde, prevenir a ocorrência de problemas potenciais e manter um estado saudável. A avaliação é um passo essencial para esse fim. A American Nurses Association (ANA) define padrões de prática profissional de enfermagem (Cap. 1), que incluem normas para a etapa de avaliação do processo de enfermagem. Os padrões são declarações autorizadas dos deveres os quais se espera que todos os enfermeiros desempenhem com competência, independentemente da função, da população de pacientes que eles atendem ou da especialidade, (ANA, 2010). As competências de avaliação incluem a utilização da avaliação sistemática e baseada em critérios, colaborando com pacientes e os profissionais de saúde, utilizando os dados de avaliação em curso para rever um plano e comunicar os resultados aos pacientes e às suas famílias. Sempre realize intervenções, de forma responsável e adequada, para minimizar o tratamento injustificado ou indesejado (ANA, 2010).

Colaborar e Avaliar a Eficácia das Intervenções

Um aspecto importante da avaliação é a colaboração. Cuidados centrados no paciente só são alcançados quando um paciente e a sua família estão ativamente envolvidos no processo de avaliação. Isso requer que você considere o que é importante para os seus pacientes, incluindo os seus valores, preferências e necessidades expressadas. Quando você desenvolve objetivos de atendimento ao paciente e resultados esperados com os pacientes, eles são um recurso importante para informar se os resultados estão sendo atendidos. Eles são capazes de compartilhar a sua perspectiva se uma intervenção está sendo bem-sucedida. Por exemplo, um paciente sabe melhor se a dor diminuiu ou se a respiração ficou mais fácil. O mesmo é válido para a família, que, muitas vezes, pode reconhecer mudanças no comportamento do paciente mais precocemente que você, por causa

de sua familiaridade com ele.

É essencial que os enfermeiros se mantenham em estreita colaboração com todos os membros da equipe de cuidados de saúde durante a avaliação. Uma colaboração bem-sucedida envolve interações nas quais os profissionais trabalham, de forma cooperativa, com responsabilidade compartilhada e interdependência, para alcançar os resultados dos pacientes. Os membros da equipe de cuidados de saúde que contribuem nos cuidados do paciente também coletam dados de avaliação. Comunicar-se abertamente e, em uma base regular com a equipe de saúde, melhora a probabilidade de estar informado sobre as respostas de um paciente aos cuidados.

Uma avaliação adequada determina a eficácia das intervenções de enfermagem. Também é importante avaliar se cada paciente atingiu um nível de bem-estar ou de recuperação, que a equipe de saúde e o paciente tinham estabelecido nos objetivos do plano de cuidados. Além disso, você já conhecia as expectativas do paciente em relação ao plano de cuidados? Pergunte aos pacientes sobre suas percepções de cuidados: "Você recebeu o tipo de alívio da dor que você esperava?", "Você recebeu informações suficientes para trocar seu curativo quando você voltar para casa?" Este nível de avaliação determina o grau de satisfação do paciente com o atendimento e fortalece a parceria entre você e o paciente.

Resultados dos Documentos

Documentação e relatórios são partes importantes da avaliação, porque é crucial compartilhar as informações sobre o progresso do paciente e seu estado atual. Uma informação precisa tem de estar presente no registro médico de um paciente e deve ser compartilhada durante a comunicação da troca de turno, de modo que os enfermeiros e outros membros da equipe de cuidados de saúde saibam se um paciente está progredindo e, assim, tomem decisões clínicas. Em situações nas quais a mesma enfermeira não continuará prestando cuidados de saúde durante toda a estadia do paciente, torna-se muito importante dispor de uma documentação consistente e completa do progresso do paciente em direção aos resultados esperados. O uso de

linguagem do diagnóstico de enfermagem da Nursing Interventions Classification (NIC) e do NOC está se tornando mais comum nos registros eletrônicos médicos, melhorando a qualidade, a consistência e a precisão do que é documentado. Além disso, os sistemas eletrônicos fornecem as ligações para tornar mais fáceis de interpretar as pistas sobre se as intervenções levaram aos resultados esperados dos pacientes. Ao documentar a resposta de um paciente às suas intervenções, descreva as intervenções, as medidas de avaliação utilizadas, os resultados alcançados e o plano de continuidade dos cuidados. *Aqui está um exemplo de documentação da avaliação de cuidados de Tonya*:

1430: Paciente instruído sobre a importância de lavar as mãos e a necessidade de observar a ferida cirúrgica diariamente, na busca de sinais de vermelhidão ou drenagem da incisão. Foram discutidas as formas de reduzir a tensão na linha de sutura, evitando levantar qualquer objeto com mais de 6 kg. Pedimos ao paciente para descrever quando é necessário chamar o médico em relação à ferida. O paciente e sua esposa foram capazes de identificar os sinais de infecção e a ocorrência de dor, assim como as razões para notificar ao médico. A esposa foi capaz de demonstrar a técnica adequada de lavagem das mãos. O paciente foi capaz de verbalizar vários exemplos do que não deve ser levantado (neto, mantimentos, lixo). Foi fornecida uma orientação adicional ao paciente na forma de panfleto com esboço das etapas do tratamento das feridas. Será recomendado que o paciente observe a necessidade de cuidados de saúde no domicílio e a esposa promova os cuidados domiciliares com a ferida.

Seu objetivo na documentação é apresentar um argumento claro a partir dos dados de avaliação sobre se um paciente está progredindo ou não.

Um dos padrões ANA para a avaliação é compartilhar os resultados dos cuidados com os pacientes e suas famílias, de acordo com os

regulamentos federais e estaduais (ANA, 2010). Mantenha os pacientes e as famílias informadas sobre o progresso dos pacientes. Esteja ciente das diretrizes de sua instituição para o tipo de informação clínica (p.ex., resultados diagnósticos, resultados do tratamento) que você pode comunicar.

Pontos-chave

- A avaliação de enfermagem é uma etapa do processo de enfermagem, que inclui dois componentes: um exame de uma condição ou situação e um julgamento sobre se a mudança ocorreu.
- Durante a avaliação de enfermagem, aplicar o pensamento crítico para tomar decisões clínicas e redirecionar os cuidados de enfermagem para melhor atender às necessidades do paciente.
- Avaliações positivas ocorrem quando o paciente encontra resultados e objetivos desejados.
- Padrões baseados em critério para a avaliação são as respostas fisiológicas, emocionais e comportamentais que são objetivos de um paciente e os resultados esperados.
- As medidas de avaliação de enfermagem são as habilidades de avaliação ou técnicas que você utiliza para coletar os dados para determinar se os resultados foram atendidos.
- Às vezes torna-se necessário coletar medidas de avaliação por um tempo maior para determinar se existe um padrão de mudança.
- Ao interpretar os resultados, você compara as respostas comportamentais do paciente e os sinais e sintomas fisiológicos que você espera observar com aquelas realmente percebidas a partir de sua avaliação e, em seguida, julga o grau de concordância.
- A documentação dos resultados de avaliação permite que todos os membros da equipe de cuidados de saúde saibam se um paciente deve ou não estar progredindo.
- Os diagnósticos de enfermagem de um paciente, as prioridades e as intervenções, por vezes, mudam com o resultado da avaliação

de enfermagem.

- A avaliação de enfermagem examina dois fatores: a adequação das intervenções selecionadas e a aplicação correta da intervenção.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Para o diagnóstico de enfermagem de *Conhecimento Deficiente* um enfermeiro selecionou o resultado Nursing Outcome Classification (NOC) de um paciente envolvendo o tratamento de artrite. Quais dos seguintes são exemplos de um indicador de resultado para este caso específico? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. O enfermeiro oferece quatro sessões de ensino antes da alta.
    2. O paciente nega dor nas articulações após a aplicação de calor.
    3. O paciente descreve programação correta para tomar medicamentos antiartríticos.
    4. O paciente explica as situações para usar a aplicação de calor em articulações inflamadas.
    5. O paciente explica ao cuidador o papel que a família desempenha na aplicação de calor na articulação inflamada.
2. Um enfermeiro em uma clínica de saúde da comunidade cuidou de um jovem adolescente com asma durante vários meses. O objetivo do enfermeiro ao cuidar desse paciente é alcançar a autogestão dos medicamentos da asma. Identifique os indicadores de avaliação apropriados para a autogestão deste paciente. (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Qualidade de vida
    2. Satisfação do paciente
    3. Uso de serviços clínicos

    4. Adesão ao uso do inalador
    5. Descrição dos efeitos secundários dos medicamentos
3. Um enfermeiro cuida de um paciente com insuficiência cardíaca e o instrui sobre os alimentos que ele pode ingerir para uma dieta de baixo sódio. O enfermeiro vai empregar qual das seguintes medidas de avaliação para determinar o sucesso de sua instrução?
    1. Peso do paciente
    2. Pedir paciente para identificar três alimentos pobres em sódio para ingerir no almoço
    3. A quantidade de calorias dos alimentos
    4. A descrição do paciente como a seleção dos alimentos é feita
4. A partir da seguinte lista de indicadores, determine que indicadores são objetivos (O) e que indicadores são resultados (R).
    1. _____ Vai conseguir alívio da dor
    2. _____ Caminhará 3 metros para baixo no corredor
    3. _____ Permanecerá livre de infecção
    4. _____ Será mantido sem febre
    5. _____ Relatará redução na intensidade da dor de 6 a 4 na escala de 0 a 10
    6. _____ Vai ganhar maior mobilidade
5. Um enfermeiro cuidou de um paciente durante 2 dias consecutivos. Durante esse tempo, o paciente tem mantido um cateter intravenoso (IV) no antebraço direito. No final do turno, no segundo dia, o enfermeiro inspeciona o local do cateter, observa uma vermelhidão, e pergunta se o paciente sente algum desconforto quando o local é palpado. Este é um exemplo de qual dos indicadores que reflete a capacidade do enfermeiro de realizar a avaliação:
    1. Examinando os resultados dos dados clínicos
    2. Comparando efeitos obtidos com os resultados
    3. Reconhecendo o erro
    4. Autorreflexão

6. Um paciente tem estado febril e apresenta secreções espessas na tosse; sons pulmonares adventícios indicam estertores no lobo inferior esquerdo dos pulmões. O enfermeiro decide realizar uma aspiração nasotraqueal, porque o paciente não está tossindo adequadamente. O enfermeiro inspeciona o muco que é aspirado, que é mínimo. O enfermeiro, novamente, ausculta os sons pulmonares. A ausculta e a inspeção do muco são exemplos de:
   1. Medidas de avaliação.
   2. Resultados esperados.
   3. Reavaliações.
   4. Reflexão.
7. Depois de cuidar de um jovem, recém-diagnosticado com diabetes, uma enfermeira está revendo o que foi concluído em seu plano de cuidados após a alta. Ela considera como ela se relacionou com o paciente e se ela selecionou intervenções mais adequadas ao seu nível de instrução. Foi a primeira vez que a enfermeira cuidou de um paciente jovem com diabetes. Qual dos seguintes itens define o comportamento da enfermeira?
   1. Reflexão-em-ação
   2. Reavaliação
   3. Nova prioridade
   4. Reflexão-na-ação
8. Um enfermeiro cuidou de um paciente durante as últimas 10 horas. O plano de cuidados do paciente incluiu *Náuseas relacionadas com os efeitos da anestesia pós-operatória* no diagnóstico de enfermagem. O enfermeiro foi pedir ao paciente para avaliar a sua náusea durante as últimas horas, após a administração de antieméticos, e usar medidas de conforto, como a higiene oral. O enfermeiro revê as respostas do paciente ao longo das últimas 10 horas e observa como o autorrelato da náusea do paciente mudou. Esta avaliação é um exemplo de:
   1. Comparação de critérios de resultados com a resposta real.

2. Reunião de critérios de resultados.
3. Avaliação da resposta real do paciente.
4. Intervenções de novas prioridades.

9. Um membro do corpo docente está revendo o plano de cuidados de um estudante de enfermagem, incluindo as intervenções que o estudante forneceu a um paciente com demência. O estudante revisou as diretrizes de conduta clínica em um site para identificar intervenções bem--sucedidas na redução do quadro de demência dos pacientes. O docente deve avaliar quais das seguintes questões a esse respeito? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Número de intervenções
   2. Adequação da intervenção ao paciente
   3. O uso prévio das intervenções por outro pessoal de enfermagem
   4. A aplicação correta da intervenção na configuração da assistência ao paciente
   5. O tempo que leva para oferecer as intervenções
10. Um enfermeiro entra no quarto de um paciente e inicia uma conversa. Durante esse tempo, o enfermeiro avalia como o paciente está tolerando um novo plano de dieta. O enfermeiro decide também avaliar as expectativas dos cuidados do paciente. Qual das afirmações é apropriada para avaliar as expectativas de atendimento de um paciente?
   1. Em uma escala de 0 a 10 avalie o seu nível de náusea.
   2. O enfermeiro pesa o paciente.
   3. O enfermeiro pergunta: “Será que você acredita que recebeu a informação de que precisava para seguir a sua dieta?”
   4. O enfermeiro solicita, ”Diga-me quatro diferentes alimentos incluídos na sua dieta.”
11. Um enfermeiro verifica um frasco de solução intravenosa (IV) para avaliar a transparência da solução, observando que ela está sendo infundida no braço esquerdo do paciente. A solução IV SF de 9% está infundindo livremente em uma taxa

de 100 mL/h, como prescrito. O enfermeiro revê os relatos dos colegas, a partir do último enfermeiro para determinar se o curativo sobre o local foi alterado, conforme agendado pelo padrão de atendimento. No quarto, o enfermeiro inspeciona o estado do curativo e registra a data no curativo. De que forma o enfermeiro avalia a condição local da via IV? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Verificando a taxa de infusão IV
2. Verificando o tipo de solução IV
3. Confirmando, a partir do registro dos enfermeiros, o momento da troca do curativo
4. Inspecionando a condição do curativo no local da infusão IV
5. Confirmando a transparência da solução IV

12. Um paciente está tendo alta após o tratamento de uma colite (inflamação do colo). Ele não teve episódios de diarreia ou dor abdominal durante 24 horas. Na instrução seguinte, o paciente identificou corretamente a necessidade de seguir uma dieta pobre em resíduos e os tipos de alimentos que deve incluir se um novo surto de diarreia se desenvolver em casa. Esses comportamentos são exemplos de:
    1. Medidas de avaliação.
    2. Resultados esperados.
    3. Reavaliações.
    4. Normas de cuidados.
13. Qual dos seguintes comportamentos um enfermeiro deve realizar quando ocorrer a interrupção de um plano de cuidados para um paciente?
    1. Confirmar com o paciente quais os resultados esperados e os objetivos que foram alcançados
    2. Negociações com o paciente sobre novas prioridades nas intervenções do plano de cuidados
    3. Alterar a frequência das intervenções fornecidas
    4. Reavaliar como os objetivos foram cumpridos
14. Quais os propósitos da Nursing Outcomes Classification

(NOC)? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Identificação e rotulagem dos resultados dos pacientes sensíveis ao enfermeiro
2. Testar a classificação em ambientes clínicos
3. Estabelecer diretrizes de reembolso dos cuidados de saúde
4. Identificar intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem associados
5. Definir os procedimentos de medição de resultados

15. Qual das seguintes afirmações descreve, corretamente, o processo de avaliação de enfermagem? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. A avaliação de enfermagem é um processo contínuo.
    2. A avaliação de enfermagem geralmente revela mudanças óbvias nos pacientes.
    3. A avaliação de enfermagem envolve a tomada de decisões clínicas.
    4. A avaliação de enfermagem requer o uso de habilidades de avaliação.
    5. A avaliação de enfermagem só é realizada quando a condição do paciente se altera.

Respostas: **1**. 3,4; **2**. 1,3,4; **3**. 2; **4**. 1-O, 2-R, 3-O, 4-R, 5-R, 6-O; **5**. 1; **6**. 1; **7**. 4; **8**. 1; **9**. 2,4; **10**. 3; **11**. 1,4; **12**. 2; **13**. 1; **14**. 1,2,5; **15**. 1,3,4.

Referências

American Nurses Association (ANA) *Scope and standards of practice: nursing*. ed 2 Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2010.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP): Prevention of pressure ulcers: quick reference guide, Washington DC, 2009, National Ulcer Advisory Panel, http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf. Accessed September 14, 2014.

Moorhead S, et al. *Nursing outcomes classification (NOC)*. ed 5 St Louis: Mosby; 2013.

Referências de pesquisa

Du S, Yuan C. Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2010;57(2):159.

Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(4):306.

Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook*. 2010;58(5):233.

Kalisch BJ, et al. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509.

Mamede S, et al. Exploring the role of salient distracting clinical features in the emergence of diagnostic errors and the mechanisms through which reflection counteracts mistakes. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(4):295.

Shu-Yuan C, et al. Identifying critical thinking indicators and critical thinker attributes in nursing practice. *J Nurs Res*. 2013;21(3):204.

Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204.

Nota do Revisor Científico.

A última etapa do processo de enfermagem pode ser denominada também de evolução de enfermagem em algumas partes deste livro. Em inglês, os termos assessment and evolution podem ser traduzidos para, respectivamente, avaliação inicial e avaliação final.

Há consenso na literatura de enfermagem brasileira que a avaliação inicial denomina-se Histórico de enfermagem; mas, a avaliação final pode ser referida como avaliação ou evolução de enfermagem.

Neste capítulo, optou-se pelo termo avaliação de enfermagem para atender ao disposto na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Conforme definido na Resolução, Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

21

Gerenciamento dos Cuidados de Enfermagem

OBJETIVOS

- Diferenciar os tipos de modelos de prestação de cuidados de enfermagem.
- Descrever os elementos de tomada de decisão compartilhada.
- Descrever as características e os traços de um líder transacional.
- Discutir as maneiras pelas quais o enfermeiro gerente apoia o envolvimento pessoal em um modelo de tomada de decisão descentralizada.
- Discutir maneiras de se aplicar as competências de coordenação de cuidados clínicos à prática de enfermagem.
- Discutir os princípios de seguimento à delegação apropriada de atividades de cuidados ao paciente.

TERMOS-CHAVE

Autonomia, p. 279
Autoridade, p. 279
Comprometimento, p. 279
Cuidado integral do paciente, p. 278

Cuidados centrados no paciente e na família, p. 278
Delegação, p. 284
Empoderamento, p. 276
Gerenciamento de casos, p. 278
Governança compartilhada, p. 280
Interprofissional, p. 280
Liderança transformacional, p. 276
Responsabilidade, p. 279

Como estudante de enfermagem, é importante você adquirir conhecimentos e competências necessárias que, em última análise, permitam que você atue como um enfermeiro da equipe, no nível de iniciante. O National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) identificou competências que os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem/técnicos de enfermagem precisam desenvolver ao ingressar na prática profissional (Kearney, 2009) (Quadro 21-1). Independentemente do tipo de ambiente que você, eventualmente, escolhe para trabalhar como um enfermeiro de equipe, você será responsável pela utilização dos recursos organizacionais, na participação em rotinas organizacionais, em proporcionar cuidados diretos ao paciente, usando o tempo de forma produtiva com definição de prioridades, colaborando com todos os membros da equipe de saúde e usando certas competências de liderança para gerenciar outros membros da equipe de enfermagem. A prestação de cuidados de enfermagem dentro de um sistema de saúde é um desafio, por causa das mudanças que influenciam os profissionais de saúde, os pacientes e as organizações de saúde (Cap. 2). No entanto, a mudança oferece oportunidades. À medida que você desenvolve o conhecimento e as habilidades para se tornar um enfermeiro da equipe, você aprende o que é preciso para gerenciar, de forma eficaz, os pacientes que estão sob seus cuidados e tomar a iniciativa para ser um líder entre os seus colegas de profissão.

Quadro 21-1 Competências do Enfermeiro Iniciante

- Possuir um sistema focalizado para ver o quadro grande.
- Compreender o ambiente de cuidados.
- Gerenciar o atendimento dos pacientes.
- Priorizar as necessidades básicas de cuidados ao paciente.
- Ser capaz de pensar criticamente, como demonstrado pela avaliação do problema, identificação da solução, a implementação da solução, a avaliação e o acompanhamento do cuidado.
- Comunicar-se, de forma eficaz, com os médicos e os demais membros da equipe de saúde.
- Demonstrar conhecimento de enfermagem e exibir confiança na base deste conhecimento.
- Trabalhar como um membro da equipe, colaborando com os demais membros da equipe de saúde.
- Ter uma orientação e foco no paciente, nas ações voltadas para o paciente e nas necessidades do paciente.
- Respeitar os direitos, as crenças, os desejos e os valores dos pacientes.
- Seja um defensor do paciente.
- Reconhecer limitações próprias e buscar suporte para validar decisões, conforme necessário.
- Demonstrar o conhecimento dos papéis, responsabilidades e funções de um enfermeiro.

Modificado de Kearney MH: Report of the findings from the post-entry competence study, Chicago, 2009, National Council of State Boards of Nursing; National Council of State Boards of Nursing: 2009 Tuning analysis: a comparison of US and international nursing educational competencies, Chicago, 2010, National Councils State Boards of Nursing.

Construção de uma equipe de enfermagem

Enfermeiros desejam trabalhar dentro de uma instituição e em uma base de cultura que promova a autonomia e a qualidade (Kramer et al., 2011). Os enfermeiros são autodirigidos e, como um líder adequado e motivado, são capazes de resolver a maioria dos problemas complexos. A educação e o compromisso de um enfermeiro ao exercer suas práticas dentro de padrões e de diretrizes estabelecidas garante uma carreira profissional gratificante. Como um enfermeiro, é também importante trabalhar em um ambiente que o habilite como um membro de uma equipe de enfermagem sólida e forte. Uma equipe de enfermagem forte trabalha em conjunto para alcançar os melhores resultados para os pacientes. O desenvolvimento eficaz de uma equipe exige a construção e a formação da equipe, confiança, comunicação e um local de trabalho que facilite a colaboração (Huber, 2014). As unidades de atendimento ao paciente mais fortes são aquelas onde a equipe trabalha e apresenta menos relatórios de incidentes ou de perdas nos cuidados de enfermagem, levando a uma melhor qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem para os pacientes (Kalisch & Lee, 2010). Foi observado que os níveis mais fortes do trabalho em equipe entre os seus membros contribuíram para níveis mais elevados de satisfação no trabalho entre os enfermeiros (Kalisch et al., 2010).

Construir uma equipe de enfermagem **empoderada** começa com um enfermeiro executivo que é, muitas vezes, um vice-presidente ou diretor de enfermagem. A posição do executivo, dentro de uma organização, é fundamental para unir a direção estratégica de uma organização com os valores e objetivos da filosofia de enfermagem. O enfermeiro executivo é um líder clínico e empresarial que se preocupa em maximizar a qualidade do atendimento e a relação custo-benefício, enquanto mantém os relacionamentos e a satisfação profissional do pessoal. Talvez, a responsabilidade mais importante do enfermeiro

executivo é estabelecer uma filosofia de enfermagem que permita que os administradores e funcionários prestem cuidados de enfermagem de qualidade. O Quadro 21-2 identifica as características de um líder eficaz de enfermagem.

Quadro 21-2 Características de um Líder Eficiente

- É um comunicador eficiente
- É consistente na gestão de conflitos
- É experiente e competente em todos os aspectos da prestação de cuidados
- É um modelo para o pessoal
- Usa uma abordagem participativa na tomada de decisões
- Demonstra apreço por um trabalho bem feito
- Delega atividades adequadamente
- Estabelece objetivos e orienta as equipes
- Mostra atenção, compreensão e empatia pelos outros
- Motiva e capacita os outros
- É proativo e flexível
- Centra-se no desenvolvimento da equipe

Modificado de Dunham-Taylor J: Quantum leadership: love one another. In Dunham-Taylor J, Pinczak JZ: *Financial management for nurse managers*, 2ed, Boston, 2010, Jones & Bartlett Publishers; Huber DL: *Leadership & nursing care management*, 5ed, St Louis, 2014, Elsevier.

O enfermeiro gerente é fundamental para o desenvolvimento de uma unidade de sucesso, que trabalha em conjunto como uma equipe saudável (LeBlanc, 2014). O enfermeiro gerente que usa a **liderança transformacional** é focado na mudança e na inovação por meio do desenvolvimento da equipe, motivando e capacitando os funcionários para atuar com um nível elevado de desempenho e servindo como um modelo para os enfermeiros da unidade (Smith, 2011). A abordagem

TEEAMS é uma estratégia que o enfermeiro gerente pode usar. Nesta, o enfermeiro gerente passa o *tempo* na unidade com a equipe e partilha ideias, *fortalece* a equipe, está *entusiasmado* com a busca de oportunidades para melhorar a equipe, demonstrando *apreço* e o reconhecimento dos membros de equipe em um trabalho bem feito, *gerenciando* a equipe e mantendo os membros comprometidos e, ainda, fornecendo *suporte* ao ambiente estressante de cuidados de saúde (LeBlanc, 2014). Juntos, um gerente e a equipe de enfermagem têm que compartilhar, na sua unidade de trabalho, uma filosofia de cuidados, a qual inclui os valores da equipe de enfermagem e a relação como eles entendem os cuidados dos pacientes. Por exemplo, uma filosofia aborda o objetivo do serviço de enfermagem, como a equipe trabalha com pacientes e familiares, bem como os padrões de cuidados da unidade de trabalho. A seleção de modelo de prestação de cuidados de enfermagem e uma estrutura de gestão que apoie as práticas profissionais de enfermagem são essenciais na filosofia de cuidados.

O estilo de liderança do enfermeiro gerente cria um impacto no ambiente e nos resultados dos pacientes. As unidades de enfermagem, onde os enfermeiros gerentes usam estilos de liderança transformacional, têm uma visão partilhada que leva a unidade a trabalhar em direção aos objetivos da unidade em conjunto, e os funcionários têm uma clareza de trabalho que melhora a produtividade e a motivação do pessoal (Holly & Igwee, 2011). Um estudo apoia que, nas unidades de enfermagem onde o enfermeiro gerente usa uma liderança transacional, há um aumento do nível de satisfação do paciente, uma taxa mais baixa de mortalidade dos pacientes e uma taxa menor de erros de medicação (Wong et al., 2013). A prática de liderança transformacional do enfermeiro gerente também leva ao aumento da satisfação pessoal, diminuição do estresse e desgaste (*burnout*) dos profissionais da equipe, um aumento geral da sensação de bem-estar e retenção de pessoal da equipe (Weberg, 2010). Os enfermeiros gerentes que utilizam esses estilos de liderança relacionais criam um ambiente positivo de trabalho, fornecendo apoio, encorajamento e *feedback* construtivo para a equipe por meio da

comunicação aberta (Wong et al., 2013). Um ambiente de trabalho positivo envolve enfermeiros em sua prática, promove boas relações de trabalho entre os colegas e um nível moral elevado e solicita que os enfermeiros assumam a responsabilidade pelo seu desenvolvimento da carreira em um nível moral (Fasoli, 2010) (Quadro 21-3).

Quadro 21-3

Prática baseada em evidências

Envolvimento do Trabalho dos Enfermeiros

Questão PICO: Nos hospitais, os enfermeiros mais engajados em seu trabalho são os mais propensos a permanecer na enfermaria que aqueles com níveis de engajamento nos trabalhos mais baixos?

Resumo de Evidências

O envolvimento no trabalho é um "estado positivo, pleno da mente sobre o trabalho que é caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção" (Bargagliotti, 2012, p. 1414). Enfermeiros que confiam em uma organização, o enfermeiro-líder ou gerente e colegas que têm um elevado grau de autonomia de enfermagem contribuem para o engajamento dos enfermeiros (Bargagliotti, 2012; Cowden et al., 2011). Enfermeiros que estão engajados no seu trabalho foram menos propensos a considerar um afastamento da posição atual (Carter & Tourangeau, 2012; Cowden et al., 2011). Enfermeiros líderes que usam o reconhecimento significativo, como uma forma de reconhecer as contribuições extraordinárias de seu pessoal de enfermagem, ajudam a desenvolver uma cultura de trabalho saudável, na qual os enfermeiros estão mais envolvidos (Lefton, 2012). O engajamento de enfermeiros no trabalho tem um impacto positivo sobre a organização do serviço de enfermagem e os cuidados de saúde. Pesquisa mostrou que, quando há uma força de trabalho de enfermagem altamente engajada, os enfermeiros mostram níveis mais elevados de iniciativa pessoal, tornando o envolvimento no trabalho uma atitude contagiosa. Esse contágio e

propagação de engajamento no trabalho, muitas vezes, levam a uma diminuição na mortalidade e nas complicações do paciente e à redução de custos da organização de cuidados de saúde (Bargagliotti, 2012). O engajamento no trabalho é um fator importante na prestação de cuidados segura ao paciente.

Aplicação na Prática de Enfermagem

- Construir relações positivas com os colegas na unidade de enfermagem (Fasoli, 2010).
- Trabalhar com os líderes na unidade de enfermagem para desenvolver um programa de reconhecimento significativo de trabalho extraordinário dos enfermeiros (Lefton, 2012).
- Os enfermeiros gerentes precisam se concentrar em atender às necessidades de pessoal de enfermagem (Cowden et al., 2011).
- Participar da governança compartilhada e tomada de decisão no nível da unidade (Cowden et al., 2011).
- Participar de atividades de desenvolvimento profissional que estimulem o crescimento pessoal (Carter & Tourangeau, 2012).

Reconhecimento Magneto

Uma maneira de criar um ambiente de trabalho fortalecido é por meio do Programa de Reconhecimento Magneto[1] (Cap. 2), que é baseado em um modelo de liderança envolvendo cinco componentes: liderança transformacional; fortalecimento estrutural; prática profissional exemplar, novos conhecimentos, inovação e melhorias; e qualidade empírica dos resultados. Um hospital que é Magneto certificado tem uma cultura transformada com um ambiente de prática que é dinâmico, autônomo, colaborativo e positivo para os enfermeiros. A cultura focaliza-se na preocupação com os pacientes. Normalmente, um hospital Magneto tem sistemas de promoção clínica e de pesquisa e programas de prática baseada em evidências. Os enfermeiros têm autonomia profissional sobre a sua prática e um controle sobre o ambiente de prática (Kramer et al., 2010). Um hospital Magneto

empodera a equipe de enfermagem para fazer mudanças e ser inovadora. Os conselhos profissionais, no nível organizacional e da unidade, são uma forma de criar um modelo de capacitação. Essa cultura e o seu fortalecimento se combinam para produzir uma forte relação de colaboração entre os membros da equipe e melhorar a qualidade dos resultados dos pacientes (ANCC, 2014).

Modelos de Prestação de Cuidados de Enfermagem

Idealmente, a filosofia pela qual os enfermeiros contribuem grandemente para o cuidado de qualidade dos pacientes orienta a seleção de um modelo de prestação de cuidados. No entanto, muito frequentemente, a falta de recursos de enfermagem e os objetivos do plano de negócios do hospital influenciam a escolha final de um modelo. Um modo de prestação de cuidados precisa ajudar os enfermeiros a alcançar resultados desejáveis para seus pacientes da forma como o trabalho é organizado, a definir os papéis que cada prestador de cuidados assume ou a forma como as responsabilidades de um enfermeiro estão definidas. Modelos de prestação de cuidados de enfermagem contêm os componentes comuns da relação enfermeiro–paciente, a tomada de decisão clínica, as atribuições de paciente e alocação do trabalho, uma comunicação interprofissional e uma gestão do ambiente de cuidados (Huber, 2014).

Dois modelos tradicionais que, às vezes, são usados atualmente, em algumas instituições de saúde, são a equipe de enfermagem e a enfermeira principal. A equipe de enfermagem se desenvolveu em resposta à escassez grave de pessoal de enfermagem após a Segunda Guerra Mundial. Em 2000, a equipe interprofissional foi o modelo mais comum (Yoder-Wise, 2014). Na equipe de enfermagem, o enfermeiro é o líder que supervisiona os auxiliares e técnicos de enfermagem na prestação de cuidados diretos ao paciente. O modelo de cuidados de enfermeira principal foi desenvolvido para dispor de enfermeiros à beira do leito e melhorar a prestação de cuidados da enfermagem em relação aos resultados dos pacientes e as relações

profissionais entre os membros da equipe (Yoder-sábio, 2014). O modelo se tornou mais popular nos anos 1970 e no início dos anos 1980 à medida que os hospitais começaram a empregar mais enfermeiros. A enfermeira principal se apoia em uma filosofia baseada no relacionamento entre o enfermeiro e o paciente. Ela não é, tipicamente, praticada atualmente por causa do alto custo desse modelo de equipe de enfermeiros.

Os modelos mais comuns usados atualmente são centrados nos cuidados do paciente, no cuidado integral do paciente e no gerenciamento de casos. **Cuidados centrados no paciente e na família** é um modelo de cuidados de enfermagem no qual são formadas parcerias mútuas entre o paciente, a família e a equipe de saúde para planejar, implementar e avaliar a enfermagem e os cuidados de saúde fornecidos (IPFCC, 2010; Mastro et al., 2014). No centro dos cuidados centrados no paciente está o paciente ou um membro da família, com fonte de controle e parceiro, de pleno direito, no provimento dos cuidados (Instituto QSEN, 2014). O Institute for Patient-and Family-Centered Care identificou quatro conceitos fundamentais para os cuidados centrados no paciente (IPFCC, 2010; Mastro et al, 2014.): (1) o *respeito e a dignidade*, assegurando que o atendimento prestado é provido com base nos conhecimentos do paciente e da família, nos valores, crenças e origens culturais; (2) *informações compartilhada*s, o que significa que os profissionais de saúde se comunicam e compartilham informações para os pacientes e as famílias que, assim, recebem informações oportunas, completas e precisas para participar efetivamente dos cuidados e da decisão sobre o que fazer; (3) a *participação*, na qual os pacientes e as famílias são encorajadas e apoiam a participação nos cuidados e na tomada de decisões; e (4) *colaboração* demonstrada pelos líderes de cuidados de saúde que colaboram com pacientes e familiares na política e no programa de desenvolvimento, implementação e avaliação e os pacientes que estão totalmente envolvidos nos seus cuidados de saúde. Enfermeiros apoiam e promovem o engajamento do paciente e o seu fortalecimento, por meio do uso de comunicação centrada no paciente e na família, passagem de plantão à beira do leito, *rounds*

interprofissionais centrados no paciente e na família (Mastro et al., 2014).

Prestação de **cuidados integrais ao paciente** era o modelo original de prestação de cuidados desenvolvido nos tempos de Florence Nightingale. Nesse modelo, o enfermeiro é responsável por todos os aspectos do atendimento para um ou mais pacientes durante um turno de trabalho, no cuidado direto dos pacientes, familiares e membros da equipe de saúde. Há um elevado grau de colaboração entre os membros da equipe de saúde. O modelo desapareceu na década de 1930 e se tornou novamente popular durante os anos 1970 e 1980, quando o número de enfermeiros aumentou; ele é encontrado, principalmente, nas áreas de cuidados críticos (Yoder-Wise, 2014).

O **gerenciamento de casos** é uma abordagem de gestão de cuidados projetada para coordenar e ligar os cuidados dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção aos pacientes e às suas famílias, enquanto racionaliza os custos e cuida da manutenção da qualidade (Yoder-Wise, 2014) (Cap. 2). O sistema de gerenciamento de cuidados está focado em alcançar os resultados dos pacientes em prazos eficazes e dentro dos recursos disponíveis (Huber, 2014). O Case Management Society of America (2012) define como "um processo colaborativo de avaliação, planejamento, facilitação e defesa de opções e serviços que atendam às necessidades de saúde do indivíduo, por meio da comunicação e dos recursos disponíveis para promover qualidade dos resultados na relação ao custo-benefício". Um gerenciamento eficaz do provimento do caso é importante; e tem havido muitas iniciativas de apoio ao gerenciamento de casos por causa da necessidade de os hospitais melhorarem os resultados dos pacientes, tais como a redução de reinternações em 30 dias. O gerenciamento de caso é único, porque os clínicos, ou como indivíduos ou como parte de um grupo de colaboração, supervisionam o gerenciamento dos pacientes com problemas de saúde específicos ou complexos ou são responsáveis por algum padrão de custo de gestão e qualidade.

Por exemplo, um gerente de caso coordena os cuidados intensivos de um paciente no hospital e segue com o paciente após a alta, seja para casa, reabilitação ou um ambiente de cuidados de longo prazo.

Gerentes de caso não proporcionam cuidado direto, mas sim trabalham e colaboram com aqueles que prestaram cuidados diretos por outros funcionários e membros da equipe de saúde e de forma ativa coordenam o planejamento da alta do paciente. Uma comunicação permanente com os membros da equipe facilita a transição de um paciente para casa. Nessa condição, o gerente de caso ajuda o paciente a identificar as necessidades de saúde, determinar os serviços e os recursos que estão disponíveis e realizar escolhas rentáveis (Yoder-Wise, 2014). O gerente de caso, com frequência, supervisiona um número de casos de pacientes com problemas médicos e de enfermagem complexos. Muitas vezes, ele é um enfermeiro de prática avançada que, por meio de intervenções específicas, ajuda a melhorar os resultados do paciente, otimiza a segurança do paciente, facilita as transições de cuidados, diminui a duração da internação e minimiza os custos dos cuidados de saúde.

Tomada de Decisão

Com uma filosofia estabelecida para a enfermagem, é o gerente que dirige e apoia o pessoal na realização dessa filosofia. O enfermeiro executivo apoia os gestores por meio da criação de uma estrutura que ajuda a atingir as metas organizacionais e fornecer apoio adequado para a equipe que presta os cuidados. É preciso um enfermeiro executivo comprometido, um excelente gerente e uma equipe de enfermagem com poderes para criar um ambiente enriquecedor de trabalho, onde a prática de enfermagem prospere. A tomada de decisão é um componente essencial de um líder eficaz e gerente (Huber, 2014).

A descentralização é um componente do nível hierárquico da tomada de decisão, encontrada em instituições de saúde (Huber, 2014). Graus superiores de descentralização tomam a decisão de retomar os níveis das instituições de cuidados de saúde e exercer menor supervisão do processo de tomada de decisão (Huber, 2014). Um número cada vez maior de instituições de cuidados de saúde mudou a tomada de decisão até o nível do pessoal. Esse tipo de estrutura de tomada de decisão tem a vantagem de criar um ambiente

no qual os gerentes e os funcionários se envolvem mais ativamente na formação da identidade e na determinação do sucesso de uma organização de saúde. Trabalhando em uma estrutura descentralizada, cria-se um potencial para um maior esforço de colaboração, o aumento da competência do pessoal, aumento da motivação do pessoal e, finalmente, uma maior sensação de realização profissional e de satisfação.

Organizações progressistas conseguem maiores avanços quando os funcionários, em todos os níveis, são capacitados e ativamente envolvidos. Como resultado, o papel de um enfermeiro gerente é fundamental no gerenciamento de unidades ou de grupos de enfermagem eficazes. O Quadro 21-4 destaca as diversas responsabilidades do enfermeiro gerente. Para tomar uma decisão compartilhada de trabalho, os gerentes precisam saber como movê-lo para baixo até o nível mais baixo possível. Em um serviço de enfermagem é importante que todos os membros da equipe de enfermagem e administrativos da unidade se engajem. Eles precisam ser mantidos bem informados. Os gerentes precisam oferecer a eles oportunidades para participar de atividades de resolução de problemas relacionadas com as atividades de cuidados do paciente e de atividades na unidade. Esse alto nível de envolvimento dos funcionários na governança compartilhada é um fator-chave na promoção do trabalho em equipe e na colaboração na unidade de enfermagem (LeBlanc, 2014; Smith, 2011). Elementos importantes do processo de tomada de decisões são: responsabilidade, autonomia, autoridade e comprometimento. (Yoder-Wise, 2014).

Quadro 21-4 Responsabilidades do Enfermeiro Gerente

- A equipe ajuda a estabelecer metas anuais para a unidade e sistemas necessários para atingir as metas.
- Monitorar padrões profissionais de prática de enfermagem na unidade.
- Desenvolver um plano de desenvolvimento de pessoal em curso,

incluindo um plano para novos funcionários.

- Recrutar novos funcionários (entrevista e contratação).
- Realizar avaliações de rotina do pessoal.
- Estabelecer a si mesmo como um modelo positivo para atendimento ao cliente (clientes incluem pacientes, famílias e outros membros da equipe de saúde).
- Definir os horários do pessoal da unidade.
- Conduzir *rounds* regulares para os pacientes e resolver problemas de reclamações do paciente ou da família.
- Estabelecer, monitorar e implementar, na unidade, um plano de melhoria de desempenho/qualidade.
- Analisar e recomendar novos equipamentos para a unidade.
- Realizar reuniões regulares.
- Realizar/participar de *rounds* com os profissionais saúde.
- Estabelecer e dar suporte ao pessoal de apoio e às comissões interprofissionais.

Responsabilidade refere-se aos deveres e atividades que um indivíduo é envolvido para realizar. A descrição da posição delimita as responsabilidades de um profissional da enfermagem. Os enfermeiros atendem a essas responsabilidades por meio da participação como membros de uma unidade de enfermagem.

Responsabilidade reflete domínio. Um indivíduo que gerencia funcionários distribui a responsabilidade e os funcionários têm que aceitar a direção do gerente. Os gerentes precisam, de forma clara, garantir que o pessoal compreenda as suas responsabilidades, particularmente em face da mudança. Por exemplo, quando os hospitais participam de um redesenho de trabalho, modelos de provimento da assistência ao paciente mudam significativamente. Um gerente é responsável por definir claramente o papel de um enfermeiro dentro de um novo modelo de prestação de cuidados. E se a tomada de decisão descentralizada estiver no cenário, a equipe de enfermagem tem voz na identificação do novo papel do enfermeiro.

Cada enfermeiro na equipe é responsável por conhecer o seu papel e saber como realizá-lo em uma movimentada unidade de enfermagem. Por exemplo, os enfermeiros são responsáveis por completar a avaliação de enfermagem em todos os pacientes sob seus cuidados e desenvolver um plano de cuidados que aborde cada um dos diagnósticos de enfermagem do paciente (Caps. 15 a 20). À medida que a equipe implementa o plano de cuidados, o enfermeiro avalia se o plano foi bem-sucedido. Essa responsabilidade torna-se uma ética de trabalho para o enfermeiro no fornecimento de excelente cuidado ao paciente.

A **autonomia** é a liberdade de escolha e responsabilidade pelas escolhas (Yoder-Wise, 2014). Uma autonomia consistente, no âmbito da prática profissional de enfermagem, maximiza a eficácia de um enfermeiro (Yoder-Wise, 2014). Com autonomia clínica, um enfermeiro profissional torna independente as suas decisões sobre o atendimento ao paciente (ou seja, o planejamento da assistência de enfermagem para um paciente, no âmbito da prática profissional de enfermagem). O enfermeiro implementa as intervenções independentes de enfermagem (Cap. 19). Outro tipo de autonomia para os enfermeiros é a autonomia de trabalho. Na autonomia de trabalho, o enfermeiro toma decisões independentes sobre o trabalho da unidade, como agendamento ou governança da unidade. A autonomia não é algo absoluto; ocorre em graus. Por exemplo, um enfermeiro tem autonomia para desenvolver e implementar um plano de ensino de alta com base nas necessidades específicas de um paciente, para qualquer paciente hospitalizado. Ele também fornece cuidados de enfermagem que complementa o tratamento médico prescrito. Uma comunicação clara e uma organização do trabalho permitem que um enfermeiro tome decisões de enfermagem usando ajuda do julgamento clínico para promover a autonomia (Weston, 2010).

Autoridade refere-se ao poder legítimo formal para exercer certo comando e tomar as decisões finais específicas para uma posição determinada (Huber, 2014). Por exemplo, um enfermeiro, ao gerenciar os cuidados de um paciente, descobre que um dos membros da equipe

de saúde, o nutricionista, não o participou do acompanhamento de um plano de ensino de alta para um paciente a ele atribuído. Um enfermeiro tem a autoridade para consultar um nutricionista a fim de saber por que as recomendações no plano de cuidados não foram implementadas e avaliar o plano estabelecido com ele para garantir que o ensino recomendado para o paciente esteja concluído. O enfermeiro é capaz de escolher e recomendar estratégias de ensino apropriadas para o paciente e para os outros membros da equipe de saúde. O enfermeiro tem a autoridade final na escolha da melhor estratégia de ação para os cuidados do paciente.

Comprometimento refere-se a indivíduos que se comprometem com as suas ações. Isso significa que, como enfermeiro, você assume o compromisso de fornecer excelente atendimento ao paciente, seguindo padrões de práticas e políticas e procedimentos institucionais. Você assume o compromisso em atingir os resultados das ações, julgamentos e omissões ao fornecer aquele cuidado (Krautscheid, 2014). Um enfermeiro demonstra comprometimento em fazer o seu melhor a cada dia. Você não se compromete com os resultados globais da assistência ao paciente, mas você participa com o seu fazer (ou seja, realizar o processo de enfermagem, comunicar-se eficazmente os cuidados de saúde aos colegas de equipe e ficar atualizado nas questões da prática de enfermagem).

Uma unidade de enfermagem bem-sucedida suporta os quatro elementos da decisão tomada: responsabilidade, autonomia, autoridade e comprometimento. Um enfermeiro gerente eficaz define as mesmas expectativas para o pessoal, na forma como as decisões são tomadas. Um enfermeiro gerente forte é fundamental na criação do ambiente que sustenta a autonomia (Weston, 2010). Os funcionários, rotineiramente, se reúnem para discutir e negociar como manter uma igualdade e equilíbrio nos elementos. Os membros da equipe precisam se sentir confortáveis em expressar as diferenças de opinião e as maneiras desafiadoras com as quais a equipe funciona, embora reconhecendo a sua própria responsabilidade, autonomia, autoridade e comprometimento. Em última análise, uma tomada de decisão descentralizada ajuda a criar a filosofia do cuidado de enfermagem

para a unidade.

Envolvimento da Equipe

Quando a liderança transformacional e a tomada de decisão descentralizada existirem em uma unidade de enfermagem, todos os membros da equipe participam ativamente nas atividades da unidade (Fig. 21-1). Uma vez que o ambiente de trabalho promova a participação, todos os funcionários se beneficiam do conhecimento e das habilidades de todo o grupo de trabalho. Se o pessoal aprende a valorizar a busca do conhecimento e as contribuições dos colegas de trabalho, o melhor atendimento ao paciente é o resultado final. O reconhecimento do trabalho excepcional dos enfermeiros com pacientes ajuda a reforçar esses comportamentos, criando e mantendo um ambiente de trabalho saudável (Lefton, 2012). Ambientes de trabalho saudáveis dispõem de enfermeiros que são hábeis na comunicação, estabelecendo uma verdadeira colaboração entre os membros da equipe de saúde na tomada de decisão, obtendo níveis adequados de pessoal para atender às necessidades dos pacientes, um reconhecimento significativo dos enfermeiros e um enfermeiro-líder envolvido em uma liderança autêntica (AACN, 2005). O uso de práticas de liderança transacionais cria impactos positivos no ambiente de trabalho, resultando em maior fortalecimento do enfermeiro, melhoria da cultura e do clima, aumento da utilização de pesquisa na enfermagem, melhor trabalho de equipe entre enfermeiros e médicos, maior clareza nos papéis e redução de conflito e de ambiguidade (Cummings et al., 2010). O enfermeiro gerente apoia o envolvimento da equipe por meio de uma variedade de abordagens:

1. **Estabelecer a prática de enfermagem por meio de comitês de resolução de problemas ou conselhos de governança compartilhada**. Presidido por enfermeiros clínicos seniores, esses grupos estabelecem e mantêm padrões de cuidados para a prática de enfermagem em sua unidade de trabalho. Governança compartilhada é um processo dinâmico que promove a tomada de decisão, a responsabilidade e a capacitação de enfermeiros

com pessoal e lhes permite controlar a sua prática de enfermagem (Huber, 2014; Kramer et al., 2010). Participação na governança compartilhada leva ao fortalecimento de um enfermeiro a tomar decisões e aumenta a confiança dos enfermeiros em sua autonomia (Huber, 2014; Newman, 2011). As comissões revisam as questões de cuidados clínicos em curso, identificam problemas, aplicam a prática baseada em evidências no estabelecimento de padrões de cuidado e no desenvolvimento de políticas e de procedimentos, resolvendo questões de satisfação do paciente ou desenvolvendo novas ferramentas de documentação. É importante que as comissões focalizem os resultados dos pacientes e não apenas trabalhem questões para garantir cuidados de qualidade na unidade. A qualidade dos cuidados é melhorada quando o enfermeiro controla a sua própria prática. O comitê estabelece métodos para garantir que todos os funcionários tenham entrada ou participação nas questões práticas. Gerentes nem sempre se sentam em uma comissão, mas recebem, desta, regularmente, os relatórios de progresso. A natureza do trabalho na unidade de enfermagem determina a filiação à comissão. Às vezes membros de outras disciplinas (p.ex., farmacêuticos, fisioterapeutas respiratórios ou da área de nutrição clínica) participam de comissões práticas ou de conselhos de governança compartilhada.

2. **Colaboração interprofissional entre enfermeiros e outros profissionais de saúde**. Colaboração interprofissional entre enfermeiros e profissionais de saúde (p.ex., médicos, fisioterapeutas, fisioterapeutas respiratórios) é fundamental para ao provimento de cuidados de qualidade, assistência segura ao paciente e a criação de uma cultura positiva de trabalho para os profissionais (Andreatta, 2010; IECEP, 2011). Colaboração **interprofissional** envolve reunir a representação de várias disciplinas, em conjunto, para trabalhar com os pacientes e suas famílias na prestação de cuidados de qualidade (Fig. 21-1) (IECEP, 2011). Trata-se mais do que ter membros de outras disciplinas presentes. Colaboração interprofissional envolve

todas as profissões que contribuem com diferentes pontos de vista para identificar, esclarecer e resolver problemas complexos dos pacientes, em conjunto, proporcionando cuidados coesos e integrados ao paciente (Legare et al., 2011). O enfermeiro desempenha um papel único dentro da equipe e é, muitas vezes, visto como o líder desta, porque ele é quem assume as responsabilidades de coordenação da comunicação e da assistência ao paciente (Burzotta & Noble, 2011; Halabisky et al., 2010). Estimular a comunicação, cooperação, confiança, respeito mútuo e compreensão de papéis e de responsabilidades dos membros da equipe são críticos para uma colaboração interprofissional de sucesso (Andreatta, 2010; Burzotta & Noble, 2011). Uma mudança na educação e na formação dos profissionais da equipe de saúde é necessária para construir equipes eficientes para melhorar a colaboração interprofissional (Andreatta, 2010; Halabisky et al., 2010). O IECEP (2011) identificou quatro competências que os profissionais de saúde precisam trazer para prática profissional e se tornarem membros eficazes da equipe de colaboração interprofissional. O desenvolvimento dessas competências é obtido por meio da educação interprofissional. As competências necessárias para uma colaboração interpessoal eficaz incluem:

- Trabalhar com pessoas de outras profissões para manter um clima de respeito mútuo e de valores compartilhados.
- Usar o conhecimento do próprio papel e das outras profissões para cuidar, de forma adequada, das necessidades dos cuidados de saúde dos pacientes e de populações atendidas.
- Comunicar-se com os pacientes, famílias, comunidades e outros profissionais de saúde, de forma ágil e responsável, que suporte o cuidado centrado no paciente e uma abordagem de equipe para a manutenção da saúde e o tratamento da doença.

Enfermeiros recém-graduados, muitas vezes, não têm autoconfiança, conhecimento e têm medo de se comunicar com os médicos e outros membros da equipe de saúde (Plaff et al., 2014). Educação, formação e o papel modelar são estratégias eficazes que, com

frequência, ajudam os novos graduados a melhorar a colaboração interprofissional (Robichaud et al., 2012). Aplique os valores de construção de relacionamento e os princípios da dinâmica de equipe para realizar, de forma eficaz, diferentes funções na equipe, ao planejar e prover cuidados centrados no paciente e na população, de forma segura, rápida, eficiente, eficaz e equitativa.

3. *Rounding* **interprofissional**. Muitas instituições que estão focadas nos cuidados centrados no paciente e na família conduzem comunicação interprofissional, para envolver um paciente e a família nos cuidados de planejamento e melhorar a coordenação dos cuidados do paciente e a comunicação entre os membros da equipe de saúde (Mastro et al., 2014). Durante a comunicação, os membros da equipe conhecem e partilham as informações do paciente, respondem a perguntas feitas por outros membros da equipe, discutem o progresso clínico do paciente e os planos para a alta, e todos os membros da equipe estão focados nos mesmos objetivos do paciente (Sharp, 2013). Comunicação interprofissional ajuda a reduzir os erros médicos, diminui as taxas de readmissão de pacientes, melhoram a satisfação do paciente e a qualidade dos cuidados (Begue et al, 2012; Townsend-Gervais et al., 2014). Para uma comunicação interprofissional ser bem-sucedida, os membros da equipe de saúde precisam ser flexíveis e abertos a ideias, perguntas e sugestões oferecidas pelos outros.
4. **Comunicação da equipe**. O maior desafio de um gerente, especialmente se um grupo de trabalho é grande, é a comunicação com o pessoal. É difícil certificar que todos os funcionários receberam a mesma mensagem (i.e., a mensagem correta). No presente ambiente de cuidados de saúde, a equipe rapidamente se torna desconfortável e desconfiada se eles não conseguem ter as informações sobre as alterações previstas na sua unidade de trabalho. No entanto, um gerente não pode assumir a responsabilidade total por toda a comunicação. Um gerente eficaz usa uma variedade de abordagens para se comunicar, com rapidez e precisão, com todo o pessoal. Por

exemplo, muitos gerentes distribuem boletins quinzenais ou mensais de atividades na unidade ou agência. Minutas de reuniões de comissões estão, geralmente, em um local acessível para que todos da equipe leiam ou são enviadas para os indivíduos por intermédio de e-mail. Quando a equipe precisa discutir questões importantes sobre as operações da unidade, o gerente conduz reuniões de pessoal. Quando a unidade possui comitês de prática ou de melhora da qualidade, cada membro da comissão tem a responsabilidade de se comunicar diretamente com um seleto número de membros da equipe. Assim, todos os membros da equipe são contatados e é dada a oportunidade para o acesso.

5. **A Educação da equipe**. A equipe de enfermagem precisa sempre crescer em conhecimento. É impossível permanecer conhecedor das tendências da prática médica e de enfermagem atuais sem uma educação permanente. O enfermeiro gerente é responsável por disponibilizar oportunidades de aprendizagem para que os membros continuem a ser competentes na sua prática e responsáveis em suas tomadas de decisão (LeBlanc, 2014). Isso envolve programas de planejamento de formação contínua, envio de funcionários para aulas de educação continuada e conferências com profissionais, bem como estudos de caso com pessoal presente ou questões práticas baseadas em evidências durante as reuniões de equipe. Os membros desta são responsáveis pela busca de oportunidades educacionais para relicenciatura/recertificação e atualização das informações sobre a sua população de pacientes.

FIGURA 21-1 Equipe colaborando nas questões práticas.
(De Yoder-Wise P: *Leading and managing in nursing*, 6ed, St Louis, 2015, Mosby.)

Competências de liderança para estudantes de enfermagem

É importante que, sendo estudante de enfermagem, você se prepare para papéis de liderança. Isso não significa que você tenha que aprender rapidamente como liderar uma equipe de enfermagem. Em vez disso, primeiro, aprenda a se tornar um competente e confiável prestador de cuidados ao paciente. Como um estudante de enfermagem, você é responsável pelos cuidados que dá aos seus pacientes. Aprenda a se tornar um líder por meio de consulta com instrutores e da equipe de enfermagem para obter *feedback* ao tomar boas decisões clínicas, aprendendo com os erros e buscando orientação, trabalhando em conjunto com enfermeiros e tentando melhorar o seu desempenho durante cada interação com o paciente. Essas habilidades requerem que você pense criticamente e resolva problemas no ambiente clínico. Pensar criticamente permite aos enfermeiros fornecer cuidados de maior qualidade e atender às necessidades dos pacientes enquanto consideram as suas preferências, levando em conta as alternativas para os problemas, entendendo a lógica para a realização de intervenções de enfermagem e avaliando a eficácia das intervenções. Experiências clínicas desenvolvem essas habilidades de pensamento crítico (Benner et al., 2010). O aprendizado de importantes competências de liderança inclui coordenação de cuidados clínicos, a comunicação com a equipe, a delegação e a construção do conhecimento.

Coordenação de Cuidados Clínicos

Você adquire competências necessárias para que possa oferecer assistência ao paciente, de forma eficaz e em tempo hábil. No começo, muitas vezes, isso envolve apenas um paciente, mas, eventualmente, vai envolver grupos de pacientes. Coordenação de cuidados clínicos inclui a tomada de decisão clínica, a definição de prioridades, o uso da capacidade de organização e recursos, gestão de tempo e avaliação. As

atividades de coordenação de cuidados clínicos exigem o uso de uma reflexão crítica, raciocínio crítico e julgamento clínico (Benner et al., 2010). Esses são os primeiros passos importantes no desenvolvimento de uma relação de cuidados com um paciente. Use uma abordagem de pensamento crítico, aplicando o conhecimento prévio e a experiência com o processo de tomada de decisões (Cap. 15).

Decisões Clínicas

Sua capacidade de tomar decisões clínicas depende da aplicação do processo de enfermagem (Caps. 16 a 20). Quando você começa um trabalho com o paciente, a primeira atividade envolve uma avaliação concentrada, mas completa, de uma condição do paciente para que você o conheça e faça juízos clínicos precisos sobre o seu diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos de saúde (Cap. 16) (Tanner, 2006). Saiba que o paciente envolve mais que uma simples coleta de dados formais de avaliação. É preciso aprender os padrões típicos de resposta do paciente e da sua situação atual bem como entendê-lo como um indivíduo (Tanner, 2006). O contato inicial com o paciente é um primeiro passo importante no desenvolvimento de uma relação de cuidados. Encorajar os pacientes a partilharem a narrativa de seus problemas de saúde é muito útil, por exemplo: "Diga-me sobre como você está lidando com…" ou "Você pode compartilhar qual tem sido o seu maior problema desde que ficou doente?" Depois de obter uma avaliação completa e identificar diagnósticos e problemas do paciente, você desenvolve um plano de cuidados, implementa intervenções de enfermagem e avalia os resultados dos pacientes. O processo requer uma tomada de decisão clínica por meio de uma abordagem de pensamento crítico (Cap. 15).

Se você não tomar decisões clínicas precisas sobre um paciente, resultados indesejáveis ocorrerão provavelmente. A condição do paciente piora ou permanece a mesma quando você perde o potencial de melhora. Uma lição importante na capacidade de organização é ser completo. Aprenda a atender e ouvir o paciente e procure quaisquer sinais (óbvios ou sutis) que apontem para um padrão de resultados,

direcionando a avaliação para explorar, ainda mais, o padrão. Tomada de decisão clínica precisa vai mantê-lo concentrado sobre a linha de ação apropriada. Nunca hesite em pedir ajuda quando a condição do paciente se alterar.

Definição de Prioridades

Depois de formar uma imagem das necessidades globais de um paciente, defina as prioridades, decidindo quais as necessidades do paciente ou problemas que precisam de atenção em primeiro lugar (Cap. 18). A definição de prioridades não é uma lista ordenada de ações de cuidados, mas a organização de uma visão dos resultados desejados para um paciente. O reconhecimento de padrões de sintomas de seu banco de dados de avaliação, aliado a determinado conhecimento, ajudam a desencadear um entendimento que levará você a entender que diagnósticos necessitam de intervenção e o período associado para intervir de forma eficaz (Ackley & Ladwig, 2014). É importante priorizar em todas as situações de cuidados, porque ela permite que você veja as relações entre os problemas do paciente e evite retardos na tomada de medidas que poderiam levar a graves complicações para o paciente. Se um paciente está experimentando graves problemas fisiológicos ou psicológicos, a prioridade se torna clara. Você precisa agir imediatamente para estabilizar a sua condição. Os problemas do paciente são classificados em três níveis de prioridade:

- Prioridade alta – Uma ameaça imediata para a sobrevivência ou segurança de um paciente, como um episódio fisiológico de obstrução das vias aéreas, perda da consciência ou um episódio psicológico de crise de ansiedade.
- Prioridade intermediária – Não emergencial, não ameaçando a vida, ou necessidades potenciais ou reais que um paciente e membros da família estejam experimentando. Antecipação das necessidades de ensino dos pacientes relacionados com um novo fármaco e tomada de medidas para diminuir as complicações pós-operatórias, são exemplos de prioridades intermediárias.
- Prioridade baixa – Problemas reais ou potenciais que não estão

diretamente relacionados com a doença ou condição de um paciente. Esses problemas são, normalmente, relacionados com as necessidades de desenvolvimento ou necessidades de cuidados de saúde, de longo prazo. Um exemplo de um problema de prioridade baixa é um paciente na admissão que, eventualmente, receberá alta e necessidades de ensino para o autocuidado em casa.

Muitos pacientes apresentam os três tipos de prioridades, exigindo que você julgue, cuidadosamente, a escolha de um processo em andamento. Obviamente necessidades com prioridade alta demandam uma atenção imediata. Quando um paciente tem diversas necessidades prioritárias, elas ajudam a que ele se concentre em suas necessidades básicas. Por exemplo, um paciente que acaba de completar uma caminhada pelo corredor sente falta de ar. O serviço de nutrição entrega uma bandeja de alimentação no quarto. Em vez de imediatamente ajudar o paciente com a refeição, você deve posicioná-lo, confortavelmente, na cama, oferecer medidas básicas de higiene, e em seguida, avaliar a sua falta de ar. É mais provável que o paciente se torne mais interessado em comer depois que ele estiver se sentindo mais confortável. Ele também é mais receptivo a qualquer instrução que você precise fornecer.

Eventualmente, você vai ser obrigado a satisfazer as necessidades prioritárias de um grupo de pacientes. Isso significa que você precisa saber as prioridades de cada paciente dentro do grupo, avaliar as necessidades de cada paciente, o mais rapidamente possível, abordando as prioridades altas em primeiro lugar. Para identificar quais os pacientes que necessitam de avaliação em primeiro lugar, confie na informação do relatório de troca de turno, na sua própria avaliação mais recente do paciente e nas informações do prontuário médico. Com o tempo, você aprende a classificar espontaneamente as necessidades dos pacientes por prioridade ou urgência. Prioridades não permanecem estáveis, mas se alteram com a condição do paciente. Assim, é importante pensar sobre os recursos disponíveis, ser flexível em reconhecer que as prioridades muitas vezes necessitam de mudanças e considerar como usar o tempo com sabedoria.

Você também estabelece prioridades com base nas expectativas dos

pacientes. Às vezes, você estabeleceu um excelente plano de cuidados. Contudo, se um paciente é resistente a determinadas terapias, ou não concorda com a abordagem, você tem muito pouco sucesso. Trabalhar em estreita colaboração com o paciente e mostrar uma atitude solidária são ações importantes. Compartilhe as prioridades que você definiu com o paciente a fim de estabelecer um nível de acordo e de cooperação.

Competências Organizacionais

A implementação de um plano de cuidados requer que você seja eficaz e eficiente. O uso eficaz de tempo significa realizar as ações no tempo certo, enquanto o uso eficiente do tempo significa fazer as coisas de forma correta. Aprenda a se tornar eficiente, por meio da combinação de várias atividades de enfermagem (i.e., fazer mais que uma coisa de cada vez). Por exemplo, durante a administração de medicação ou ao obter uma amostra para exame, combine comunicação terapêutica, intervenções de ensino e avaliação. Sempre estabeleça e fortaleça relacionamentos com pacientes e use qualquer contato com o paciente como uma oportunidade para transmitir informações importantes. Interação com o paciente dará a você a oportunidade de mostrar empatia e interesse. Sempre atenda a comportamentos e respostas de um paciente à terapia, para avaliar se novos problemas estão se desenvolvendo e avaliar as respostas às intervenções.

Um enfermeiro bem organizado aborda qualquer procedimento planejado e está seguro da disponibilidade de todos os equipamentos necessários, garantindo que o paciente esteja preparado. Se o paciente está confortável e bem informado, aumenta a probabilidade de que o procedimento vá ocorrer sem problemas. Às vezes, é necessário o apoio de colegas para realizar ou completar um procedimento. Mantenha a área de trabalho organizada e as etapas preliminares completas antes de pedir assistência aos colegas de trabalho.

Visto que você presta cuidados em função das prioridades estabelecidas, às vezes ocorrem eventos dentro do ambiente de cuidados de saúde que interferem nos planos. Por exemplo, assim que

você começar a prover a higiene da manhã em um paciente hospitalizado, um técnico de radiologia entrará para submeter o paciente a uma radiografia de tórax. Uma vez que o técnico termina o exame radiográfico, um técnico do laboratório chegará para obter uma amostra de sangue. Nesse caso, suas prioridades conflitam com as prioridades de outros profissionais de saúde. Assim, é importante sempre manter as necessidades do paciente no centro das atenções. Se os sintomas que o paciente experimentou anteriormente exigiram uma radiografia de tórax e um exame de laboratório, é importante ter a certeza de que os testes diagnósticos foram concluídos. Em outro exemplo, um paciente está à espera da visita da família e uma radiografia é um procedimento de rotina solicitado 2 dias antes. A condição do paciente estabilizou, e o técnico de radiologia está disposto a voltar mais tarde para realizar o exame. Nesse caso, atender à higiene e ao conforto do paciente, associados à visita dos membros da família, é uma prioridade maior.

Utilização dos Recursos

A utilização adequada dos recursos é um item importante da coordenação de cuidados clínicos. Os recursos, nesse caso, incluem os membros da equipe de saúde. Em qualquer definição, a administração de assistência ao paciente ocorre de forma mais suave, quando os funcionários trabalham juntos. Nunca hesite em dispor de funcionários para ajudá-lo, especialmente quando há uma oportunidade para realizar um procedimento ou tornar uma atividade mais confortável e mais segura para o paciente. Por exemplo, a assistência em mover o paciente, o posicionamento e deambulação de pacientes são frequentemente necessários quando os pacientes são incapazes de se mover. Ter um membro da equipe, como PNM, para ajudar com equipamentos de movimentação e suprimentos durante os procedimentos mais incômodos, tais como a inserção do cateter ou a troca de curativos, torna os procedimentos mais eficientes. Além disso, precisamos reconhecer as limitações pessoais e usar os recursos profissionais para assistência. Por exemplo, você avalia um paciente e encontra sinais e sintomas clínicos relevantes, mas que não estão

relacionados com a condição física. Consulte o enfermeiro experiente para confirmar suas conclusões e para garantir que você adote o procedimento apropriado para o paciente. Um líder sabe suas limitações e busca colegas profissionais para orientação e suporte.

Gerenciamento do Tempo

Um tempo menor de internação, as primeiras altas, cirurgias no mesmo dia e aumento da complexidade dos pacientes são exemplos que criam estresse para os enfermeiros à medida que eles trabalham para atender às necessidades do paciente. Uma forma de gerenciar esse estresse é por meio do uso de competências de gerenciamento do tempo, as quais envolvem aprender como, onde e quando usar o seu tempo. Dado que você dispõe de uma quantidade limitada de tempo com os pacientes, é essencial permanecer objetivamente orientado e usar o tempo com sabedoria. Você aprende, rapidamente, a importância de usar os objetivos do paciente como uma forma de identificar as prioridades. Contudo, também se deve aprender a estabelecer objetivos pessoais e prazos. Por exemplo, você está cuidando de dois pacientes em uma unidade de enfermagem cirúrgica cheia. Um paciente foi submetido a uma cirurgia no dia anterior, e o outro vai ter alta no próximo dia. Claramente os objetivos do primeiro paciente são centrados no restabelecimento fisiológico, como resultado do estresse da cirurgia. O objetivo do segundo paciente é centrado na preparação adequada para assumir o autocuidado em casa. Ao rever as terapias necessárias para ambos os pacientes, você aprende como organizar o seu tempo com o intuito de que as atividades de cuidados e objetivos do paciente sejam alcançadas. Você precisa antecipar quando o atendimento será interrompido para administração de medicamentos e os testes de diagnóstico e quando é o melhor tempo para as terapias previstas, como a troca de curativos, a educação e deambulação do paciente. A delegação de tarefas é outra maneira de ajudar a melhorar o gerenciamento do tempo.

Uma competência de gerenciamento de tempo útil envolve fazer a lista de prioridades (Thomack, 2012). Quando você começar a trabalhar com um paciente ou vários pacientes, uma ajuda será fazer

uma lista que sequencie as atividades de enfermagem que você precisa realizar. O relatório de troca de turno auxilia a atividades de sequência com base no que você aprendeu sobre a condição e os cuidados dispensados a um paciente, antes de você chegar à unidade. É útil considerar atividades que tenham prazos específicos em termos de abordagem das necessidades do paciente, tais como a administração de uma medicação para a dor antes de um procedimento agendado ou orientar os pacientes antes de sua alta hospitalar. Você também analisa os itens da lista que estão agendados por políticas do serviço ou rotinas (p.ex., medicamentos ou troca de cateter intravenoso [IV]). Anote quais as atividades que precisam ser realizadas no tempo e quais atividades podem ficar ao seu critério. Você tem que administrar a medicação dentro de uma programação específica, mas você também é capaz de realizar outras atividades enquanto está no quarto do paciente. Finalmente, deve-se estimar a quantidade de tempo necessária para completar as várias atividades. Em geral, aquelas que requerem a assistência de outros membros da equipe demoram mais, porque você tem que planejar em torno das programações de todos os colaboradores.

Bom gerenciamento do tempo também envolve o estabelecimento de objetivos para ajudá-lo a completar uma tarefa antes de iniciar outra (Thomack, 2012). Se possível, conclua as atividades que começou com um paciente antes de passar para o próximo. O cuidado é menos fragmentado, e você é capaz de se concentrar um pouco mais sobre o que está fazendo para cada paciente. Como resultado, é menos provável que você vá cometer erros. O gerenciamento do tempo requer que você antecipe as atividades do dia e combine atividades sempre que possível. Quando você pratica um bom gerenciamento do tempo, você deve se concentrar na organização e na definição de prioridades. Outras estratégias incluem manter a sua área de trabalho limpa e livre de desorganização, tentando reduzir as interrupções enquanto você estiver concluindo as tarefas (Thomack, 2012). O Quadro 21-5 mostra um resumo dos princípios do gerenciamento do tempo.

Quadro 21-5 Princípios de Gerenciamento do Tempo

Estabelecimento de objetivo: Rever os objetivos dos cuidados de um paciente para determinado dia e todos os seus objetivos em relação a atividades como completar a documentação, conferir os cuidados do paciente, realizar um relatório de troca de turno ou preparar medicamentos para administração.

Análise do tempo: Refletir sobre como você usa seu tempo. Ao trabalhar em uma área clínica, mantenha o controle de como você usa o seu tempo em diferentes atividades. Esse procedimento fornece informações valiosas para revelar o seu nível de organização.

Definição de prioridades: Definir as prioridades que você estabeleceu para os pacientes dentro de prazos estabelecidos. Por exemplo, determinar quando é o melhor momento para realizar sessões de ensino, plano de deambulação e fornecer períodos de repouso com base no que você conhece sobre a condição do paciente. Por exemplo, se um paciente está nauseado ou com dor, não é um bom momento para uma sessão de ensino.

Controle de interrupção: Todo mundo precisa de tempo para socializar ou discutir questões com os colegas. No entanto, não deixe que essas ações interrompam importantes atividades de atendimento ao paciente, tais como administração de medicamentos (Cap. 32), tratamentos prescritos ou sessões de ensino. Tire vantagens do uso tempo durante o relatório, o horário das refeições ou reuniões da equipe. Além disso, planeje tempo para ajudar os colegas a complementarem a sua programação no atendimento ao paciente.

Avaliação: No final de cada dia, tenha tempo para pensar e refletir sobre como efetivamente você usou o seu tempo. Se você está tendo dificuldades, deve discuti-las com um instrutor ou um membro mais experiente da equipe.

Avaliação

A avaliação é um dos aspectos mais importantes da coordenação dos cuidados clínicos (Cap. 20). É um erro pensar que avaliação ocorre no final de uma atividade. Ela está em curso, assim como outras etapas do processo de enfermagem. Depois de avaliar as necessidades do paciente e começar as terapias direcionadas à área do problema específico, avalie imediatamente se as terapias e a resposta do paciente são eficazes. O processo de avaliação compara os resultados atuais dos pacientes com os resultados esperados. Por exemplo, um enfermeiro clínico avalia uma úlcera no pé de um paciente que tem diabetes para determinar se a cura progrediu desde a última visita clínica. Quando os resultados esperados não forem cumpridos, a avaliação revela a necessidade de continuar as terapias atuais por um longo período, revisar as abordagens de cuidados ou introduzir novas terapias. À medida que você cuida de um paciente ao longo do dia, antecipe quando retornar ao leito para avaliar os cuidados (p.ex., 30 minutos após uma medicação ter sido administrada, 15 minutos depois do início de uma infusão com cateter IV ou 60 minutos após discutir as instruções de alta com o paciente e a família).

Manter o foco na avaliação do progresso do paciente diminui a possibilidade de se tornar distraído com as tarefas de cuidados. É comum pressupor que ficar focado em atividades planejadas garante que você vai oferecer os cuidados de forma adequada. No entanto, a orientação para a tarefa não garante os resultados positivos dos pacientes. Saiba que no coração da organização de uma boa competência organizacional reside uma constante investigação da condição do paciente e do progresso em direção a um melhor nível de saúde.

Equipe de Comunicação

Uma comunicação eficaz é fundamental para todas as equipes (Haynes & Strickler, 2014). Como parte de uma equipe de enfermagem, você é responsável pelo uso de uma comunicação profissional aberta. Independentemente da definição, um enriquecimento do ambiente profissional é aquele em que uns funcionários respeitam as ideias dos outros, compartilham

informações e se mantêm mutuamente informados. Em uma unidade de enfermagem repleta de pacientes, isso significa manter os colegas informados sobre esses pacientes com problemas emergentes, os médicos ou outros profissionais de saúde que foram chamados para consultas e abordagens únicas que resolveram um problema complexo de enfermagem. Estratégias para melhorar a sua comunicação com os profissionais de saúde incluem abordar o colega pelo nome, tendo o paciente e um gráfico disponível quando se discute as questões do paciente, com foco no problema do paciente e ser profissional e assertivo, mas não agressivo ou conflitante.

Em um ambiente clínico, isso pode significar a partilha de achados diagnósticos incomuns ou a transmissão de informações importantes sobre a fonte familiar de apoio a um paciente.Uma forma de promover uma boa comunicação da equipe se baseia em definir expectativas um do outro. Um enfermeiro trata os colegas com respeito, escuta as ideias dos demais membros da equipe, sem interrupção, explora a forma como outros membros da equipe pensam e é honesto e direto durante a comunicação. Parte da boa comunicação é esclarecer o que os outros estão dizendo e construir sobre os méritos das ideias dos colegas de trabalho (Yoder-Wise, 2014). Uma equipe eficiente sabe que é capaz de contar com todos os membros quando as necessidades surgem. Compartilhar expectativas do que, quando e como se comunicar é um passo para estabelecer uma forte equipe de trabalho.

Exemplos de ferramentas que melhoram a comunicação incluem instruções ou discussões curtas entre os membros da equipe; o grupo em volta dos pacientes; chamadas para compartilhar informações essenciais, como sinais vitais, com todos os membros da equipe ao mesmo tempo; voltar a questões anteriores para reafirmar o que uma pessoa disse e verificar a compreensão das informações; a regra de dois desafios — a qual permite que preocupações sejam reproduzidas duas vezes, possibilitando que todos os membros da equipe manifestem suas preocupações acerca da segurança — significa dizer que "Estou preocupado, desconfortável e não sinto que isto seja Seguro"[2]; e o uso de recomendações para avaliar situações anteriores,

do SBAR, uma sigla em inglês, para *Situation-Background-Assessment-Recommendation* quando compartilhar informações (Cap. 26) (Haynes e Strickler, 2014). Ao usar a comunicação eletrônica, é importante comunicar a informação apropriada para a pessoa certa, sempre mantendo a privacidade e a confiança do paciente (NCSBN, 2011).

Delegação

A arte da delegação eficaz é uma competência que você precisa observar e praticar para o aperfeiçoamento das suas próprias habilidades de gestão. O American Nurses Association (ANA, 2012) define **delegação** como transferência da responsabilidade do desempenho de uma atividade ou tarefa, mantendo o comprometimento com o resultado. A Nurse Practice Act (legislação estadual do exercício profissional) do seu estado, juntamente com os princípios de autoridade, compromisso e responsabilidade, é a base para uma delegação eficaz (Plawecki & Amrhein, 2010; Weydt, 2010), cujo resultado consiste na obtenção da qualidade, assistência segura ao paciente; melhora da eficiência; produtividade aumentada; pessoal capacitado; e o desenvolvimento de competências dos demais membros (Mueller & Vogelsmeier, 2013). Pedir a um membro da equipe que obtenha uma amostra solicitada, enquanto você atende à solicitação de medicação para dor de um paciente, efetivamente impede a demora no alívio da dor e realiza duas tarefas relacionadas com o paciente. A delegação também fornece enriquecimento do trabalho. Você mostra confiança nos colegas, delegando tarefas a eles e mostrando que os membros da equipe são personagens importantes na prestação de cuidados. Uma delegação bem--sucedida é importante para a qualidade da relação enfermeiro–pessoal de nível médio de enfermagem e a sua vontade de trabalhar em equipe (Potter et al., 2010). Nunca delegar uma tarefa que você não gosta de fazer ou não realiza sozinho, porque isso cria sentimentos negativos e relações precárias de trabalho. Por exemplo, se você estiver no quarto quando um paciente pede para ser colocado em uma comadre e não há problemas que requeiram cuidados urgentes, você ajuda o paciente, em vez de sair da sala para achar o auxiliar de enfermagem/técnico de

enfermagem. Lembre-se disso, mesmo que a delegação de uma tarefa transfira a responsabilidade e a autoridade para outra pessoa, você está comprometido com a tarefa delegada.

Como enfermeiro você é responsável e está comprometido com a prestação de cuidados aos pacientes e delegar atividades de cuidados ao PNM. No entanto, você não delega as etapas do processo de enfermagem de histórico, diagnóstico, planejamento e realização, porque esses processos exigem julgamento do enfermeiro (Duffy & McCoy, 2014). O ensino dos pacientes também é responsabilidade do enfermeiro e não deve ser delegado. Reconhecer que, quando você delega ao PNM, você delega tarefas, não os pacientes. Não transfira ao PNM a responsabilidade pelos cuidados dos pacientes. Em vez disso, você como o enfermeiro profissional é responsável pelo paciente e é quem decide quais as atividades o PNM deve realizar de forma independente e quais enfermeiros e PNM atuam em parceria. Uma maneira de realizar esse procedimento é estimular o enfermeiro e o PNM a conduzir *rounds* juntos. Você avalia cada paciente à medida que o PNM atende às necessidades básicas do paciente. O cuidado é delegado na base da avaliação dos achados e na definição de prioridades. Como um enfermeiro, você é sempre responsável pela avaliação do estado permanente de um paciente; mas, se um paciente estiver estável, você delega a monitorização dos sinais vitais ao PNM.

Na maioria das configurações, o enfermeiro é quem decide quando a delegação é apropriada. O NCSBN (1995) fornece algumas orientações para a delegação de atividades, de acordo com a competência legal da prática de um enfermeiro (Quadro 21-6). Como o líder da equipe de saúde, o enfermeiro dá instruções claras, prioriza efetivamente as necessidades e terapias de pacientes e dá aos funcionários um *feedback* oportuno e significativo. O PNM responde positivamente quando você os inclui como parte da equipe de enfermagem.

Quadro 21-6 Os Cinco Direitos da Delegação

Direito das Tarefas

Os direitos de delegar tarefas envolvem aquelas que são repetitivas, exigem pouca supervisão, são relativamente não invasivas, têm resultados que são previsíveis e têm um potencial mínimo de risco (p.ex., a coleta de amostras simples, deambulação de um paciente estável, preparo de um quarto para admissão do paciente).

Direito às Circunstâncias

Considere o conjunto adequado do paciente, os recursos disponíveis e outros fatores relevantes. Em condições de cuidados agudos dos pacientes, a configuração de cuidados, muitas vezes, muda rapidamente. Use uma boa tomada de decisão clínica para determinar o que delegar.

Direito da Pessoa

A pessoa certa delega tarefas certas à pessoa certa para serem executadas na pessoa certa. O enfermeiro sabe quais tarefas que podem ser delegadas ao profissional de nível médio de enfermagem (PNM) para cada paciente específico.

Direito do Sentido/Comunicação

Dê uma descrição clara e concisa de uma tarefa, incluindo seus objetivos, limites e expectativas. A comunicação precisa ser contínua entre o enfermeiro e PNM durante um turno/plantão de trabalho.

Direito de Supervisão/Avaliação

Proporcionar um acompanhamento adequado, avaliação, intervenção, conforme necessário e *feedback*. O PNM precisa se sentir confortável fazendo perguntas e buscando assistência.

Modificado de The Council and American Nurses Association (ANA) and National Council of State Boards of Nursing (NCSBN): Joint statement on delegation, 2006, https://www.ncsbn.org/Delegation_joint_statement_NCSBN-ANA.pdf. Accessed March 28, 2015.

Uma delegação apropriada começa em saber quais competências você pode delegar. Isso exige que você esteja familiarizado com a Lei do Exercício Profissional, as políticas e procedimentos institucionais e a descrição dos trabalhos prestados pelo PNM na instituição (Duffy & McCoy, 2014). Tais padrões ajudam a definir o nível necessário de competência do PNM e contêm orientações específicas sobre quais as tarefas ou atividades que um enfermeiro é capaz de delegar. A descrição do trabalho identifica qualquer educação necessária e os tipos de tarefas que o PNM pode realizar de forma independente ou com a supervisão direta do enfermeiro. A política institucional define a quantidade de treinamento necessário para o PNM. Detalhes de procedimentos de enfermagem que o PNM tem qualificação para realizar, se é necessária uma supervisão e o tipo de relatório requerido. Você precisa ter um meio de acessar facilmente as políticas ou ter uma equipe de fiscalização que o informe sobre deveres do trabalho do PNM.

Como um enfermeiro profissional, você não pode, simplesmente, atribuir as tarefas ao PNM sem considerar as implicações. Avalie o paciente e determine um plano de cuidados, antes de identificar quais as tarefas que alguém é capaz de realizar. Ao se dirigir ao PNM, determine a quantidade de supervisão que é necessária. É a primeira vez que o PNM realizou a tarefa? Será que o paciente apresenta um complicador que torna necessária a assistência do enfermeiro? O PNM tem experiência prévia com um tipo particular de paciente, além de ter recebido formação sobre a habilidade? A responsabilidade final é avaliar se o PNM realizou a tarefa corretamente e se os resultados desejados foram atendidos.

Uma delegação eficiente requer uma comunicação constante (i.e., enviar mensagens claras e confirmar que todos os participantes compreenderam as expectativas em relação à assistência ao paciente) (Mueller & Vogelsmeier, 2013). Forneça instruções claras e os resultados desejados quando delegar tarefas. Essas instruções, inicialmente, focam o procedimento em si, o que vai ser feito, quando deve ser concluído e as necessidades únicas do paciente. O enfermeiro também comunica quando e quais informações relatar, tais como as

observações esperadas e as preocupações específicas do paciente (NCSBN, 2005). A comunicação é um processo de duas vias na delegação; assim, o PNM precisa ter a chance de fazer perguntas e tornar claras as suas expectativas (ANA e NCSBN, 2005; NCSBN, 2005). Conflito que, muitas vezes, cria impactos na qualidade e na segurança do paciente ocorre entre enfermeiros e PNM, quando há pouca ou má comunicação (Kalisch, 2011; Potter et al., 2010). A troca de turno desconecta os membros da equipe, a falta de conhecimento sobre a carga de trabalho dos membros da equipe e dificuldades de lidar com o conflito são exemplos de falhas de comunicação que, com frequência, resultam em ineficiência na delegação e omissões nos cuidados de enfermagem (Gravlin & Bittner, 2010). À medida que você se torna mais familiar com a competência de um membro da equipe, a confiança aumenta e o membro da equipe necessita de menos instruções; mas o pleno esclarecimento das necessidades específicas dos pacientes é sempre necessário.

Os passos importantes na delegação são: a avaliação do desempenho de um membro da equipe, a realização dos resultados do paciente, a comunicação do processo utilizado e quaisquer problemas ou preocupações que ocorreram (NCSBN, 2005). Quando um PNM realiza uma tarefa corretamente e faz um bom trabalho, é importante fornecer elogios e reconhecimento. Se o desempenho de um membro da equipe não é satisfatório, dar um retorno construtivo disso se for o caso. Como enfermeiro, sempre dê um *feedback* específico em relação a qualquer erros que os membros da equipe tenham causado, explicando como evitar o erro ou uma maneira melhor de lidar com a situação. Dar um *feedback* privado é a maneira profissional e preserva a dignidade do membro da equipe. Quando der um *feedback*, certifique-se de se concentrar em coisas que podem ser mudadas, escolher apenas um problema de cada vez e dar detalhes específicos. Frequentemente, quando o desempenho de um PNM não atende às expectativas, isso pode ser o resultado da formação inadequada ou a delegação de muitas tarefas. Você pode descobrir a necessidade de rever um procedimento com o pessoal e oferecer uma demonstração

ou, mesmo, recomendar que um treinamento adicional seja agendado com o setor de educação permanente. Se muitas tarefas estão sendo delegadas, esta situação pode ser uma questão da prática de enfermagem. Todos os funcionários precisam discutir a propriedade da delegação na sua unidade. Às vezes, o PNM precisa de ajuda para aprender a priorizar. Em alguns casos você descobre que está exagerando no volume de tarefas delegadas. É sua responsabilidade completar a documentação da tarefa delegada. Aqui estão algumas dicas sobre uma delegação apropriada (Mueller & Vogelsmeier, 2013):

- *Avaliar o conhecimento e as competências daquele a quem foram delegadas tarefas*: Avaliar o conhecimento e as habilidades do PNM, fazendo perguntas abertas que provocam uma conversa e detalhes sobre o que ele sabe (p.ex., "Como você costuma aplicar o manguito ao medir a pressão arterial"? ou "Diga-me como preparar a sonda, antes de ministrar um enema.").
- *Ofereça tarefas para saber das competências de quem foi delegado*: Saiba quais as tarefas e competências que estão no escopo da prática e a descrição do trabalho para os membros da equipe a quem você vai delegar na sua agência. Determinar se o pessoal aprendeu as habilidades de pensamento crítico, como saber quando um paciente está com uma lesão ou a diferença entre os achados clínicos normais e as alterações a serem relatadas.
- *Comunicar de forma clara*: Sempre fornecer orientações claras na descrição de uma tarefa, o resultado desejado e o período dentro do qual o PNM precisa para completar a tarefa. Nunca dê instruções através de outro membro do grupo. Faça a pessoa se sentir como parte da equipe. Comece os pedidos de ajuda com: "por favor" e termine com "obrigado". Por exemplo, "Eu gostaria que você pudesse me ajudar, fazendo o Sr. Floyd caminhar até antes do almoço. Certifique-se de verificar a sua pressão arterial antes que ele se levante e escreva o dado na folha de registro único. Ok? Obrigado".
- *Ouça com atenção*: Ouça a resposta do PNM depois de fornecer as instruções. Será que ele se sente confortável em fazer perguntas ou solicitar esclarecimentos? Se você incentivar uma resposta, ouça o

que a pessoa tem a dizer. Tenha cuidado especial se o membro da equipe tem um prazo a cumprir ajudando outro enfermeiro. Ajude a resolver prioridades.

- *Fornecer um feedback*: Sempre dê o *feedback* ao PNM em relação ao desempenho, independentemente do resultado. Deixe-os saber sobre um trabalho bem feito. Um "obrigado" aumenta a probabilidade de o PNM ajudar no futuro. Se um resultado for indesejável, encontre um lugar privado para discutir o que ocorreu, qualquer falha de comunicação e como obter um melhor resultado no futuro.

Construção de Conhecimento

Como enfermeiro, reconheça a importância de buscar o conhecimento para permanecer competente. Como enfermeiro responsável, você se compromete com sua aprendizagem ao longo da vida e mantém sua competência (Krautscheid, 2014). Você precisa manter e melhorar continuamente o seu conhecimento e as suas competências. A aprendizagem, ao longo da vida, permite fornecer, continuamente, um atendimento de qualidade seguro e eficaz. Um líder reconhece que há sempre algo novo para aprender. Oportunidades de aprendizagem ocorrem com cada interação com o paciente, cada encontro com um colega de profissão e em cada reunião ou sessão de classe em que os profissionais de saúde se reúnem para discutir questões de cuidados clínicos. As pessoas sempre têm experiências diferentes e conhecimentos para compartilhar. O desenvolvimento contínuo de competências nas delegações, a comunicação e o trabalho em equipe ajudam a manter e construir a competência (Gravlin & Bittner, 2010). Programas de educação em serviço, *workshops*, conferências profissionais, leitura profissional e cursos colegiais oferecem informações inovadoras e atuais em um mundo sob rápidas mudanças nos cuidados de saúde. Para ser um enfermeiro seguro e competente você precisa buscar ativamente oportunidades de aprendizagem tanto formais quanto informais; e procurar compartilhar conhecimentos com os colegas de profissão que você encontrar.

Pontos-chave

- Um gerente estabelece uma filosofia para uma unidade de trabalho, garante uma equipe adequada, mobiliza funcionários e recursos institucionais para atingir os objetivos, motiva os funcionários a realizar o seu trabalho, estabelece padrões de desempenho e capacita os funcionários a alcançar os objetivos.
- Cuidado centrado no paciente e na família é um núcleo composto de conceitos fundamentais de respeito e de dignidade, compartilhamento de informações, participação e colaboração dos membros da família.
- Um líder transacional desenvolve equipes eficazes na unidade de enfermagem, capacita os membros da equipe, se comunica efetivamente com a equipe de enfermagem e orienta e apoia a equipe de enfermagem na sua tomada de decisão compartilhada.
- Uma equipe de enfermagem empoderada tem autoridade para tomada de decisões de alterar a forma como eles exercem as ações.
- Os modelos de prestação de cuidados de enfermagem variam de acordo com a responsabilidade e a autonomia do enfermeiro na coordenação de prestação de cuidados e os papéis que os outros membros da equipe desempenham para ajudar com os cuidados.
- Fundamental para o sucesso do processo de tomada de decisão é tornar os membros da equipe cientes de que eles têm responsabilidade, autonomia, autoridade e compromisso com os cuidados que oferecem e nas decisões que tomam.
- O enfermeiro gerente incentiva a tomada de decisão ao estabelecer comissões de prática de enfermagem compartilhada, apoio à colaboração interprofissional, criação e implementação de planos de melhoria da qualidade e ao manter a comunicação pessoal oportuna.
- Coordenação de cuidados clínicos envolve uma decisão clínica precisa, estabelecimento de prioridades e competências organizacionais eficientes, a utilização adequada dos recursos e as habilidades de gerenciamento de tempo e, ainda, uma avaliação contínua das atividades de cuidado.

- Em um ambiente profissional fortalecido, cada membro de uma equipe de enfermagem é responsável por uma comunicação aberta, profissional.
- Uma delegação eficaz requer o uso de habilidades para uma boa comunicação.
- Quando realizada corretamente, a delegação melhora a eficiência do trabalho, a produtividade e o enriquecimento das atividades.
- Uma responsabilidade importante para o enfermeiro que delega os cuidados de enfermagem é a avaliação do desempenho dos membros da equipe e os resultados do paciente.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Ao meio-dia a enfermeira diz ao pessoal de nível médio de enfermagem (PNM): "Vocês realizaram um bom trabalho ao caminhar com a Sra. Taylor às 09h30. Eu vi que você registrou o seu pulso antes e depois da caminhada. Eu vi que a Sra. Taylor andou descalça pelo corredor. Por segurança, da próxima vez que você andar com um paciente, você precisa ter certeza de que o paciente usa chinelos ou sapatos. Por favor, caminhe, novamente, com a Sra. Taylor às 15h." Quais as características de um *feedback* positivo que o enfermeiro empregou ao falar com a profissional de enfermagem? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. *Feedback* é fornecido imediatamente.
   2. *Feedback* se concentra em um problema.
   3. *Feedback* oferece detalhes concretos.
   4. *Feedback* identifica maneiras de melhorar.
   5. *Feedback* se concentra em coisas mutáveis.
   6. *Feedback* é específico somente sobre o que é feito incorretamente.
2. Como enfermeiro, você recebe a tarefa de cuidar de quatro

pacientes. De qual deles você deve cuidar em primeiro lugar?

1. O paciente que sofreu uma cirurgia abdominal 2 dias atrás, que está solicitando medicação para dor.
2. Um paciente internado ontem com fibrilação atrial e diminuição do nível de consciência.
3. Um paciente com um dreno na ferida e que precisa receber orientações antes da alta, no início da tarde.
4. Uma paciente vai ser submetida a uma cirurgia de mastectomia em 3 horas, tem uma pergunta sobre a cirurgia.

3. Um enfermeiro solicita um profissional de nível médio de enfermagem (PNM) para ajudar o paciente na sala 418 a caminhar até o banheiro neste momento. O enfermeiro conta ao PNM que o paciente precisa da ajuda de uma pessoa e do uso de um andador e também conta ao PNM que o oxigênio do paciente pode ser removido enquanto ele vai ao banheiro, mas que se certifique de que ele seja colocado de volta em 2 L. O enfermeiro também orienta o PNM para garantir que as grades laterais sejam mantidas elevadas e que o alarme do leito seja redefinido depois que o paciente retornar ao leito. Qual(ais) dos seguintes componentes dos ”Cinco Direitos de Delegação“ foi(oram) utilizados pelo enfermeiro? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Direito das tarefas
   2. Direito de circunstâncias
   3. Direito da pessoa
   4. Direito do sentido/comunicação
   5. Direito de supervisão/avaliação
4. Um paciente pergunta a um enfermeiro o que significa o modelo de cuidado centrado no paciente para o hospital. Qual seria a melhor resposta do enfermeiro?
   1. ”Este modelo garante que todos os pacientes tenham quartos privativos quando eles são admitidos no hospital.”
   2. “Neste modelo, você e a equipe de saúde são parceiros nas decisões relacionadas com a sua saúde.”

    3. “Este modelo foca tornar a experiência do paciente algo agradável, proporcionando comodidades como o serviço de comida ao estilo de restaurante.”
    4. “Os pacientes e as famílias assinam um documento dando-lhes pleno acesso aos seus prontuários”.
5. Enquanto administra medicamentos, um enfermeiro percebe que uma dose prescrita de um medicamento não foi determinada. O enfermeiro age completando um relatório do incidente e notifica o profissional de saúde do paciente. O enfermeiro está exercitando:
    1. Autoridade.
    2. Responsabilidade.
    3. Comprometimento.
    4. Tomada de decisão.
6. A equipe da unidade de enfermagem está discutindo a implementação de *rounding* interprofissional. Qual das seguintes afirmações descreve, corretamente, o *rounding* interprofissional? (Selecione todas as que se aplicam.)
    1. Permite que os membros da equipe compartilhem informações sobre os pacientes para melhorar o atendimento.
    2. Fornece uma oportunidade para o planejamento da alta hospitalar precoce.
    3. Melhora a comunicação entre os membros da equipe de saúde.
    4. Permite que cada um dos membros da equipe de saúde identifique objetivos distintos dos pacientes.
    5. Permite a cada profissional de saúde a oportunidade de delegar tarefas.
7. Depois de um enfermeiro receber um relatório de mudança de turno nos pacientes aos seus cuidados, ele prioriza as tarefas que precisam ser concluídas. Este é um exemplo de que tipo de prática realizada por um enfermeiro?
    1. Habilidade organizacional
    2. Utilização de recursos

3. Gerenciamento do tempo
4. Avaliação

8. Um enfermeiro está ensinando o paciente sobre os cuidados das feridas que terão que ser realizados diariamente em casa após o paciente receber alta. Qual dos níveis de necessidade prioritária está sendo envolvido neste paciente?
   1. Prioridade baixa
   2. Prioridade alta
   3. Prioridade intermediária
   4. Prioridade não emergencial
9. Um enfermeiro está prestando cuidados a um paciente que foi submetido a uma cirurgia abdominal há 2 dias. Qual das tarefas é adequada para delegar ao auxiliar de enfermagem?
   1. Ajudar o paciente a caminhar no corredor
   2. Trocar o curativo cirúrgico
   3. Irrigar a sonda nasogástrica
   4. Fornecimento de folhetos para o paciente sobre dieta saudável
10. Qual das tarefas é apropriada para uma enfermeira delegar a um profissional de nível médio de enfermagem?
    1. Explicar ao paciente a preparação pré-operatória antes da cirurgia de manhã
    2. Administrar o antibiótico prescrito ao paciente antes da cirurgia
    3. Obtenção da assinatura do paciente sobre a cirurgia informando o seu consentimento
    4. Ajudar o paciente no banheiro antes de sair para a sala de cirurgia
11. Em qual dos seguintes itens existe um componente de colaboração interprofissional? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Educação interprofissional não afeta a colaboração entre os membros da equipe interprofissional.
    2. Os enfermeiros são, muitas vezes, vistos como o líder da equipe por causa de sua coordenação de assistência ao paciente.

3. Colaboração interprofissional eficaz requer respeito e confiança mútuos de todos os membros da equipe.
4. A comunicação aberta melhora a colaboração entre os membros da equipe interprofissional.
5. O objetivo da colaboração interprofessional é melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

12. O enfermeiro realiza as seguintes quatro etapas ao delegar uma tarefa a um auxiliar de enfermagem. Coloque as etapas na ordem apropriada de delegação.
    1. Você tem dúvidas sobre a deambulação do Sr. Malone?
    2. Antes de levá-lo para a sua caminhada até o final do corredor e retornar, verfique e registre a sua frequência de pulso.
    3. Nos próximos 30 minutos, por favor, ajude o Sr. Malone na sala 418 com sua caminhada à tarde.
    4. Checarei com você em cerca de 40 minutos para ver como o paciente ficou.
13. Que exemplo demonstra que um enfermeiro foi competente na avaliação?
    1. O enfermeiro explica os efeitos secundários da nova medicação de controle da pressão arterial prescrita para o paciente.
    2. O enfermeiro pede ao paciente para avaliar a dor em uma escala de 0 a 10 antes de administrar a medicação para dor.
    3. Depois de completar o ensino, o enfermeiro observa o paciente elaborar e administrar uma injeção de insulina.
    4. O enfermeiro troca o curativo da úlcera da perna do paciente, usando uma técnica asséptica.
14. O enfermeiro gerente da unidade cirúrgica foi agraciado com o prêmio de liderança de enfermagem na prática da liderança transformacional. Qual das seguintes são características ou traços de liderança transformacional exibido pelo ganhador do prêmio? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. O enfermeiro gerente realiza *rounds* regularmente na equipe para recolher contribuições nas decisões da

unidade.

2. O enfermeiro gerente envia notas de agradecimento ao pessoal em reconhecimento a um trabalho bem feito.
3. O enfermeiro gerente envia memorandos ao pessoal sobre as decisões que ele tem tomado em relação às políticas de unidade.
4. O enfermeiro gerente tem uma "caixa de ideias de inovação" a fim de que o pessoal seja encorajado a apresentar ideias para melhorias da unidade.
5. O enfermeiro desenvolve uma filosofia de cuidados para o pessoal.

15. Um enfermeiro avalia os pacientes e usa os resultados da avaliação para identificar problemas do paciente e desenvolver um plano individualizado de cuidados. O enfermeiro está exibindo:
    1. Competência organizacional.
    2. Utilização de recursos.
    3. Definição de prioridades.
    4. Tomada de decisão clínica.

Respostas: **1**. 2,3,4,5; **2**. 2; **3**. 1,2,3,4; **4**.2; **5**. 3; **6**. 1,2,3; **7**. 3; **8**. 3; **9**. 1; **10**. 4; **11**. 2,3,4,5; **12**. 3,2,4,1; **13**. 3; **14**. 1,2,4; **15**. 4.

Referências

Ackley BJ, Ladwig G. *Nursing diagnosis handbook*. ed 10 St Louis: Mosby; 2014.

American Association of Colleges of Nursing (AACN): *AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence, executive summary,* 2005, http://www.aacn.org/wd/hwe/docs/execsum.pdf. Accessed September 3, 2015.

American Nurses Association (ANA) *Principles for delegation by registered nurses to unlicensed assistive personnel (UAP)*. Silver Springs, MD: ANA; 2012.

American Nurses Association (ANA); National Council of State Boards of Nursing (NCSBN): *Joint statement on delegation*, 2005, https://www.ncsbn.org/Delegation_joint_statement_NCSBN-ANA.pdf. Accessed September 3, 2015.

American Nurses Credentialing Center (ANCC). *Magnet Recognition Program,* 2014, http://www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx. Accessed September 3, 2015.

Andreatta PB. A typology for health care teams. *Health Care Manage Rev*. 2010;35(4):345.

Benner P, et al. *Educating nurses: a call for radical transformation*. San Francisco, CA: Josey-Bass; 2010.

Burzotta L, Noble H. The dimensions of interprofessional practice. *Br J Nurs*. 2011;20(3):310.

Case Management Society of America: *What is a case manager?* 2012, http://www.cmsa.org/Home/CMSA/whatisacasemanager/tabid/224/Default.aspx Accessed September 3, 2015.

Duffy M, McCoy SF. *Delegation and YOU: when to delegate and to whom*. Silver Springs, MD: American Nurses Association; 2014.

Fasoli DR. The culture of nursing engagement: a historical perspective. *Nurs Admin Q*. 2010;34(1):18.

Halabisky B, et al. eLearning, knowledge brokering and nursing strengthening collaborative practice in long-term care. *CIN: Comput Informat Nurs*. 2010;28(5):24.

Haynes J, Strickler J. Team STEPPS makes strides for better communication. *Nursing*. 2014;44(1):62.

Huber DL. *Leadership and nursing care management*. ed 5 St Louis: Saunders; 2014.

Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC): *Frequently asked questions,* 2010, http://www.ipfcc.org/faq.html. Accessed September 3, 2015.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IECEP) *Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel*. Washington, DC:

Interprofessional Education Collaborative; 2011.

LeBlanc P. Leadership by design: creating successful "TEEAMS". *Nurs Manage*. 2014;45(3):49.

Mueller C, Vogelsmeier A. Effective delegation: understanding responsibility, authority and accountability. *J Nurs Regulation*. 2013;4(3):20.

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) *Delegation: concepts and decision-making process*. Chicago: The Council; 1995.

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) *Working with others: a position paper*. Chicago: The Council; 2005.

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN): *White paper: a nurse's guide to the use of social media*, Chicago, 2011, National Council of State Boards of Nursing, https://www.ncsbn.org/11_NCSBN_Nurses_Guide_Social_Media.pdf. Accessed September 3, 2015.

Newman K. Transforming organizational culture through nursing shared governance. *Nurs Clin North Am*. 2011;46(45).

Plawecki LH, Amrhein DW. A question of delegation: unlicensed assistive personnel and the professional nurse. *J Gerontol Nurs*. 2010;36(8):18.

QSEN Institute: *Prelicensure KSASs,* 2014, http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/. Accessed September 3, 2015.

Sharp H: Multidisciplinary team rounding: engaging patients and improving communication at the bedside, *New Hampshire Nurs News* January, February, March(14):2013.

Smith MA. Are you a transformational leader?. *Nurs Manage*. 2011;42(9):44.

Thomack B. Time management for today's workforce demands. *Workplace Health Safety*. 2012;60(5):201.

Weston MJ. Strategies for enhancing autonomy and control over nursing. *Online J Issues Nurs*. 2010;15(1):10.

Weydt A. Developing delegation skills. *Online J Issues Nurs*. 2010;15(2):1.

Yoder-Wise PS. *Leading and managing in nursing*. ed 5 St Louis: Mosby; 2014.

Referências de pesquisa

Bargagliotti LA. Work engagement: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2012;68(6):1414.

Begue A, et al. Retrospective study of multidisciplinary rounding on a thoracic surgical oncology unit. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(6):E198.

Carter MR, Tourangeau AE. Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed. *J Adv Nurs*. 2012;68(7):1589.

Cowden T, et al. Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *J Nurse Manage*. 2011;19:461.

Cummings GG, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:363.

Gravlin G, Bittner NP. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Admin*. 2010;40(7/8):329.

Holly C, Igwee G. A systematic review of the influence of transformational leadership style on nursing staff in acute care hospitals. *International J Evid-based Healthc*. 2011;9(3):301.

Kalisch BJ. The impact of RN-UAP relationships on quality and safety. *Nurs Manage*. 2011;42(9):16.

Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook*. 2010;58(5):233.

Kalisch BJ, et al. Nursing staff teamwork and job satisfaction. *J Nurs Manage*. 2010;18:938.

Kearney MH: *Report of the findings from the post-entry competence study, National Council of State Boards of Nursing*, Chicago, 2009.

Kramer M, et al. Nine structures and leadership practices essential for a magnetic (healthy) work environment. *Nurs Admin Q*. 2010;34(1):4.

Kramer M, et al. Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *J Nurse Manage*. 2011;19:5.

Krautscheid LC. Defining professional nursing accountability: a literature review. *J Prof Nurs*. 2014;30(1):43.

Lefton C. Strengthening the workforce through meaningful recognition. *Nurs Econ*. 2012;30(6):331.

Legare F, et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *J Interprof Care*. 2011;25:18.

Mastro KA, et al. Patient- and family-centered care: a call to action for new knowledge and innovation. *J Nurs Admin*. 2014;44(9):446.

Plaff K, et al. An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *J Adv Nurs*. 2014;70(1):4.

Potter PA, et al. Delegation practices between registered nurses and nursing assistive personnel. *J Nurs Manage*. 2010;18:157.

Robichaud P, et al. The value of quality improvement project in promoting interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2012;26:158.

Tanner CA. Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ*. 2006;45(6):204.

Townsend-Gervais M, et al. Interprofessional rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *West J Nurs Res*. 2014;36(7):917.

Weberg D. Transformational leadership and staff retention: an evidence review with implications for healthcare systems. *Nurs Admin Q*. 2010;34(3):246.

Wong CA, et al. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *J Nurse Manage*. 2013;21:709.

---

[1] *Nota da Tradução:* Status Magnet é um prêmio dado pelo American Nurses' Credentialing Center (ANCC), um afiliado do American Nurses Association, aos hospitais que satisfaçam um conjunto de critérios concebidos para medir o poder e a qualidade da sua enfermagem.

[2] "*I*'m Concerned, I'm *U*ncomfortable, I don't feel this is *S*afe".

UNIDADE IV
Normas Profissionais na Prática de Enfermagem

Capítulo 22: Ética e Valores

Capítulo 23: Implicações Legais para a Prática de Enfermagem

Capítulo 24: Comunicação

Capítulo 25: Educação em Saúde do Paciente

Capítulo 26: Registro e Informática

22

Ética e Valores

OBJETIVOS

- Discutir o papel da ética na enfermagem.
- Discutir o papel dos valores no estudo da ética.
- Examinar e esclarecer os valores pessoais.
- Entender as filosofias básicas da ética nos cuidados de saúde.
- Explicar a perspectiva de enfermagem na ética.
- Aplicar o pensamento crítico nos dilemas éticos.
- Discutir as questões éticas contemporâneas.

TERMOS-CHAVE

Advocacia, p. 290
Autonomia, p. 289
Beneficência, p. 290
Casuística, p. 292
Código de ética, p. 290
Comprometimento, p. 290
Confidencialidade, p. 290
Consequencialismo, p. 292
Deontologia, p. 291

Ética, p. 289
Ética dos cuidados, p. 292
Ética feminista, p. 292
Fidelidade, p. 290
Justiça, p. 290
Não maleficência, p. 290
Responsabilidade, p. 290
Teleologia, p. 292
Utilitarismo, p. 292
Valor, p. 291

Ética é o estudo da conduta e do caráter. Ela preocupa-se em determinar o que é bom ou valioso para os indivíduos, os grupos e a sociedade em geral. Atos que são éticos refletem um compromisso com os padrões que os indivíduos, as profissões e as sociedades se esforçam para atender. Quando decisões devem ser tomadas nos cuidados de saúde, um desacordo compreensível pode ocorrer entre os profissionais de saúde, famílias, pacientes, amigos e pessoas da comunidade. A coisa certa a fazer pode ser difícil de determinar quando a ética, os valores e as percepções sobre os cuidados de saúde colidem. Este capítulo descreve os conceitos que ajudarão você a abraçar o papel da ética na sua vida profissional e promover a resolução dos problemas quando um dilema ético se desenvolve.

Termos básicos da ética na saúde

Sua compreensão dos termos comuns, no discurso ético, vai ajudar você a participar, de forma responsável, em discussões com os outros e, até mesmo, pode ajudá-lo a moldar os seus próprios pensamentos sobre as questões éticas.

Autonomia

Autonomia se refere à liberdade do controle externo. Nos cuidados de saúde, esse conceito se aplica em relação ao respeito do profissional à autonomia dos pacientes. Pode também se aplicar à relação institucional para a autonomia dos profissionais. Um compromisso de respeitar a autonomia dos outros é um princípio fundamental da prática ética.

O respeito à autonomia do paciente refere-se ao compromisso de incluir os pacientes na tomada de decisões sobre todos os aspectos dos cuidados. É uma característica-chave do cuidado centrado no paciente. Ao respeitar a autonomia do paciente, você reconhece e protege a independência dele. Respeito à autonomia é um conceito relativamente novo e reflete um movimento que se distancia da assistência paternalista ao paciente, na qual o médico toma todas as decisões. O movimento foi, em parte, uma reação ao Estudo de Sífilis de Tuskegee, quando muitos homens afro-americanos foram infectados com a bactéria sem o seu conhecimento. Quando a história veio à tona na mídia, em 1972, o clamor resultou em um reforço do consentimento informado, especialmente na pesquisa (Reverby, 2013).

O envolvimento dos pacientes nas decisões sobre os seus cuidados é, agora, uma prática-padrão. Os profissionais são obrigados a informar aos pacientes sobre os riscos e os benefícios dos planos de tratamento e, em seguida, garantir que eles compreendam e concordem com o seu plano. Em muitos casos (p.ex., cirurgias e procedimentos diagnósticos), o consentimento de um paciente deve ser documentado pela assinatura do paciente. Em respeito à

autonomia do paciente, você vai apoiar os pacientes que levantam dúvidas sobre os procedimentos, assegurando que eles obtenham as respostas que eles lhe solicitarem. Como enfermeiro, você vai respeitar autonomia do paciente em toda a sua assistência, tendo tempo para explicar os procedimentos de enfermagem, tais como a medida de uma pressão arterial ou a administração de medicamentos.

O respeito à autonomia do profissional refere-se às relações do profissional com as instituições. O que acontece quando um profissional é solicitado a desempenhar funções que levem a conflito com uma crença religiosa ou pessoal? Instituições têm desenvolvido políticas que acomodam o respeito aos profissionais, encontrando uma forma de redirecionar os deveres quando esse conflito ocorre. No entanto, o redirecionamento é realizado de modo que o paciente seja protegido do abandono e apenas quando não houver comprometimento do cuidado ao paciente. O que acontece quando um profissional isoladamente discorda das políticas ou das práticas de uma instituição e receia que essa prática seja insegura? Os mecanismos protetores que coletam denúncias institucionais proíbem represálias contra um funcionário que faz um relatório legítimo sobre questões de segurança clínica. Essas proteções representam expressões de respeito à autonomia do profissional.

Beneficência

Beneficência se refere a tomar medidas positivas para ajudar os outros. O princípio da beneficência é fundamental para a prática de enfermagem e da medicina. O acordo de agir com beneficência implica que o melhor interesse do paciente continua sendo mais importante que o interesse pessoal. Isso implica que os enfermeiros direcionam, primariamente, os cuidados aos outros, mesmo nos detalhes do trabalho diário.

Não Maleficência

Maleficência refere-se a prejudicar ou ferir. **Não maleficência** refere-se ao ato de evitar lesão ou dano. A prática ética dos cuidados de saúde

envolve, não apenas a vontade de fazer o bem, mas igual compromisso de não prejudicar. Um profissional de saúde tenta equilibrar os riscos e benefícios dos cuidados, enquanto se esforça, ao mesmo tempo, para causar o menor dano possível. Um procedimento de transplante de medula óssea, por exemplo, pode oferecer uma chance de cura; mas o processo envolve períodos de sofrimento, e pode não ser possível garantir um resultado positivo. As decisões sobre a melhor ação assumida podem ser difíceis e incertas, precisamente porque os enfermeiros concordam em evitar os danos, ao mesmo tempo que se comprometem a promover benefícios.

Justiça

Justiça refere-se à equidade. O termo é mais frequentemente usado nas discussões sobre o acesso aos recursos de saúde, incluindo uma distribuição justa dos recursos escassos. Em geral, as discussões sobre o seguro de saúde, os centros hospitalares e os serviços, os transplantes de órgãos se referem a questões da justiça. O termo em si é aberto à interpretação sobre a melhor forma de garantir a justiça. O princípio da distribuição justa significa que os recursos da atenção à saúde devem estar disponíveis para tantas pessoas quanto possível? Ou é mais importante manter-se preocupado com a igualdade, assegurando que todas as pessoas recebem recursos da mesma forma? Especialmente pelo fato de que os custos de saúde continuam a aumentar, a questão da justiça segue sendo uma parte fundamental da discussão sobre a reforma dos cuidados de saúde e o acesso aos cuidados.

O termo *cultura da justiça* refere-se apenas à promoção de uma discussão aberta, sem medo de recriminação no caso de erros, especialmente aqueles envolvendo a ocorrência ou a iminência de ocorrência de eventos adversos. A culpa é negada, pelo menos, no início, até que os problemas do sistema e de outros elementos possam ser investigados por suas contribuições ao erro. Ao promover a discussão aberta sobre os erros, os membros da equipe de saúde tornam-se mais ricamente informados e capazes de projetar novos sistemas que previnam os danos.

Fidelidade

Fidelidade se refere ao acordo para manter as promessas. Como enfermeiro, você mantém as promessas ao dar seguimento às suas ações e intervenções. Se você avalia um paciente com dor e realiza um procedimento para controlá-la, o padrão de fidelidade encoraja você a monitorar a resposta do paciente ao procedimento. A prática profissional inclui uma vontade de rever o planejamento, quando necessário, para tentar manter a promessa de reduzir a dor. A fidelidade também se refere à falta de vontade de abandonar os pacientes, independentemente das circunstâncias, mesmo quando crenças pessoais diferem, assim quando lidamos com traficantes de drogas, membros da comunidade *gay*, mulheres que sofreram um aborto ou prisioneiros.

Código de ética do profissional de enfermagem

Um **código de ética** é um conjunto de princípios de orientação de conduta que todos os membros de uma profissão aceita. É uma declaração coletiva sobre as expectativas e os padrões de comportamento do grupo. O American Nurses Association (ANA) estabeleceu o primeiro código de ética de enfermagem há décadas. A ANA analisa e revisa o código periodicamente. Contudo, os princípios de responsabilidade, comprometimento, advocacia (*advocacy*) e confidencialidade permanecem constantes (ANA, 2015).

Advocacia (Advocacy)

Advocacia se refere ao apoio a uma causa particular. Como um enfermeiro, você defende direitos dos pacientes à saúde e à segurança, incluindo o direito à privacidade e de recusar o tratamento. Sua relação especial com pacientes fornece a você o conhecimento que é especifico ao seu papel como um enfermeiro e, como tal, a oportunidade de dar uma contribuição específica para a compreensão de um ponto de vista do paciente.

Responsabilidade

A palavra **responsabilidade** refere-se ao desejo de respeitar os próprios deveres profissionais e seguir adiante. Um exemplo ocorre na sequência de uma política e procedimentos da instituição. Como enfermeiro, você é responsável por suas ações e pelas ações daqueles a quem você delega as tarefas. Você concorda em assumir a responsabilidade de continuar a ser competente nas práticas para que possa prosseguir, através de suas responsabilidades, de forma confiável.

Comprometimento

Comprometimento refere-se à capacidade de responder por suas ações. Você garante que suas ações profissionais são explicáveis aos seus pacientes e ao seu empregador. Instituições de saúde também se comprometem pela monitoração individual e pela conformidade institucional com as normas nacionais estabelecidas por órgãos como a The Joint Comissão (TJC). A TJC estabelece diretrizes nacionais de segurança do paciente, para garantir a sua segurança e local de trabalho por meio de práticas de enfermagem consistentes e eficazes (TJC, 2015). A ANA promove uma decisão ética definindo padrões para a prática colaborativa por meio do discurso multidisciplinar (ANA, 2015).

Confidencialidade

A legislação federal conhecida como Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) garante a **confidencialidade** na proteção de informações pessoais de saúde dos pacientes. A legislação define os direitos e privilégios dos pacientes para a proteção da privacidade. Ela estabelece multas por violações (USDHHS, 2013). Na prática, você não pode compartilhar informações sobre a condição médica de um paciente ou informações pessoais para ninguém que não esteja envolvido nos cuidados do paciente. Consulte o Capítulo 26 para obter detalhes sobre as regulamentações do HIPAA que regem a comunicação das informações do paciente, contida nos registros médicos, tanto por cópia impressa quanto eletrônica.

Rede Social

A presença de redes sociais on-line apresenta desafios éticos para os enfermeiros. Por um lado, as redes sociais podem ser uma fonte de apoio de informações sobre o atendimento ao paciente ou atividades profissionais de enfermagem. A mídia social pode fornecer a você um suporte emocional, quando se deparar com dificuldades no trabalho com colegas ou pacientes. Por outro lado, o risco para a privacidade do paciente é grande. Mesmo se você postar uma imagem de um paciente sem qualquer identificação clara, a natureza da mídia

compartilhada, ao reenviar, pode produzir um contorno da imagem em um local onde mesmo o contexto da imagem fornece pistas para amigos ou familiares identificarem o paciente.

O agrupamento de amigos em salas on-line de bate-papo, no Facebook ou em outros locais públicos interfere na sua capacidade de manter uma relação terapêutica. Amizade com um paciente sempre traz um risco de opacificar a sua capacidade de manter a objetividade em suas percepções clínicas. A natureza pública de relacionamentos on-line coloca um risco adicional na medida em que outros pacientes podem ver e aprender mais do que eles deveriam saber sobre você e outros pacientes. Eles podem não confiar que você permaneça imparcial (i.e., igualmente disponível para cada paciente em sua tarefa).

Políticas de instituição de trabalho vão ajudar a responder a perguntas que você tem sobre quando e onde é apropriado se envolver em mídia social sobre histórias ou problemas do local de trabalho. A ANA e o National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) têm criado um Livro Branco conjunto com orientação sobre mídia social. Como a declaração conjunta estabelece: "relações enfermeiro–paciente eficazes são construídas na confiança. Os pacientes precisam estar confiantes de que a sua informação mais pessoal e sua dignidade básica serão protegidas pelo enfermeiro" (ANA/ NCSBN, 2011).

Valores

Enfermagem é um trabalho que envolve intimidade. A prática de enfermagem exige que você esteja em contato com os pacientes, física, emocional, psicológica e espiritualmente. Na maioria das outras relações íntimas que você escolhe para estabelecer a relação, você antecipa que seus valores deverão ser compartilhados com a outra pessoa. Mas, como um enfermeiro, você concorda em prestar cuidados aos seus pacientes exclusivamente com base nas necessidades que eles têm de seus serviços. Os princípios éticos da beneficência e da fidelidade moldam a prática de cuidados de saúde e as distingue de outros relacionamentos humanos comuns, tais como amizade, casamento e relação empregador–empregado. Mas pela natureza das próprias relações nos cuidados de saúde, por vezes, elas podem ocorrer na presença de valores conflitantes.

Um **valor** é uma crença pessoal sobre o mérito de uma determinada ideia, atitude, personalização ou objeto que define os padrões que influenciam o comportamento. Inevitavelmente, você vai trabalhar com pacientes e colegas cujos valores diferem dos seus. Para negociar as diferenças de valores, é importante ser claro sobre seus próprios valores: o que você valoriza, por que e como você respeita os seus próprios valores, mesmo que você tente respeitar os valores dos outros valores que diferem dos seus (Cap. 9). Os valores que um indivíduo possui refletem influências culturais e sociais, e esses valores variam entre as pessoas e se desenvolvem ao longo do tempo. Por exemplo, em algumas culturas, as decisões sobre cuidados de saúde fluem de discussões no grupo familiar, em vez de decisões independentes de uma pessoa. Tal prática pode desafiar o seu compromisso de respeitar a autonomia do paciente. Seu esforço para resolver opiniões divergentes e manter a sua competência cultural torna-se a marca registrada do seu compromisso com a prática ética.

Esclarecimento de Valores

Dilemas éticos quase sempre ocorrem na presença de conflitos de valores. Para resolver dilemas éticos é preciso distinguir entre valor, fato e opinião. Às vezes as pessoas têm tais valores fortes que consideram que eles sejam fatos, e não apenas opinião. Às vezes, as pessoas são tão apaixonadas por seus valores que eles se tornam julgamento, de modo que intensifica um conflito. Esclarecer valores — o seu próprio, dos seus pacientes e dos seus colegas de trabalho — é uma parte importante e eficaz do discurso ético. No processo de esclarecimento de valores, você aprende a tolerar as diferenças, de tal maneira que, muitas vezes, (embora nem sempre) se torne a chave para a resolução de dilemas éticos.

Examine o exercício dos valores culturais no Quadro 22-1. Os valores apresentados no exercício estão em termos neutros de tal forma que possa apreciar como os valores que diferem não indicam "certo" ou "errado". Por exemplo, para algumas pessoas, é importante permanecer em silêncio e serem estoicos na presença de uma grande dor; enquanto, para outros, é importante falar sobre isso para entender e controlar. Identificar valores como algo separado dos fatos pode ajudá-lo a ser tolerante uns com os outros, mesmo quando as diferenças entre vocês parecem um mundo à parte.

Quadro 22-1 Exercício de Valores Culturais

A coluna à direita contém declarações que descrevem uma opinião; a coluna à esquerda contém declarações que descrevem a opinião oposta. Nenhuma declaração é certa, nem é errada. Essas declarações refletem opiniões, não necessariamente fatos. Se as pessoas de variadas culturas recebessem este questionário, algumas fortemente concordariam com as crenças à direita, enquanto outras com as opiniões à esquerda. Leia cada afirmação e reflita sobre os seus próprios valores e opiniões. Circule o número 1 se você concorda fortemente com a declaração à esquerda e 2 se concordo moderadamente. Circule 4 se você concorda fortemente com a declaração à direita e 3 se concorda moderadamente.

	Cate	

Declaração	gori a	Declaração
Preparar o futuro é uma atividade importante e reflete maturidade	1 2 3 4	A vida tem um curso predestinado. O indivíduo deveria segui-lo.
Respostas vagas são desonestas e confusas.	1 2 3 4	Respostas vagas, às vezes, são preferidas, porque evitam constrangimento e confronto.
Pontualidade e eficiência são características de uma pessoa que é, ao mesmo tempo, inteligente e preocupada.	1 2 3 4	Pontualidade não é tão importante quanto a manter um ambiente descontraído, aproveitar o momento e estar com a família e os amigos.
No caso de dor grave, é importante manter-se forte e não reclamar muito.	1 2 3 4	No caso de dor grave, é melhor falar sobre o desconforto e expressar frustração.
É egoísta e imprudente aceitar um presente de alguém que você não conhece bem.	1 2 3 4	É um insulto recusar um presente quando ele é oferecido.
Ao se dirigir a alguém pelo seu primeiro nome, mostre simpatia.	1 2 3 4	Dirigir-se a alguém pelo seu primeiro nome é desrespeitoso.
Questionamento direto é, geralmente, a melhor maneira de obter informações.	1 2 3 4	Questionamento direto é rude e poderia causar embaraço.
Contato visual direto demonstra interesse.	1 2 3 4	Contato visual direto é intrusivo.
Em última análise, a independência do indivíduo deve vir antes das necessidades da família.	1 2 3 4	As necessidades do indivíduo são sempre menos importantes que as necessidades da família.

Modificado de Renwick GW, Rhinesmith SH: *An exercise in cultural analysis for managers*, Chicago, 1995, Intercultural Press.

Ética e filosofia

Historicamente, a ética dos cuidados de saúde constituiu uma busca de padrões fixos que deveria determinar as ações corretas. Ao longo do tempo, a ética tem crescido em um campo de estudo que é mais flexível e está repleto de diferenças de opinião e esforços profundamente significativos para a compreensão da interação humana. A análise seguinte apresentará a você uma variedade de abordagens filosóficas à ética que podem ocorrer durante as discussões éticas nos ambientes de cuidados de saúde.

Deontologia

Deontologia propõe um sistema de ética que é talvez mais familiar para os profissionais de saúde. Suas bases vêm do trabalho de um filósofo do século XVIII, Immanuel Kant (1724-1804). A **deontologia** define ações como certo ou errado, com base em suas "características de fazer o correto", como a fidelidade a promessas, a veracidade e a justiça (Beauchamp & Childress, 2012). Ela especificamente não olha para consequências das ações para determinar certo ou errado. Em vez disso, a deontologia examina uma situação para a existência do certo ou errado essencial. Por exemplo, se você tentar tomar uma decisão sobre a ética em um procedimento médico controverso, a deontologia orienta que você se concentre em como o procedimento garante a fidelidade ao paciente, a veracidade, a justiça e a beneficência. Você se concentra menos sobre as consequências (eticamente falando). Se o procedimento médico no exemplo é justo, respeita a autonomia e faz bem, ele vai estar certo e vai ser ético de acordo com esta filosofia. Se ele faz bem, mas apenas a um número limitado de pessoas, poderia ser considerado injusto e, portanto, antiético.

A deontologia depende de uma compreensão mútua de justiça, autonomia e bondade. Mas, na superfície, ainda deixa espaço para uma confusão. O princípio do respeito à autonomia pode ser

complicado quando lidamos com crianças. Por exemplo, pediatras recomendam vacinações contra o sarampo. Mas os pais podem recusar a recomendação, pensando que eles estão protegendo a criança do mal percebido. A quem a autonomia deve estender o respeito, aos pais? E sobre a necessidade da criança de ser protegida contra o sarampo? E quanto a necessidade da comunidade de ser protegida contra uma epidemia? Quando é aceitável intervir em um pai quando se pretende falar no melhor interesse da criança? O compromisso de respeitar a ”retidão“ de autonomia é um princípio de orientação na deontologia, mas a adesão ao princípio, por si só, não produz sempre as respostas claras para situações complicadas.

Utilitarismo

Um sistema de ética utilitarista propõe que o valor de algo é determinado pela sua utilidade. Essa filosofia também é conhecida como **consequencialismo**, porque a sua ênfase principal é sobre o resultado ou consequência da ação. Um terceiro termo associado a essa filosofia é a **teleologia**, derivada da palavra grega “telos”, que significa “fim”, ou o estudo do fim ou das causas finais. John Stuart Mill (1806-1873), um filósofo britânico, estabeleceu, pela primeira vez, os seus fundamentos filosóficos. O maior bem para o maior número de pessoas é o princípio orientador para determinar a ação correta neste sistema. Tal como acontece com a deontologia, o **utilitarismo** baseia-se na aplicação de um determinado princípio (i.e., medidas de ”bem“ e ”maior“) (Beauchamp & Childress, 2012). A diferença entre o utilitarismo e a deontologia é o foco nos resultados. O utilitarismo mede o efeito que um ato terá; a deontologia olha para a presença de princípios, independentemente do resultado.

As pessoas têm definições conflitantes de ”maior e bem“. Por exemplo, a pesquisa sugere que a educação sobre as práticas sexuais seguras reduz a propagação do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Reduzir a incidência de HIV é bom para um grande número de pessoas. Para alguns, a educação sexual é mais bem fornecida dentro de um ambiente familiar e não na escola, porque promove os valores da família. Para outros, utilizando o mesmo ”maior e bem“ lógico, a

educação sexual nas escolas públicas seria a melhor solução, porque seria educar o maior número de pessoas de uma forma padrão e eficaz. Tal como acontece com a deontologia, o utilitarismo fornece orientação, mas não garante um acordo.

Ética Feminista

Com base nas suas preocupações sobre as questões não respondidas que surgem com a aplicação da deontologia e do utilitarismo, os estudiosos que focam as diferenças entre os sexos, especialmente nos pontos vista das mulheres, desenvolveram uma crítica das filosofias éticas convencionais. Chamada **ética feminista**, define que a natureza dos relacionamentos orienta os participantes na tomada de decisões difíceis, especialmente os relacionamentos nos quais o poder é desigual ou nos quais um ponto de vista tornou-se ignorado ou invisível (Beauchamp & Childress, 2012). Autores com uma perspectiva feminista tendem a se concentrar mais em soluções práticas que nas teorias. Por exemplo, ao decidir se deseja realizar um procedimento possivelmente paliativo em um paciente que está morrendo, a ética feminista pode nos guiar para olhar para as relações do paciente com a família e os amigos como uma forma de determinar a atitude eticamente correta a adotar. Como a capacidade do paciente de se envolver em relacionamentos seria afetada? Se o paciente é um dos pais, como é que a relação do paciente com as crianças seria afetada pela intervenção? Essas perguntas podem se superficializar com menos frequência se a discussão for enquadrada exclusivamente por princípios éticos convencionais.

Os críticos da ética feminista se preocupam com a falta de apelo aos princípios éticos tradicionais. Sem orientação de princípios como a autonomia e a beneficência, eles argumentam que as soluções para as questões éticas vão depender muito de julgamento subjetivo.

Ética dos Cuidados

A ética dos cuidados e a ética feminista estão intimamente relacionadas. Ambos promovem uma filosofia que se concentra em

entender os relacionamentos, especialmente as narrativas pessoais.

Um dos primeiros defensores da ética dos cuidados, Nel Noddings, usou o termo *quem cuida* para identificar o indivíduo que presta os cuidados e *quem é cuidado* para se referir ao paciente. Ao adotar essa linguagem, Noddings espera enfatizar o papel dos sentimentos. **Ética dos cuidados** também se esforça para abordar as questões além das relações individuais, aumentando as preocupações éticas sobre as estruturas, dentro das quais os cuidados ocorrem — estruturas tais como os hospitais ou as universidades (Noddings, 2013).

Casuística

Casuística ou raciocínio baseado em casos, se afasta dos princípios convencionais da ética, como uma forma de determinar as melhores ações e focos em vez de um "entendimento íntimo de situações particulares" (Beauchamp & Childress, 2012). Essa abordagem ao discurso ético depende de encontrar um consenso que seja mais que um apelo ao princípio filosófico. A construção de consenso é um ato de descoberta no qual a sabedoria coletiva orienta um grupo para uma melhor decisão possível. Como uma estratégia para resolver dilemas, a construção de consenso promove o respeito e o acordo em vez de uma filosofia particular ou próprio sistema moral.

Ponto de vista da enfermagem

Todos os pacientes nos sistemas de saúde interagem com enfermeiros em algum momento, e as formas de interação são únicas para a enfermagem. Enfermeiros, em geral, se envolvem com os pacientes durante períodos mais amplos que profissionais de outras disciplinas. Eles estão envolvidos em atos físicos íntimos tais como banho, alimentação e procedimentos especiais. Como resultado, os pacientes e as famílias podem se sentir mais confortáveis em revelar informações, nem sempre compartilhadas com médicos ou outros profissionais de saúde. Detalhes sobre a vida familiar, informações sobre estilos de enfrentamento, preferências pessoais e detalhes sobre medos e inseguranças são suscetíveis de emergir durante as intervenções de enfermagem. Sua capacidade de moldar os seus cuidados com base nesse conhecimento especial fornece uma contribuição indispensável para o cuidado integral do seu paciente.

O atendimento de qualquer paciente envolve a colaboração de muitas disciplinas. Gerentes e administradores de diferentes profissionais contribuem para o discurso ético com os seus conhecimentos de sistemas, distribuição de recursos, possibilidades financeiras e limitações (Fig. 22-1).

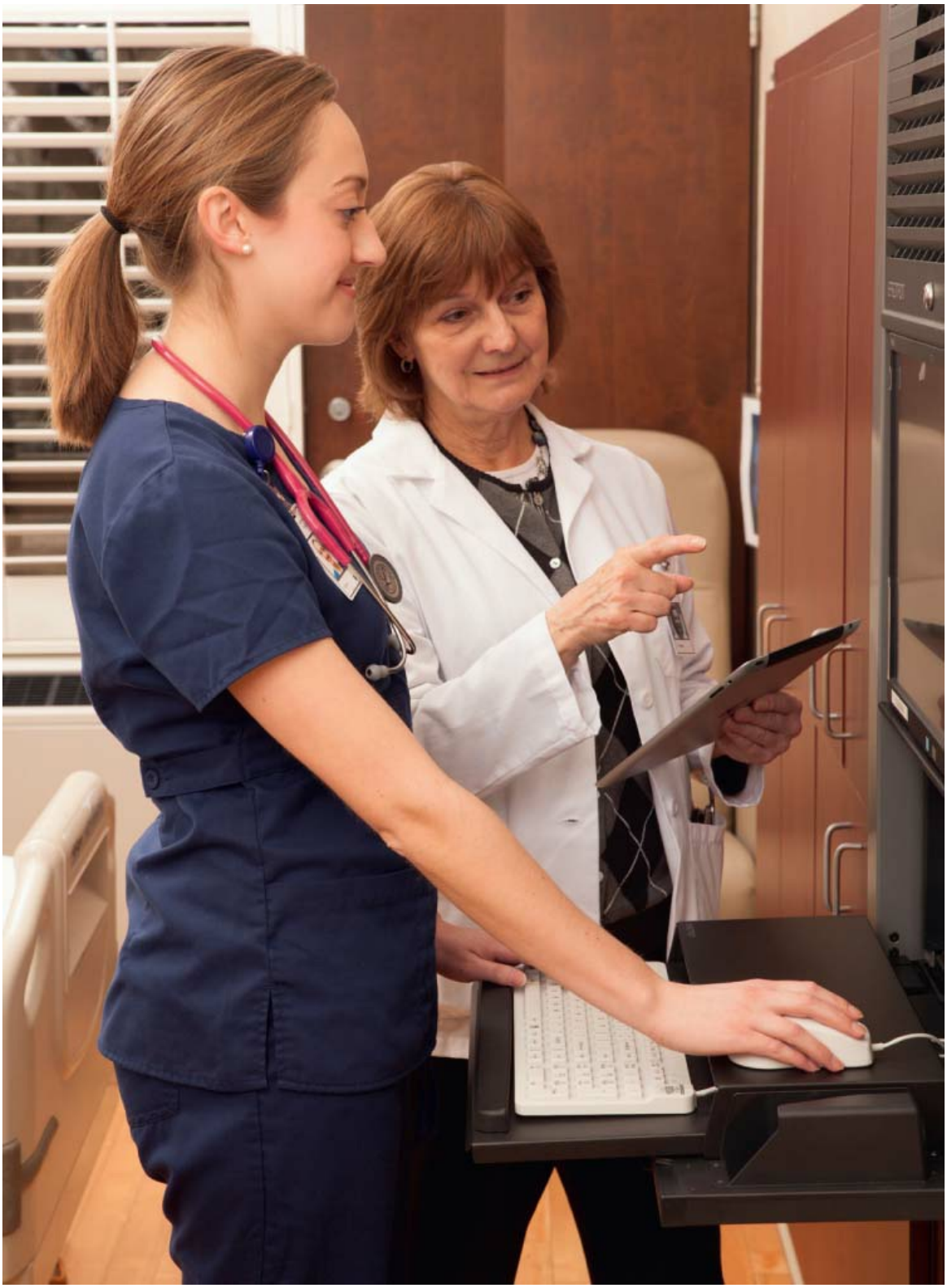


FIGURA 22-1 Enfermeiros colaboram com outros profissionais na tomada de decisões éticas.

Processo de um Dilema Ético

Dilemas éticos causam desconforto e controvérsia para ambos: os pacientes e os profissionais. Para minimizar o sofrimento, os participantes se esforçam para processar as questões éticas com cuidado e deliberadamente. O processo deve promover a livre expressão de sentimentos e de opiniões. No entanto, você não resolve um dilema ético considerando apenas o que as pessoas querem e sentem (Zoloth, 2010).

Resolver um dilema ético é semelhante ao processo de enfermagem na sua abordagem metodológica de uma questão clínica. Mas ele difere do processo de enfermagem na medida em que exige negociação de diferenças de opinião e clareza sobre as situações que são confusas; e não é facilmente resolvido apelando para os princípios éticos habituais. Encontrar clareza e consenso pode ocorrer quando os seguintes elementos permanecem essenciais ao processo: a presunção de boa vontade por parte de todos os participantes, estrita adesão à confidencialidade, tomada de decisão centrada no paciente e a participação de familiares e de cuidadores primários (Zoloth, 2010).

O processo começa em determinar se existe um dilema ético. Se a pergunta é desconcertante e a resposta é relevante para variadas áreas de interesse humano, existe um dilema ético. Você, então, reúne todas as informações pertinentes sobre o caso, incluindo a revisão do prontuário do paciente das avaliações clínicas recentes. O exame de seus valores pessoais, neste momento, pode ajudar a diferenciar entre fato e opinião, uma parte importante do processo. Uma vez que a informação seja coletada, obter um consenso na declaração sobre o dilema vai facilitar a discussão. Em seguida, listar todos os desdobramentos possíveis de ação vai orientar a discussão em direção a uma solução possível e ajudar a identificar as áreas de divergência e de consenso. Como um grupo, você analisa e avalia alternativas com respeito a todas as diferenças de opinião. Na maioria das vezes, as pessoas em um conflito ético chegam a uma resolução e implementam um plano. Avaliação do plano segue (Quadro 22-2).

Quadro 22-2 Passos-chave na Resolução de um Dilema Ético

Passo 1: Fazer a pergunta: Este é um dilema ético?
Passo 2: Reunir informações relevantes para o caso. Perspectivas do paciente, família, institucionais e sociais são importantes e relevantes fontes de informações.
Passo 3: Esclarecer os valores. Distinguir entre os fatos, opiniões e valores.
Passo 4: Verbalizar o problema. Uma declaração clara e simples do dilema nem sempre é fácil, mas ajuda a garantir a eficácia do plano final e facilita a discussão.
Passo 5: Identificar possíveis cursos de ação.
Passo 6: Negociar um plano. Negociação exige uma confiança no próprio ponto de vista e um profundo respeito pelas opiniões dos outros.
Passo 7: Avaliar o plano ao longo do tempo.

Se o processo envolve uma conferência de família ou alterações no plano de tratamento, você documenta todas as informações relevantes no prontuário do paciente. Algumas instituições usam um formulário especial de consulta ética como estrutura da documentação. No entanto, se a preocupação ética não afeta diretamente o atendimento ao paciente, você pode documentar a discussão nas atas de reunião ou em um memorando enviado a todos os envolvidos na discussão.

Você tem cuidado de uma paciente com uma doença terminal nas últimas 3 semanas. Ela acaba de revelar a você que está pronta para explorar a indicação de Não Reanimar (NR). No entanto, ela não está disposta ou é capaz de expressar esses sentimentos para o médico assistente. O médico tem cuidado da paciente durante as últimos 6 semanas. Você pergunta ao médico se ele promoveria uma conferência de assistência ao paciente para falar sobre NR, mas ele recusa. Você é desafiado sobre como proceder.

Passo 1. Faça a pergunta, este é um dilema ético?

A questão é desconcertante. Sua situação cumpre os critérios de um dilema ético. O desacordo não gira em torno se a paciente está em estado terminal; assim informação adicional não vai mudar a pergunta básica. A paciente deveria ter a oportunidade de discutir a prescrição de NR neste momento? Você e o médico discordam sobre uma avaliação da disposição da paciente para enfrentar questões difíceis relacionadas com a morte. Se ela não estiver pronta, levantar as questões pode causar angústia e medo na paciente e na sua família. Mas ela expressou interesse em discutir o tema. E se ela estiver pronta e a equipe evitar a discussão, ela poderia sofrer desnecessariamente física e emocionalmente. Se ela está muito perto da morte, a falta de uma prescrição de NR implica a aplicação de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em uma situação paliativa.

Passo 2. Reúna tanta informação quanto possível que seja relevante para o caso. Resolução de dilemas pode vir de fontes improváveis. Informações úteis podem incluir resultados de teste, o estado clínico do paciente e literatura sobre o diagnóstico ou a condição do paciente. Situações religiosas, culturais e familiares do paciente também são essenciais para a avaliação.

Uma vez que o dilema existe — pois dois profissionais, você e o médico, discordam sobre o estado de espírito do paciente —, é útil a reavaliação da paciente. Uma avaliação independente poderia ajudar a resolver diferenças de opinião. Muitas vezes, os membros da família ou outras pessoas significativas na vida do paciente oferecem pistas importantes sobre o estado mental de um paciente.

Passo 3. Examine e estabeleça seus valores sobre as questões. Parte do objetivo é identificar, com precisão, a sua própria opinião; e uma meta igualmente fundamental é respeitar as opiniões dos

outros.

Reflita sobre os seus valores. Você acha que esta paciente quer uma prescrição DNR neste local. Mas será que este parecer representa fielmente os desejos da paciente ou, eventualmente, a sua própria ideia sobre o que é melhor para ela? Além disso, você entende que o médico assistente não teve tempo para conhecer bem esta paciente. Você continua a acreditar que a paciente é capaz de uma discussão, apesar de suas declarações em relação ao médico. Na verdade, você acredita que ela vai se beneficiar de uma discussão independentemente da decisão final. Talvez a combinação de um cuidador desconhecido e o declínio da saúde física a tem silenciado apesar da persistência de seus medos e preocupações.

Passo 4. Verbalize o problema. Ao concordar com uma declaração do problema, o grupo é capaz de conduzir uma discussão focada.

A prescrição NR é algo certo ou errado para esta paciente? E ela está pronta para discutir as opções?

Passo 5. Considere possíveis linhas de ação. Quais as opções que são possíveis nesta situação?

Você pode retornar ao seu supervisor para obter um conselho. Você poderia iniciar uma discussão com o médico independentemente do paciente. Você pode consultar a Comissão de Ética em seu local de trabalho. Seu objetivo é encontrar o melhor espaço para resolver o dilema, e o discurso é o caminho mais comum da resolução. Questões que você pode levantar para discutir com os outros: É de melhor interesse do paciente facilitar uma prescrição de NR? Como se pode determinar o que o paciente quer realmente? O que acontece quando, de boa-fé, os profissionais discordam sobre a avaliação do

paciente? As respostas a essas perguntas podem ser evasivas, porque dependem de uma compreensão dos sentimentos e dos valores do paciente que não é, necessariamente, óbvia.

Passo 6. Negocie o resultado. As negociações podem acontecer em uma variedade de definições: à beira do leito, em um escritório, em uma sala de conferências. Às vezes, uma reunião ética formal fornece um recurso útil. Onde quer que ocorram as negociações, o enfermeiro tem a obrigação de articular um ponto de vista pessoal e, ao mesmo tempo, de mostrar respeito pelos pontos de vista dos outros da mesa.

Se ocorrer uma reunião do comitê de ética, a discussão, normalmente, envolve participantes de outras disciplinas e deve incluir o paciente e a sua família. Um facilitador ou presidente garante que o grupo analise todos os pontos de vista e identifique todas as questões relevantes. Nas melhores circunstâncias, os participantes descobrem uma linha de ação que atenda aos critérios de consenso ou a aceitação de todos. No entanto, de vez em quando eles deixam a discussão decepcionados ou, mesmo, contrários à decisão. Mas em uma discussão bem-sucedida, todos os membros estão de acordo em uma ação.

Os princípios envolvidos durante uma discussão do comitê de ética incluem beneficência e não maleficência: Que plano prevê o melhor para esta paciente, uma prescrição de NR ou nenhuma prescrição? Uma questão separada aborda o ponto de vista da paciente e um respeito pela sua autonomia: Será que uma discussão com a paciente promoverá o bem-estar ou a angústia? O compromisso de respeitar a autonomia da paciente revela que uma pergunta incômoda permanece: Será que a paciente quer algo diferente do que ela está expressando?

Com vários membros da equipe de saúde presentes, a discussão prossegue. Você apresenta o seu ponto de vista e continua a sentir

que a paciente está pronta para discutir a prescrição NR. Mas você também respeita o médico assistente e a percepção de que a paciente está relutante em falar abertamente sobre isso. No final, a equipe propõe o seguinte: uma reunião formal com a paciente em que você, o médico assistente e um membro respeitado da família estejam presentes. Você apoia essa proposta, porque acredita que ela maximiza o conforto da rede de amigos e familiares do paciente. Além disso, você reconhece que, em um ambiente de confiança da paciente, é mais provável que ela se expresse livremente. Você sugere que, em vez de perguntar se a paciente quer uma prescrição NR, talvez a equipe pudesse esperar que ela iniciasse a discussão. Dessa forma, a equipe iria certificar-se de seu consentimento e da sua vontade de abordar as questões difíceis sobre a morte.

Passo 7. Avalie a ação.

Na reunião, a paciente confirma a prescrição NR. Ela expressa um alívio com a oportunidade de explorar suas opções e sentimentos. O médico esclarece as questões de gestão da dor que ela suscita. Ela quer discutir uma prescrição NR, mas solicita a visita de seu padre diante da tomada de uma decisão final. No final da reunião, você pergunta à paciente se as suas expectativas foram atendidas, e ela diz: "Sim, eu estou feliz, porque você me deu a chance de falar sobre isso. Sinto que estou pronta para morrer."

Recursos Institucionais

Uma comissão de ética dedicada ao ensino e ao processamento de questões éticas e dilemas é necessária na maioria dos hospitais. Uma comissão envolve profissionais de diferentes disciplinas e experiências que apoiam as instituições de saúde com três funções principais: fornecimento de consulta ética clínica, desenvolvimento e/ou revisão das políticas referentes à ética clínica e à política do hospital (p.ex., diretrizes avançadas, suspensão e recusa de tratamentos de suporte de

vida, consentimento informado, coleta de órgãos) e facilitação da educação sobre questões tópicas em ética clínica (Universidade de Washington, 2013). Qualquer pessoa envolvida na busca de aconselhamento ético, incluindo enfermeiros, médicos, outros profissionais de saúde, pacientes e familiares, pode solicitar acesso a um comitê de ética.

Você também pode processar questões éticas em outras configurações, além de um comitê. Enfermeiros fornecem informações sobre problemas éticos em conferências familiares, reuniões de pessoal, ou mesmo em reuniões individuais.

Quando os problemas éticos não são bem tratados, um sofrimento moral pode ser o resultado. Sofrimento moral ocorre quando as pessoas se sentem enganadas ou não estão cientes das suas opções e não sabem quando ou como falar sobre as suas preocupações. Como membro de uma comunidade de cuidados de saúde, independentemente do seu ambiente de trabalho, você pode reduzir o risco de sofrimento moral ao promover o diálogo, mesmo quando os desacordos ou as confusões são profundos. Comitês de ética oferecem um recurso valioso para estimular e fortalecer as relações (Quadro 22-3).

Quadro 22-3

Prática baseada em evidências

Sofrimento Moral

Questão **PICO**: Quais as ações éticas que reduzem o estresse e promovem o cuidado compassivo nos enfermeiros que experimentam um sofrimento moral ao cuidar de pacientes terminais?

Resumo de Evidências

Sofrimento moral descreve a angústia experimentada quando uma pessoa se sente incapaz de agir de acordo com núcleos de valores muito fechados. As evidências indicam que problemas subjacentes

de má comunicação, colaboração inadequada e impotência percebida contribuem para sofrimento moral recorrente (Ulrich et al., 2010). Ferramentas confiáveis para medir o sofrimento moral, testadas em relação à confiabilidade e validade, continuam evoluindo à medida que pesquisadores se concentram na experiência do sofrimento moral, especialmente em unidades de cuidados intensivos (Hamric et al., 2012). Em entrevistas guiadas envolvendo profissionais de terapia intensiva (UTI), os pesquisadores demonstraram como "o sentimento de impotência, a dinâmica familiar difícil e o reconhecimento do sofrimento são capazes de antecipar o desenvolvimento de sofrimento moral" (McAndrew & Leske, 2015).

Aplicação à Prática de Enfermagem

Uma vez que o sofrimento moral é uma experiência compartilhada, esforços colaborativos para aliviá-lo são os mais bem-sucedidos. A pesquisa sugere que as seguintes intervenções possam reduzir o risco de sofrimento moral:

- Educação ética interdisciplinar, na qual os enfermeiros e médicos aprendem, juntos sobre discurso ético (Ulrich et al., 2010; McAndrew & Leske, 2015)
- Desenvolvimento de grupos de apoio no local de trabalho para enfermeiros e médicos
- Aumentar as oportunidades para a prática colegiada, como *rounds* multidisciplinares de rotina
- Engajar-se em conversas construtivas e multidisciplinares, o que é a chave (McAndrew & Leske, 2015)

Questões éticas nos cuidados de saúde

Questões éticas mudam à medida que a sociedade e as tecnologias se alteram, mas denominadores comuns permanecem: o processo básico usado para resolver os problemas e a sua responsabilidade de lidar com eles. A seção seguinte descreve exemplos de questões atuais, nas quais surgem preocupações éticas.

Qualidade de Vida

Qualidade de vida representa algo profundamente pessoal. Pesquisadores de cuidados de saúde usam medidas de qualidade de vida para definir cientificamente os valores e os benefícios das intervenções médicas. Cada vez mais, os cientistas incorporam a medição não apenas observada, mas autorrelatada de pacientes sobre a qualidade de vida e outros resultados, referidos como Relatos Esperados de Paciente — Patient Reported Outcomes (Basch, 2014). Medidas de qualidade de vida podem levar em conta a idade de um paciente, a capacidade do paciente de viver de forma independente, a sua capacidade de contribuir para a sociedade de uma forma lucrativa e outras medidas diversificadas de qualidade. Contudo, uma definição continua sendo estritamente individual e difícil de prever. Nussbaum (2011) propôs que a qualidade de vida não é apenas uma entidade mensurável, mas uma responsabilidade compartilhada, que devemos uns aos outros como membros de uma comunidade. Como Nussbaum (2011) descreve, a vida boa "começa com um compromisso com igual dignidade de todas as pessoas, independentemente da sua classe, religião, casta, raça ou gênero. Ela está empenhada na realização, de todos, de vidas que sejam dignas com igual dignidade". A questão da qualidade de vida é fundamental nas discussões sobre a qualidade dos cuidados, as medidas de resultados, os cuidados no final da vida, os cuidados paliativos, a terapia do câncer e a assistência médica do suicídio assistido.

Deficiência

Nos Estados Unidos, cerca de 56,7 milhões de pessoas (18,7% na população civil não institucionalizada) apresentava uma deficiência em 2010 (Brault, 2012). Essas condições incluem as pessoas que têm uma deficiência nos domínios da comunicação (p.ex., cego, surdos), físico (p.ex., o uso físico do dispositivo de assistência, doença crônica ou lesão aguda que afeta a mobilidade) ou mental (p.ex., dificuldade de aprendizagem, demência). A população de pessoas com deficiência nos Estados Unidos e em outros países reconfigurou a discussão sobre qualidade de vida. O movimento nacional para respeitar as capacidades de todos, independentemente do seu estado funcional, inspirou uma reconsideração da definição de qualidade de vida. Muitos distritos escolares não separam as crianças física ou mentalmente comprometidas, mas sim as integram em salas de aula regulares. Locais públicos, como restaurantes e ônibus, são acessíveis a pessoas que utilizam cadeiras de rodas. Leis antidiscriminação aumentam a segurança econômica das pessoas com deficiência física, mental ou emocional. Essas alterações resultam em uma maior integração das pessoas com deficiência na sociedade em geral.

Filosoficamente, a discussão mudou de um foco naquilo que estava errado quando uma pessoa tinha uma deficiência para uma conversa sobre a melhor forma de estimular as capacidades de todos os humanos independentemente das suas circunstâncias. Às vezes referidas como *capacidades de abordagem*, elas "começam com um compromisso de igual dignidade para todas as pessoas, seja qual for a sua classe, religião, casta, raça ou sexo, e estão comprometidas com a realização, para todos, de vidas que sejam merecedoras de igual dignidade" (Nussbaum, 2011).

Cuidados em Fim de Vida

Previsões sobre os resultados de saúde nem sempre são precisas. Mesmo quando elas mostram certa precisão, as opiniões sobre o valor ou o mérito do resultado diferem. Por exemplo, pacientes com risco de câncer de mama, ocasionalmente, solicitam uma mastectomia, antes

que qualquer sintoma de doença da mama tenha aparecido, com medo de uma história familiar e pensando que eles vão evitar o sofrimento futuro. Os médicos podem se mostrar, compreensivelmente, relutantes em realizar essa intervenção, com base no conhecimento dos fatores de risco e no seu compromisso de "não fazer o mal". Por outro lado, um médico pode recomendar que um paciente seja submetido a um transplante de fígado devido a uma doença do fígado em fase terminal, mesmo que a probabilidade de uma cura seja incerta. O paciente pode ter a opinião de que o transplante é inútil (ou seja, pouco provável que produza benefício que justifique o sofrimento que ele antecipe). Acordo sobre o que é melhor é, muitas vezes, ilusório.

Difíceis desafios emocionais e espirituais, resultando em sofrimento moral, podem caracterizar a gestão dos cuidados no fim da vida. O termo *paliativo* refere-se a algo que é impossível ou que não atende a uma finalidade. Nas discussões de saúde, o termo refere-se a intervenções que não devem produzir benefício para o paciente. O conceito é instável quando aplicado a situações clínicas.

Se um paciente está morrendo de uma doença com pouca ou nenhuma esperança de recuperação, praticamente qualquer intervenção, além do controle dos sintomas e de medidas conforto, é vista como paliativa. Nessa condição, um acordo para rotular uma intervenção como paliativa pode ajudar os profissionais, as famílias e os pacientes a considerarem as medidas de cuidados paliativos uma abordagem mais construtiva para a situação (Cap. 37).

Reforma dos Cuidados de Saúde

A Lei de Acesso ao Serviço de Saúde (Affordable Care Act, ACA) implementou, em janeiro de 2012, a facilitação do acesso aos cuidados de saúde para milhões de indivíduos não segurados nos Estados Unidos. O acesso aos cuidados é essencialmente uma questão ética de justiça. Uma pesquisa da RAND Corporation estimou que, pelo menos, 9,3 milhões de adultos, nos Estados Unidos, atualmente possuem uma cobertura de saúde, em comparação com a cobertura antes da implementação da ACA (Carman & Eibner, 2014). A

legislação também incorporou uma promoção do bem-estar, propondo mudanças no pagamento por serviços e por práticas de recompensa que reduzem os danos e promovam resultados de qualidade.

Ajustes ao ACA continuam em curso. Alguns estados não implementaram as normas em sua totalidade (ou seja, se recusaram em aceitar a expansão da cobertura dos cuidados médicos para residentes de baixa renda). Muitos residentes que se inscreveram são usuários de primeira viagem dos seguros de saúde e ainda estão aprendendo como acessar esse serviço. Em uma pesquisa realizada 6 meses após a implementação do ACA, um quarto dos entrevistados acreditavam, incorretamente, que eles haviam se inscrito em um plano único do governo (Hamel, 2014).

À medida que mais pessoas acessarem os cuidados de saúde nos Estados Unidos, os sistemas continuarão a evoluir. Ficar bem informado sobre os acessos aos cuidados em sua comunidade, como forma de garantir resultados saudáveis, é uma parte importante do seu papel como defensor de seus pacientes e vai refletir o seu compromisso ético de justiça (Quadro 22-4).

Quadro 22-4

Aspectos culturais do cuidado

Acesso a Serviços de Saúde Disponíveis

Desde a implementação do Affordable Care Act, um número maior de residentes nos Estados Unidos tem acesso aos serviços de saúde, como jamais aconteceu. Mas de acordo com o National Healthcare Disparities Report (NHDR), as pessoas negras, as de minorias étnicas e os moradores de baixa renda estão "representados, desproporcionalmente, entre aqueles com problemas de acesso". Os Relatórios da National Healthcare Quality Report e do NHDR revelam que a falta de seguro de saúde é o fator que contribui mais significativamente para a má qualidade dos cuidados. De acordo

com os autores do relatório, "as pessoas não seguradas eram menos propensas a receber cuidados recomendados para prevenção de doenças, tais como triagem do câncer, tratamento odontológico, aconselhamento sobre dieta e exercícios e vacinação contra a gripe. Eles também eram menos propensos a receber cuidados recomendados para o gerenciamento da doença, tais como o controle da diabetes" (AHRQ, 2013).

Implicações para os Cuidados Centrados no Paciente

- As questões de justiça e a distribuição justa dos recursos ajudam na discussão sobre o acesso aos cuidados e a respeito do seu efeito sobre os resultados de saúde.
- Os resultados de saúde, muitas vezes, se correlacionam diretamente com o acesso a serviços de saúde.
- Conhecer e respeitar as práticas culturais do paciente em relação à promoção da saúde e às necessidades de cuidados de saúde (Cap. 9).
- Identificar os recursos culturalmente apropriados para pacientes e familiares em sua comunidade

A coragem e a inteligência para agir como um defensor dos pacientes e como um membro profissional da comunidade de saúde derivam de um esforço para aprender e compreender os princípios éticos. Como um enfermeiro profissional, você provê um único ponto de vista sobre os pacientes, os sistemas que apoiam os pacientes e as instituições que compõem o sistema de saúde. Você tem um dever e um privilégio de articular esse ponto de vista. Aprender a linguagem do discurso ético é uma parte da competência necessária para exercer esse privilégio. A revisão e a consideração de vários princípios éticos vão ajudá-lo a formar pontos de vista pessoais, uma habilidade necessária na negociação de situações éticas difíceis.

Pontos-chave

- Ética é o estudo da conduta e do caráter. Ela está preocupada em determinar o que é bom ou valioso para os indivíduos e a sociedade.
- O código de ética ANA fornece uma base para a enfermagem profissional.
- O profissional de enfermagem promove o comprometimento, responsabilidade, advocacia e confidencialidade.
- Princípios da ética em cuidados de saúde incluem autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e fidelidade.
- O processo de esclarecimento de valores ajuda você a explorar os valores e os sentimentos e decidir como agir no respeito às crenças e aos valores pessoais dos outros, mesmo que sejam diferentes dos seus.
- Surgem problemas éticos devido à presença de diferenças em valores, mudança de papéis profissionais, avanços tecnológicos e questões sociais que influenciam a qualidade de vida.
- Um processo para a resolução de dilemas éticos, que respeite as diferenças de opiniões e todos os participantes, ajuda igualmente os profissionais de saúde para resolver conflitos sobre as ações certas.
- O ponto de vista de um enfermeiro oferece uma voz especial na resolução de dilemas éticos.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. O paciente de quem você está cuidando precisa de um transplante de fígado para sobreviver. Esse paciente está afastado do trabalho há vários meses e não tem seguro de saúde ou dinheiro suficiente. Embora vários princípios éticos estejam envolvidos neste caso, liste os princípios da maior para a menor prioridade.

    1. Responsabilidade: você, como enfermeiro, se compromete com o bem-estar do paciente.
    2. Respeito à autonomia: a autonomia desse paciente será violada se ele não receber o transplante de fígado.
    3. Ética do Cuidado: o melhor cuidado que um enfermeiro poderia fornecer a esse paciente são os recursos para um transplante de fígado.
    4. Justiça: a maior questão nesta situação é como determinar a justa distribuição de recursos.
2. **Preencha** o espaço vazio. A questão central da prática ética é um acordo para tranquilizar o público de que, em todos os aspectos, a equipe de saúde não só trabalha para curar os pacientes, mas concorda em fazer isso da forma menos dolorosa e prejudicial possível. Esse princípio é comumente chamado princípio da _____?
3. A imunização de uma criança pode causar desconforto durante a administração, mas os benefícios de proteção contra doenças, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, superam os desconfortos temporários. Que princípio está envolvido nesta situação?
    1. Fidelidade
    2. Beneficência
    3. Não maleficência
    4. Respeito à autonomia
4. Ao projetar um plano para o gerenciamento da dor pós-operatória para um paciente, o enfermeiro avalia que a prioridade do paciente deve ser liberar o mais possível o paciente da dor. O enfermeiro e o paciente trabalham em conjunto para identificar um plano para controlar a dor. O enfermeiro revê continuamente o plano com o paciente para assegurar que a prioridade do paciente foi cumprida. Que princípio é utilizado para incentivar o enfermeiro a acompanhar a resposta do paciente à dor?
    1. Fidelidade
    2. Beneficência

    3. Não maleficência
    4. Respeito à autonomia
5. Um paciente é admitido em uma unidade clínica. O paciente tem medo de hospitais. De modo cuidadoso, o enfermeiro avalia o paciente para determinar os medos exatos e, em seguida, estabelece intervenções destinadas a reduzir esses medos. Nesse cenário, como o enfermeiro está agindo em defesa do paciente?
    1. Buscar o supervisor de enfermagem para conversar com o paciente
    2. Documentar os medos do paciente no registro médico de forma apropriada
    3. Trabalhar para alterar o ambiente hospitalar
    4. Avaliar o ponto de vista do paciente e preparar-se para articulá-lo
6. A aplicação do utilitarismo nem sempre resolve um dilema ético. Qual das seguintes afirmações explica melhor a razão desse impasse?
    1. Utilitarismo refere-se à utilidade e, por conseguinte, elimina a necessidade de falar sobre os valores espirituais.
    2. Em uma comunidade diversificada, pode ser difícil chegar a um acordo sobre a definição de utilidade, o foco do utilitarismo.
    3. Mesmo quando um acordo sobre uma definição de utilidade existe em uma comunidade, as leis proíbem uma aplicação do utilitarismo.
    4. Decisões éticas difíceis não podem ser resolvidas ao falar da utilidade de um processo.
7. A *ética dos cuidados* sugere que os dilemas éticos possam ser mais bem resolvidos pela atenção aos relacionamentos. Como isso difere de outras práticas éticas? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. A ética dos cuidados presta atenção ao ambiente onde os cuidados ocorrem.
    2. A ética dos cuidados presta atenção às histórias das pessoas

envolvidas na questão ética.
   3. A ética dos cuidados é utilizada apenas na prática de enfermagem.
   4. A ética dos cuidados incide apenas sobre o código de ética para os enfermeiros
   5. A ética dos cuidados se concentra apenas no entendimento dos relacionamentos.

8. Na maioria dos dilemas éticos nos cuidados de saúde, a solução para o dilema exige negociação entre os membros da equipe de saúde. Por que razão o ponto de vista do enfermeiro é valioso?
   1. Os enfermeiros entendem o princípio da autonomia para orientar o respeito à autoestima do paciente.
   2. Os enfermeiros têm um escopo de prática que incentiva a sua presença durante as discussões éticas.
   3. Os enfermeiros desenvolvem um relacionamento com o paciente que é único entre todos os profissionais prestadores de cuidados de saúde.
   4. O código de ética do enfermeiro recomenda que um enfermeiro deva estar presente em qualquer discussão ética sobre o atendimento ao paciente.

9. Os dilemas éticos, muitas vezes, surgem durante um conflito de opinião. A confiança em uma série previsível de passos pode ajudar as pessoas em conflito a encontrar um espaço comum. Todas as seguintes ações podem ajudar a resolver o conflito. Qual é a melhor ordem dessas ações, a fim de promover a resolução de um dilema ético?
   1. Listar as ações que poderiam ser tomadas para resolver o dilema.
   2. Concordar com uma declaração do problema ou dilema que você está tentando resolver.
   3. Concordar com um plano para avaliar a ação ao longo do tempo.
   4. Reunir todas as informações relevantes sobre os aspectos clínicos, sociais e espirituais do dilema.

    5. Tirar um tempo para esclarecer os valores e distinguir entre fatos e opiniões — os seus próprios e os das outras pessoas envolvidas.
    6. Negociar um plano.
10. O código de ética de enfermagem da ANA estabelece que o enfermeiro "promove, defende, e se esforça para proteger a saúde, a segurança e os direitos do paciente". Isso inclui a proteção da privacidade do paciente. Com base nesse princípio, caso você participe de uma rede social pública on-line, tal como o Facebook, você pode postar imagens radiográficas de um paciente se todos os identificadores do paciente forem ocultados ou excluídos?
    1. Sim, porque a privacidade do paciente não seria violada, uma vez os identificadores do paciente foram removidos
    2. Sim, porque o respeito pela autonomia implica que você a tem para decidir o que constitui a privacidade
    3. Não, porque, apesar da remoção da identificação do paciente, alguém poderia identificar o paciente com base em outros comentários que você fez on-line sobre a sua condição e o seu local de trabalho
    4. Não, porque o princípio da justiça requer que você aloque recursos de forma justa
11. Quais são os passos corretos para resolver um dilema ético em uma unidade clínica? Coloque os passos na ordem correta.
    1. Esclarecer os valores.
    2. Fazer a pergunta: Este é um dilema ético?
    3. Verbalizar o problema.
    4. Reunir as informações.
    5. Identificar a linha de ação.
    6. Avaliar o plano.
    7. Negociar um plano
12. A resolução de um dilema ético envolve a discussão com o paciente, com a família do paciente e com os participantes de todas as disciplinas de cuidados de saúde. Qual das seguintes alternativas melhor descreve o papel do enfermeiro na

resolução de dilemas éticos?

1. Articular o ponto de vista único do enfermeiro, incluindo o conhecimento baseado em observações clínicas e psicossociais.
2. Consultar a literatura sobre as pesquisas atuais a respeito de possíveis intervenções clínicas, disponíveis para o paciente em questão.
3. Manter um ponto de vista, mas entender que o respeito pela autoridade dos administradores e médicos tem prevalência sobre a opinião pessoal.
4. Permitir que o paciente e o médico resolvam o dilema, com base em princípios éticos, sem levar em conta os valores ou as opiniões pessoais.

13. Pode ser difícil chegar a um acordo sobre a definição comum da palavra *qualidade* quando se trata de qualidade de vida. Por quê? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. A renda média varia em diferentes regiões do país.
    2. Os valores comunitários influenciam essas definições de qualidade, e elas estão sujeitas a alterações ao longo do tempo.
    3. As experiências individuais influenciam as percepções de qualidade de maneiras diferentes, tornando difícil um consenso.
    4. O valor dos elementos, tais como habilidades cognitivas, capacidade de realizar trabalho significativo e a relação com a família é de difícil quantificação, usando medidas objetivas.
    5. A análise estatística é difícil de aplicar quando o resultado não pode ser quantificado.
    6. Se uma pessoa tem ou não um emprego é uma medida objetiva, mas ela não desempenha um papel na compreensão da qualidade de vida.
14. Qual dos seguintes itens contém o que corretamente se aplica como um princípio ético para justificar o acesso aos cuidados de saúde? (Selecione tudo que se aplica.)

1. O acesso aos cuidados de saúde reflete o compromisso da sociedade com os princípios de beneficência e de justiça.
2. Se uma renda baixa compromete o acesso aos cuidados de saúde, o respeito pela autonomia é comprometido.
3. O acesso aos cuidados de saúde, nos Estados Unidos, é um privilégio e não um direito.
4. O acesso precário aos cuidados de saúde a preços acessíveis causa dano que é eticamente preocupante, porque a não maleficência é um princípio básico da ética de cuidados de saúde.
5. Os profissionais estão isentos de fidelidade a pessoas com vício de drogas, porque este reflete uma falha de comprometimento.
6. Se um novo fármaco que cura a doença é descoberto, mas impõe um grande custo por paciente, o princípio de justiça sugere que o mesmo deva ser disponibilizado para aqueles que possam pagar.

15. Associe os exemplos ao código de ética do profissional de enfermagem:

1. Você vê um prontuário aberto no computador e o fecha para que ninguém mais possa ler o registro sem um acesso adequado. 2. Você ministra uma medicação cardíaca uma vez por dia, na hora errada, mas ninguém percebe. No entanto, você entra em contato com o profissional e o enfermeiro assistente e segue o procedimento da instituição. 3. Um paciente em fim de vida quer ir para casa para morrer, mas a família quer que ele receba todo o cuidado possível. O enfermeiro contata o profissional assistente sobre o pedido do paciente. 4. Você diz ao seu paciente que vai retornar em 30 minutos para aplicar a próxima medicação para dor.	a. Advocacia b. Responsabilidade c. Comprometimento d. Confidencialidade

Respostas: **1**. 4, 2, 3, 1; **2**. Não maleficência; **3**. 2; **4**. 1; **5**. 4; **6**. 2; **7**. 1,

2, 5; **8**. 3; **9**. 4, 5, 2, 1, 6, 3; **10**. 3; **11**. 2, 4, 1, 3, 5, 7, 6; **12**. 1; **13**. 2, 3, 4, 5; **14**. 1, 2, 4; **15**. 1d, 2c, 3a, 4b.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): *National Healthcare Disparities Report*, 2013, http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhdr13/chap10.html, revised May 2014. Accessed February 2015.

American Nurses Association (ANA): *Code of ethics*, revised 2015, http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEth of-Ethics-For-Nurses.html. Accessed February 2015.

American Nurses Association (ANA) and National Council of State Boards of Nursing (NCSBN): *White paper: a nurse's guide to the use of social media*, revised 2011, https://www.ncsbn.org/Social_Media.pdf. Accessed February 2015.

Basch E: New frontiers in patient-reported outcomes: adverse event reporting, comparative effectiveness, and quality assessment, *Annu Rev Med* 65307, updated 2014. http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-med-010713-141500. Accessed July 28, 2015.

Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. ed 7 New York: Oxford University Press; 2012.

Brault MW: Americans with disabilities: 2010: Current population reports; Household economics, *US Census Bureau, Washington DC*, Available at http://www.census.gov/prod/2012pubs/p70-131.pdf. Accessed August 1, 2015.

Carman GC, Eibner C: *Survey estimates net gain of 9.3 million adults with health insurance*, revised July 2014, Rand Corporation, 2014, http://www.rand.org/blog/2014/04/survey-estimates-net-gain-of-9-3-million-american-adults.html. Accessed February 2015.

Hamel L, et al: *Kaiser health tracking poll*, July 2014, http://kff.org/health-reform/poll-finding/kaiser-health-tracking-poll-july-2014/, revised August 1, 2014. Accessed July 28, 2015.

Noddings N. *Caring: a relational approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press; 2013.

Nussbaum M. What makes a good life. *The Nation*. May 2, 2011.

Reverby SM: *Tuskegee Syphilis Study*, updated April 2013, http://www.encyclopediaofalabama.org/face/Article.jsp?id=h-1116. Accessed February 2015.

The Joint Commission (TJC): *Joint Commission hospital national patient safety goals*, 2015, http://www.jointcommission.org/hap_2015_npsgs/. Accessed February 2015.

University of Washington: Ethics committees, programs and consultations, *Ethics*

in Medicine 2013. Available at https://depts.washington.edu/bioethx/topics/ethics.html. Accessed July 31, 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Understanding health information privacy*, last revised January 2013, http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/index.html. Accessed February 2015.

Zoloth L. Learning a practice of uncertainty: clinical ethics and the nurse. In: Cowen PS, Moorhead S, eds. *Current issues in nursing*. ed 7 St Louis: Mosby; 2010.

Referências de pesquisa

Hamric AB, et al. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res*. 2012;3(2):1.

McAndrew NS, Leske JS. A balancing act: experiences of nurses and physicians when making end-of-life decisions in intensive care units. *Clin Nurs Res*. 2015;24(4):357.

Ulrich CM, et al. Moral distress: a growing problem in the health professions?. *Hastings Cent Rep*. 2010;40(1):20.

23

Implicações Legais para a Prática de Enfermagem

OBJETIVOS

- Descrever as obrigações legais e o papel do enfermeiro em relação às leis federais e estaduais que afetam os cuidados de saúde.
- Explicar os conceitos legais de padrão de cuidado e consentimento informado.
- Listar as fontes de cuidados padronizados para os enfermeiros.
- Descrever o papel do enfermeiro na prescrição de “não reanimar” (NR).
- Analisar os aspectos legais das relações enfermeiro–paciente, enfermeiro–profissionais de saúde, enfermeiro–enfermeiro e enfermeiro–empregador.
- Listar os elementos necessários para estabelecer o conceito de negligência.
- Analisar as ações de enfermagem mais frequentemente associadas à violação da prática de enfermagem.

TERMOS-CHAVE

Agressão, p. 306
Ameaça, p. 306
Calúnia, p. 306
Confidencialidade, p. 303
Consentimento informado, p. 307
Contravenção, p. 300
Crime, p. 300
Delitos, p. 305
Delitos intencionais, p. 305
Delitos não intencionais, p. 306
Delitos quase intencionais, p. 305
Detenção ilegal, p. 306
Difamação de caráter, p. 306
Difamação escrita, p. 306
Direito administrativo, p. 299
Gestão de riscos, p. 309
Imperícia, p. 306
Invasão de privacidade, p. 306
Lei comum, p. 299
Lei do Exercício Profissional, p. 299
Lei regulatória, p. 299
Leis civis, p. 299
Leis do Bom Samaritano, p. 304
Leis estatutárias, p. 299
Leis penais, p. 300
Negligência, p. 306
***Never events*, p. 310**
Padrões de cuidado, p. 300
Privacidade, p. 303

Procuração durável para advogar os cuidados de saúde, p. 302
Relatório de ocorrência, p. 309
Testamentos em vida, p. 302

Segurança e competência, na prática da enfermagem, exigem raciocínio clínico e uma compreensão do quadro legal da assistência à saúde, do estado específico da lei do Exercício Profissional e do escopo e dos padrões dos cuidados de enfermagem. Frequentemente, as práticas de enfermagem estão, simultaneamente, sob vários fóruns e jurisdições de cuidados de saúde. Compreender as implicações legais da prática de enfermagem exige competência de julgamento clínico, para proteger os direitos do paciente e a responsabilidade do enfermeiro. A sociedade espera do setor saúde que os cuidados sejam seguros, especialmente a partir dos enfermeiros que, em geral, são percebidos como sendo uma profissão das mais éticas e confiáveis nos Estados Unidos. À medida que o atendimento aos pacientes sofre inovações práticas e novas tecnologias de saúde emergem, os princípios de negligência e de responsabilidade nesta negligência estão enfrentando novas situações desafiadoras. Assim, na prática de enfermagem, você precisa estar familiarizado com as competências resultantes do pensamento crítico informado.

Limites legais da enfermagem

Como um profissional de enfermagem, você precisa entender os limites legais da enfermagem e os padrões de cuidados que afetam a prática desta profissão. O conhecimento dessas responsabilidades permite que você seja um defensor do paciente e o proteja de danos. Se você tiver perguntas específicas, consulte o seu próprio advogado ou o advogado da sua instituição.

Fontes Legais

As diretrizes legais que os enfermeiros seguem foram, originalmente, derivadas do direito constitucional, direito legal, lei regulatória e da lei comum. Os órgãos legislativos eleitos como os legisladores estaduais e o Congresso dos Estados Unidos criam **leis estatutárias**. Um exemplo de lei estadual é a Lei do Exercício Profissional Estadual, vigente em cada um dos 50 estados americanos (Cap. 1). A **Lei do Exercício Profissional** descreve e define os limites legais da prática de enfermagem dentro de cada estado. Essa Lei, em cada estado, define o âmbito da prática de enfermagem e a expansão dos papéis da enfermagem, define os requisitos de educação para os enfermeiros e distingue as práticas de enfermagem da de Medicina. A **lei regulatória** ou de **direito administrativo** reflete as decisões tomadas pelos órgãos administrativos tais como State Boards of Nursing (Conselho de Enfermagem do Estado) quando as regras e os regulamentos são aprovados. Um exemplo de uma lei regulatória é a obrigação de comunicar uma conduta incompetente ou antiética ao State Boards of Nursing[1]. A **lei comum** resulta de decisões jurídicas tomadas pelos tribunais quando os casos jurídicos individuais são decididos. Um exemplo de uma lei comum inclui o consentimento informado, o direito do paciente de recusar um tratamento, a negligência e a imperícia.

Lei estatutária é civil ou criminal. As **leis civis** protegem os direitos dos indivíduos, prevendo um tratamento justo e equitativo quando

ocorrem erros civis ou violações (Guido, 2014). As consequências de violações das leis civis são multas ou o desempenho específico de trabalhos comunitários. Negligência ou imperícia de enfermagem é um exemplo de uma violação da lei civil. **Leis penais** protegem a sociedade como um todo e fornecem punição para crimes, que são definidos por legislação municipal, estadual e federal (Garner, 2014). Leis penais são distintas de contravenções ou crimes. Uma **contravenção** é um crime que causa lesão, mas não provoca sérios danos (Shilling, 2011). Por exemplo, estacionar em um local de estacionamento proibido é uma violação das leis de tráfego. Quase sempre, a contravenção está associada a uma pena de multa monetária, confisco ou um curto período de prisão. Um **crime** é um grave delito que resulta em danos significativos para outra pessoa ou a sociedade em geral. O crime envolve penalidades de restituição monetária, pena de prisão superior a 1 ano de prisão ou morte (Guido, 2014). Exemplos de atos de violações de enfermagem que, muitas vezes, envolvem penas criminais incluem uso indevido de uma substância controlada ou o exercício da profissão sem licença.

Padrões de Cuidados

Padrões de cuidados são os requisitos legais para a prática de enfermagem que descrevem os cuidados de enfermagem minimamente aceitáveis. Os padrões refletem o conhecimento e a competência ordinariamente incorporada e usada por enfermeiros que exercem ativamente a profissão (Guido, 2014) (Cap. 1). O American Nurses Association (ANA) (2010) desenvolveu padrões para a prática de enfermagem, declarações de política e resoluções semelhantes. Essas normas descrevem o foco da atividade, a função e o papel do enfermeiro na prática. Os padrões de cuidados de enfermagem estão descritos na Lei do Exercício Profissional de cada estado, nas leis federais e estaduais que regulamentam os hospitais e outras instituições de saúde, por organizações profissionais de enfermagem e de especialidades e pelas políticas e procedimentos estabelecidos pela instituição de saúde onde os enfermeiros trabalham (Guido, 2014). No contexto de uma negligência, uma conduta real do enfermeiro é

comparada com os padrões de cuidados de enfermagem, para determinar se o enfermeiro agiu como qualquer enfermeiro, razoavelmente prudente, agiria sob circunstâncias idênticas ou semelhantes (Philo et al., 2015). Por exemplo, se um paciente sofre uma queimadura devido à aplicação de uma compressa quente, a negligência é determinada ao analisar se o enfermeiro seguiu a procedimento correto ao aplicar a compressa. Uma violação do padrão de cuidado de enfermagem é um elemento que deve ser estabelecido ao reivindicar uma condição de negligência ou de imperícia de enfermagem (Westrick, 2014).

A Lei do Exercício Profissional define o foco da prática de enfermagem, distinguindo entre as práticas de enfermagem e de Medicina e estabelecendo requisitos de educação e de licenciamento para os enfermeiros. As regras e os regulamentos promulgados por um Conselho de Enfermagem do Estado ou uma Comissão de Enfermagem define a prática da enfermagem, mais especificamente. Por exemplo, os conselhos de enfermagem de cada estado desenvolvem regras relativas à terapia intravenosa. Outro exemplo envolve a participação dos profissionais de nível médio (PNM) (p.ex., auxiliares de enfermagem). Alguns Conselhos ou Comissões de enfermagem do estado definem, especificamente, as responsabilidades do enfermeiro e desenvolvem posicionamentos e diretrizes para auxiliar os enfermeiros a delegar, com segurança, para os PMNs (NCSBN, 2005). Todos os enfermeiros são responsáveis por conhecer os dispositivos da Lei do Exercício Profissional do estado em que trabalham e as regras e normas editadas pelo Conselho de Enfermagem do seu estado e outros órgãos administrativos regulatórios.

A The Joint Commission (TJC) (2014) obriga os hospitais credenciados a adotar políticas e procedimentos escritos de enfermagem. Esses padrões internos de cuidados são específicos para a instituição e precisam ser acessíveis a todos os serviços de enfermagem. Por exemplo, uma política delineando os passos de um procedimento a ser seguido, quando se troca um curativo ou ao administrar medicamentos, fornece informações específicas sobre

como os enfermeiros realizam essas tarefas. Atualmente, alguns hospitais estão usando livros processuais publicados comercialmente e referências on-line para apresentar as condições gerais e os procedimentos da instituição. Você precisa conhecer as políticas, os procedimentos e os protocolos de seu órgão empregador para que você use o mesmo padrão de cuidados como os outros enfermeiros da sua instituição. As políticas e os procedimentos da instituição precisam estar em conformidade com as leis estaduais e federais bem como os padrões da comunidade e não podem entrar em conflito com as diretrizes legais que definem os padrões de cuidados aceitáveis (Guido, 2014).

Em um processo por imperícia ou negligência, um especialista em enfermagem pode se dirigir ao júri relatando sobre os padrões de cuidados de enfermagem aplicados aos fatos do caso em questão (Quadro 23-1). O enfermeiro pode ser solicitado a mostrar evidências no depoimento; as declarações feitas pelo enfermeiro serão analisadas pelo perito de enfermagem, antes do julgamento (Guido, 2014; Westrick, 2014). Enfermeiros especialistas baseiam suas opiniões sobre os padrões existentes da prática estabelecida pela Lei do Exercício Profissional, pelas leis federal e estadual de licenciamento de hospital, normas TJC, organizações profissionais, políticas e procedimentos institucionais, descrições de atividades e literatura atual de enfermagem com base em evidência (Guido, 2014). Normalmente, os enfermeiros são responsáveis por encontrar os mesmos padrões que os demais enfermeiros, praticando em configurações semelhantes. Enfermeiros especializados, tais como enfermeiros regulamentados como anestesistas, enfermeiros de sala de cirurgias, enfermeiros de cuidados intensivos, enfermeiras *practioners* ou enfermeiras obstétricas têm padrões de cuidados e de competências especificamente definidos. O desconhecimento das leis ou dos padrões de cuidados não é uma defesa contra a negligência (Guido, 2014). Enfermeiros são obrigados a conhecer as evidências válidas, confiáveis e creditáveis do que é aplicável na sua prática e as definições nas quais trabalham, incluindo os padrões atuais de cuidados e as políticas e procedimentos de seu órgão empregador (ANA, 2014; Melnyke &

Fineout-Overholt, 2014). O júri usa os padrões de cuidados para determinar se o enfermeiro agiu de forma adequada.

Quadro 23-1 Anatomia de um Processo Legal

Fase das Alegações

Petição: Elementos da reivindicação. O autor descreve o enfermeiro como réu, o que fez de errado e, como resultado da alegação de negligência, o modo pelo qual o reclamante foi prejudicado.

Resposta: O enfermeiro admite ou nega cada alegação na petição. O requerente deve provar qualquer ato que o enfermeiro não admitiu.

Descoberta: O processo de descobrir todos os fatos do caso envolve o uso de interrogatórios, o pleno acesso aos registros do paciente em questão, bem como a depoimentos. As perguntas ao paciente e à equipe de saúde são feitas por um conselho de defesa. Eles respondem sob juramento, e seus testemunhos são registrados e arquivados para referência.

- **Interrogatórios:** Perguntas escritas que exigem respostas sob juramento. Normalmente, o conselho de oposição solicita uma lista de possíveis testemunhas, peritos de seguro e o que os profissionais de saúde do demandante observaram antes e após o evento.
- **Registros do paciente:** As partes em conflitos solicitam documentos relevantes, imagens ou materiais relacionados, tais como registros do paciente sobre o tratamento, antes e depois do evento.
- **Depoimentos:** As perguntas são feitas às partes em oposição, testemunhas e peritos, sob juramento, para obter todas as informações relevantes, sem privilégios no caso. Especialistas estabelecem os elementos do caso e a norma aplicável de cuidados.

Registros do paciente: O réu obtém todos os registros relevantes do requerente em relação ao tratamento antes e após o evento. Tudo

que foi escrito pelos enfermeiros e pelos demais profissionais de saúde no registro do paciente é exposto ao exame tanto pelo autor quanto pelos réus.

Depoimentos das testemunhas: Questões são formuladas às testemunhas sob juramento, para obter todas as informações relevantes, sem privilégios no caso.

Depoimentos das partes: O reclamante e os réus (serviço de saúde, enfermeiro e o pessoal do hospital) são, quase sempre, os depoentes.

Outras testemunhas: Testemunhas factuais, neutras e tendenciosas, são convocadas, para a obtenção de informações sobre as suas versões do caso. Podem incluir membros da família do lado do requerente e outros profissionais de saúde (p.ex., enfermeiros) no lado do réu.

Peritos: O autor seleciona especialistas para estabelecer os elementos jurídicos essenciais do caso contra o réu. O réu seleciona especialistas para determinar a adequação do caso de enfermagem. Os especialistas de enfermagem são convidados a atestar o caráter razoável ou as ações inadequadas da equipe de saúde, uma vez que a condição do paciente havia começado a mudar. O especialista é solicitado a comparar as ações da equipe de enfermagem com o padrão de atendimento.

Julgamento: O julgamento ocorre, geralmente, pelo menos 1 a 3 anos após a apresentação da petição.

Prova de Negligência

- O enfermeiro tem como um dever os cuidados do paciente.
- O enfermeiro que não realizar ou violar os deveres (não usar o seu grau de competência e aprendizagem, normalmente envolvidos, sob circunstâncias idênticas ou semelhantes por membros da profissão).
- O paciente sofreu lesão física.
- Lesão do paciente resultou em danos compensáveis que podem ser qualificados como custos médicos, salários perdidos, dor e sofrimento.

- A lesão do paciente foi causada pela falha do enfermeiro ao desempenhar estes procedimentos.

Um dos primeiros e mais importantes casos para discutir a responsabilidade do enfermeiro ocorreu no Darling v Charleston Community Memorial Hospital (1965). Tratava-se de um homem de 18 anos com uma perna fraturada. O médico do setor de emergência aplicou uma bota de gesso com enchimento insuficiente. Os dedos do homem tornaram-se inchados e pálidos e ele desenvolveu uma redução na sensibilidade. Ele se queixou, muitas vezes, ao pessoal de enfermagem. Apesar de os enfermeiros reconhecerem os sintomas como sinais de comprometimento da circulação, eles informaram ao seu supervisor que o médico não respondeu às suas chamadas ou às necessidades do paciente. Desenvolveu-se um quadro de gangrena e o homem teve a perna amputada. Embora o médico tenha sido responsabilizado pela aplicação incorreta da bota ortopédica, a equipe de enfermagem também foi responsabilizada por falhar em aderir aos padrões de cuidados para monitorizar e relatar os sintomas do paciente. Embora os enfermeiros tivessem tentado contatar o médico, o júri e os juízes subsequentes declararam que, quando o médico não responde, o enfermeiro deve continuar a usar a cadeia de comando da instituição (p.ex., o enfermeiro responsável, o supervisor de enfermagem, o diretor do departamento ou diretor médico) para se certificar de que o paciente receba os cuidados adequados. Quase todos os estados usam esse caso da Suprema Corte de Illinois 1965 como um precedente legal.

No Brasil, a Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem. Destaca-se nessa legislação que somente as pessoas legalmente habilitadas por formação de enfermagem e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem do estado onde o profissional atua pode exercer a profissão de enfermagem. Nessa categoria profissional, incluem-se o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e

a parteira, de acordo com a formação específica. O registro como enfermeiro e como técnico de enfermagem implica a obtenção de diploma expedido, respectivamente, por instituição de ensino superior e de formação técnico-profissional, segundo a legislação de educação em vigor. O registro como auxiliar de enfermagem requer a apresentação de certificado expedido por instituição de ensino regulamentada. Além disso, a lei define as atribuições de cada membro da categoria de enfermagem, cabendo ao enfermeiro exercer todas as atividades de enfermagem e, privativamente, as relacionadas com administração e gerência dos serviços de enfermagem, os cuidados aos pacientes graves, o processo de enfermagem (diagnóstico e prescrição), ou seja, todas as atividades que requerem o desenvolvimento do raciocínio clínico e a tomada de decisão. Como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro participa da gestão e tomada de decisão no serviço de saúde, prescreve medicamentos definidos em protocolo, presta assistência à mulher em processo de gestação e parto, podendo realizar o parto natural e sem intercorrências e desenvolve educação em saúde. As enfermeiras obstétricas têm os padrões de prática definidas pela mesma lei e pelas Resoluções expedidas pelo Conselho Federal de enfermagem.

Para conhecer o conteúdo dos padrões de prática regulamentados para cada profissional de enfermagem, é importante ler a íntegra do Decreto n° 94.406, de 25 de junho de 1987, artigos 8 a 12. As Resoluções do Conselho Federal de enfermagem n° 516 e 524, ambas de 2016, definem os critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia.

O exercício profissional da categoria de Enfermagem é regulado e fiscalizado pelo Sistema: Conselho Federal de Enfermagem, Conselhos Regionais, uma autarquia de governo vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (denominação à época). A Lei n° 5.905, de 12 de julho de 1973, foi sancionada pelo Presidente à época, Emilio Garrastazu Médici, durante o período da ditadura militar. Ou seja, o governo transferiu aos pares, entre outras prerrogativas, a de elaborar o Código de Ética Profissional; registrar,

disciplinar e fiscalizar o exercício; fixar valor da contribuição compulsória aos inscritos; punir as má práticas por meio de processo ético, zelar pela imagem da profissão e dos seus exercentes.

Fonte:

BRASIL, Lei n° 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de enfermagem. [Citado 20 de setembro de 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5905.htm

BRASIL, Lei n° 7.498, de 12 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. [Citado 20 de setembro de 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm

BRASIL, Resolução COFEn n° 516, de 24 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html

BRASIL, Resolução COFEn n° 524, de 4 de outubro de 2016. Altera a Resolução Cofen n° 516/2016 e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05242016_45419.html

Questões estatutárias federais na prática de enfermagem

Proteção do Paciente e a Lei de Cuidados Acessíveis (Affordable Care Act)

A proteção do paciente e Lei de Cuidados Acessíveis (Affordable Care Act [PPACA ou ACA, 2010]) são caracterizadas por quatro temas incorporados na prática de enfermagem: (1) os direitos e proteções dos consumidores, (2) a cobertura de cuidados de saúde acessíveis, (3) o aumento do acesso aos cuidados e (4) Medicare mais fortes, para melhorar a assistência às pessoas mais vulneráveis da nossa sociedade.

A PPACA criou uma nova Declaração dos Direitos do Paciente — o Patient's Bill of Rights — a qual proibiu que pacientes tivessem negada a cobertura de saúde, causa das condições pré-existentes, estabelecendo os limites para a quantidade de cuidados para essas condições e/ou devido a um erro acidental na documentação quando um paciente ficou doente (PPACA [2010]). O processo iniciou em 2014, quando mais de 17,6 milhões de crianças com condições preexistentes puderam acessar os cuidados de saúde; e mais de 105 milhões de americanos já não têm restrições de limite de vida para receber os cuidados quando eles estiverem doentes.

A PPACA também se destina a reduzir os custos gerais de cuidados para o consumidor pelo (1) fornecimento de créditos fiscais, (2) aumento do seguro de responsabilidade da empresa relativo a prêmios e aumentos de tarifas e (3) aumento do número de escolhas dos pacientes, ao selecionar uma seguradora que melhor atenda às suas necessidades. Além disso, a PPACA aumentou o acesso aos cuidados de saúde. Os pacientes agora recebem serviços preventivos recomendados, tais como triagem para o câncer, controle de hipertensão arterial e do diabetes, sem ter que fazer pagamentos mútuos ou franquias. A partir de 2014, pelo menos 54 milhões de americanos com seguro privado de saúde receberam assistência

protegidos pela disposição da lei. Muitos foram beneficiados pela PPACA; qualquer pessoa com menos de 26 anos pode, agora, continuar a receber cobertura do seguro de saúde dos seus pais. Atualmente, mais de 3,1 milhões de adultos estão recebendo cuidados de saúde amparado por este dispositivo. Além disso, a partir de 2014, devido ao aumento de acesso aos cuidados de saúde e às seguradoras, muitos adultos que tinham doenças preexistentes podem agora também acessar os cuidados (USDHHS, 2015).

A PPACA melhora a cobertura do Medicare para as populações vulneráveis, ao facilitar o acesso aos cuidados e às prescrições, diminuindo os custos dos medicamentos, estendendo a cobertura do Medicare Trust Fund até 2024 e endereçando as fraudes e os abusos ao faturamento.

Lei de Proteção aos Americanos com Deficiência

A Lei de Proteção aos Americanos com Deficiência (Americans With Disabilities Act [ADA]), de 1990, foi alterada em 2008 e consiste no estatuto de ações civis que protege os direitos das pessoas com deficiências físicas ou mentais (Dupler et al., 2012). A ADA proíbe a discriminação e garante a igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiências no emprego, nos serviços estaduais e do governo local, repartições públicas, instalações comerciais e transporte. Como definido pelo estatuto e pela Suprema Corte dos Estados Unidos, uma deficiência é uma condição física ou mental que limita, substancialmente, uma importante atividade de vida, incluindo a visão, a audição, andar, respirar, realização de variadas atividades, o aprendizado, o autocuidado e/ou o trabalho. De acordo com a ADA, os empregadores são obrigados a interpretar a definição de deficiência de uma pessoa como previsto pela ADA. Por exemplo, segundo determinações da ADA, um empregador deve considerar as necessidades de uma pessoa com diabetes melito como uma deficiência potencial, devendo se ajustar, razoavelmente, às necessidades dessa pessoa. Uma pessoa com uma deficiência pode decidir se deve revelar aos outros a sua deficiência. Como exceção, vários casos têm exigido que o profissional de saúde revele se ele ou

ela tem o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Apesar de essas decisões e de como é imposto pela Office of Equal Employment Opportunity, a ADA protege, no local de trabalho, os trabalhadores de saúde com deficiências, tais como a infecção pelo HIV. Em contrapartida, os profissionais de saúde não podem discriminar os pacientes HIV positivos (Guido, 2014).

Lei de Trabalho Ativo e Tratamento Médico de Emergência (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act)

Como resultado de pacientes transferidos de hospitais privados para hospitais públicos, sem triagem e estabilização adequada (referidos como pacientes "despejados"), o Congresso aprovou a Lei de Trabalho Ativo e Tratamento Médico de Emergência (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act [EMTALA]) em 1986. Essa lei prevê que, quando um paciente chega ao setor de emergência ou no hospital de cuidados eletivos, um exame médico apropriado deve ser realizado dentro da capacidade do hospital. E se uma condição de emergência estiver presente, a equipe deve avaliar o paciente e não pode "despejá-lo" ou transferi-lo até que a sua condição estabilize. As exceções a esse dispositivo incluem uma transferência ou alta, a pedido do paciente, por escrito, depois de receber informações sobre os benefícios e os riscos ou se um profissionais de saúde certificar que os benefícios da transferência superam os riscos.

Lei Paritária de Saúde Mental como Promulgado pelo ACA (Mental Health Parity Act)

A Lei Paritária de Saúde Mental (Mental Health Parity Act [MHPA]), de 1996, exigiu que as seguradoras de saúde oferecessem o mesmo nível de cobertura de atendimento de saúde mental que aquele oferecido nos cuidados clínicos e cirúrgicos. A MHPA foi substituída pela Lei Paritária de Saúde Mental e de Equidade na Adição (Mental Health Parity and Addiction Equity Act [MHPAEA[) de Paul

Wellstone e Pete Domenici, de 2008. A MHPAEA exige que as seguradoras de saúde forneçam uma cobertura igual para saúde mental e o tratamento em abuso de drogas. A PPACA estendeu esses requisitos para pequenos grupos e planos de saúde individuais. Isso também requer que os americanos obtenham um seguro saúde, o qual inclui esses benefícios para a saúde mental (Federal Register, 2013). A PPACA exige paridade (o estado ou a condição de ser igual) na prestação de 10 serviços específicos, incluindo serviços de saúde mental, saúde comportamental e uso de drogas. As seguradoras não podem discriminar ou negar cobertura a pacientes com doença mental por causa de condições preexistentes; e os pacientes podem permanecer no seguro de saúde de seus pais até que eles atinjam 26 anos. As seguradoras que não são obrigadas a cumprir todas as disposições ou que podem ser "salvaguardadas" da lei podem excluir alguns tratamentos, tratamentos de saúde mental, especialmente planos de tratamentos mentais onerosos, nos planos que fornecem cobertura de nível inferior. E pelo fato de que a PPACA não define claramente a "doença mental", apenas exigindo que um "nível mínimo de serviços de saúde mental deve ser coberto por todos os planos do seguro", alguns acreditam que muitos pacientes com doença mental não serão capazes de pagar ou não terão acesso ao tratamento necessário.

Atualmente, a admissão de um paciente em uma unidade de saúde mental ocorre involuntariamente ou em uma base voluntária. Via de regra, a admissão involuntária ocorre quando um paciente se torna socialmente perigoso, com risco para si próprio ou para aos outros, uma condição estabelecida por um profissional de saúde mental (PSM). Depois, o PSM, um especialista forense nomeado pelo tribunal ou um membro da família ou outra parte interessada envia uma petição ao tribunal no prazo de 96 horas após a admissão do paciente no hospital. Um juiz pode determinar que o paciente continue sendo perigoso para si mesmo ou para outros, casos nos quais o juiz concede a detenção involuntária e o paciente pode ser internado por mais 21 dias para tratamento psiquiátrico. Do ponto de vista legal, isso pode ser considerado como privar o paciente de seus direitos

constitucionais; assim, os enfermeiros devem documentar, de modo claro, os comportamentos do paciente para apoiar as ações e decisões do tribunal (Guido, 2014; Westrick, 2014).

Pacientes potencialmente suicidas são internados em unidades de saúde mental. E se os registros da história e os médicos do paciente indicarem tendências suicidas, o paciente deve ser mantido sob supervisão. Processos resultam quando pacientes tentam suicídio dentro de um hospital. As justificativas nos processos são de que os profissionais de saúde não conseguiram fornecer uma supervisão adequada e implementar, de forma apropriada, as políticas das instituições e os procedimentos para salvaguardar um paciente enquanto presentes neste cenário. A documentação das precauções de suicídio é essencial (p.ex., dispositivos de segurança).

Diretrizes Antecipadas

Diretrizes antecipadas incluem testamentos, procurações de saúde e procurações duráveis para os cuidados de saúde (Blais & Hayes, 2011). Elas se apoiam em valores de consentimento informado, a autonomia do paciente sobre as decisões de fim de vida, dizer a verdade e o controle sobre o processo de morrer. A Lei de Autodeterminação do Paciente (Patient Self-Determination Act, [PSDA]), promulgado em 1991, exige que as instituições de cuidados de saúde forneçam informações, por escrito, aos pacientes sobre seus direitos sob a lei estatal, para tomar decisões, incluindo o direito de recusar o tratamento e formular diretrizes antecipadas. O relatório de um paciente subordinado à PSDA necessita documentar se o paciente assinou uma diretriz antecipada. No caso de testamentos em vida ou na ação de procurador de cuidados de saúde com poderes duráveis, o paciente deve ser declarado juridicamente incapaz ou não ter capacidade para tomar decisões sobre o seu próprio tratamento de saúde. Quando as necessidades de competências legais ficarem bem claras, um juiz oficializa essa determinação. O profissionais de saúde e a família costumam fazer a determinação de capacidade de tomar decisão. A capacidade de tomar decisão refere-se a capacidade de fazer escolhas para si mesmo sobre seus cuidados médicos. Esteja

familiarizado com as políticas da sua instituição que cumprem a PSDA.

Verifique, da mesma forma, as leis do estado para ver se este atende a uma diretriz antecipada que se origina em outro estado (Guido, 2014; Westrick, 2014).

Testamento em vida

O **testamento em vida** representa documentos escritos que direcionam o tratamento de acordo com os desejos do paciente, no caso de uma doença ou condição terminal. Com esse documento, um paciente é capaz de declarar os procedimentos médicos que ele deseja ou não, quando em doença terminal ou em estado vegetativo persistir. Testamento em vida é, muitas vezes, de difícil interpretação e não clinicamente específico em circunstâncias imprevistas. Assim, você é obrigado a saber como o seu estado o interpreta e em que circunstâncias um enfermeiro pode implementá-lo (Guido, 2014).

Procuração para Cuidados de Saúde ou Procuração Durável para Cuidados de Saúde

Uma procuração para os cuidados de saúde ou uma **procuração durável para os cuidados de saúde** (*durable power of attorney for health care*, DPAHC) é um documento legal que designa uma pessoa ou pessoas de sua escolha para tomar decisões de saúde quando um paciente não é mais capaz de tomar decisões em seu próprio nome. Esse agente toma decisões de tratamento de cuidados de saúde com base no que o paciente deseja (Blais & Hayes, 2011; Westrick, 2014).

Além de estatutos federais, a doutrina ética da autonomia garante ao paciente o direito de recusar tratamento médico. Os tribunais mantiveram o direito de recusar tratamento médico no Caso da Suprema Corte *vs.* Bouvia (1986). Eles também têm defendido o direito de um paciente, legalmente competente, de recusar tratamento médico por motivos religiosos. Alguns grupos podem recusar ou aceitar o tratamento médico com base em crenças religiosas. A Suprema Corte dos Estados Unidos afirmou no caso Cruzan *vs.* o

Diretor do Departamento de Saúde de Missouri (1990): "Assumimos que a Constituição dos Estados Unidos concede a uma pessoa constitucionalmente competente a proteção do direito de recusar a hidratação e a nutrição de manutenção da vida." Nos casos envolvendo o direito do paciente de recusar ou suspender o tratamento médico, a corte busca equilibrar o interesse do paciente com o interesse do estado em proteger a vida, preservando a ética médica, na prevenção do suicídio e protegendo terceiros inocentes. As crianças são geralmente a terceira parte inocente. Embora os tribunais não possam forçar os adultos a se submeter a um tratamento recusado por motivos religiosos, eles vão conceder uma ordem permitindo que hospitais e profissionais de saúde tratem as crianças de pais ou grupos abusivos ou negligentes que tenham negado o consentimento para o tratamento de seus filhos menores, por motivos religiosos. Esse princípio se baseia na doutrina de *parens patriae* (Estado como pai) na qual o Estado ou o Governo toma decisões em nome daqueles que são incapazes de tomar decisões por si mesmos.

Além das recusas do paciente ao tratamento, um enfermeiro, com frequência, encontra uma prescrição de "não reanimar" (DNR) ou "sem código" DNR. Em 1986, Nova York foi o primeiro estado a desenvolver uma legislação com base nas recomendações do New York State Task Force on Life and the Law (Força Tarefa de Nova York sobre a Vida e a Lei). Essas recomendações entraram em vigor em 1988, o que permitiu a um adulto com autodeterminação, em conjunto com o médico, autorizar uma prescrição de DNR (Golden, 1988). A documentação que o profissional de saúde organizou com o paciente e/ou família é requerida, antes de fixar o DNR no registro prontuário do paciente (Guido, 2014). O profissional de saúde precisa rever, rotineiramente, as prescrições DNR no caso da condição do paciente requerer uma mudança. Se o paciente não o determina, os profissionais de saúde precisam promover todos os esforços para reanimá-lo. Alguns estados oferecem protocolos de cuidado de conforto de DNR e cuidado de conforto de DNR na parada cardíaca. Nesses casos, os protocolos listam ações específicas que os profissionais de saúde vão mobilizar ao fornecer a reanimação

cardiopulmonar (RCP).

A RCP é um tratamento de emergência prestado sem o consentimento do paciente. Os profissionais de saúde realizam a RCP quando necessário, a menos que haja uma prescrição DNR no prontuário do paciente. Os estatutos assumem que todos os pacientes vão ser submetidos à reanimação, a menos que haja uma prescrição DNR escrita no registro do paciente. Legalmente, pacientes adultos competentes concordam, verbalmente ou por escrito, com a prescrição de DNR depois de receber a informação adequada dos profissionais de saúde. Esteja familiarizado com os protocolos DNR de seu estado.

Ato de Uniformização de Doação Anatômica

Um indivíduo que tem pelo menos 18 anos tem o direito de fazer uma doação de órgãos (definida como uma ”doação da totalidade ou de parte do corpo humano para entrar em vigor imediato ou após a morte“). Os doadores precisam viabilizar a doação por escrito, com a sua assinatura. Em muitos estados, os adultos assinam no verso de sua carteira de motorista, indicando o consentimento para a doação de órgãos.

Na maioria dos estados, dispositivos legais “Required Request” (exigências necessárias) determinam que, no momento da admissão em um hospital, um profissional de saúde qualificado tem de perguntar a cada paciente, acima de 18 anos, se ele é um doador de órgão ou de tecido. Se a resposta for afirmativa, o profissional obtém uma cópia do documento. Se for negativa, o profissional fala sobre a opção de permitir ou de recusar uma doação de órgãos e registra tal informação no prontuário do paciente. Na maioria dos estados há uma lei a qual exige que, no momento da morte, um profissional de saúde qualificado solicita aos membros da família de um paciente que considerem a possibilidade de doação de órgão ou de tecido (Lei Nacional de Transplante de Órgãos/National Organ Transplant Act [1984]). Os indivíduos são abordados na seguinte ordem: (1) cônjuge, (2) adulto filho ou filha, (3) pai (4), irmão ou irmã adulto, (5) avós e (6) guardião. A pessoa mais alta na escala hierárquica autorizará a doação, desde que estejam cientes de que não há desejos conflitantes

com o falecido (Uniform Anatomical Gift Act, 1987). O profissional de saúde que confirma a morte não pode estar envolvido na remoção ou no transplante de órgãos (Cap. 37).

A Lei Nacional de Transplante de Órgãos (National Organ Transplant Act), de 1984, proíbe a compra ou a venda de órgãos. A lei prevê a imunidade civil e criminal ao hospital e ao profissional de saúde que agem em conformidade com a Lei. A Lei também protege a propriedade do doador de responsabilidade por lesão ou dano que resulte do uso da doação. O transplante de órgãos é extremamente caro. Pacientes com doença renal terminal são elegíveis para cobertura do Medicare para um transplante de rim. Às vezes, o seguro privado paga por outros transplantes. A United Network for Organ Sharing (UNOS) tem um contrato com as políticas do governo federal e define as diretrizes para a coleta de órgãos. Os pacientes que necessitam de transplante de órgãos estão em uma lista de espera para um órgão em sua área geográfica que dá prioridade aos pacientes que apresentam maior necessidade. Esteja familiarizado com as políticas e os procedimentos da sua instituição sobre a doação de órgãos.

Lei de Responsabilidade e Portabilidade do Seguro de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act)

A Lei de Responsabilidade e Portabilidade do Seguro de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act, [HIPAA, 1996]) prevê os direitos dos pacientes e protege os trabalhadores. A lei protege cada trabalhador de perder o seu seguro de saúde quando muda de emprego, fornecendo portabilidade. Ela permite que trabalhadores individuais mudem de emprego sem perder a cobertura, como resultado da exclusão e cobertura preexistente, por um período de 12 meses de cobertura contínua de seguro saúde de grupo (Mortensen et al., 2014).

Na seção de privacidade da HIPAA, existem normas relativas à prestação de contas no contexto dos cuidados de saúde. Essas regras garantem o direito do paciente em consentir o uso e a divulgação de

suas informações protegidas de saúde, inspecionar e copiar um registro do paciente e alterar informações incompletas ou confusas. Elas limitam o que pode ser acessado do registro de um paciente. Estabelecem a base para as preocupações com a privacidade e confidencialidade, entendidas como dois direitos básicos dentro do contexto dos cuidados de saúde nos Estados Unidos. **Privacidade** é o direito dos pacientes de impedir que as informações pessoais sejam divulgadas. **Confidencialidade** protege informações privadas do paciente, uma vez que elas sejam divulgadas em ambientes de cuidados de saúde. A confidencialidade do paciente é um direito sagrado, e os enfermeiros ajudam as organizações a protegerem os direitos dos pacientes à confidencialidade. Embora a HIPAA não exija medidas extremas, tais como quartos em hospitais à prova de sons, isso significa que os enfermeiros e todos os profissionais de saúde devam evitar discutir os casos dos pacientes nos corredores públicos e devam manter níveis razoáveis de privacidade quando se comunicar com e sobre os pacientes, de qualquer forma. Painéis de mensagens dos pacientes utilizados em salas dos hospitais para postar informações diárias sobre os cuidados de enfermagem já não podem conter informações revelando a condição médica de um paciente.

Informações privativas sobre cuidados de saúde também são protegidas por normas definidas pela Administração Financeira dos Serviços de Saúde (Health Care Financing Administration [HCFA]) para hospitais e profissionais de saúde que participem do Medicare e Medicaid (Guido, 2014). Essas normas exigem que os hospitais e os profissionais de saúde notifiquem os pacientes dos seus direitos na tomada de decisões sobre os seus cuidados, as queixas em relação à sua gestão de cuidados, liberdade e segurança pessoal, confidencialidade, acesso aos seus próprios registros no prontuário e liberdade a restrições que não sejam clinicamente necessárias. Além disso, muitas leis estaduais permitem que os pacientes acessem os seus registros no prontuário. Exceções são aplicáveis às evoluções de psicoterapia ou quando um profissional de saúde determina que o acesso resultaria em danos para o paciente ou outra parte (Privacy Rights Clearinghouse, 2014).

Lei da Tecnologia da Informação em Saúde (Health Information Technology Act)

A Lei da Tecnologia da Informação em Saúde para Economia e Saúde Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, [HITECH Act, 2009]) foi aprovada em conjunto com HIPPA, em resposta a novas tecnologias e meios de comunicação social. Em particular, a alta tecnologia expande a extensão dos princípios sob a HIPAA, especialmente quando ocorre uma violação da segurança de informações pessoais de saúde (IPS). Sob a Lei HITECH, as enfermeiras devem garantir que as IPS do paciente não sejam inadvertidamente transmitidas em mídias sociais e, em particular, que determine que os dados não sejam divulgados além do permitido pelo paciente (Quadro 23-2). Sanções civis e criminais podem ser movidas tanto contra o enfermeiro quanto contra a organização quando um ou ambos violarem a HIPPA ou a Lei HITECH.

Quadro 23-2

Prática Baseada em Evidências

Mídia Social e Responsabilidade Legal

Questão PICO: A mídia social pode ser utilizada pelos enfermeiros sem criar responsabilidade jurídica?

Resumo de Evidência

A mídia social, atualmente, é usada para atingir milhões de pacientes, colegas e pares. É uma ferramenta útil para promover a colaboração; divulgar e partilhar informações; e oferecer ensinamentos. É essencial que os enfermeiros sejam responsáveis em compreender o uso, as implicações e as orientações associadas ao emprego da mídia social (Scruth et al., 2015). O NCSBN (2011) e o International Nurse Regulators Collaborative (INRC) definiram os comportamentos dos enfermeiros a respeito do uso adequado dos

meios de comunicação social.

Aplicação para a Prática de Enfermagem

- Compreender os riscos e os benefícios do uso de mídia social
- Manter os limites profissionais
- Apresentar uma imagem profissional em todas as interações de mídia social
- Manter a privacidade e a confidencialidade
- Compreender as implicações de se identificar como um enfermeiro
- Conhecer as leis estaduais que regem a utilização das mídias sociais

Contenção

A contenção física é qualquer método manual, físico ou dispositivo mecânico, material ou equipamento que imobilize ou reduza a capacidade de um paciente de se mover livremente (CMS, 2008). A Lei de Reconciliação Omnibus, a Omnibus Reconciliation Act (1987), incluiu na lei a contenção química como uma forma de contenção. A utilização de dispositivos de contenção tem sido associada a complicações graves e, até mesmo, a morte. Você precisa saber quando e como usar e aplicar com segurança as contenções. Os Centros para Serviços Medicare e Medicaid, Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) (2008), ANA (2001) e TJC (2014) estabelecem padrões para reduzir o uso de todos os tipos de contenções em ambientes dos serviços de saúde (ou seja, que todos os pacientes têm o direito de não ficar em isolamento e sob restrições físicas ou químicas, exceto para garantir a segurança do paciente em situações de emergência). Eles também descrevem os procedimentos a seguir para conter um paciente, incluindo quem prescreve as restrições, quando e como, muitas vezes, renovar a prescrição por escrito. As contenções podem ser usadas: (1) apenas para garantir a segurança física do paciente ou dos outros pacientes, (2) quando intervenções menos

restritivas não são bem-sucedidas e (3) apenas sob a prescrição escrita de um profissional de saúde (TJC, 2014). Os regulamentos também descrevem os tipos de documentos usados em registros e avaliações de acompanhamento. A promoção do uso indevido de contenção é uma questão jurídica comum de enfermagem (Guido, 2014). Saber quando e como usar, corretamente, as contenções é uma questão-chave (Cap. 27). A responsabilidade por contenção indevida ou ilegal recai sobre o enfermeiro e a instituição de saúde.

No Brasil, a Resolução COFEN n° 427, de 7 de maio de 2012, normatiza o uso de contenção mecânica pelos profissionais de enfermagem (técnicos, auxiliares de enfermagem) durante a realização de procedimentos de enfermagem em pacientes. Essa contenção somente ocorrerá sob supervisão direta do enfermeiro e em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados. Será utilizada somente se for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais. Em outras palavras, exige do enfermeiro a capacidade de julgar clinicamente a necessidade do paciente e tomar a decisão sobre seu uso ou não. É vedado o uso de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplinar, punir e coagir, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Essa resolução define ainda os critérios mínimos de acompanhamento e avaliação das condições do paciente sob contenção, envolvendo o monitoramento para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou sua identificação precoce; monitoramento de horário dos sinais clínicos, do nível de consciência, dos sinais vitais e das condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente. Monitorar com mais rigor se os pacientes forem idosos, crianças e adolescentes e aqueles que estiverem sedados, sonolentos ou com algum problema clinico. É obrigatório, em todos os casos que houver indicação de contenção mecânica de pacientes, o registro, no prontuário do paciente, das razões para o uso e sua

duração, a ocorrência de eventos adversos, o monitoramento clínico e a resposta dos pacientes.

Fonte:

BRASIL. Resolução COFEN n° 427, de 7 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html

Questões estatuárias estaduais da prática de enfermagem

Licenciamento

O Conselho de Enfermagem do Estado ou a Comissão de Enfermagem (State Board of Nursing ou a Nursing Commission) registra os enfermeiros no estado onde eles exercem suas atividades. Os requisitos para o registro variam entre os estados, sendo que todos estes usam os Exames do Conselho Nacional Licenciamento (NCLEX®) para que as enfermeiras e enfermeiros sejam registrados. A licença permite que as pessoas ofereçam suas habilidades especiais ao público e também forneçam orientações legais para a proteção do público.

O State Board of Nursing suspende ou revoga o registro da licença se a conduta do enfermeiro viola a Lei do Exercício Profissional (Nurse Practice Act), que é uma lei estadual. Por exemplo, os enfermeiros que realizam atos ilegais, tais como a venda ou o uso substâncias controladas, muitas vezes perdem a sua licença. Pelo fato de que a licença é um direito de propriedade, o State Board of Nursing deve fornecer um aviso prévio e conduzir o devido processo, antes de revogar ou suspender uma licença. A abertura de um processo significa que o Conselho é obrigado a notificar os enfermeiros das acusações interpostas contra eles. Os enfermeiros precisam ter a oportunidade de se defender em uma audiência. Audiências de suspensão ou revogação de uma licença não ocorrem no tribunal. Normalmente, uma comissão de profissionais conduz a audiência, e os enfermeiros podem optar por serem representados por um advogado. Eles têm oportunidades de fornecer provas em apoio à sua opinião sobre as acusações e podem chamar testemunhas para depor em nome deles. A maioria dos conselhos oferece uma revisão administrativa e judicial desses casos, após os enfermeiros terem esgotado todas as outras formas de recurso. Ações e decisões do Conselho de Enfermagem do Estado são publicadas e ficam acessíveis

às instituições de saúde e ao público em geral.

Leis do Bom Samaritano

Todos os estados têm **leis do Bom Samaritano** que incentivam profissionais de saúde a auxiliarem em situações de emergência (Westrick, 2014). Essas leis limitam a responsabilidade e oferecem imunidade legal se um enfermeiro ajuda na cena de um acidente. Por exemplo, se você parar na cena de um acidente de automóvel e fornecer um atendimento de emergência apropriado, como a aplicação de pressão para interromper uma hemorragia, você estará agindo dentro dos padrões aceitos, mesmo que um equipamento adequado não esteja disponível. Se o paciente subsequentemente desenvolve complicações como resultado de suas ações, você está imune de responsabilidade, desde que tenha agido sem uma culpa grave (Good Samaritan Act [1997]). Embora as leis do Bom Samaritano forneçam imunidade a um enfermeiro que faz o que é justificável para salvar a vida de uma pessoa, caso o procedimento que realizou ultrapasse seu âmbito de prática e para o qual você não tenha nenhum treinamento, você será responsável pelos danos que possam resultar de tal ato. Você só deve prestar cuidado que é consistente com o seu nível de especialização. Além disso, depois de se comprometer em prestar cuidados de emergência a um paciente, você deve ficar com ele até que possa transferir os seus cuidados, com segurança, para alguém capaz de prosseguir com o atendimento, tais como os profissionais de pré-atendimento hospitalar (PPH) ou o pessoal do setor de emergência. Se você deixar o paciente antes de transferi-lo adequadamente ou entregá-lo a uma pessoa sem capacitação, você pode ser responsabilizado por abandono do paciente e por qualquer prejuízo sofrido depois de se retirar (Westrick, 2014).

Leis de Interesse da Saúde Pública

Enfermeiros, especialmente aqueles empregados em ambientes de saúde na comunidade, precisam entender as leis de saúde pública. As leis estaduais aprovam os estatutos sob códigos de saúde, que

descrevem os requisitos para notificar doenças transmissíveis, imunização escolar e outras condições que se destinam a promover a saúde e reduzir os riscos à saúde nas comunidades. Os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (http://www.CDC.gov) e o Occupational Health and Safety Act (OHSA) (http://www.osha.gov) fornecem orientações, no nível nacional, para a segurança e saúde das comunidades e ambientes de trabalho. As leis de saúde pública protegem as populações, defendem os direitos das pessoas, regulam os cuidados de saúde e financiamento dos cuidados de saúde e asseguram a responsabilização profissional pelos cuidados prestados. Enfermeiros de comunidade e de saúde pública têm a responsabilidade legal de fazer cumprir as leis aprovadas para proteger a saúde pública (Cap. 3). Essas leis incluem a notificação de suspeitas de abuso e de negligência, tais como abuso infantil, abuso de idosos ou violência doméstica; notificação de doenças transmissíveis, assegurando que os pacientes na comunidade tenham recebido as imunizações necessárias e relato de outras questões relacionadas com a saúde para proteger a saúde pública. Na maioria dos estados, os enfermeiros fazem a notificação obrigatória de suspeita de abuso ou de negligência dos pacientes. Qualquer profissional de saúde que não notifique as suspeitas de abuso infantil ou de negligência profissional pode ser responsável por uma ação judicial civil ou criminal. Alguns Conselhos de Enfermagem do Estado estão, agora, exigindo uma educação continuada obrigatória sobre abuso infantil e negligência para a renovação da licença ou antes de obter uma nova licença de enfermagem.

Lei de Determinação Uniforme da Morte (Uniform Determination of Death Act)

Muitas questões legais cercam o evento da morte, incluindo uma definição básica do momento exato no qual uma pessoa está legalmente morta. Há dois padrões para a determinação da morte. O padrão cardiopulmonar exige a cessação irreversível das funções circulatórias e respiratórias. O padrão encefálico requer a cessação

irreversível de todas as funções do encéfalo, incluindo o tronco cerebral. A razão para o desenvolvimento de diferentes definições é facilitar a recuperação dos órgãos para transplante. Mesmo que o paciente tenha legalmente "a morte encefálica", os órgãos do paciente, às vezes, são saudáveis para doação a outros pacientes. A maioria dos estados tem estatutos semelhantes ao da Lei de Determinação Uniforme da Morte (Uniform Determination of Death Act [1980]). Ele afirma que os profissionais de saúde podem usar o padrão cardiopulmonar ou encefálico para determinar a morte. Esteja ciente das definições legais da morte em seu estado, porque você precisa documentar todos os eventos que ocorrem quando o paciente está sob seus cuidados. Os enfermeiros têm uma obrigação legal específica para tratar, com dignidade, os remanescentes de uma pessoa falecida (Cap. 37). Uma manipulação indevida de restos mortais de um indivíduo causa um dano emocional para a sobrevivência da família.

Necropsia

Um exame de necropsia ou pós-morte é, por vezes, solicitado pelo paciente ou a família do paciente (Autopsy Consent, 1998). Além disso, uma necropsia é solicitada como parte da política da instituição ou é, por vezes, requerida segundo as leis do seu estado. Alguns estatutos especificam que, quando existem motivos razoáveis para crer que um paciente morreu como resultado da violência, homicídio, suicídio, acidente ou morte de uma forma suspeita ou incomum, você precisa notificar o médico legista (Autopsy Consent, 1998). Quando a morte de um paciente não foi submetida a uma reavaliação médica, deve ser obtido um consentimento. A prioridade para dar consentimento é: (1) do paciente, por escrito antes da morte; (2) procuração durável; (3) cônjuge; e (4) filhos, pais ou irmãos, pela ordem indicada. Você também notifica o médico legista se uma morte do paciente era imprevisível e súbita e a um profissional de saúde caso não tenha visto o paciente há mais de 36 horas.

Morte com Dignidade ou por Suicídio Médico-

assistido

Prestação de cuidados no fim de vida, no mundo atual, é um desafio para a profissionais de saúde, porque as pessoas estão vivendo mais tempo (Cap. 37). A Lei da Morte com Dignidade (Oregon Death With Dignity Act [1994]), foi o primeiro estatuto que, legislativamente, definiu "morte com dignidade", mais comumente chamado *suicídio médico-assistido*. O estatuto afirmou que uma pessoa com autodeterminação terminalmente doente poderia solicitar de maneira verbal ou por escrito medicação para acabar com a sua vida, de uma forma humana e digna. Uma doença terminal é definida como uma "doença incurável e irreversível que foi clinicamente confirmada e que causará um julgamento médico que justifique a morte dentro de 6 meses".

A ANA (2013) acredita que a participação dos enfermeiros no suicídio assistido viola o código de ética dos profissionais de enfermagem. A American Association of Colleges of Nursing (AACN) sustenta a determinação do Conselho Internacional de Enfermeiros para assegurar um fim de vida tranquilo para um indivíduo (Guido, 2014). As posições dessas organizações de enfermagem não são consideradas contraditórias e exigem que enfermeiros se aproximem do fim de vida de um paciente aberto à escuta de expressões de medo do paciente e para tentar controlar a dor do paciente, durante os seus últimos meses de vida. Você precisa conhecer as leis do seu estado e garantir que a sua prática se ajuste às exigências legais.

No Brasil, o suicídio assistido ou direito à morte digna entrou na pauta da opinião pública brasileira muito recentemente, pois a legislação brasileira prevê que após o nascimento, o direito protege ainda mais a vida. O Código Penal, particularmente os artigos 121 e 122, define "matar alguém", como crime de homicídio, independentemente de qual situação se encontre a vida humana, ainda que ela esteja prestes a morrer. Destaca ainda que induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça é

considerado crime. As punições relacionadas com conduta típica de matar alguém envolvem pena de reclusão de 2 (dois) a 6 (seis) anos, caso o suicídio se consuma; ou reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se da tentativa de suicídio resultar lesão corporal de natureza grave.

Fonte: BOMTEMPO, Tiago Vieira. A ortotanásia e o direito de morrer com dignidade: uma análise constitucional. Âmbito Jurídico.com.br.[online], 2014 [aprox. 10 telas]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10386. Acesso em: 11 de julho de 2014.

MARTINEZ, S.R.; BERSOT L. G. Análise crítica da proibição do suicídio assistido no Brasil. Argumenta Journal Law n. 23 - jul 2015 - jan 2016, p. 283-312. [Acesso em 25 de setembro de 2016]. Disponível em: http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/593-2513-1-pb.pdf.

BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de direito penal: Dos crimes contra a pessoa. Parte 2. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2011

Questões de direito civil e direito comum na prática de enfermagem

Delitos

A prática de enfermagem também é regulada pela lei comum ou jurisprudência judicial de delito civil. **Delitos** são atos ou omissões culposas civis realizadas contra uma pessoa ou uma propriedade. Eles são classificados como: intencional, quase intencional ou não intencional. **Delitos intencionais** são atos deliberados que violam direitos dos outros, tais como ameaça, agressão e cárcere privado. **Delitos quase intencionais** são atos nos quais a intenção é rara, mas a ação volitiva está presente e o nexo de causalidade direta ocorre como na invasão de privacidade e difamação de caráter. O terceiro tipo é o **delito não intencional**, que inclui negligência ou imperícia.

Delitos Intencionais

Ameaça

A **ameaça** é uma agressão intencional em relação a outra pessoa levando-a a ter medo ou sofrer prejuízo iminente ou contato indesejado (Shilling, 2011). Nenhum contato real é necessário para uma ameaça ocorrer. Por exemplo, um enfermeiro ameaça um paciente quando insiste em aplicar uma injeção ou para contê-lo em um procedimento radiográfico, quando o paciente recusa o procedimento. Da mesma forma, um paciente pode ameaçar um enfermeiro (Guido, 2014).

Agressão

Agressão é qualquer contato ofensivo intencional, não consentido ou sem justificativa legal (Shilling, 2011). O contato pode ser prejudicial para o paciente e causar uma lesão ou pode apenas ser ofensivo à dignidade pessoal do paciente. No exemplo de um enfermeiro que

ameaça o paciente para aplicar uma injeção sem o consentimento dele, caso o enfermeiro, realmente, aplique a injeção, a agressão estará caracterizada. A agressão também ocorre se o profissional de saúde realiza um procedimento que vai além do escopo do consentimento dele. Por exemplo, se o paciente assina o consentimento para uma apendicectomia e o cirurgião realiza uma amigdalectomia, a agressão fica caracterizada. O componente-chave é o consentimento do paciente.

Em algumas situações, o consentimento é implícito. Por exemplo, se um paciente é colocado em uma cadeira de rodas ou transferido para uma maca depois de receber informações durante o tempo que será gasto na realização de uma radiografia, o paciente deu um consentimento implícito para realizar o procedimento. Se o paciente descobre que ele vai ser submetido a uma radiografia do crânio em vez do pé e ele se recusa a fazer o exame, então o consentimento foi revogado ou retirado.

Detenção Ilegal

O delito de **detenção ilegal** ocorre com uma restrição injustificada de uma pessoa sem uma razão legal. Isso se dá quando os enfermeiros fazem a contenção de um paciente em área confinada para manter a pessoa privada de liberdade. A detenção requer que o paciente esteja ciente do confinamento. Um paciente inconsciente não foi detido de forma ilegal (Guido, 2014).

Delitos Quase Intencionais

Invasão de Privacidade

O delito de **invasão de privacidade** viola o direito do paciente de ser livre de intrusões não desejadas em seus próprios assuntos particulares. Os padrões de privacidade do HIPAA e a Lei HITECH levantaram a consciência da necessidade de profissionais de saúde garantirem a confidencialidade e a privacidade. Normalmente, a invasão de privacidade é a divulgação de uma informação médica do paciente para uma pessoa não autorizada, tal como um membro da

imprensa, o empregador do paciente ou a família do paciente ou por internet. A informação que está no registro médico de um paciente é uma comunicação confidencial que só pode ser compartilhada com profissionais de saúde e com a finalidade única de tratamento médico.

Não se pode divulgar informações médicas confidenciais de um paciente sem o seu consentimento. O paciente deve autorizar a liberação de informações e designar a quem a informação sobre seus cuidados de saúde pode ser liberada. Por exemplo, respeitar o desejo de não informar uma doença do paciente à sua família. Da mesma forma, não pressuponha que o cônjuge de um paciente ou os membros da família sabem de toda a história do paciente, particularmente sobre as questões privadas, tais como doença mental, medicamentos, gravidez, interrupção da gravidez, controle de natalidade ou infecções sexualmente transmissíveis.

O direito do indivíduo à privacidade, às vezes, entra em conflito com o direito de o público saber. Em um determinado caso, uma equipe de televisão filmou um casal que estava participando de um programa no hospital. O casal não havia informado anteriormente nada a ninguém, mas sua família soube, dessa forma, que eles estavam envolvidos no programa de fertilização *in vitro* e que tinham recebido a garantia de que não haveria publicidade ou exposição pública. Depois do noticiário, eles receberam telefonemas e perguntas embaraçosas. O casal entrou com uma ação na justiça. O tribunal considerou que o marido e a esposa tiveram sua privacidade invadida e que, apesar de o programa de fertilização *in vitro* ser de interesse público, a identidade dos demandantes era uma questão privada (YG vs. Hospital Israelita, 1990).

Muitos estados, por meio de seus respectivos departamentos de saúde pública, exigem que os hospitais relatem determinadas doenças infecciosas transmissíveis. Às vezes, o paciente é uma figura pública, cuja condição física é de interesse geral (Guido, 2014). Há também casos nos quais as informações sobre uma descoberta científica ou um grande avanço médico são interessantes, como ocorreu com o primeiro caso de transplante de coração ou o primeiro receptor de coração artificial. Se um evento não cai em nenhuma dessas

categorias, jamais exponha à mídia. Conduza as informações por meio do departamento de relações públicas da instituição para garantir que invasão de privacidade não ocorra. Não é responsabilidade do enfermeiro decidir, de forma independente, a legalidade da divulgação de informações.

Difamação de Caráter

Difamação de caráter é a publicação de falsas declarações que resultam em danos à reputação de uma pessoa. **Calúnia** ocorre quando se fala falsamente sobre o outro. Por exemplo, se um enfermeiro diz às pessoas, erroneamente, que um paciente tem blenorragia e a divulgação afeta os negócios do paciente, o enfermeiro é responsável pela calúnia. Calúnia é a **difamação escrita** por meio de caracteres (p.ex., mapeando entradas falsas em um registro médico) (Philo et al., 2015).

Delitos não Intencionais

Negligência

A **negligência** é uma conduta que se situa abaixo do padrão geral de cuidados aceito para uma pessoa razoavelmente prudente (Karno, 2011). A lei estabelece o padrão de cuidado para proteger os outros contra um risco de dano exageradamente grande (Westrick, 2014). Atos de negligência, tais como aplicação de uma a solução intravenosa errada para um paciente, muitas vezes resultam em ação disciplinar pelo Conselho de Enfermagem do Estado e em ação judicial por negligência tanto contra o enfermeiro quanto contra o seu empregador.

Imperícia

Imperícia é um tipo de negligência e, com referência, é referida como negligência profissional. Quando o cuidado de enfermagem cai abaixo de um padrão de cuidado, resulta em imperícia de enfermagem. Alguns critérios são necessários para estabelecer a imperícia de enfermagem: (1) o enfermeiro (o acusado) esquiva-se do dever de

cuidar do paciente (acusador), (2) o enfermeiro não cumpriu ou violou esse dever, (3) o paciente sofreu dano e (4) a incapacidade do enfermeiro de realizar o procedimento causou o dano. Mesmo que os enfermeiros não pretendessem causar dano aos pacientes, alguns apresentam queixas de imperícia se os enfermeiros prestam cuidados que não cumprem com as normas adequadas. A imperícia, por vezes, envolve o ato de não verificar, de modo correto, a identificação de um paciente antes da administração de sangue e, em seguida, aplicar o sangue no paciente errado. Também envolve a administração de uma medicação para um paciente mesmo que o prontuário contenha informações de que o paciente tem alergia ao medicamento. Em geral, os tribunais definem imperícia de enfermagem como a incapacidade de usar o grau de competência ou de aprendizagem, ordinariamente utilizados, em circunstâncias idênticas ou semelhantes por membros da profissão de enfermagem (Quadro 23-3) (Keenan et al., 2013).

Quadro 23-3 Fontes Comuns de Negligência

Esteja ciente dos atos comuns de negligência que resultaram em processos contra hospitais e enfermeiros.

- Falha em avaliar e/ou monitorar, incluindo a realização de um diagnóstico de enfermagem
  - Deixar de observar, avaliar e diagnosticar ou tratar corretamente, em tempo hábil
  - A não utilização, calibração ou substituição de equipamentos necessários para cuidar com segurança do paciente
  - Falha em documentar os cuidados e a avaliação da assistência prestada ao paciente em tempo hábil
- Falha em notificar os profissionais de saúde de alterações significativas em um estado do paciente
- Falha ao responder ou implementar corretamente as ordens atuais e novas
- Falha em não cumprir os seis certos na administração de medicamentos
- Falha em transmitir instruções de alta para o paciente, sua família

ou profissionais que estão assumindo a responsabilidade do paciente

- Falha em garantir a segurança do paciente, especialmente daqueles que têm uma história de queda, sedados ou confusos, que são frágeis, deficientes mentais, se levantam no meio da noite ou que são pouco cooperantes
- Falha em seguir as políticas e os procedimentos
- Falha em delegar corretamente e supervisionar

A melhor maneira de os enfermeiros evitarem a imperícia é seguirem os padrões da prática de cuidado, prestarem cuidados competentes e se comunicarem com outros profissionais de saúde. Você também evita a imperícia desenvolvendo um relacionamento de cuidados com o paciente e registrando, plenamente, as avaliações e intervenções. Os enfermeiros precisam conhecer a literatura atual de enfermagem em suas áreas de prática, conhecer e seguir as políticas e os procedimentos da instituição onde trabalha. Estar sensível às fontes comuns de danos ao paciente, como quedas e erros de medicação. Finalmente, se comunicar com o paciente, explicar todos os testes e tratamentos, documentar que forneceu explicações específicas para ele e ouvir as suas preocupações sobre os tratamentos. Você é responsável por entregar relatórios oportunos aos profissionais de saúde em relação a quaisquer mudanças significativas na condição do paciente e registrar essas mudanças no prontuário do paciente (Cap. 26). O registro oportuno e verdadeiro é importante para assegurar a necessária comunicação entre os membros da equipe de saúde. Assegure-se de que o registro é legível e está assinado (Westrick, 2014).

Alguns tribunais declararam que, quando um profissional de saúde negligentemente altera ou perde relatos médicos relevantes para reclamação de prática abusiva, o profissional de saúde tem de demonstrar por que esses eventos ocorreram. Uma instituição tem o dever de manter os registros de enfermagem. Estatutos e regulamentos de acreditação estabelecem essas funções. Anotações de

enfermagem contêm evidências substanciais necessárias para entender o atendimento recebido por um paciente. Se os registros são perdidos ou estão incompletos, há uma presunção de que o cuidado foi negligente e, portanto, a causa do dano do paciente. Além disso, registros incompletos ou ilegíveis tornam um profissional de saúde mais ou menos confiável. Especialmente quando se utiliza prontuário eletrônico, é importante determinar as alterações das condições do paciente registradas pela equipe de enfermagem antes e um registro oportuno das respostas a essas alterações. Além disso, é essencial fornecer e registrar as decisões tomadas pelo paciente — ele é o principal tomador de decisão, independentemente do ambiente em que os cuidados são prestados.

Consentimento

Formulário de consentimento assinado pelo paciente é necessário para admissão em uma instituição de saúde, nos procedimentos invasivos, como a inserção de cateter central por via intravenosa, cirurgia, alguns programas de tratamento como a quimioterapia e a participação em pesquisas (Guido, 2014). Um paciente assina um formulário de consentimento geral para tratamento quando internado em uma instituição de saúde ou qualquer outro estabelecimento de saúde. Um paciente ou representante do paciente precisa assinar o termo de consentimento especial ou de tratamento antes da realização de um procedimento especializado. As leis estaduais designam indivíduos que são legalmente capazes de dar consentimento ao tratamento médico (Medical Patient Rights Act, 1994). Enfermeiros precisam conhecer a lei em seus estados e estar familiarizados com as políticas e os procedimentos da sua instituição empregadora sobre o consentimento (Quadro 23-4). Uma consideração especial é usada quando um paciente é surdo ou analfabeto ou fala uma língua estrangeira. Um intérprete oficial deve estar presente para explicar os termos de consentimento. Um membro da família ou conhecido que fale a língua de um paciente não deve interpretar as informações de saúde. Faça todos os esforços para ajudar o paciente a fazer uma escolha informada.

Quadro 23-4 Diretrizes Estatutárias do Consentimento Legal para Tratamento Médico

Aqueles que podem consentir o tratamento médico são regidos por lei estadual, mas geralmente incluem os seguintes:

I. Adultos
   A. Qualquer indivíduo com 18 anos ou mais, com autodeterminação.
   B. Qualquer pai para um filho menor não emancipado
   C. Qualquer tutor para o seu custodiado
   D. Qualquer adulto para o tratamento de seu irmão menor (se em uma situação de emergência e os pais não estiverem presentes)
   E. Qualquer avô/avó para um neto menor (em caso de emergência e se os pais não estiverem presentes)

II. Menores
   A. Normalmente, os menores podem não concordar com o tratamento médico sem autorização dos pais. No entanto, menores emancipados podem consentir no tratamento médico sem os pais. Os menores emancipados incluem:
      1. Os menores que são designados como emancipados por uma ordem judicial
      2. Os menores que são casados, divorciados ou viúvos
      3. Os menores que estão no serviço militar ativo
   B. Os menores não emancipados podem consentir no tratamento médico, se eles apresentarem condições médicas específicas
      1. Gravidez e condições relacionadas com a gravidez (vários estados americanos diferem em caracterizar uma menor grávida como emancipada ou não emancipada. Conheça as regras do seu estado sobre esta matéria.)
      2. Um pai menor para o seu filho de custódia
      3. Informações e tratamento de infecção sexualmente

transmissível (IST)
4. Tratamento do abuso de substância
5. Tratamento de problemas mentais de paciente ambulatorial e/ou temporariamente internado

C. A questão dos menores emancipados ou não emancipados dispensa o dever do médico de tentar obter consentimento informado significativo (Guido, 2014).

Quando um paciente autodeterminado recusa o tratamento ou os cuidados, é importante reconhecer que esse ato é um direito legal dele. Você informa ao profissional de saúde sobre a recusa do paciente de receber cuidados e registra essa informação no prontuário.

Consentimento Informado

O **consentimento informado** é um acordo do paciente com um procedimento médico depois de receber as informações completas dos riscos, benefícios, alternativas e consequências da recusa (Westrick, 2014). Consentimento informado exige que um profissional de saúde explique a informação de tal forma que o paciente seja capaz de entender para fazer uma escolha informada (Guido, 2014). A falha de obter um consentimento em situações que não sejam de emergência pode resultar em uma queixa de agressão.

O consentimento informado é parte da relação profissional de saúde–paciente. Deve ser obtido diante de testemunhas, quando o paciente não está sob a influência de medicação, como opioides. Como os enfermeiros não realizam cirurgia ou procedimentos médicos diretos, o consentimento informado obtido dos pacientes não está sob a responsabilidade do enfermeiro na maioria das situações. A pessoa responsável por realizar o procedimento é o responsável pela obtenção do consentimento informado.

Os elementos-chave do consentimento informado incluem os seguintes: (1) o paciente recebe uma explicação do procedimento ou do tratamento; (2) o paciente é informado dos nomes e das qualificações de pessoas que realizam e auxiliam o processo; (3) o

paciente recebe uma descrição dos danos graves, incluindo a morte, que podem ocorrer como resultado do procedimento e dor e/ou desconforto antecipado; (4) o paciente recebe uma explicação de terapias alternativas para o procedimento/tratamento proposto e os riscos de não fazer nada; (5) o paciente sabe que ele tem o direito de recusar o procedimento/tratamento sem a descontinuidade de qualquer tratamento de suporte; (6) o paciente sabe que ele pode recusar o procedimento/tratamento, mesmo após o procedimento ter começado (Westrick, 2014).

A assinatura do enfermeiro como testemunha do consentimento significa que o paciente consentiu voluntariamente; a assinatura dele é autenticada; e ele parece estar com plena consciência para dar consentimento (Guido, 2014). Quando os enfermeiros fornecem formulários de consentimento para os pacientes assinarem, eles devem perguntar aos pacientes se eles entenderam o procedimento para o qual eles estão dando consentimento. Se os pacientes negarem esse entendimento ou você suspeitar que eles não estão entendendo, notifique o profissional de saúde ou o supervisor de enfermagem. Os profissionais de saúde devem informar ao paciente que recusa se submeter à cirurgia ou a outro tratamento médico sobre qualquer consequência nefasta da recusa. Se o paciente continua a recusar o tratamento, o enfermeiro deve, novamente, assegurar que o registro da rejeição esteja documentado, assinado e testemunhado. É importante notar que os estudantes de enfermagem não podem e não devem ser responsáveis em solicitar o consentimento ou preencher os formulários de consentimento devido à natureza legal do documento.

Em geral, os pais são os tutores legais de pacientes pediátricos; portanto, comumente, eles são as pessoas que assinam o termo de consentimento para o tratamento. Ocasionalmente, um dos pais ou responsável recusa o tratamento à criança. Nesses casos, o tribunal, por vezes, intervém em nome da criança. Os tribunais quase sempre consideram a segurança e o bem-estar máximo da criança como fatores mais importantes.

Em alguns casos, obter o consentimento informado é difícil. Por exemplo, se um paciente está inconsciente, você deve obter o

consentimento de uma pessoa legalmente autorizada a solicitar a autorização em nome do paciente. Às vezes, um paciente legalmente autoriza tomadores de decisão substitutos por meio de um poder especial envolvendo procuradores ou por meio de procedimentos de tribunal de tutela. Em caso de emergência, se for impossível obter o consentimento do paciente ou de uma pessoa autorizada, um profissional de saúde pode realizar um procedimento necessário para benefício do paciente ou salvar uma vida sem a responsabilização da não obtenção do consentimento. Em tais casos, a lei assume que o paciente desejaria ser tratado.

Pacientes com doenças mentais também devem dar o seu consentimento. Eles mantêm o direito de recusar o tratamento até que um tribunal determine que, legalmente, eles sejam incompetentes para decidir por si mesmos.

Interrupção da Gravidez ou Questões do Aborto

Em 1973, no caso de Roe *vs.* Wade, a Corte Suprema dos Estados Unidos determinou que existe um direito fundamental à privacidade, que inclui a decisão da mulher de interromper a gravidez. O tribunal decidiu que, durante o primeiro trimestre, uma mulher poderia interromper a sua gravidez sem regulamentação do estado, porque o risco de mortalidade natural do aborto é menor que com o parto normal. Durante o segundo trimestre o estado tem um interesse na proteção da saúde materna, e isso impõe regulamentações no que diz respeito à interrupção da gravidez e à instituição onde é realizada a interrupção. No terceiro trimestre, quando o feto se torna viável, o interesse do estado é proteger o feto; portanto, proíbe a interrupção, exceto quando necessária para salvar a vida da mãe.

Em Webster *vs.* Serviços de Saúde Reprodutiva (1989), a Corte, substancialmente, reduziu a Roe *vs.* Wade. Alguns estados exigem testes de viabilidade antes de realizar abortos se a idade gestacional do feto é maior que 28 semanas; outros consideram a idade gestacional de 26 semanas ou menos para interromper uma gravidez. Alguns estados também exigem o consentimento dos pais de menores de idade ou uma decisão judicial de que o menor de idade é maduro e

pode dar um autoconsentimento. Outros não exigem o consentimento dos pais; assim, mais uma vez, é fundamental conhecer a lei do seu estado relacionada com a interrupção da gravidez antes de trabalhar nesse domínio de prática.

No Brasil, se por um lado, o abortamento no país é ilegal, por outro, é desumano deixar que a mulher morra pelas condições inseguras que essa prática clandestina oferece. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde e os profissionais que trabalham nas unidades de saúde devem acolher a mulher e prestar atendimento livre de juízo de valor.

Segundo o Código Penal Brasileiro (CPB, artigos 124 a 127), o aborto provocado é crime tanto para quem o pratica como para a mulher que opta por ele. Já a Constituição Federal (CF) determina que a vida é um direito fundamental, mas não estabelece qual é o marco da vida. O Decreto n° 678, de 6 de dezembro de 1992, ao promulgar a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, de 22 de novembro de 1969, adere aos postulados no que se refere ao direito a vida: "toda pessoa tem o direito que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente."

As situações em que o aborto é permitido, apresentadas no artigo 128 do CPB, são para os casos em que não há outro meio de salvar a vida da gestante; gravidez por estupro com o consentimento da gestante, mas no caso de mulheres com menos de 18 anos ou com incapacidade, o aborto será autorizado por seu representante legal. Além disso, a partir da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal de abril de 2012, foi incluída a antecipação terapêutica do parto de fetos anencéfalos no conjunto das situações em que o abortamento é legal. A Portaria n° 1.508, de 1 de setembro de 2005, do Ministério da Saúde, para garantir segurança jurídica dos profissionais que atuam na interrupção da gravidez prevista em lei, destaca que nos casos de aborto por estupro não é necessário a apresentação do boletim de

ocorrência pela mulher. Do mesmo modo, a Portaria lista quatro fases registradas nos formatos de Termos: a) relato do evento, elaborado pela própria gestante; b) parecer técnico com anamneses, exame físico geral e ginecológico, laudo de ultrassonografia, compatibilidade entre a idade gestacional, a data do estupro e o laudo da ultrassonografia, avaliação multidisciplinar da mulher que foi exposta ao estupro, termo de aprovação do procedimento do aborto assinado por três membros da equipe multidisciplinar; c) termo de responsabilidade da gestante de que não incorre em falsidade ideológica e confirma sua condição de vítima de violência sexual; d) termo de consentimento livre e esclarecido com garantia de sigilo por parte da equipe de saúde, exceto aqueles casos que tramitam em processo de investigação policial.

Fonte:

SANTOS, V.C.; ANJOS, K.F.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B.G. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Rev. bioét. (Impr.). 2013; 21 (3): 494-508.

BRASIL. Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf. Acesso em 25 de setembro de 2016.

BRASIL. Portaria n° 1.508 de 1 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e revoga o normativo que menciona. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/integras/461754.pdf. Acesso em 25 de setembro de 2016.

Estudantes de Enfermagem

Estudantes de enfermagem são responsáveis se as suas ações excederem o seu limite de prática e causarem danos aos pacientes. Se um estudante prejudica um paciente devido a um resultado direto de suas ações ou falta de ações, o estudante, o professor supervisor, o hospital ou a instituição de saúde e da universidade ou a instituição

de ensino geral, compartilham a responsabilidade pela ação incorreta. Estudantes de enfermagem nunca devem ser designados para executar tarefas para as quais estão despreparados, e os professores devem supervisioná-los, cuidadosamente, à medida que eles aprendem novas competências. Embora os estudantes de enfermagem não sejam funcionários do hospital, a instituição tem a responsabilidade de monitorizar os seus atos. Espera-se que atuem como enfermeiros em formação no provimento de cuidado seguro ao paciente. Em geral, os professores são responsáveis por instruir e observar os estudantes, mas, em algumas situações, os enfermeiros da equipe atuam como preceptores, compartilhando essas responsabilidades. Cada escola de enfermagem deve fornecer as definições claras de responsabilidade do preceptor e do corpo docente. É igualmente importante que preceptores de enfermagem estejam cientes das leis estaduais aplicáveis aos estudantes de enfermagem, ao corpo docente e à instituição de ensino, na supervisão dos estudantes.

Quando os estudantes trabalham como estagiários de enfermagem ou auxiliam os enfermeiros, quando não estão nas aulas, eles não devem realizar tarefas que não estejam incluídas em uma descrição do trabalho de auxiliar de um enfermeiro ou assistente. Por exemplo, mesmo que um aluno aprenda a administrar medicamentos por via intramuscular, na sala de aula, o estudante que esteja trabalhando como auxiliar do enfermeiro não pode realizar este procedimento. Se um enfermeiro da equipe supervisionar um auxiliar de enfermeiro ou conscientemente atribuir uma tarefa sem levar em conta a capacidade da pessoa em conduzir, com segurança, a tarefa definida na descrição do trabalho, a equipe de enfermagem também é responsável. E se alguém solicita que um estudante empregado na instituição, como um auxiliar do enfermeiro, realize tarefas que ele não está preparado para implementar com segurança, o estudante empregado precisa levar essa informação para o supervisor, de tal forma que a tarefa possa ser atribuída a um profissional de saúde adequado.

Seguro para Má Prática

Seguro de má prática ou de responsabilidade profissional é um contrato entre um enfermeiro e uma companhia de seguros. Esse seguro fornece tanto a cobertura de má prática quanto a defesa profissional para os enfermeiros individualmente. Seguro de má prática prevê defesa quando um enfermeiro está em uma ação judicial. A companhia de seguros paga os custos, os honorários de advogados e das instalações e outras taxas relacionadas, geradas na representação do enfermeiro. Enfermeiros empregados nas instituições de saúde, em geral, são cobertos pelo seguro fornecido pela instituição. No entanto, é importante lembrar que o advogado está representando o seu empregador e não você. O seguro oferecido pela instituição somente cobre os enfermeiros enquanto eles estão trabalhando no âmbito do seu emprego.

Os enfermeiros também são investigados pelo Conselho de Enfermagem do Estado ou pela Comissão de Enfermagem, para determinar se uma alegada violação no cuidado infringiu a Lei do Exercício Profissional. Essa investigação é tipicamente separada da ação de má prática e não coberta pelo seguro do empregador. Sem cobertura de seguro individual, o enfermeiro vai ser obrigado a pagar pessoalmente todos os custos e honorários advocatícios contratados por ele na defesa contra essas alegações. Normalmente, esses custos excedem mais de US$ 10 mil. Portanto, os enfermeiros devem garantir que eles disponham dos meios ou de responsabilidade pessoal para se defender de qualquer ação contra a sua licença, a fim de garantir seu emprego em curso como enfermeiro.

Problemas de Abandono e de Atribuição

O abandono de um paciente ocorre quando um enfermeiro se recusa a fornecer os cuidados depois de ter estabelecido uma relação enfermeiro–paciente. Antes de ter estabelecido essa relação, um enfermeiro pode recusar uma atribuição quando (1) o enfermeiro não tem o conhecimento ou a competência para prestar cuidados competentes; (2) o cuidado é acima do determinado pela lei do exercício profissional; (3) a saúde da enfermeira ou da criança que espera está diretamente ameaçada pelo tipo de atribuição; (4) o

encaminhamento para a unidade não foi concluído e a segurança está em risco; (5) o enfermeiro afirma claramente e registra a objeção consciente com base em razões morais, éticas ou religiosas; ou (6) o julgamento clínico do enfermeiro é reduzido como resultado da fadiga, implicando um risco para a segurança do paciente (Westrick, 2014).

Quando recusar uma atribuição, é importante fornecer ao seu supervisor imediato as razões específicas para a recusa e determinar se outras alternativas, como a redistribuição de nova atribuição, estão disponíveis. Tenha certeza de que você documentou o incidente em suas notas pessoais específicas, a quem você divulgou e as ações que você tomou para assegurar que os pacientes estavam em segurança e que você não abandonou os seus pacientes (Westrick, 2014).

Equipe Reduzida

Durante os períodos de escassez de enfermeiros ou de redução de pessoal, ocorrem os problemas de dimensionamento inadequado da equipe. O Programa de Acreditação da Comunidade de Saúde (Community Health Accreditation Program [CHAP]) e outras normas estadual e federal exigem que as instituições disponham de orientações para a determinação do número (dimensionamento de pessoal) de enfermeiros necessários para prestar assistência a um número específico de pacientes. Questões legais ocorrem quando não há enfermeiros suficientes disponíveis para prestar cuidados qualificados ou quando os enfermeiros trabalham horas extras excessivas. Um exemplo está em uma ação judicial da classe, Spires *vs.* Hospital Corporation of America, julgado em 10 de abril de 2006. A esposa do paciente alegou que o mau atendimento do paciente estava relacionado com a insuficiência de enfermeiros e que esse pequeno número levou ao mau atendimento e à morte de seu marido. Esse caso enfatizou a gravidade potencial de redução de pessoal e a importância de afirmar os direitos dos trabalhadores de enfermagem.

Na tentativa de resolver o problema de equipe reduzida, muitos estados, atualmente, exigem que os comitês de enfermagem em ambientes de cuidados agudos determinem a quantidade segura de

pessoal com base nas necessidades dos pacientes admitidos em suas instalações. Na Califórnia, é exigida uma relação fixa enfermeiro–paciente necessária para ambientes de cuidados agudos. O debate sobre esta relação segura está ocorrendo em todo o país e exige muita atenção de todos os enfermeiros (ANA, 2014).

A ANA, em conjunto com as demais organizações profissionais de enfermagem, tem apoiado a legislação federal intitulada Lei da Equipe de Enfermagem Segura (Registered Nurse Safe Staffing Act [ANA, 2014]). Essa Lei sustenta uma evidência recente de que existe uma relação segura de pessoal de enfermagem com a redução da mortalidade e de melhores resultados para os pacientes. Sob esta Lei, o certificado Medicare no nível nacional obriga o estabelecimento de comitês de pessoal, composto de 55% enfermeiros de cuidados diretos, de modo a determinar a adequação dos recursos humanos com base em pacientes internados nas unidades especificas, que fornecem tipos de cuidados predeterminados. Segundo essa lei, os enfermeiros se tornam parte integrante de um grupo para garantir que pacientes recebam cuidados de enfermagem de qualidade, a fim de satisfazer as suas necessidades, e que os cuidados sejam prestados em um ambiente seguro.

Sistema de Rodízio

Por vezes, os enfermeiros necessitam fazer ”rodízio“ da área onde normalmente exercem suas práticas para outras unidades de enfermagem, com base na carga de trabalho e na necessidade do paciente. Enfermeiros que atuam em sistema de rodízio devem informar ao supervisor de qualquer falta de experiência no cuidado com os tipos de pacientes, no serviço de enfermagem. Eles devem solicitar e receber uma orientação para a unidade. Os supervisores são responsáveis se eles designam a um membro da equipe de enfermagem uma atribuição que ele não pode realizar com segurança. Antes de aceitar o emprego, aprenda as políticas da instituição relativas ao sistema de rodízio e entenda o que é esperado (Guido, 2014).

Prescrições dos Profissionais de Saúde

O profissional de saúde (médico ou enfermeiro de prática avançada) é responsável por direcionar um tratamento clínico. Enfermeiros implementam as prescrições de outros profissionais de saúde, a menos que eles acreditem que elas estejam incorretas, violam a política da instituição ou sejam prejudiciais ao paciente. Portanto, você precisa avaliar o que foi prescrito; se você encontrar uma que seja incorreta ou perigosa, é necessário um maior esclarecimento de quem a prescreveu. Se o profissional de saúde confirma uma prescrição e você ainda acredita que é inadequada, use a cadeia hierárquica de comando para informar ao seu supervisor direto. O enfermeiro supervisor deve ajudar a resolver a prescrição polêmica. Um consultor médico, às vezes, ajuda a esclarecer a sua adequação ou inadequação. Um enfermeiro que atende a uma prescrição errada ou inapropriada é legalmente responsável por qualquer dano que o paciente sofra.

Em um processo de má prática contra um profissional de saúde e um hospital, uma das questões mais frequentemente contestadas é se o enfermeiro manteve o profissional de saúde informado da condição do paciente. Para informar adequadamente um profissional de saúde, você realiza uma avaliação de enfermagem do paciente com competência, para determinar os sinais e sintomas que estão significativamente relacionados com as ações de diagnóstico e tratamento do profissional de saúde. Certifique-se de documentar o que você notificou ao profissional de saúde e a resposta dele, o seu acompanhamento e a resposta do paciente.

Certifique-se de que todas as prescrições do profissional de saúde sejam escritas, datadas e dispostas em ordem cronológica e transcritas corretamente. Prescrições verbais ou por telefone não são recomendadas, porque elas criam possibilidades de erro. Se uma prescrição verbal ou por telefone for necessária durante uma emergência, ela deve ser assinada pelo profissional de saúde o mais rapidamente possível, em geral dentro de 24 horas (TJC, 2016).

Gestão de riscos e garantia de qualidade

A justificativa para programas de gestão de riscos e de melhoria da qualidade é o desenvolvimento de um sistema organizacional para garantir cuidados adequados de saúde e de qualidade, identificando riscos potenciais, eliminando-os antes que o dano ocorra (Guido, 2014). **Gestão de riscos** envolve vários componentes, incluindo a identificação de possíveis riscos e suas análises, agindo para reduzir os riscos e avaliar as etapas envolvidas para reduzi-los (Miller, 2011). TJC (2016) exige a utilização de melhoria na qualidade e procedimentos de gestão de risco.

Tanto a melhoria da qualidade quanto a gestão de riscos exigem uma documentação completa. Uma ferramenta usada na gestão de risco é o **relatório de ocorrência** ou relatório de incidente. A comunicação de ocorrências fornece uma base de dados para maiores investigações na tentativa de determinar os desvios dos padrões do tratamento, identificar as medidas corretivas necessárias para prevenir a recorrência e alertar a gestão de risco sobre uma situação potencial de queixas. Exemplos de uma ocorrência incluem situações nas quais o paciente ou o visitante sofre uma queda ou uma lesão; falha em seguir as prescrições do profissional de saúde; uma queixa significativa do paciente, família, profissional de saúde ou de outro serviço hospitalar; erro na técnica ou no procedimento; e um dispositivo ou produto com defeito. Na maioria das vezes, as instituições têm diretrizes específicas para orientar os profissionais de saúde sobre como preencher o relatório de ocorrências. O relatório é confidencial e separado do prontuário do paciente; no entanto, é frequentemente requisitado durante um processo legal. Como enfermeiro, você é responsável pelo fornecimento de informações no registro da ocorrência. Nunca documentar no prontuário do paciente que você concluiu um relatório de ocorrência.

A gestão de riscos também requer uma documentação completa. A

documentação do enfermeiro, muitas vezes, é uma evidência do atendimento recebido por um paciente e estabelece respaldo de que o enfermeiro agiu razoavelmente e com segurança. Quando um processo judicial é aberto, muitas vezes as anotações dos enfermeiros são a primeira coisa que um advogado analisa. A avaliação do enfermeiro e o relato das mudanças significativas nas avaliações são fatores muito importantes na defesa de uma ação judicial. Por isso, é fundamental que você documente que contatou o profissional de saúde, que a informação foi comunicada a ele e qual foi a resposta desse profissional a respeito do caso.

Uma área de risco potencial está relacionada com a utilização de dispositivos eletrônicos de monitoração. Nenhum monitor é de confiança em todos os momentos; portanto, não se deve depender dele completamente. A avaliação contínua de um paciente é necessária para ajudar a documentar a precisão da monitoração eletrônica. Há também riscos elétricos para o enfermeiro e o paciente. Engenheiros biomédicos verificam o equipamento para garantir que ele está em boas condições de funcionamento e que um paciente não vai receber um choque elétrico. Documente a realização da calibração do equipamento.

Os enfermeiros nas unidades são os gestores de risco. Por exemplo, os cirurgiões confiam nos enfermeiros de sala de cirurgia para confirmar o local cirúrgico indicado e preparado, com precisão. Por causa de erros a partir dos quais os pacientes são submetidos à cirurgia errada ou a cirurgia é realizada no local errado, o Protocolo Universal do TJC inclui orientações para a prevenção de tais acidentes (TJC, 2016) e agora exigem retardos obrigatórios na incisão, antes do início da cirurgia. Implemente esse protocolo, sempre que um procedimento cirúrgico invasivo deva ser realizado, independentemente do local (hospital, ambulatório centro cirúrgico [ASC], ou no consultório do profissional de saúde). Os três princípios do protocolo são: (1) verificação pré-operatória de que os documentos e estudos relevantes estão disponíveis antes do início do procedimento e de que esses documentos são consistentes com as expectativas do paciente; (2) marcação do local da cirurgia com tinta

indelével para marcar ao lados esquerdo e direito, estruturas múltiplas (p.ex., dedos) e os níveis da coluna vertebral; e (3) um limite de tempo, pouco antes de iniciar o procedimento para a verificação final do paciente, do procedimento, do local e de quaisquer implantes, de forma correta.

A segurança do paciente e a melhora dos cuidados são os objetivos de melhoria da qualidade e da gestão de riscos. TJC (2016) e grupos tais como o Instituto de Medicina têm o foco na segurança do paciente dentro dos principais objetivos. Os eventos que nunca deveriam acontecer (**Never events**) são erros evitáveis, que podem incluir quedas, infecções urinárias pelo uso indevido de cateteres e úlceras de decúbito (AHRQ, 2015). O governo federal e as empresas de seguro saúde desenvolveram políticas para reter o reembolso de erros médicos evitáveis (AHRQ, 2015). Conheça as políticas da instituição e os procedimentos para ajudar a desenvolver um sistema e uma cultura de segurança do paciente.

Envolvimento Profissional

Envolva-se em organizações profissionais e comitês que definem os padrões de cuidados para a prática de enfermagem. Se as leis atuais, as regras e regulamentações ou as políticas, sob as quais os enfermeiros atuam, não são baseadas em evidências, a garantia de defesa no âmbito da prática de enfermagem é definida com precisão. Esteja disposto a representar a enfermagem e o paciente também na perspectiva da comunidade. A voz da enfermagem é poderosa e eficaz quando o foco da organização é a proteção e o bem-estar do público confiados aos cuidados dos enfermeiros (Blais & Hayes, 2011).

Pontos-chave

- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem são registrados em cada estado onde eles exercem suas atividades. O registro confere uma licença de exercício profissional com base na formação e em exigências educacionais e outros critérios.
- O sistema de direito civil está preocupado com a proteção dos

direitos privados de uma pessoa, e o sistema de leis criminais lida com os direitos dos indivíduos e da sociedade, como definido por estatutos legislativos.

- Um enfermeiro é responsabilizado por má prática se ele (o acusado) devia ter prestado um cuidado de saúde ao paciente (acusador) e não cumpriu esta atividade, o paciente sofreu uma lesão, e esta decorreu da falha do enfermeiro.
- Todos os pacientes têm direito a cuidados de saúde confidenciais e liberdade de impedir a divulgação não autorizada de informações.
- Segundo a lei, em suas práticas, os enfermeiros devem seguir padrões de cuidados ou critérios de prática, diretrizes de organizações profissionais e políticas escritas bem como respeitar os procedimentos do órgão empregador.
- Enfermeiros que atuam como testemunhas são responsáveis por confirmar que os pacientes firmaram, voluntariamente, um consentimento informado para qualquer cirurgia ou outro procedimento médico antes do procedimento ser realizado.
- Os enfermeiros são responsáveis por realizar todos os procedimentos corretamente e exercitar um julgamento profissional à medida que cumprem prescrições dos profissionais de saúde.
- Os profissionais de enfermagem seguem as prescrições dos profissionais de saúde, exceto quando eles acreditem que essas prescrições estão erradas, que violam a política da instituição ou que podem prejudicar os pacientes.
- As normas da equipe determinam a proporção de enfermeiros em relação ao número de pacientes. Se o enfermeiro tiver que cuidar de mais pacientes do que é razoável, ele precisa fazer um protesto formal à administração do serviço de enfermagem.
- Questões legais, envolvendo a morte, incluem a documentação de todos os eventos em torno da morte e que tratem a pessoa falecida com dignidade.
- Todos os enfermeiros precisam conhecer as leis que se aplicam à

sua área de prática.

- Dependendo das leis estaduais, os enfermeiros são obrigados a comunicar possíveis atividades criminosas, tais como o abuso de crianças e certas doenças transmissíveis.
- Os enfermeiros são defensores dos pacientes e devem assegurar a qualidade dos cuidados por meio da uma gestão de risco e fazendo *lobby* para padrões seguros de prática de enfermagem.
- Enfermeiros elaboram relatórios de incidentes/ocorrências de todos os erros mesmo quando ninguém é lesionado.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Um enfermeiro está cuidando de um paciente que, recentemente, passou por uma cirurgia de ponte de safena e agora está na unidade de pós-operatório. Quais são as fontes legais de padrões de cuidado que o enfermeiro usa para prestar cuidados seguros? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Informações fornecidas pela enfermeira-chefe
    2. As políticas e procedimentos do hospital empregador
    3. Lei do exercício profissional
    4. Regulamentos identificados no manual de The Joint Commission
    5. Os padrões de práticas de enfermagem da American Nurses Association
2. Um enfermeiro é processado por negligência devido à incapacidade de controlar, adequadamente, um paciente após um procedimento. Quais das seguintes afirmações são corretas sobre esse processo? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. O enfermeiro não precisa de qualquer representação.
    2. O paciente deve provar que ocorreu uma lesão, dano ou perda.
    3. A pessoa que propõe a ação tem que mostrar a ocorrência

de danos compensáveis, tais como salários perdidos.
    4. O paciente deve provar que a violação da norma vigente dos cuidados causou uma lesão.
    5. O ônus da prova é sempre de responsabilidade do enfermeiro.
3. Um enfermeiro para o seu carro a fim de ajudar um caso de emergência no local de um acidente. A parte lesada abre um processo contra o enfermeiro e a sua instituição empregadora, cujo seguro não cobre o enfermeiro. O que provavelmente poderia cobrir o enfermeiro nesta situação?
    1. O seguro de automóvel do enfermeiro
    2. O seguro residencial do enfermeiro
    3. A lei do Bom Samaritano, que concede imunidade judicial se não houver negligência grave
    4. A parceria no cuidado ao paciente, denominada Patient Care Partnership, que pode conceder uma imunidade judicial com o consentimento do paciente
4. Um enfermeiro está planejando cuidar de um paciente que está indo para uma cirurgia. Quem é responsável por informar ao paciente sobre a cirurgia, juntamente com possíveis riscos, complicações e benefícios?
    1. Membro da família
    2. Cirurgião
    3. Enfermeiro
    4. Gerente de enfermagem
5. Uma mulher tem lesões graves, com risco de vida, e está sangrando, devido a um acidente de carro. O médico prescreveu duas unidades de concentrado de hemácias para tratar a anemia da mulher. O marido se recusa a permitir que o enfermeiro ministre sangue à sua esposa por motivos religiosos. Qual é a responsabilidade do enfermeiro?
    1. Obter uma ordem judicial para ministrar o sangue
    2. Coagir o marido a ministrar o sangue
    3. Chamar a segurança e retirar o marido do hospital
    4. É necessária mais informação sobre a preferência da esposa

e se o marido tem procuração com poder legal para decisão médica

6. Um enfermeiro observa que há uma orientação antecipada no registro do paciente. Qual a afirmação que representa a melhor descrição de uma orientação antecipada que a enfermeira deveria seguir?
    1. Uma declaração vai permitir que uma pessoa designada tome as decisões sobre os cuidados de saúde quando o paciente estiver em um estado de total incapacidade.
    2. Uma declaração será exigida apenas quando o paciente tem uma condição terminal ou se encontra em um estado vegetativo persistente.
    3. O paciente não pode alterar a orientação antecipada uma vez admitido no hospital.
    4. Uma procuração durável de um advogado para cuidados de saúde é solicitada somente quando o paciente tem uma condição terminal ou se encontra em um estado vegetativo persistente.
7. Um enfermeiro observa que a unidade de saúde mantém uma lista dos nomes dos pacientes na recepção, com vistas a facilitar que os profissionais de saúde localizem, de forma mais eficiente, o paciente. O enfermeiro fala com o gerente de enfermagem, porque essa ação é uma violação de qual dos seguintes atos?
    1. Lei de Cuidados Acessíveis e de Proteção ao Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act [PPACA])
    2. Lei de Autodeterminação do Paciente (Patient Self-Determination Act [PSDA])
    3. Lei de Responsabilidade e Portabilidade do Seguro de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA])
    4. Lei de Trabalho Ativo e Tratamento Médico de Emergência (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act)
8. Qual das seguintes ações, se realizada por um enfermeiro, resultaria em ambas as sanções penais e administrativas contra

ele? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Tomar ou vender substâncias controladas
2. Recusar-se a fornecer informações de saúde para o filho menor de um paciente
3. Relato de suspeita de abuso e negligência com crianças
4. Aplicação de contenções físicas sem prescrição médica escrita
5. Concluir a comunicação de uma ocorrência na unidade

9. O enfermeiro recebeu um relatório de troca de turno devido à mudança de turno na sala de conferências do enfermeiro do turno da noite. O estudante de enfermagem, atribuído ao enfermeiro, pede para revisar os registros dos pacientes aos seus cuidados. O enfermeiro começa a avaliar os pacientes atribuídos e lista as informações de cuidados de enfermagem para cada paciente em um quadro de mensagens de cada paciente individualmente, nos quartos dos pacientes. O enfermeiro também lista os diagnósticos médicos dos pacientes no quadro de mensagens. No final do dia, o enfermeiro discute com a família do paciente o plano de cuidados para um paciente que está morrendo. Qual dessas ações descreve uma violação da Lei de responsabilidade e Portabilidade do Seguro de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA])?

1. Discutir as condições do paciente na sala de enfermagem, na troca de turno
2. Permitir que os alunos de enfermagem avaliem os prontuários dos pacientes antes cuidar dos pacientes a quem são atribuídos
3. A publicação de informações médicas sobre o paciente em um quadro de mensagens no quarto do paciente
4. Liberar as informações do paciente sobre doença terminal para a família quando o paciente deu permissão para que as informações fossem compartilhadas

10. O paciente tem um fêmur fraturado, que é colocado sob tração esquelética com um molde de gesso fresco aplicado. O

paciente passou a experimentar uma diminuição da sensibilidade e uma sensação de frio nos dedos do pé do lado afetado. O enfermeiro observa que os dedos do paciente se tornaram pálidos e frios, mas se esquece de registrar essas condições, porque o paciente de outro enfermeiro sofreu uma parada cardíaca no mesmo momento. Dois dias mais tarde, o paciente em tração esquelética apresentou um aumento de temperatura e está sendo preparado para uma cirurgia de amputação da perna, abaixo do joelho. Qual das seguintes afirmações sobre uma violação do dever se aplica nessa condição? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Falha em registrar uma alteração nos dados de avaliação
2. Falha em fornecer as orientações de alta
3. Falha no não cumprimento dos seis certos na administração de medicamentos
4. Falha na não utilização de equipamento médico adequado prescrito para monitoração do paciente
5. Falha em notificar um profissional de saúde sobre uma alteração na condição do paciente

11. Um morador em situação de rua entra no setor de emergência em busca de cuidados de saúde. O profissional de saúde indica que o paciente precisa ser transferido para os cuidados do Hospital Municipal. Essa ação é, mais provavelmente, uma violação de qual das seguintes leis?
    1. Lei de Responsabilidade e Portabilidade do Seguro de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA])
    2. Lei para Americanos com Deficiência (Americans with Disabilities Act [ADA])
    3. Lei de Autodeterminação do Paciente (Patient Self-Determination Act [PSDA])
    4. Lei de Trabalho Ativo e Tratamento Médico de Emergência (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act [EMTALA]), sem a triagem completada
12. Você é o enfermeiro do turno da noite cuidando de um

paciente recém-admitido e que parece estar confuso. A família pede para ver o histórico médico do paciente. Qual é a prioridade de ação de enfermagem?

1. Dar o registro à família
2. Discutir com eles as questões que dizem respeito à família
3. Chamar o supervisor de enfermagem
4. Determinar, a partir do registro do paciente, se a família tem uma permissão concedida pelo paciente para acessar a sua informação médica

13. O enfermeiro de cuidados domiciliares percebe hematomas significativos na cabeça, braços, abdome e pernas de um paciente de 2 anos. A mãe do paciente descreve a ocorrência de quedas frequentes do paciente. Qual é a melhor atitude de enfermagem que o enfermeiro de cuidados domiciliares deve tomar?
    1. Documentar seus resultados e tratar o paciente
    2. Orientar a mãe sobre uma manipulação segura de uma criança de 2 anos
    3. Entrar em contato com um centro de abuso infantil (linha direta)
    4. Discutir esta história com um colega
14. Qual das seguintes afirmações indica que o novo graduando de enfermagem entende as maneiras de continuar envolvido profissionalmente? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. “Estou pensando em me unir à comissão de saúde da minha Igreja.”
    2. “Eu preciso ler jornais, assistir a transmissões de notícias e pesquisar na Internet para obter informações relacionadas com a saúde.”
    3. “Vou me unir aos comitês de enfermagem no hospital depois de eu ter completado a orientação e entender melhor as questões que afetam a enfermagem.”
    4. “Os enfermeiros não têm muita voz na legislação em Washington, DC, por causa da escassez de enfermagem.”
    5. “Eu vou voltar para a escola assim que eu terminar a

orientação."

15. Você está trabalhando em um serviço de enfermagem, em sistema de rodízio. No serviço, lhe é delegada uma tarefa que está além da sua capacidade. Qual seria a melhor ação de enfermagem a ser adotada em primeiro lugar?
    1. Chamar o supervisor de enfermagem para discutir a situação
    2. Discutir o problema com um colega
    3. Deixar o serviço de enfermagem e ir para casa
    4. Não fale nada e comece o seu trabalho

Respostas: **1**. 2,3,4,5; **2**. 2,3,4; **3**. 3; **4**. 2; **5**. 4; **6**. 2; **7**. 3; **8**. 1,4; **9**. 3; **10**. 1,5; **11**. 4; **12**. 4; **13**. 3; **14**. 1,2,3; **15**. 1.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Never events, 2015, US Department of Health and Human Services. http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=3. Accessed August 2015.

American Nurses Association *Position statement: reduction of patient restraint and seclusion in health care settings*. Silver Spring, MD: Author; 2001.

American Nurses Association (ANA) *Nursing: scope and standards of practice*. ed 2 Silver Spring, MD: The Association; 2010.

American Nurses Association (ANA): *Position statement: euthanasia, assisted suicide, and aid in dying*, 2013, http://www.nursingworld.org/euthanasiaanddying. Accessed August 2015.

American Nurses Association (ANA): *Safe staffing: the Registered Nurse Safe Staffing Act*, https://www.congress.gov/bill/113th-congress/house-bill/1821, 2014. Accessed August 2015.

Blais K, Hayes JS. *Professional nursing practice: concepts and perspectives*. ed 6 Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2011.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) *Revisions to Medicare conditions of participation, 482. 13*. Bethesda, Md: US Department of Health and Human Services; 2008.

Dupler A, et al. Leveling the playing field for nursing students with disabilities: implications of the amendments to the American With Disabilities act. *J Nurs Educ*. 2012;51:144.

Garner B. *Black's law dictionary, pocket*. ed 11 St Paul: Thomson West Publishing; 2014.

Golden S. Do not resuscitate orders: a matter of life and death in New York. *Contemp. Health L. & Poly*. 1988;449:4.

Guido G. *Legal and ethical issues in nursing*. ed 6 Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2014.

Karno S. Nursing malpractice/negligence and liability. In: Grant P, Ballard D, eds. *Law for nurse leaders: a comprehensive reference*. New York: Springer; 2011.

Keenan G, et al. Challenges to nurses' efforts of retrieving, documenting, and communicating patient care information. *JAMIA*. 2013;20(2):245.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. ed 3 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Miller P. Risk management. In: Grant P, Ballard D, eds. *Law for nurse leaders: a comprehensive reference*. New York: Springer; 2011.

Mortensen K, Serwing A. *Health care privacy and security*. Eagan, MN: Thomson

West Publishing; 2014.

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN): *Working with others: a position paper*, 2005, http://www.ncsbn.org/pdfs/Working_with_Others.pdf. Accessed August 2015.

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN): *White paper: a nurse's guide to the use of social media*, 2011, https://www.ncsbn.org/Social_Media.pdf. Accessed August 2015.

Philo H, et al. *Lawyers desk reference*. ed 9 Eagan, MN: Thomson West Publishing; 2015.

Privacy Rights Clearinghouse: *Understanding health and medical privacy*, 2014. https://www.privacyrights.org/content/understanding-health-and-medical-privacy. Accessed August 2015.

Shilling D. *Lawyer's desk book*. Austin, TX: Wolters Kluwer; 2011.

The Joint Commission (TJC) *Comprehensive accreditation manual for hospitals: the official handbook*. Oak Brook Terrace, IL: The Joint Commission; 2014.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oak Brook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

The Registered Nurse Safe Staffing Act, 2014, https://www.congress.gov/bill/113th-congress/senate-bill/2353. Accessed August 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Key features of the affordable care act by year*, 2015, HHS.gov/HealthCare. http://www.hhs.gov/healthcare/facts/timeline/timeline-text.html. Accessed August 2015.

US Department of the Treasury, US Department of Labor, US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Final rules under the Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008; technical amendment to external review for multi-state plan program; final rule*. Available at http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2013-11-13/pdf/2013-27086.pdf. Accessed September 28, 2015.

Westrick SJ. *Essentials of nursing law*. ed 2 Boston, MA: Jones & Bartlett; 2014.

Referências de pesquisa

Scruth E, et al. Electronic and social media: the legal and ethical issues for healthcare. *Clin Nurse Spec*. 2015;29(1):10.

Leis

Americans with Disabilities Act (ADA), 42 USC §§121.010-12213.(1990).

Autopsy Consent, Mo Rev Stat, {194.115.(1998).

Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA), 42 USC §1395 (dd).(1986).

Good Samaritan Act, IL Compiled Statutes, 745 ILCS 49/.(1997).

Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), Public Law No. 104.(1996).

Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH Act) 45 C.F.R. § 164.304.n8 Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH Act), Pub. L. No. 111-5, 123 Stat. 115 (Feb. 17, 2009), § 13401(a) (codified at 42 U.S.C. § 17931(a); 45 C.F.R. § 160.103).

Medical Patient Rights Act, IL Compiled Statutes, 410 ILCS 50.(1994).

Mental Health Parity Act of 1996, 29 USC §1885.(1996).

National Organ Transplant Act, Public Law 98-507.(1984).

Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (Federal Nursing Home Reform Act). Retrieved from https://www.govtrack.us/congress/bills/99/hr5300.

Oregon Death With Dignity Act, Ore Rev Stat §§127.800-127.897.(1994).

Patient Protection and Affordable Care Act, 42 USC 18001.(2010).

Patient Self-Determination Act, 42 CFR 417.(1991).

Uniform Anatomical Gift Act.(1987).

Uniform Determination of Death Act.(1980).

Casos

Bouvia v Superior Court, 225 Cal Rptr 297.(1986).

Cruzan v Director of Missouri Department of Health, 497 U.S. 261.(1990).

Darling v Charleston Community Memorial Hospital, 33 Ill 2d 326.(Ill 1965).

Roe v Wade, 410 U.S. 113.(1973).

Spires v Hospital Corporation of America, 28 U.S.C. §1391(b) Kansas (2006), http://www.kansas.com/multimedia/kansas/archive/pdfs/041106spireshca.pdf.

Webster v Reproductive Health Services, 492 U.S. 490.(1989).

YG v Jewish Hospital, 795 SW2d 488.(Mo App 1990).

[1] *Nota da Tradução:* Conselho Estadual de enfermagem.

24

Comunicação

OBJETIVOS

- Identificar maneiras de aplicar o pensamento crítico ao processo de comunicação.
- Usar os cinco níveis de comunicação com os pacientes.
- Descrever características do processo de comunicação transacional circular.
- Incorporar características de relacionamento assistencial ao interagir com pacientes.
- Identificar as abordagens de comunicação de um enfermeiro dentro das quatro fases do relacionamento assistencial entre o enfermeiro e o paciente.
- Identificar os resultados desejados em relacionamentos entre enfermeiros e a equipe de saúde.
- Demonstrar qualidades, comportamentos e técnicas de comunicação profissional ao interagir com os pacientes.
- Identificar oportunidades de melhorar a comunicação com os pacientes no momento da prestação de cuidados.
- Adotar técnicas de comunicação eficientes com pacientes idosos.
- Oferecer dispositivos de comunicação alternativos quando adequado para promover a comunicação com pacientes com deficiência de comunicação.

• Implementar medidas de cuidado de enfermagem para pacientes com necessidades especiais de comunicação.

TERMOS-CHAVE

Ambiente, p. 316
Assertividade, p. 321
Autonomia, p. 321
Canais, p. 316
Comunicação, p. 313
Comunicação pública, p. 315
Comunicação eletrônica, p. 315
Comunicação em pequenos grupos, p. 315
Comunicação interpessoal, p. 315
Comunicação intrapessoal, p. 315
Comunicação não verbal, p. 317
Comunicação verbal, p. 316
Comunicação terapêutica, p. 323
Complementar, p. 316
Destinatário, p. 316
Empatia, p. 324
Entrevista motivacional, p. 319
Escuta ativa, p. 323
Estereótipos, p. 314
***Feedback*, p. 316**
Inteligência emocional, p. 314
Mensagem, p. 316
Metacomunicação, p. 318

Modelo transacional circular, p. 315
Preconceitos perceptivos, p. 314
Processo de comunicação transacional circular, p. 315
Comunicador, p. 316
Remetente, p. 316
Simétrico, p. 316
Variáveis interpessoais, p. 316
Violência lateral, p. 320

Comunicação e prática de enfermagem

Comunicação é um processo vitalício de aprendizado. Os enfermeiros fazem a íntima jornada com os pacientes e suas famílias desde o milagre do nascimento até o mistério da morte. Como enfermeiro, você se comunica com os pacientes e seus familiares para desenvolver relacionamentos significativos. Dentro desses relacionamentos, você elabora o histórico com dados relevantes, oferece educação e interage durante intervenções de enfermagem. O uso de comunicação terapêutica promove crescimento pessoal e o cumprimento das metas dos pacientes relacionadas com a saúde. A despeito da complexidade da tecnologia e das diversas demandas de tempo dos enfermeiros, é o momento íntimo da conexão que faz toda a diferença para a qualidade do cuidado e faz sentido para o paciente e o enfermeiro. Comunicação é fundamental para relacionamentos entre pacientes e enfermeiros e para a capacidade de realizar cuidados centrados nos pacientes.

A segurança do paciente também requer uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde já que os pacientes passam de um profissional para outro ou de um ambiente de cuidado para outro. Boas competências de comunicação ajudam a reduzir o risco de erros. Essas competências promovem melhores resultados para os pacientes e elevam a satisfação dos mesmos (Lang, 2012). Competências de comunicação efetiva e colaboração na equipe são essenciais para garantir a segurança dos pacientes e o cuidado ideal dos mesmos (Lazure et al., 2014). Competência em comunicação mantém relacionamentos efetivos dentro de todo o âmbito da prática profissional e atende aos padrões jurídicos, éticos e clínicos do cuidado.

As qualidades, comportamentos e técnicas de comunicação terapêutica descritos neste capítulo caracterizam o profissionalismo em relacionamentos que envolvem cuidados. Embora o termo *paciente* seja usado com frequência, os mesmos princípios se aplicam na comunicação com qualquer pessoa em qualquer situação da enfermagem.

Comunicação e Relacionamentos Interpessoais

Relacionamentos atenciosos formados entre um enfermeiro e as pessoas atendidas estão no âmago da prática da enfermagem (Cap. 7). A comunicação estabelece esses relacionamentos atenciosos de recuperação. Todos os comportamentos comunicam, e todas as comunicações influenciam o comportamento. Por esses motivos, a comunicação é essencial para o relacionamento enfermeiro–paciente. Enfermeiros especialistas em comunicação expressam sua atenção das seguintes maneiras (Ryan, 2005; Watson, 1985):

- Tornando-se sensível em relação a si mesmo e aos outros.
- Promovendo e aceitando a expressão de sentimentos positivos e negativos.
- Desenvolvendo relacionamentos atenciosos.
- Instilando fé e esperança.
- Promovendo educação e aprendizado interpessoais.
- Proporcionando um ambiente de apoio.
- Auxiliando nas necessidades humanas com satisfação.
- Permitindo a expressão espiritual.

A capacidade de um enfermeiro de se relacionar com as outras pessoas é importante para a comunicação interpessoal. Isso inclui a capacidade de tomar a iniciativa de estabelecer e manter a comunicação, de ser autêntico (ser ele mesmo) e de responder adequadamente à outra pessoa. Uma efetiva comunicação interpessoal também requer um senso de mutualismo (ou seja, o conceito de que o relacionamento entre enfermeiro e paciente é uma parceria e que ambos têm participações equivalentes). Os enfermeiros respeitam o fato de que as pessoas são muito complexas e ambíguas. Geralmente, existe mais comunicação que podemos enxergar a princípio, e as respostas dos pacientes nem sempre são as esperadas. Cada paciente é um indivíduo único, com necessidades específicas de comunicação. A maioria dos enfermeiros adota a visão de que a profissão tem a natureza de um todo holístico das pessoas e de sua necessidade de comunicações efetivas e de apoio e de interação humana. Quando os pacientes e enfermeiros trabalham juntos, podem-se conquistar muitas coisas. A The Joint Commission (TJC) reconheceu a necessidade de

promover comunicação efetiva para cuidados centrados no paciente e seus familiares, competência cultural e mais segurança para o paciente. A TJC iniciou um conjunto de normas para hospitais que promovem esses aperfeiçoamentos na comunicação, tendo se tornado parte das exigências da TJC (TJC, 2011).

A comunicação terapêutica ocorre em um relacionamento de recuperação entre um enfermeiro e um paciente (Arnold e Boggs, 2011). Como qualquer agente terapêutico poderoso, a comunicação do enfermeiro pode resultar tanto em prejuízo quanto em benefício. Cada nuance de postura, cada pequena expressão, cada palavra escolhida, cada atitude adotada, tudo isso tem potencial de prejudicar ou curar, afetando outras pessoas através da transmissão de energia humana. Saber que a intenção e o comportamento influenciam diretamente a saúde dá aos enfermeiros a responsabilidade ética de não prejudicar ninguém que lhes tenha confiado seu cuidado. Respeite o possível poder da comunicação e não faça mau uso da comunicação descuidadamente para magoar, manipular ou coagir outras pessoas. Comunicar-se com habilidade dá a oportunidade para que os outros expressem o que eles acham e para que façam suas próprias escolhas; estes são aspectos essenciais do processo individual de cura. Os enfermeiros têm oportunidades maravilhosas de provocar coisas boas a eles mesmos, a seus pacientes e seus colegas através da comunicação terapêutica.

Desenvolvendo Competências de Comunicação

Ganhar *expertise* em comunicação requer tanto compreender como o processo dela se dá quanto refletir sobre as experiências de comunicação de uma pessoa no cargo de enfermeiro. Enfermeiros que desenvolvem competências de pensamento crítico se tornam os melhores comunicadores. Eles formam relacionamentos terapêuticos para reunir informações relevantes e abrangentes sobre seus pacientes. Então, eles se baseiam em conhecimentos teóricos sobre comunicação e integram esses conhecimentos com os previamente adquiridos através da experiência clínica pessoal. Eles interpretam as mensagens recebidas de outras pessoas para obter novas informações,

corrigir informações deturpadas, promover a compreensão do paciente e auxiliar no planejamento do cuidado centrado no paciente (Arnold e Boggs, 2011).

Atitudes de pensamento crítico e padrões éticos de cuidado promovem uma comunicação efetiva. Quando você considera os problemas de um paciente, é importante aplicar o pensamento crítico e habilidades de raciocínio crítico para melhorar a comunicação na avaliação e cuidados com o paciente (Arnold e Boggs, 2011). Por exemplo, a curiosidade motiva um enfermeiro a se comunicar e saber mais a respeito de uma pessoa. Os pacientes são mais propensos a se comunicar com enfermeiros que demonstrem algum interesse por eles. Perseverança e criatividade também são atitudes que levam à comunicação, pois elas motivam o enfermeiro a se comunicar e identificar soluções inovadoras. Uma atitude de autoconfiança é importante, pois um enfermeiro que demonstra confiança e conforto ao se comunicar estabelece mais rapidamente um relacionamento interpessoal atencioso. Além disso, uma atitude independente encoraja o enfermeiro a se comunicar com os colegas e a compartilhar ideias sobre intervenções em enfermagem. A integridade permite que os enfermeiros reconheçam quando suas opiniões conflitam com as de seus pacientes, revejam suas posições e decidam como se comunicar para chegar a decisões mutuamente benéficas. Também é muito importante que o enfermeiro se comunique de forma responsável e peça ajuda quando não tem certeza ou não se sente confortável em relação a algum aspecto do cuidado do paciente. Uma atitude de humildade é necessária para reconhecer quando é necessário se comunicar melhor e intervir com os pacientes, principalmente no que se relaciona a suas necessidades culturais (Issacson, 2014).

É desafiador entender a comunicação humana dentro de relacionamentos interpessoais. Cada indivíduo baseia suas próprias percepções sobre as informações recebidas através dos cinco sentidos da visão, audição, paladar, tato e olfato (Arnold e Boggs, 2011). A cultura e a educação de uma pessoa também influenciam sua percepção. O pensamento crítico ajuda os enfermeiros a transpor **preconceitos perceptivos** ou **estereótipos** que interferem na

percepção precisa e na interpretação de mensagens dos outros. As pessoas geralmente presumem incorretamente que elas conhecem a cultura de uma pessoa. Elas tendem a distorcer ou ignorar informações que vão contra suas expectativas, pré-concepções ou estereótipos (Issacson, 2014). Pensando criticamente sobre hábitos pessoais de comunicação, você aprende a controlar essas tendências e a se tornar mais eficaz em relacionamentos interpessoais.

Você se torna mais competente no processo de enfermagem conforme desenvolve competências de comunicação, aprendendo a integrá-las ao longo de todo o processo de enfermagem à medida que você colabora com os pacientes e com os membros da equipe de saúde para alcançar metas (Quadro 24-1). Use as competências de comunicação para reunir, analisar e transmitir informações e cumprir o trabalho de cada passo do processo. Histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação — tudo depende de uma comunicação efetiva entre o enfermeiro, o paciente, seus familiares e outras pessoas da equipe de saúde. Embora o processo de enfermagem seja uma estrutura confiável para os cuidados com o paciente, ele não funciona bem a menos que você domine a arte da comunicação interpessoal efetiva.

Quadro 24-1 A Comunicação ao longo de Todo o Processo de Enfermagem

Histórico de Enfermagem

- Entrevista verbal e anamnese
- Observação visual e intuitiva de comportamentos não verbais
- Coleta de dados visuais, táteis e auditivos durante o exame físico
- Prontuário do paciente, exames diagnósticos e revisão da literatura

Diagnóstico em Enfermagem

- Análise interpessoal dos achados da coleta de dados

- Validação das necessidades e prioridades de cuidados com a saúde através de discussão verbal com o paciente
- Registro do diagnóstico em enfermagem

Planejamento de Enfermagem

- Sessões de planejamento de enfermagem interpessoais ou com pequenos grupos de profissionais de saúde
- Colaboração interpessoal com o paciente e a família para determinar os métodos de implementação
- Documentos impressos sobre os resultados esperados
- Encaminhamento verbal ou por escrito a membros da equipe de cuidados em saúde

Implementação

- Delegação e discussão verbal com a equipe de saúde
- Atividades de educação em saúde verbais, visuais, auditivas e táteis em saúde
- Oferta de apoio através de técnicas de comunicação terapêutica
- Contato com outros recursos de saúde
- Registro escrito do progresso do paciente no seu prontuário

Avaliação de Enfermagem

- Obtenção de *feedback* verbal e não verbal
- Comparação entre os resultados reais e os esperados
- Identificação dos fatores que afetam os resultados
- Modificação e atualização do plano de cuidado
- Explicação verbal e/ou escrita das revisões do plano de cuidado para o paciente

Os pacientes geralmente experimentam altos níveis de ansiedade quando estão doentes ou quando estão recebendo tratamento. **Inteligência emocional** (IE) é uma técnica de coleta de dados e de comunicação que permite que os enfermeiros compreendam e

percebam melhor suas próprias emoções e as dos outros. A IE permite que o enfermeiro utilize a autoconsciência, a motivação, empatia e competências sociais para construir relacionamentos terapêuticos com os pacientes (Marquis e Huston, 2015). As emoções dos pacientes podem afetar negativamente seus comportamentos de autocuidado. Se o enfermeiro entende as percepções e motivações do paciente, ele pode ajudar o paciente a fazer mudanças saudáveis de comportamento. Os pacientes se sentem mais à vontade em tratar de seus maus hábitos de saúde quando essa abordagem é usada. Isso pode levar a uma melhora no comportamento de autocuidado e melhores resultados para os pacientes (Fox, 2013; Shanta e Connolly, 2013).

A natureza do processo de comunicação requer que você constantemente decida o que, quando, onde, por que e como transmitir uma mensagem. A tomada de decisão de um enfermeiro é sempre contextual (ou seja, as características exclusivas de uma determinada situação influenciam a natureza das decisões tomadas). Por exemplo, a explicação sobre a importância de seguir uma dieta prescrita dada a um paciente que vive uma condição recém-diagnosticada é diferente da explicação dada a um paciente que repetidamente tenha optado por não seguir restrições nutricionais. Técnicas de comunicação efetiva são fáceis de aprender, mas são difíceis de aplicar; decidir quais são as mais adequadas a cada situação de enfermagem exclusiva é um desafio. A comunicação com os pacientes e seus familiares sobre doenças como câncer ou planejamento de cuidados avançados pode ser estressante. Enfermeiros podem sofrer e se sentir fatigados com a exaustão emocional de discutir esses assuntos, principalmente quando já desenvolveram um vínculo com os pacientes ou familiares. Contudo, a discussão desses assuntos importantes e delicados está relacionada com um aumento da qualidade de vida dos pacientes e dos membros de suas famílias (Moore e Reynolds, 2013).

Ao longo de todo este capítulo, breves exemplos clínicos o guiarão no uso de técnicas de comunicação efetivas. Situações que desafiam as competências na tomada de decisão dos enfermeiros e demandam o

uso de técnicas terapêuticas que normalmente envolvem uma variedade de comportamentos humanos descritos no Quadro 24-2. Pelo fato de que a melhor maneira de adquirir habilidade é através da prática, seria útil que você discutisse e encenasse esses cenários antes de vivenciá-los no ambiente clínico.

Quadro 24-2 Situações Desafiadoras de Comunicação

- Pessoas que são silentes, alheias e que têm dificuldade de expressar sentimentos ou necessidades
- Pessoas tristes e deprimidas
- Pessoas que necessitam de auxílio por deficiência visual ou de fala (necessidades especiais/ deficiência)
- Pessoas nervosas ou questionadoras e que não conseguem ouvir explicações
- Pessoas que não cooperam e que se ofendem quando lhes pedem para ajudar outras pessoas
- Pessoas tagarelas ou solitárias que querem que alguém esteja com elas o tempo todo
- Pessoas mandonas que esperam que os outros atendam a seus pedidos
- Pessoas assustadas, ansiosas e que têm dificuldade de cooperar
- Pessoas confusas ou desorientadas
- Pessoas que falam e/ou entendem mal a língua do país de atendimento
- Pessoas que flertam todo tempo ou sexualmente inconvenientes

Níveis de Comunicação

Enfermeiros usam diferentes níveis de comunicação em suas vidas profissionais. Um enfermeiro competente utiliza uma variedade de técnicas em cada nível.

A comunicação intrapessoal é uma poderosa forma de comunicação que você utiliza como enfermeiro profissional. Esse nível de comunicação também é chamado de *falar sozinho.* Os pensamentos e comunicações internas das pessoas influenciam extremamente percepções, sentimentos, comportamentos e autoestima. Esteja sempre atento à natureza e ao conteúdo de seus próprios pensamentos. Falar sozinho positivamente proporciona um ensaio mental de tarefas ou situações difíceis para que os indivíduos lidem com as mesmas de um modo mais efetivo e com mais confiança (Arnold e Boggs, 2011). Enfermeiros usam a comunicação intrapessoal para desenvolver autoconsciência e uma autoestima positiva que intensifica a devida autoexpressão. Falar sozinho positivamente pode ajudá-lo a diminuir distorções cognitivas que levam à queda da autoestima e afetam sua capacidade de trabalhar com os pacientes. Transformando frases como "Tenho medo de trabalhar com este tipo de paciente" para "Esta é minha oportunidade de aprender sobre este paciente, e posso pedir ajuda quando for necessário" é um exemplo de falar sozinho positivamente.

A comunicação interpessoal é uma interação pessoal entre o enfermeiro e outra pessoa que geralmente ocorre presencialmente. É o nível mais frequentemente usado em situações de enfermagem e está no âmago da prática da enfermagem. Ela ocorre dentro de um contexto social e inclui todos os símbolos e dicas usados para dar e receber significado. Pelo fato de que o significado está nas pessoas e não nas palavras, as mensagens recebidas são às vezes diferentes das mensagens pretendidas. Enfermeiros trabalham com pessoas que têm diferentes opiniões, experiências, valores e crenças; portanto, é importante validar o significado ou mutuamente negociá-lo entre os participantes. Por exemplo, use a interação para avaliar a compreensão e esclarecer más interpretações ao falar com o paciente sobre uma questão médica. Uma comunicação interpessoal significativa resulta na troca de ideias, resolução de problemas, expressão de sentimentos, tomada de decisões, alcance de objetivos, formação de equipes e crescimento pessoal.

Comunicação com pequenos grupos é a interação que ocorre

quando um pequeno número de pessoas se encontram; é normalmente direcionada a um objetivo e requer conhecimento da dinâmica do grupo. Quando os enfermeiros trabalham em comitês com enfermeiros ou outras disciplinas e participam de conferências sobre cuidados com pacientes, eles utilizam um processo de comunicação com pequenos grupos. A comunicação nessas situações deve ser organizada, concisa e completa. Todas as disciplinas participantes são estimuladas a contribuir e oferecer *feedback*. Boas competências de comunicação ajudam cada participante a satisfazer melhor as necessidades do paciente e a promover um ambiente de cuidados mais seguro.

Comunicação pública é uma interação com um público. Enfermeiros normalmente conversam com grupos de consumidores a respeito de assuntos relacionados com a saúde, apresentam trabalhos acadêmicos para os colegas em conferências, ou lideram discussões em sala de aula com colegas ou estudantes. A comunicação pública requer adaptações especiais relativas a contato visual, gestos, inflexão de voz e uso de materiais de mídia para divulgar as mensagens efetivamente. A comunicação pública efetiva aumenta o conhecimento do público sobre assuntos relacionados com a saúde e outras questões importantes para a profissão de enfermagem.

Comunicação eletrônica é o uso da tecnologia para criar relacionamentos contínuos com pacientes e suas equipes de saúde. O envio e recebimento de mensagens seguras oferecem uma oportunidade para comunicações frequentes e oportunas com o médico ou enfermeiro do paciente através de um portal do paciente. Um portal eletrônico permite que os pacientes permaneçam engajados e informados e que construam um relacionamento terapêutico com a equipe de cuidados com a saúde (Facchiano e Snyder, 2011; Rodriguez, 2010).

Elementos do processo de comunicação

A comunicação é um processo constante e de contínua evolução. Você está mudando, as pessoas com quem você se comunica estão mudando e seu ambiente também não para de mudar. A Figura 24-1 mostra um exemplo de um modelo de **processo de comunicação transacional circular**. O modelo mostra as informações contextuais situacionais, os canais de comunicação, os conceitos contextuais interpessoais e os fatores que afetam o remetente e o destinatário. Situações de enfermagem possuem vários aspectos exclusivos que influenciam a natureza da comunicação e os relacionamentos interpessoais. Como profissional, você usará o pensamento crítico para enfocar cada aspecto da comunicação de forma que suas interações sejam bem calculadas e eficazes.

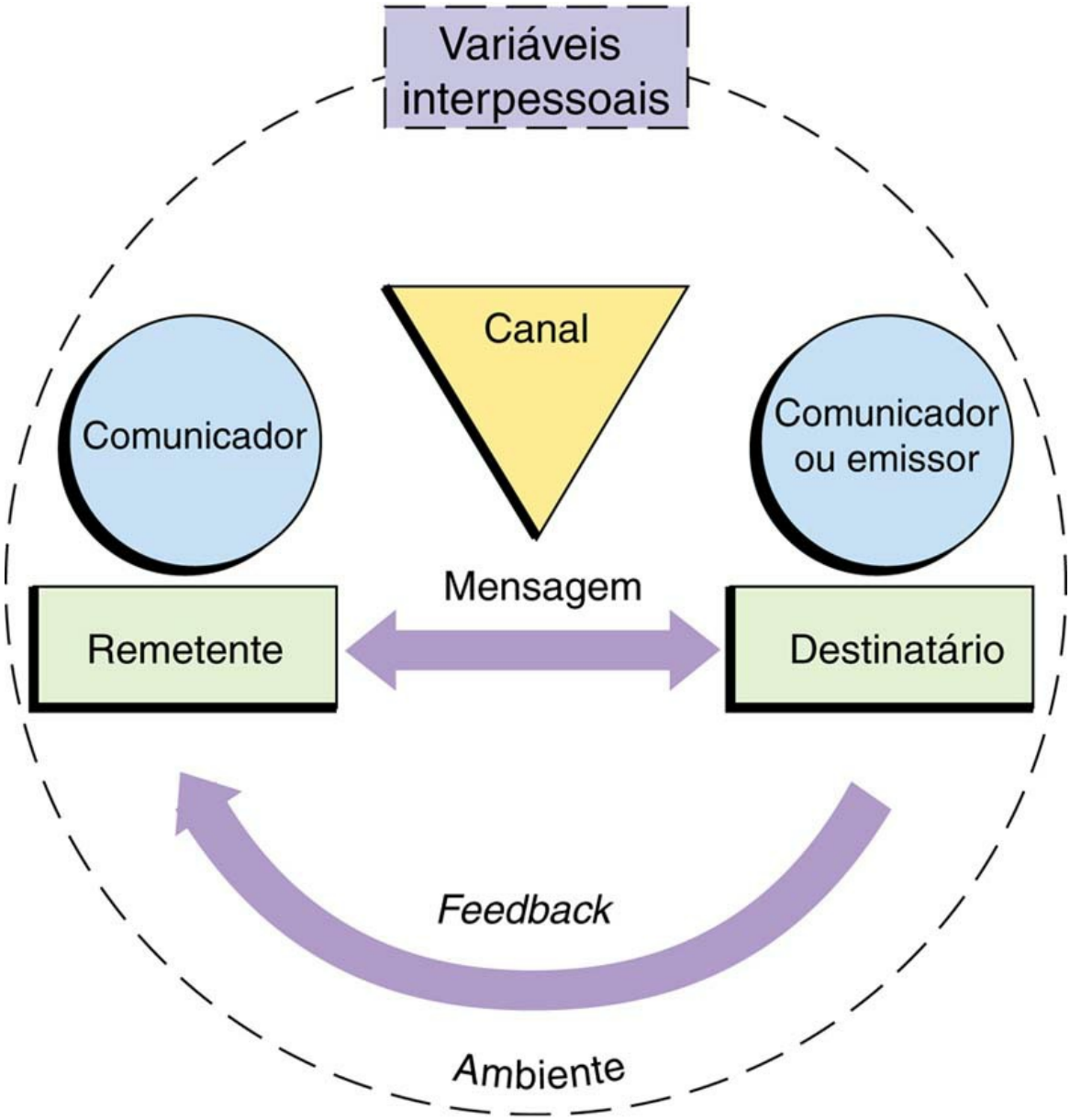


FIGURA 24-1 Modelo transacional circular de comunicação.

Modelo Transacional Circular

O **modelo transacional circular** inclui diversos elementos: o emissor ou comunicador, o remetente e o destinatário, a mensagem, os canais, o contexto ou ambiente no qual o processo da comunicação ocorre, o *feedback* e variáveis interpessoais (Fig. 24-1). Neste modelo, cada pessoa na interação de comunicação é tanto o locutor quanto o

ouvinte e pode estar simultaneamente enviando e recebendo mensagens. Ambas as partes observam as percepções, atitudes e possíveis reações para enviar uma mensagem. A comunicação se torna uma atividade contínua e interativa. O *feedback* do destinatário ou o ambiente permitem que os comunicadores corrijam ou validem a comunicação. Este modelo também descreve a função do relacionamento dos comunicadores como **complementar** e **simétrico**. Relacionamentos de função complementar são aqueles em que uma pessoa tem uma posição mais alta que a outra. Relacionamentos simétricos são mais equivalentes. Por exemplo, um enfermeiro orienta um paciente sobre um novo medicamento. Isso poderia ser uma função complementar. Um grupo de pacientes discutindo seus planos após a alta seria um relacionamento de função simétrica (Arnold e Boggs, 2011).

Emissor/Comunicador

O **comunicador** motiva a pessoa a se comunicar com a outra. Em um ambiente de serviço de saúde, visões, sons, sensações, percepções e ideias são exemplos de dicas que iniciam o processo de comunicação. Conhecer um estímulo ou referência que inicia a comunicação permite que você desenvolva e organize as mensagens mais eficientemente. Por exemplo, o pedido de ajuda de um paciente causado por sua dificuldade de respirar causa uma resposta diferente da que resulta do pedido de um paciente que está com fome.

Remetente e Destinatário

O **remetente** é a pessoa que codifica e transmite a mensagem, e o **destinatário** é a pessoa que recebe e decodifica a mensagem. O remetente coloca a mensagem em símbolos verbais e não verbais que o destinatário possa entender (Arnold e Boggs, 2011). A mensagem do remetente age como uma referência para o destinatário. A comunicação transacional envolve a troca constante de papéis de remetente e de destinatário entre o enfermeiro e o paciente. O processo de decodificação inclui a interpretação do sentido dos

símbolos linguísticos. A audição ativa é importante para decodificar e compreender adequadamente uma mensagem. Quanto mais o remetente e o destinatário tiverem algo em comum e quanto mais íntimo o relacionamento, maior a probabilidade de que eles percebam precisamente o significado um do outro e respondam de acordo (Arnold e Boggs, 2011). Criar empatia com um paciente garante uma comunicação mais efetiva.

Mensagem

A **mensagem** é o conteúdo da comunicação. Ela contém expressões verbais e não verbais de pensamentos e sentimentos. Mensagens efetivas são claras, diretas e em uma linguagem inteligível. Pessoas que possuem barreiras de comunicação podem necessitar de assistência através de dispositivos de esclarecimento, como aparelhos auditivos, intérpretes ou imagens para garantir que as mensagens enviadas e recebidas sejam compreendidas. Percepções pessoais também podem distorcer a interpretação da mensagem por parte do destinatário. Como enfermeiro, você envia mensagens efetivas ao se expressar de uma maneira clara, direta e que seja familiar ao paciente. Você determina a necessidade de esclarecimento observando o paciente ouvir dicas não verbais que sugerem confusão ou mal entendido. A comunicação é difícil quando os participantes possuem níveis diferentes de educação e experiência. Por exemplo, frases como "Sua incisão está bem aproximada sem secreção purulenta" significa a mesma coisa que "As bordas do seu corte estão quase juntas, e não há sinais de infecção"; porém, esta última é mais fácil de entender. Você também pode enviar mensagens por escrito, mas certifique-se de que o paciente sabe ler.

Canais

Canais de comunicação são meios de enviar e receber mensagens através dos sentidos da visão, audição e tato. Expressões faciais enviam mensagens visuais; palavras pronunciadas viajam através dos canais auriculares. O toque utiliza canais táteis. As pessoas

normalmente entendem uma mensagem mais claramente quando o remetente utiliza mais canais para enviá-la.

Feedback

Feedback é a mensagem que o destinatário recebe do remetente. Ele indica se o destinatário entendeu o significado da mensagem do remetente. O *feedback* ocorre continuamente entre o remetente e o destinatário. O remetente envia *feedback* verbal e não verbal para avaliar a resposta do destinatário e a efetividade da mensagem enviada. O tipo de *feedback* que o remetente ou destinatário envia depende de fatores como suas origens, experiências anteriores, atitudes, convicções culturais e autoestima. Remetentes e destinatários precisam ser sensíveis e abertos às mensagens uns dos outros, esclarecer as mensagens e modificar o comportamento adequadamente, com vistas a obter sucesso na comunicação.

Variáveis Interpessoais

Variáveis interpessoais são fatores internos tanto dos remetentes quanto dos destinatários que influenciam a comunicação. A percepção oferece uma visão pessoal exclusiva da realidade formada pela cultura, expectativas e experiências de um indivíduo. Cada pessoa sente, interpreta e compreende os eventos diferentemente. Um enfermeiro diz: "Você não tem conversado muito desde que sua família foi embora. Você está preocupado com alguma coisa?" Um paciente pode perceber a pergunta do enfermeiro como atenciosa e preocupada, enquanto outro pode perceber que o enfermeiro está invadindo sua privacidade e fica ainda menos disposto a conversar. Sensibilidade cultural permite que você explore as variáveis interpessoais, como o nível de escolaridade e de desenvolvimento, as origens socioculturais, valores e crenças, emoções, sexo, condição de saúde e papéis e relacionamentos que afetam a forma com que o paciente se comunica. Variáveis interpessoais associadas a doenças, como dor, ansiedade e efeitos de medicações, também afetam a comunicação entre enfermeiros e pacientes.

Ambiente

O **ambiente** é o contexto para a interação entre remetente e destinatário. Um contexto efetivo de comunicação oferece aos participantes conforto e segurança física e emocional. Ruídos, temperaturas extremas, distrações e falta de privacidade ou espaço criam confusão, tensão e desconforto. Distrações ambientais são comuns em locais de cuidados com a saúde e interferem nas mensagens enviadas entre as pessoas. Você controla o ambiente o máximo possível para criar condições favoráveis para uma comunicação efetiva.

Formas de comunicação

As mensagens são transmitidas verbalmente e não verbalmente, concretamente e simbolicamente. Conforme as pessoas se comunicam, elas se expressam através de palavras, movimentos, inflexão de voz, expressões faciais e uso do espaço. Esses elementos trabalham em harmonia para intensificar a mensagem ou entram em conflito entre si para contradizê-la e confundi-la.

Comunicação Verbal

A **comunicação verbal** utiliza palavras faladas ou escritas. A linguagem verbal é um código que transmite um significado específico através da combinação de palavras. Os aspectos mais importantes da comunicação verbal são apresentados nos parágrafos a seguir.

Vocabulário

A comunicação não é bem-sucedida se os remetentes e destinatários não conseguem traduzir as palavras e frases uns dos outros. Quando você está cuidando de um paciente que fala outro idioma, um intérprete profissional é necessário. Mesmo os que falam a mesma língua utilizam variações subculturais de certas palavras (p.ex., *jantar* significa uma refeição noturna para uma pessoa e a última refeição do dia para outra). Jargão médico (terminologia técnica usada por profissionais de saúde) soa como um idioma estrangeiro para pacientes que não estão acostumados com o ambiente da saúde. Limitar o uso de jargão médico em conversas com outros membros da equipe de saúde melhora a comunicação. Crianças possuem um vocabulário mais limitado que os adultos e geralmente usam palavras especiais para descrever funções corporais ou um cobertor ou brinquedo favorito. Adolescentes geralmente usam palavras de formas singulares que não são familiares aos adultos.

Significado Denotativo e Conotativo

Algumas palavras possuem diversos significados. Pessoas que usam uma linguagem comum compartilham o significado denotativo: *beisebol* tem o mesmo significado para qualquer pessoa que fale inglês, mas *código* denota ataque cardíaco principalmente para profissionais de saúde. O significado conotativo é a nuance ou interpretação do significado de uma palavra influenciadas pelos pensamentos, sentimentos ou ideias que as pessoas têm a respeito da palavra. Por exemplo, profissionais de saúde dizem à família que um ente querido está com um problema grave e que eles acreditam que esta pessoa vá morrer em breve; mas, para enfermeiros, *grave* simplesmente descreve a natureza da enfermidade. Você precisa selecionar as palavras cuidadosamente, evitando palavras que possam ser facilmente mal interpretadas, principalmente quando se está explicando a condição médica ou uma terapia de um paciente. Mesmo uma frase muito usada, como "Vou verificar seus sinais vitais", pode não ser familiar para um adulto ou aterrorizante para uma criança. "Vou verificar sua pressão arterial, batimentos cardíacos e temperatura" pode ser mais adequado.

Ritmo

A conversa é mais bem-sucedida na velocidade ou ritmo adequados. Fale devagar e enuncie claramente. Falar rápido, fazer pausas estranhas ou falar lenta e deliberadamente transmite uma mensagem não pretendida. Pausas longas e mudanças rápidas de assunto dão a impressão de que você está escondendo a verdade. Pense antes de falar e desenvolva uma consciência da cadência de sua conversa para melhorar o ritmo.

Entonação

O tom de voz afeta drasticamente o significado de uma mensagem. Dependendo da entonação, mesmo uma simples pergunta ou afirmação pode expressar entusiasmo, raiva, preocupação ou indiferença. atente-se ao tom de voz para evitar enviar mensagens não

pretendidas. Se o paciente interpretar o tom de voz paternalista do enfermeiro como condescendente, isso inibirá outras comunicações. O tom de voz do paciente fornece informações sobre seu estado emocional ou nível de energia.

Clareza e Brevidade

A comunicação efetiva é simples, sucinta e direta. Para determinadas populações, como idosos, menos palavras resulta em menos confusão. Fale devagar, enuncie claramente e use exemplos para tornar as explicações mais fáceis de entender. Repetir partes importantes de uma mensagem também deixa a comunicação mais clara. Palavras como "viu" ou "OK" ao final de cada sentença prejudicam a clareza. Use sentenças e palavras que expressem uma ideia de forma simples e direta. "Onde você está sentindo dor?" é bem melhor que "Eu gostaria que você descrevesse para mim o local de seu desconforto".

Momento e Relevância

O momento é essencial na comunicação. Muito embora uma mensagem seja clara, um momento inoportuno impede que ela seja eficaz. Por exemplo, você não começa uma rotina de orientação quando o paciente está sentindo dor intensa ou emocionalmente transtornado. Em geral, a melhor hora para interagir é quando o paciente expressa interesse em se comunicar. Se as mensagens são relevantes ou importantes para a situação em questão, elas são mais eficazes. Quando o paciente está prestes a sofrer uma cirurgia de emergência, discutir os riscos do tabagismo é menos importante que explicar os procedimentos pré-cirúrgicos. Comunicações enquanto são realizadas coletas de dados, administração de medicamentos e procedimentos são excelentes oportunidades para conversar com pacientes e oferecer apoio ou orientação. Os pacientes relatam maior satisfação, compreensão e percepção de segurança com enfermeiros que fazem a passagem de plantão à beira do leito do paciente e passam informações sobre o plano de cuidados (Ford et al., 2014).

Comunicação não Verbal

A **comunicação não verbal** inclui os cinco sentidos e tudo o que não envolve palavras faladas ou escritas. Aspectos não verbais da comunicação como tom de voz, contato visual e posicionamento corporal são normalmente tão importantes quanto as mensagens verbais (Dossey e Keegan, 2013). Portanto, a comunicação não verbal é inconscientemente motivada e indica mais precisamente o significado pretendido da pessoa que as palavras faladas (Stuart, 2013). Quando há incongruência entre a comunicação verbal e não verbal, o destinatário geralmente "ouve" a mensagem não verbal como sendo a verdadeira mensagem.

Todos os tipos de comunicação não verbal são importantes, mas interpretá-las é normalmente problemático. Origem sociocultural é uma grande influência para o significado do comportamento não verbal. Nos Estados Unidos, com sua diversidade de comunidades culturais, mensagens não verbais entre pessoas de diferentes culturas são facilmente mal interpretadas. Haja vista que o significado atrelado ao comportamento não verbal é tão subjetivo, é imperativo que você o verifique (Dossey e Keegan, 2013; Stuart, 2013). Avaliar mensagens não verbais é uma importante competência na enfermagem.

Aparência Pessoal

A aparência pessoal inclui características físicas, expressões faciais e maneira de se vestir e de se arrumar. Tais fatores expressam bem-estar físico, personalidade, condição social, profissão, religião, cultura e autoconceito. No ambiente da saúde, pesquisas demonstraram que os pacientes preferem enfermeiros com os cabelos presos ou que não toquem seus ombros e que não tenham unhas compridas (Johnson et al., 2008). Muitos serviços de saúde têm restrições na forma de vestir que exige uma determinada cor ou tipo de uniforme, limitações quanto ao uso de joias e adereços, e se tatuagens precisam, ou não, permanecer cobertas. Lembre-se de que as primeiras impressões se baseiam amplamente na aparência. Enfermeiros aprendem a desenvolver uma impressão geral da saúde e do estado emocional dos

pacientes através da aparência, e os pacientes desenvolvem uma impressão geral sobre o profissionalismo e atenção de um enfermeiro da mesma maneira.

Postura e Andar

A postura e o andar (maneira ou padrão de andar) são formas de autoexpressão. O modo como as pessoas se sentam, se levantam e se movimentam reflete atitudes, emoções, autoconceito e condição de saúde. Por exemplo, uma postura ereta e um andar rápido e resoluto expressam um senso de bem-estar e confiança. Inclinar-se para frente transmite atenção. Uma postura arqueada e um andar lento e arrastado indica depressão, doença ou fadiga.

Expressão Facial

O rosto é a parte mais expressiva do corpo. Expressões faciais transmitem emoções como surpresa, medo, raiva, felicidade e tristeza. Algumas pessoas têm um rosto inexpressivo, ou sem manifestações, que revela pouco sobre o que elas estão pensando ou sentindo. Uma manifestação inadequada é uma expressão facial que não corresponde ao conteúdo de uma mensagem verbal (p.ex., sorrir ao descrever uma situação triste). As pessoas às vezes não percebem as mensagens que suas expressões transmitem. Por exemplo, um enfermeiro franze a testa por concentração durante a realização de um procedimento, e o paciente interpreta isso como raiva ou desaprovação. Os pacientes observam atenciosamente os enfermeiros. Considere o impacto que uma expressão facial de um enfermeiro exerce em uma pessoa que pergunta: "Eu vou morrer?" A menor mudança nos músculos dos olhos, dos lábios ou do rosto revela os sentimentos do enfermeiro. Embora seja difícil controlar todas as expressões faciais, tente evitar demonstrar surpresa, repugnância, consternação ou outras reações inquietantes na presença do paciente.

Contato Visual

As pessoas sinalizam disposição em se comunicar através do contato visual. Manter o contato visual durante uma conversa demonstra respeito e disposição para ouvir. O contato visual também permite que as pessoas se observem atentamente entre si. A ausência de contato visual pode indicar ansiedade, postura defensiva, desconforto ou falta de confiança em se comunicar. Contudo, as pessoas de algumas culturas consideram o contato visual intrusivo, ameaçador ou prejudicial e minimizam ou evitam seu uso (Cap. 9). Sempre considere a cultura da pessoa ao interpretar o significado do contato visual. Movimentos oculares comunicam sentimentos e emoções. Olhar uma pessoa de cima para baixo estabelece autoridade, ao passo que interações na mesma altura da visão indica igualdade no relacionamento. Levantar os olhos ao nível do olhar de uma pessoa aborrecida ajuda a estabelecer autonomia.

Gestos

Os gestos enfatizam, pontuam e esclarecem a palavra falada. Gestos, por si só, carregam significados específicos, ou eles criam mensagens com outras dicas de comunicação. Um dedo apontado para uma pessoa comunica vários significados; porém, quando acompanhado de uma testa franzida e uma voz séria, o gesto se torna uma acusação ou ameaça. Apontar para uma área de dor é às vezes mais preciso que descrever sua localização.

Sons

Sons — como suspiros, murmúrios, gemidos ou soluços — também comunicam sentimentos e pensamentos. Combinados com outras comunicações não verbais, os sons ajudam a enviar mensagens claras. Eles possuem diversas interpretações: gemidos demonstram prazer ou sofrimento, e gritos comunicam felicidade, tristeza ou raiva. Valide mensagens não verbais com os pacientes para interpretá-las de forma precisa.

Territorialismo e Espaço Pessoal

Territorialismo é a necessidade de conquistar, manter e defender seu direito ao espaço. O território é importante, pois ele dá às pessoas um senso de privacidade, identidade, segurança e controle. É às vezes isolado, ficando visível para os outros como na forma de uma cerca ao redor do quintal ou de uma cortina ao redor de um leito em um quarto de hospital. O espaço pessoal é invisível, individual e acompanha a pessoa o tempo todo. Durante interações interpessoais, as pessoas mantêm distâncias variáveis entre si, dependendo de sua cultura, da natureza de seu relacionamento e da situação. Quando o espaço pessoal se torna ameaçado, as pessoas reagem defensivamente e comunicam-se com menos eficiência. As situações ditam se a distância interpessoal entre o enfermeiro e o paciente é adequada. O Quadro 24-3 oferece exemplos de ações de enfermagem dentro das zonas de comunicação (Stuart, 2013). Os enfermeiros frequentemente entram no território e no espaço pessoal do paciente devido à natureza da atividade de cuidados. Você precisa demonstrar confiança, delicadeza e respeito pela privacidade, principalmente quando suas ações requerem contato íntimo ou envolvem uma zona vulnerável do paciente.

Quadro 24-3 Zonas de Espaço Pessoal

Zonas de Espaço Pessoal

Zona Íntima (0–20 centímetros)

- Segurar um bebê chorando
- Realizar avaliação física
- Dar banho, arrumar, vestir, alimentar e higienizar o paciente
- Trocar o curativo cirúrgico do paciente

Zona Pessoal (45 centímetros–1,20 metro)

- Sentar-se ao lado do leito do paciente
- Fazer o histórico de enfermagem do paciente
- Orientar um determinado paciente

Zona de Orientação Geral (2,75–3,65 metros)

- Orientar visitantes no corredor
- Perguntar se os familiares precisam de ajuda na porta do quarto do paciente
- Dar informações verbais para um grupo de enfermeiros

Zona Pública (acima de 3,65 metros)

- Apresentar-se em um debate da comunidade
- Ministrar aula para estudantes
- Ser testemunha em uma audiência legislativa

Zonas Especiais de Toque

Zona Social (Não É Necessária Permissão)

Mãos, braços, ombros, costas

Zona de Consentimento (Permissão Necessária)

Boca, punhos, pés

Zona Vulnerável (Necessários Cuidados Especiais)

Rosto, pescoço, parte da frente do corpo

Zona Íntima (Permissão e Grande Sensibilidade Necessárias)

Genitália, reto

Metacomunicação

Metacomunicação é um termo abrangente que se refere a todos os fatores que influenciam a comunicação. O conhecimento sobre os fatores influenciadores ajuda as pessoas a entender melhor o que está sendo comunicado (Arnold e Boggs, 2011). Por exemplo, um enfermeiro observa que um paciente jovem retrai todo seu corpo, e sua voz parece constrita quando diz: "Não é grande coisa fazer uma cirurgia." A isso, o enfermeiro responde: "Você diz não se incomodar em ter de passar por uma cirurgia, mas você parece tenso. Não quer me contar melhor o que está sentindo?" A conscientização do tom da

resposta verbal e do comportamento não verbal resulta em uma melhor exploração dos sentimentos e preocupações do paciente.

Relacionamentos profissionais em enfermagem

A aplicação do conhecimento, compreensão sobre o comportamento e comunicação humanos e o compromisso para com a ética por parte dos enfermeiros criam relacionamentos profissionais. Adotar uma filosofia baseada em atenção e respeito pelos outros o ajuda a ser mais bem-sucedido na formação de relacionamentos dessa natureza.

Relacionamentos Atenciosos entre Enfermeiro e Paciente

A base da prática de enfermagem clínica são os relacionamentos atenciosos, nos quais você assume o papel de um profissional que se preocupa com cada paciente e suas necessidades de saúde individuais, suas reações humanas e padrões de vida. Relacionamentos terapêuticos promovem um clima psicológico que facilita a mudança positiva e o crescimento. A comunicação terapêutica entre você e seus pacientes permite que objetivos relacionados com a saúde sejam alcançados (Arnold e Boggs, 2011). Os objetivos de um relacionamento terapêutico se concentram na obtenção do crescimento pessoal ideal do paciente em relação à sua identidade pessoal, capacidade de formar relacionamentos e da capacidade de satisfazer necessidades e alcançar objetivos pessoais (Stuart, 2013). Há um prazo explícito, uma abordagem direcionada aos objetivos e uma grande expectativa de que o que vocês discutem juntos é confidencial, circulando somente entre os membros da equipe de saúde envolvidos no cuidado ao paciente. O enfermeiro estabelece, direciona e assume a responsabilidade pela interação; e as necessidades do paciente são prioritárias em relação às necessidades do enfermeiro. Sua aceitação sem censurar um paciente é uma importante característica do relacionamento. Aceitação transmite uma disposição de ouvir a mensagem ou reconhecer sentimentos. Não significa que você sempre concorda com a outra pessoa ou aprova as

decisões ou ações do paciente. Um relacionamento atencioso entre você e o paciente não acontece simplesmente: você o cria com competência e confiança.

Há uma progressão natural de quatro fases direcionadas ao objetivo que caracterizam o relacionamento entre enfermeiro e paciente (Quadro 24-4). Em geral, o relacionamento começa antes de você conhecer o paciente e continua até o término da relação de cuidados. Mesmo uma breve interação utiliza uma versão abreviada de pré-interação, orientação, trabalho e encerramento (Stuart, 2013). Por exemplo, um estudante de enfermagem reúne informações do paciente a fim de se preparar para o atendimento com antecedência, conhece o paciente e conquista sua confiança, cumpre os objetivos relacionados com a saúde ao usar o processo de enfermagem e se despede ao fim do dia.

Quadro 24-4 Fases do Relacionamento Assistencial

Fase Pré-Interação

Antes de conhecer o paciente:

- Verifique as informações disponíveis, incluindo o histórico médico e de enfermagem.
- Converse com outros profissionais que possuam informações sobre o paciente.
- Preveja as questões ou problemas de saúde que possam surgir.
- Identifique um local e ambiente que promova uma interação confortável e privativa.
- Planeje tempo suficiente para a interação inicial.

Fase de Orientação

Quando o enfermeiro e o paciente se encontram e começam a se conhecer:

- Determine o tom do relacionamento adotando uma maneira

acolhedora, empática e atenciosa.

- Reconheça que o relacionamento inicial é geralmente superficial, incerto e experimental.
- Mantenha a expectativa de que o paciente testará sua competência e comprometimento.
- Observe atentamente o paciente e mantenha a expectativa de que você será atentamente observado(a) pelo paciente.
- Comece a fazer inferências e formar uma opinião a respeito das mensagens e comportamentos do paciente.
- Avalie a condição de saúde do paciente.
- Priorize os problemas do paciente e identifique seus objetivos.
- Esclareça seu papel e o papel do paciente.
- Estabeleça acordos com o paciente que especifiquem quem fará o quê.
- Informe o paciente quando esperar que o relacionamento termine.

Fase de Trabalho

Quando o enfermeiro e o paciente trabalham juntos para resolver os problemas e alcançar objetivos:

- Estimule e ajude o paciente a expressar sentimentos a respeito de sua saúde.
- Estimule e ajude o paciente a se autoexplorar.
- Forneça as informações necessárias para compreensão e mudança de comportamento.
- Estimule e ajude o paciente a estabelecer metas.
- Tome providências para alcançar as metas estabelecidas com o paciente.
- Utilize competências de comunicação terapêutica para facilitar o sucesso das interações.
- Use autotransparência e confrontação adequadamente.

Fase de Encerramento

Durante o encerramento do relacionamento:

- Lembre o paciente que o relacionamento está por terminar.
- Avalie o alcance das metas com o paciente.
- Recorde-se do relacionamento com o paciente.
- Separe-se do paciente abdicando da responsabilidade de cuidar dele(a).
- Faça uma transição suave do paciente para outros profissionais, conforme necessário.

A socialização é um importante componente inicial da comunicação interpessoal. Ela ajuda as pessoas a se conhecerem e a relaxarem. É fácil, superficial e não profundamente pessoal; enquanto as interações terapêuticas são quase sempre mais intensas, difíceis e desconfortáveis. Na maioria das vezes, um enfermeiro utiliza conversas sociais para construir o alicerce de um relacionamento mais próximo: "Olá, Sr. Simpson! Ouvi dizer que é seu aniversário hoje. Quantos anos está fazendo?" Um estilo amistoso, informal e acolhedor de comunicação estabelece confiança, mas você precisa ir além da conversa social para falar sobre problemas ou preocupações que afetam a saúde do paciente. Durante conversas sociais, alguns pacientes fazem perguntas pessoais, como sobre sua família ou local de residência. Estudantes geralmente se perguntam se é apropriado revelar esse tipo de informação. O enfermeiro competente tem seus critérios para definir o que compartilhar e fornece informações mínimas ou desvia dessas perguntas com delicado humor e reorienta o foco da conversa com o paciente.

Em um relacionamento terapêutico, pode ser útil estimular os pacientes a contar histórias pessoais. O compartilhamento de histórias é chamado de *interação narrativa*. Ao ouvir histórias, você começa a entender o contexto das vidas das outras pessoas e aprende o que é importante para elas na perspectiva delas mesmas. Por exemplo, um enfermeiro ouve a percepção do paciente do que significa recusar tratamento medicamentoso para câncer de mama e então pode articular melhor os desejos do paciente (Gidman, 2013). Ouça as histórias dos pacientes para entender melhor suas preocupações,

experiências e desafios. Essa informação geralmente não é revelada em um formulário de histórico padrão, onde se pedem respostas curtas.

Como enfermeiro, você também pode contar histórias para orientar melhor os pacientes. Contar boas histórias emoldura mensagens importantes que você quer transmitir e faz com que as mensagens sejam lembradas pelos pacientes. Contar histórias intencionalmente traz mensagens factuais juntamente com uma perspectiva de interesse humano, que aproveita as emoções de uma pessoa, como o desejo do paciente de ficar bem ou um senso de esperança. As emoções desempenham um papel significativo em ajudar adultos a aprender a capacidade de captar novas ideias.

Entrevista Motivacional

Entrevista motivacional (EM) é uma técnica que promete estimular os pacientes a compartilhar seus pensamentos, convicções, medos e preocupações com o objetivo de mudar seu comportamento. A EM proporciona uma forma de trabalhar com pacientes os quais parecem não estar prontos para fazer mudanças comportamentais que são consideradas necessárias por seus profissionais de saúde. Ela pode possivelmente ser usada para provocar conversas sobre mudanças, o que está associado a melhores resultados para os pacientes (Copeland et al., 2015). Por exemplo, um entrevistador utiliza informações sobre os objetivos pessoais de um paciente e as valoriza para promover a adesão do paciente a um novo medicamento ou plano de exercícios. A entrevista é feita a partir de uma abordagem de comunicação direcionada e sem censura. Ao usar a EM, o enfermeiro tenta entender as motivações e valores do paciente utilizando uma abordagem de audição ativa e empática. O enfermeiro identifica as diferenças entre os atuais objetivos de saúde do paciente e seu atual estado de saúde. O paciente recebe apoio, muito embora uma fase de resistência e ambivalência geralmente ocorra. A comunicação então foca o reconhecimento dos pontos fortes do paciente e no apoio aos mesmos na tentativa de realizar mudanças positivas. Isso pode resultar em melhoras drásticas dos resultados de saúde e de satisfação dos

pacientes (Stawnychy et al., 2014; Stuart, 2013).

Relacionamentos entre Enfermeiros e Familiares

Muitas situações de enfermagem, principalmente as que ocorrem em ambientes comunitários e de cuidados domiciliares, exigem que você forme relacionamentos atenciosos com todos os membros da famílias. Os mesmos princípios que guiam relacionamentos assistenciais entre duas pessoas também se aplicam quando o paciente é uma unidade familiar, embora a comunicação com as famílias exija maior compreensão a respeito das complexidades da dinâmica familiar, suas necessidades e relacionamentos (Cap. 10).

Relacionamentos entre Enfermeiros e a Equipe de Saúde

A comunicação com outros membros da equipe de saúde afeta a segurança do paciente e o ambiente de trabalho. Falhas de comunicação, ausência de orientação de pacientes e pouco comprometimento de profissionais de saúde é uma causa frequente de lesões graves em ambientes de saúde (TJC Resources, 2012). Quando os pacientes passam de um setor para outro, existe um risco de erro de comunicação. Para mitigar esse risco, os profissionais de saúde fazem relatórios detalhados de transferência ao final dos turnos ou quando os pacientes são transferidos de unidades de tratamento, para garantir que eles tenham uma transição segura e tranquila. A TJC Resources recomenda que toda a equipe de cuidados em saúde colabore e coordene a transição do paciente. Procedimentos e formulários padronizados de alta ou transferência reduzem os riscos de erros durante transições de pacientes. O acompanhamento oportuno após a alta ou transferência também é recomendado (TJC Resources, 2012).

O uso de uma linguagem comum, como a técnica SBAR, para comunicar informações essenciais melhora a percepção da comunicação e informação sobre pacientes entre profissionais de saúde (De Meester et al., 2013). A técnica SBAR é uma ferramenta popular de padronização da comunicação. SBAR é a abreviação de

*S*ituação, *B*ackground, *A*valiação e *R*ecomendação (Cap. 26). O objetivo dessa técnica ordenada de fácil memorização é transmitir informações importantes de uma maneira estruturada e oportuna (Marquis e Huston, 2015). A evidência identifica ações de enfermagem que elevam a efetividade da interação enfermeiro com enfermeiro e a comunicação interprofissional (Quadro 24-5).

Quadro 24-5

Prática baseada em evidências

Comunicação Interprofissional Segura e Eficaz

Pergunta PICO: A técnica de comunicação SBAR (*S*ituação, *B*ackground, *A*valiação e *R*ecomendação) comparada ao relatório narrativo padrão de final de turno entre os membros da equipe de saúde do hospital melhora o resultado para os pacientes?

Sumário de Evidências

Os enfermeiros aprendem a ser detalhados e descritivos em suas conversas, mas não a diagnosticar "medicamente" um problema ou situação. Os médicos se expressam em frases curtas, fornecendo apenas fatos específicos (Haig et al., 2006). Incoerências nos estilos de comunicação levam a uma comunicação disfuncional entre médicos e enfermeiros e a um aumento significativo dos erros nos cuidados com os pacientes. Respeito e confiança mútuos permitem esclarecimentos e comunicações claras. Os médicos precisam compreender e reconhecer a colaboração interprofissional a fim de promover o funcionamento efetivo da equipe, necessário para os cuidados ideais do paciente (Lazure et al., 2014). O uso de técnicas de comunicação como a SBAR oferece uma estrutura para comunicações precisas e estruturadas entre os profissionais de saúde que promovem a segurança dos pacientes. Em um estudo envolvendo 16 unidades hospitalares, enfermeiros foram treinados a usar a SBAR para se comunicar com os médicos em casos de pacientes com piora do estado. Consequentemente, os enfermeiros

tiveram uma maior percepção de comunicação e colaboração efetivas entre os enfermeiros e médicos (De Meester et al., 2013). O mais importante é que o estudo verificou uma redução do número previsto de óbitos. Práticas de comunicação efetivas usando a técnica SBAR e a abordagem de Comunicação Durante Transferências de Pacientes (CDPH, Communication During Patient Handover, na sigla em inglês) minimizam os riscos e melhoram a comunicação de transferências entre os profissionais de saúde (Adams e Osborne-McKenzie, 2012).

Aplicação na Prática de Enfermagem

- Trabalhe em equipes interprofissionais para desenvolver entendimento e respeito por outras disciplinas.
- Utilize uma abordagem padronizada (p.ex., SBAR, CDPH ou formato D-BANQ) para relatar quando pacientes são transferidos para outras unidades ou centros (Adams e Osborne-McKenzie, 2012).
- SBAR não é um documento, e sim uma técnica verbal que requer treinamento de enfermeiros e médicos (Compton et al., 2012).
- Ofereça a oportunidade de fazer perguntas e de confirmar o entendimento da comunicação.

Algumas organizações acrescentaram um passo de apresentação (ISBAR, acresceu o "I" de *introduction*, em inglês) ao processo SBAR. O passo de apresentação é usado quando os profissionais de saúde não conhecem de fato uns aos outros. Eles começam se apresentando, fazendo uma descrição de sua localização e de sua função no cuidado ao paciente (Marquis e Huston, 2015).

Violência Lateral

O cuidado profissional de enfermagem requer que os enfermeiros interajam com membros da equipe de enfermagem e profissionais de saúde interdisciplinares. A comunicação enfoca a formação de equipes, a facilitação dos processos em grupo, colaboração,

consultoria, delegação, supervisão, liderança e administração (Cap. 21). Interações sociais, informativas e terapêuticas ajudam os membros da equipe a ganhar moral, alcançar metas e fortalecer os relacionamentos profissionais. **Violência lateral** ou *bullying* no local de trabalho entre colegas às vezes ocorre e inclui comportamentos como sonegação de informações, deslealdades, comentários maldosos ou humilhações e expressões não verbais de desaprovação, como levantar as sobrancelhas ou fazer caretas. A violência lateral afeta adversamente o ambiente profissional, levando a insatisfações com o trabalho, menor senso de valor, trabalho insatisfatório em grupo, baixa retenção de enfermeiros qualificados e enfermeiros deixando de exercer a profissão. Novos enfermeiros são especialmente propensos a comportamentos de *bullying* (Frederick, 2014). A violência lateral pode ser um sintoma de esgotamento de compaixão, no qual profissionais de saúde percebem uma ameaça durante interações com os colegas e reagem emocionalmente em vez de comunicarem-se intencionalmente de maneira profissional.

A violência lateral interfere na comunicação efetiva da equipe de cuidados com a saúde e prejudica a segurança do paciente (Marquis e Huston, 2015). A intimidação reduz a probabilidade de que um enfermeiro relate um quase acidente, questione uma ordem ou tome alguma atitude para melhorar a qualidade do cuidado com o paciente. Deve haver tolerância zero com violência lateral. Desenvolva competências em administração de conflitos e em comunicação assertiva para barrar a disseminação de violência lateral no ambiente de trabalho. Solicitar um mentor pode ajudar novos enfermeiros a aprender competências para lidar com os autores de *bullying*. O mentor também pode ser um apoio pessoal para o enfermeiro e servir de exemplo para o departamento (Frederick, 2014). O enfermeiro que estiver sofrendo violência lateral também pode utilizar técnicas adicionais, como as seguintes:

- Abordar o comportamento no momento de sua ocorrência, com calma.
- Descrever como o comportamento afeta seu funcionamento.
- Pedir para que parem com o abuso.

- Notificar o gestor para obter apoio em relação a esta situação.
- Traçar um plano para tomar atitudes no futuro.
- Registrar o incidente com detalhes.

Relacionamentos entre Enfermeiros e a Comunidade

Muitos enfermeiros criam relacionamentos com grupos comunitários ao participarem de organizações locais, participar como voluntários em serviços comunitários ou tornando-se politicamente ativos. Como enfermeiro, aprenda a estabelecer relacionamentos com sua comunidade para ser um agente efetivo de transformação. Fornecer informações claras e precisas ao público em geral é a melhor maneira de prevenir erros, reduzir a resistência e promover mudanças. A comunicação dentro da comunidade ocorre através de canais como jornais de bairro, feiras de saúde, boletins públicos, jornais, rádio, televisão e sites informativos. Use essas formas de comunicação para compartilhar informações e discutir questões importantes para a saúde da comunidade (Cap. 3).

Elementos da comunicação profissional

Aparência, conduta e comportamento profissional são importantes para estabelecer confiança e competência. Espera-se que um profissional seja limpo, asseado, bem arrumado, que se vista de maneira conservadora e sem odores. Tatuagens e *piercings* visíveis podem não ser considerados aceitáveis em alguns ambientes profissionais. O comportamento profissional reflete cordialidade, simpatia, confiança e competência. Profissionais falam com uma voz clara e bem modulada; usam corretamente a gramática; ouvem os outros; ajudam e apoiam os colegas; e comunicam-se efetivamente. Ser pontual, organizado, bem preparado e equipado para as responsabilidades da função de enfermagem também denota profissionalismo.

Cortesia

Cortesia comum faz parte da comunicação profissional. Para praticar cortesia, diga "oi" e "tchau" para os pacientes e bata à porta antes de entrar. Diga a que veio, trate as pessoas pelo nome e diga "por favor" e "obrigado(a)" aos membros da equipe. Apresente-se e diga qual cargo ocupa. Quando um enfermeiro é descortês, as pessoas o consideram rude ou insensível. Isso cria barreiras para a formação de relacionamentos assistenciais entre enfermeiros e pacientes e causa atritos entre os membros de uma equipe.

Uso dos Nomes

Sempre se apresente. Quando você não diz seu nome e título (p.ex., estudante de enfermagem, EL ou técnico em enfermagem) ou reconhece um paciente, isso cria incertezas sobre uma interação e demonstra uma falta de comprometimento ou atenção impessoal. Mantenha contato visual e sorria ao reconhecer as pessoas. Tratar as

pessoas pelo nome demonstra respeito pela dignidade e singularidade humana. Visto que usar sobrenomes é respeitoso na maioria das culturas, enfermeiros normalmente usam os sobrenomes dos pacientes em uma interação inicial e depois passam a usar o prenome, caso o paciente assim o peça. Pergunte como seus pacientes e colegas preferem ser tratados e honre suas preferências pessoais. Usar prenomes é adequado para bebês, crianças pequenas, pacientes confusos ou inconscientes e membros próximos da equipe. Evite termos de afeto como "querido(a)", "bem", "vovó", ou "amor". Mesmo os relacionamentos mais íntimos entre enfermeiro e paciente raramente progridem além de prenomes. Evite referir-se a pacientes por seu diagnóstico, número de quarto, ou outro atributo, por ser desrespeitoso e enviar a mensagem que você não se importa o suficiente para reconhecer a pessoa como um indivíduo.

Confiabilidade

Confiança significa acreditar em alguém sem dúvidas ou questionamentos. Ser confiável significa ajudar os outros sem hesitação. Para gerar confiança, comunique-se com cordialidade e demonstre consistência, confiança, honestidade, competência e respeito. Às vezes, não é fácil para o paciente pedir ajuda. Confiar em outra pessoa envolve riscos e vulnerabilidades, mas também cria comunicações terapêuticas francas e intensifica a expressão de sentimentos, pensamentos e necessidades. Sem confiança, um relacionamento entre enfermeiro e paciente raramente avança além da interação social e cuidado superficial. Evite desonestidades a qualquer custo. Sonegar informações importantes, mentir ou distorcer a verdade viola tanto os padrões éticos quanto legais da prática. Compartilhar informações pessoais ou fazer fofoca sobre os outros envia a mensagem de que você não deve ser confiável e estraga relacionamentos interpessoais.

Autonomia e Responsabilidade

Autonomia significa ser autodirecionado e independente no alcance

dos objetivos e em defender os outros. Enfermeiros profissionais fazem escolhas e aceitam a responsabilidade pelos resultados de suas ações (Townsend, 2012). Eles tomam iniciativa para a resolução de problemas e se comunicam de uma forma que reflete a importância e o propósito da conversa terapêutica (Arnold e Boggs, 2011). Enfermeiros profissionais também reconhecem a autonomia de seus pacientes.

Assertividade

A **assertividade** permite que você expresse sentimentos e ideias sem julgar ou magoar os outros. Um comportamento assertivo inclui contato visual intermitente; comunicação não verbal que reflete interesse, honestidade e escuta ativa; reações verbais espontâneas com uma voz confiante; e uso culturalmente sensível do toque e do espaço. Um enfermeiro assertivo comunica autoconfiança; comunica sentimentos; assume a responsabilidade pelas escolhas; respeita os sentimentos, ideias e opções dos outros (Stuart, 2013; Townsend, 2012). O comportamento assertivo aumenta a autoestima e a autoconfiança, eleva a capacidade de desenvolver relacionamentos interpessoais satisfatórios e melhora a consecução de metas. Pessoas assertivas tomam decisões e controlam suas vidas com mais eficiência que os indivíduos não assertivos. Eles lidam com críticas e manipulações dos outros e aprendem a dizer não, estabelecer limites e resistir à culpa intencionalmente imposta. Respostas assertivas contêm mensagens com "eu", como "eu quero", "eu preciso", "eu acho" ou "eu sinto" (Townsend, 2012). Enfermeiros podem enfrentar questões éticas que dificultam o uso de suas habilidades assertivas por medo de retaliação (p.ex., identificação de um erro cometido por outro profissional de saúde). Nessas situações, a pessoa precisaria tomar providências para resolver esse dilema ético (Cap. 22).

AIDET® é uma técnica desenvolvida pelo Studer Group para permitir que trabalhadores da área de saúde comuniquem-se de forma precisa e oportuna com os pacientes e seus familiares, ao mesmo tempo focando a excelência no cuidado ao paciente. É uma técnica comumente usada em hospitais hoje em dia. É uma abreviação de

*A*cknowledge, *I*ntroduce, *D*uration, *E*xplain, and *T*hank you (ou RADEA — *R*econhecimento, *A*presentação, *D*uração, *E*xplicação e *A*gradecimento). Ao usar a RADEA/AIDET, o profissional de saúde primeiro reconhece a pessoa à sua frente com uma atitude positiva e faz com que a pessoa se sinta à vontade. O profissional se apresenta e diz à pessoa qual é sua função naquele serviço e no cuidado para com ela. É importante sempre usar um crachá com seu nome quando estiver trabalhando em um ambiente de saúde. Quando possível, o profissional dá ao paciente e à sua família uma ideia de qual poderá ser a duração do procedimento. Isso mantém o paciente informado sobre quaisquer atrasos que possam ocorrer. Também é útil informar o paciente de quanto tempo vai levar para que ele tenha os resultados, no caso de exames. Ao explicar procedimentos, descreva o que o paciente vai sentir com o tratamento, procedimento ou exame. Informe-os sobre quaisquer precauções de segurança. O profissional que está utilizando a técnica RADEA/AIDET agradece o(a) paciente por ter escolhido esta organização para ser atendido(a) e diz o quanto ele apreciou ter trabalhado com ele(a) (Rubin, 2014).

Processo de enfermagem

O processo de enfermagem oferece uma abordagem de tomada de decisão clínica para que você desenvolva e implemente um plano individualizado de cuidado. Ele guia o cuidado com os pacientes que precisam de assistência especial com comunicação. Utilize técnicas de comunicação terapêutica como intervenção em uma situação interpessoal de enfermagem.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de coleta de dados, levante todos os dados possíveis do paciente e analise criticamente os achados para garantir que você tome decisões clínicas centralizadas no paciente necessárias para a segurança do cuidado de enfermagem.

Pelos Olhos do Paciente

O cuidado centrado no paciente requer uma avaliação cuidadosa dos valores, preferências e origens culturais, étnicas e sociais (Harvey e Ahmann, 2014). Durante a coleta de dados, o enfermeiro também explora quaisquer preconceitos e experiências que possam afetar sua capacidade de formar um relacionamento terapêutico. Se o enfermeiro não conseguir resolver seu preconceito em relação a um paciente, o cuidado deve ser transferido para outra pessoa. Fatores internos e externos também afetam a capacidade de um paciente de se comunicar (Quadro 24-6). A avaliação desses fatores mantém o foco no paciente e o ajuda a tomar decisões centradas no paciente durante o processo de comunicação.

Quadro 24-6 Histórico de Enfermagem: Fatores Que Influenciam a Comunicação

Contexto Psicofisiológico (Fatores Internos que

Afetam a Comunicação)

- Condições fisiológicas (p.ex., dor, fome, náusea, fraqueza, dispneia)
- Condições emocionais (p.ex., ansiedade, raiva, desespero, euforia)
- Condições de crescimento e desenvolvimento (p.ex., idade, tarefas de desenvolvimento)
- Necessidades não atendidas (p.ex., segurança, amor/conexão)
- Atitudes, valores e crenças (p.ex., significado da experiência de adoecer)
- Percepções e personalidade (p.ex., otimismo/pessimismo, introversão/extroversão)
- Autoconceito e autoestima (p.ex., positivos ou negativos)

Contexto Relacional (Natureza do Relacionamento entre os Participantes)

- Relacionamento social, assistencial, ou profissional
- Nível de confiança entre os participantes
- Nível de atenção demonstrado
- Nível de transparência pessoal entre os participantes
- História compartilhada pelos participantes
- Equilíbrio entre poder e controle

Contexto Situacional (Motivo para a Comunicação)

- Troca de informações
- Alcance de objetivos
- Resolução de problema
- Expressão de sentimentos

Contexto Ambiental (Imediações Físicas nas quais a Comunicação Ocorre)

- Nível de privacidade

- Nível de ruídos
- Nível de conforto e segurança
- Nível de distração

Contexto Cultural (Elementos Socioculturais que Afetam uma Interação)

- Nível de escolaridade dos pacientes
- Padrões de linguagem e autoexpressão
- Costumes e expectativas

Fatores Físicos e Emocionais

É especialmente importante avaliar os fatores psicofisiológicos que influenciam a comunicação. Muitos estados alterados de saúde e reações humanas limitam a comunicação. Pessoas com deficiência visual ou auditiva normalmente têm dificuldade de receber mensagens (Cap. 49). Trauma facial, câncer de laringe ou intubação endotraqueal geralmente impedem o movimento do ar atrás das cordas vocais ou a mobilidade da língua, resultando em incapacidade de articular as palavras. Uma pessoa com extrema falta de ar precisa usar oxigênio mais para respirar que para falar. Pessoas com afasia após um derrame ou em estágios avançados da doença de Alzheimer não conseguem entender ou formar palavras. Algumas doenças mentais como psicoses ou depressão fazem com que os pacientes pulem de um assunto para outro, verbalizando constantemente as mesmas palavras ou frases ou demonstrando um padrão desacelerado de fala. Pessoas muito ansiosas são às vezes incapazes de perceber estímulos ambientais ou ouvir explicações. Finalmente, pacientes que não reagem ou que estão profundamente sedados não podem enviar ou responder a mensagens verbais.

Através da análise do prontuário do paciente é possível obter informações relevantes sobre sua capacidade de se comunicar. O histórico médico e o exame físico registram barreiras físicas de fala, déficits neurológicos e a fisiopatologia que afeta a audição ou a visão.

Verificar os registros de medicações do paciente também é importante. Por exemplo, opiáceos, antidepressivos, neurolépticos, hipnóticos ou sedativos podem fazer que o paciente pronuncie ininteligivelmente as palavras ou utilize sentenças incompletas. As observações na anotação de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente às vezes revelam outros fatores que contribuem para dificuldades de comunicação, como a ausência de membros da família para dar mais informações sobre um paciente confuso.

O histórico de enfermagem inclui comunicar-se diretamente com os pacientes para determinar sua capacidade de perceber, interpretar e reagir a estímulos. Se os pacientes têm dificuldades de se comunicar, é importante avaliar o efeito do problema. Pacientes que são incapazes de falar estão ariscados a se ferir a menos que os enfermeiros identifiquem um método alternativo de comunicação. Se houver barreiras que dificultem a comunicação direta com os pacientes, então familiares ou amigos se tornam fontes importantes a respeito dos padrões e capacidades de comunicação do paciente.

Fatores de Desenvolvimento

Aspectos do crescimento e desenvolvimento de um paciente também influenciam a interação entre enfermeiros e pacientes. Por exemplo, a autoexpressão de um bebê se limita ao choro, movimentos do corpo e expressões faciais, ao passo que crianças mais velhas expressam suas necessidades mais diretamente. Faça uma adaptação das técnicas de comunicação para as necessidades especiais de bebês e crianças e de seus pais. Dependendo da idade da criança, inclua os pais, a criança ou ambos como fontes de informação sobre a saúde da mesma. Dar brinquedos ou outras distrações a uma criança pequena permite que os pais deem a você toda a sua atenção. As crianças são especialmente sensíveis a mensagens não verbais; movimentos súbitos, ruídos altos ou gestos ameaçadores são assustadores. Elas preferem fazer o primeiro movimento em contatos interpessoais e não gostam que os adultos as encarem ou olhem para elas de cima para baixo. Uma criança que tenha recebido pouca estimulação ambiental possivelmente apresenta atraso no desenvolvimento da linguagem,

dessa forma tornando a comunicação mais desafiadora.

A idade isoladamente não determina a capacidade de comunicação de um adulto. Perda de audição e deficiências visuais são mudanças que podem ocorrer durante o envelhecimento e que contribuem para barreiras de comunicação (NIH, 2014). Comunique-se com idosos como adultos e evite paternalismos ou falar de uma maneira condescendente. Medidas simples facilitam a comunicação com pessoas idosas que não ouvem direito (Quadro 24-7).

Quadro 24-7

Foco em idosos

Dicas para se Comunicar Melhor com Idosos que Apresentam Perda Auditiva (Arnold e Boggs, 2011)

- Certifique-se de que o paciente saiba que você está falando.
- Olhe de frente para o paciente, certifique-se de que seu rosto/boca estão visíveis para ele(a) e não use goma de mascar ou fale enquanto mastiga.
- Fale claramente, mas não exagere nos movimentos dos lábios ou grite.
- Fale um pouco mais devagar, mas não com lentidão excessiva.
- Verifique se o paciente usa aparelho auditivo, óculos ou outro equipamento de adaptação.
- Escolha um ambiente tranquilo e bem iluminado, com mínimas distrações.
- Dê tempo para que o paciente responda. Não presuma que o paciente não está cooperando caso ele não responda ou demore um longo tempo para responder.
- Dê ao paciente a oportunidade de fazer perguntas.
- Mantenha a comunicação breve e direta ao ponto. Faça uma pergunta de cada vez.

Fatores Socioculturais

A cultura influencia pensamentos, sentimentos, comportamentos e a comunicação. Esteja atento aos padrões típicos de interação que caracterizam vários grupos étnicos, mas não permita que essa informação influencie sua resposta. Conheça cada paciente individualmente (p.ex., ele(a) se sente à vontade em manter contato visual ou em compartilhar informações com os outros). Você abordará cada paciente de maneiras bem diferentes se eles estiverem abertos e dispostos a discutir assuntos familiares pessoais em relação aos que são relutantes em revelar informações pessoais ou familiares a estranhos.

Pessoas estrangeiras nem sempre falam ou entendem a língua do país em que se encontram. Aqueles que a falam como segunda língua geralmente têm dificuldade de se expressar ou de compreender o idioma. Para praticar sensibilidade cultural na comunicação, entenda que pessoas de diferentes origens étnicas utilizam diferentes graus de contato visual, espaço pessoal, gestos, voz alta, ritmo de fala, toque, silêncio e significado da linguagem. Faça um esforço consciente para não interpretar as mensagens através da sua perspectiva cultural, mas considere a comunicação dentro do contexto da origem da outra pessoa. Evite estereotipar, paternalizar ou fazer piadas de outras culturas. Barreiras de idiomas e culturais não apenas são frustrantes como também perigosas, causando atrasos no cuidado (Quadro 24-8).

Quadro 24-8

Aspectos culturais do cuidado

Comunicação com Pacientes que não Falam o Idioma do País

Pacientes que falam pouco ou nada o idioma local apresentam desafios para a comunicação entre enfermeiro e paciente. Leis federais e estaduais dos Estados Unidos exigem que os hospitais financiados pelo governo, incluindo Medicare, Medicaid e SCHIP,

sejam obrigados a oferecer serviços de intérprete para seus pacientes. Para hospitais que não dispõem dele no local, devem ser fornecidos serviços de intérprete por telefone (Marcus, 2014). O uso de membros da família, amigos ou funcionários bilíngues para agir de intérpretes aos pacientes é veementemente desaconselhável. Às vezes, a comunicação com os pacientes é necessária em interações cruciais súbitas. Utilize membros da família ou amigos com cautela quando houver demora na prestação de serviço de interpretação. O uso de familiares, crianças ou pessoal auxiliar implica responsabilidades legais. O idioma não é a única barreira. Diferenças culturais também levam a mal-entendidos. Desenvolver uma competência cultural eleva o conhecimento (Dossey e Keegan, 2013; Weldon et al., 2014).

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Entenda seus próprios valores e preconceitos culturais.
- Avalie o idioma principal do paciente e sua fluência no idioma local.
- Ofereça um intérprete profissional para o paciente e para os profissionais de saúde se comunicarem uns com os outros. Não utilize membros da família como intérpretes.
- Fale diretamente ao paciente mesmo na presença de um intérprete.
- Acenos de cabeça ou observações como “OK” não necessariamente significam que o paciente esteja entendendo.
- Ofereça informações por escrito na língua local e no idioma principal do paciente.
- Aprenda sobre outras culturas, especialmente sobre as que são encontradas em sua área de trabalho.
- Incorpore os métodos ou necessidades de comunicação do paciente no plano de cuidado.

Sexo

O sexo influencia a forma com que pensamos, agimos, sentimos e nos comunicamos. Homens tendem a usar menos comunicação verbal, mas são mais propensos a iniciar a comunicação e tratar as questões de forma mais direta. As mulheres tendem a revelar mais informações pessoais e usar mais escuta ativa, reagindo com respostas que estimulam a outra pessoa a continuar a conversa. É importante que você reconheça o padrão de comunicação do sexo do paciente. Ser insensível impede a formação de relacionamentos terapêuticos entre enfermeiros e pacientes. Avalie os padrões de comunicação de cada indivíduo e não faça pressuposições simplesmente com base em sexo, raça, sexualidade ou diferenças culturais.

Diagnóstico em Enfermagem

A maioria das pessoas sente dificuldade com algum aspecto da comunicação. Os pacientes às vezes não têm habilidade para prestar atenção, ouvir, responder e se autoexpressar em consequência de doenças, efeitos do tratamento ou de barreiras culturais ou linguísticas. O principal rótulo de diagnóstico em enfermagem utilizado para descrever um paciente com limitações ou incapacidade de se comunicar verbalmente é *Comunicação Verbal Prejudicada.* Essa é a situação na qual um indivíduo apresenta nenhuma capacidade ou uma menor ou mais lenta capacidade de receber, processar, transmitir e usar símbolos por uma variedade de motivos. As características que definem esse diagnóstico incluem a incapacidade de articular palavras, verbalização inadequada, dificuldade de formar palavras e dificuldade de compreender, que você agrupa para formar o diagnóstico (Sparks e Taylor, 2014). Esse diagnóstico é útil para uma ampla variedade de pacientes com problemas e necessidades especiais relacionadas com a comunicação, como deficiência de percepção, recepção e articulação. Embora o problema principal do paciente seja a *Comunicação Verbal Prejudicada,* a dificuldade associada de se autoexpressar também pode contribuir para outros diagnósticos em enfermagem, como:

- *Ansiedade*
- *Isolamento Social*

- *Enfrentamento Ineficaz*
- *Enfrentamento Familiar Comprometido*
- *Impotência*
- *Interação Social Prejudicada*

Os fatores relacionados com a *Comunicação Verbal Prejudicada* focam as causas de um distúrbio de comunicação. No caso da *Comunicação Verbal Prejudicada,* esses fatores são de natureza fisiológica, mecânica, anatômica, psicológica, cultural e de desenvolvimento. A precisão em identificar os fatores relacionados é necessária para que você escolha intervenções que efetivamente resolvam o problema diagnóstico. Por exemplo, você indica o diagnóstico de *Comunicação Verbal Prejudicada relacionada com diferenças culturais (herança hispânica)* de forma muito diferente do diagnóstico de *Comunicação Verbal Prejudicada relacionada com a perda de audição.*

Planejamento de Enfermagem

Uma vez identificada a natureza dos problemas de comunicação do paciente, considere vários fatores durante a criação do plano de cuidado. Motivação é um fator para a melhora da comunicação, e os pacientes geralmente precisam ser encorajados a tentar diferentes abordagens que impliquem mudanças significativas. É especialmente importante envolver o paciente e sua família nas decisões sobre o plano de cuidado para determinar se os métodos sugeridos são aceitáveis ou não. Considere maneiras de atender a necessidades básicas de conforto e segurança antes de introduzir novos métodos e técnicas de comunicação. Dê um tempo adequado para praticar. Os participantes precisam ser pacientes consigo mesmos e uns com os outros a fim de conseguir uma comunicação efetiva. Quando o foco for praticar a comunicação, consiga um local tranquilo, privativo e livre de distrações como televisões ou visitantes.

Objetivos e Resultados

Uma vez identificado o diagnóstico, selecione um objetivo que seja relevante e alcançável para o paciente, como ser capaz de expressar

necessidades ou de conseguir entender uma condição física. Depois, selecione os resultados esperados que são bem específicos e mensuráveis. Os resultados identificam maneiras de determinar se um objetivo mais amplo foi atingido. Por exemplo, resultados para o paciente possivelmente incluem os seguintes:

- O paciente inicia a conversa sobre o diagnóstico ou problema de saúde.
- O paciente é capaz de perceber determinados estímulos.
- O paciente transmite mensagens claras e compreensíveis à equipe de cuidados com a saúde.
- O paciente expressa maior satisfação com o processo de comunicação.

Às vezes, você trabalha com pacientes cuja dificuldade em enviar, receber e interpretar mensagens interfere na saúde dos relacionamentos interpessoais. Nesse caso, a comunicação prejudicada é um fator contribuinte para outros diagnósticos em enfermagem como *Interação Social Prejudicada* ou *Enfrentamento Ineficaz.* Planeje intervenções para ajudar esses pacientes a melhorar suas competências de comunicação. Resultados esperados para um paciente nessa situação possivelmente incluem demonstrar a capacidade de expressar adequadamente necessidades, sentimentos e preocupações; comunicar pensamentos e sentimentos mais claramente; envolver-se em conversas sociais adequadas com seus semelhantes e com funcionários; e aprimorar sentimentos de autonomia e assertividade.

Estabelecimento de Prioridades

É essencial manter sempre uma linha de comunicação aberta para que o paciente possa expressar necessidades ou problemas emergentes. Às vezes, isso envolve uma intervenção tão simples quanto manter um interruptor de chamada ao alcance de um paciente acamado ou providenciar dispositivos aumentativos de comunicação (p.ex., um quadro de mensagens ou um computador em Braille). Quando você planeja ter interações prolongadas com um paciente, é importante tratar primeiro das prioridades de cuidado físico para que a discussão

não seja interrompida. Deixe que o paciente esteja confortável assegurando-se de que quaisquer sintomas estejam sob controle e de que as necessidades de eliminação tenham sido atendidas.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Para garantir um plano de cuidado efetivo, por vezes é necessário colaborar com outros membros da equipe de saúde que são especialistas em estratégias de comunicação. Fonoaudiólogos ajudam pacientes com afasia, intérpretes profissionais são necessários para pacientes que falam línguas estrangeiras, e enfermeiros especializados em saúde mental ajudam pacientes nervosos ou muito ansiosos a se comunicar mais eficientemente.

❖ Implementação

Ao executar qualquer plano de cuidado, use técnicas de comunicação que sejam adequadas para as necessidades individuais do paciente. Antes de aprender como adaptar os métodos de comunicação para ajudar pacientes com graves deficiências de comunicação, é necessário aprender as técnicas de comunicação que servem de base para a comunicação profissional. Também é importante entender as técnicas de comunicação que criam barreiras para uma interação eficaz.

Técnicas de Comunicação Terapêutica

Técnicas de **comunicação terapêutica** são respostas específicas que estimulam a expressão de sentimentos e ideias e transmitem aceitação e respeito. Essas técnicas se aplicam em uma variedade de situações diferentes. Embora algumas delas pareçam artificiais a princípio, a habilidade e o conforto vão aumentando com a prática. Tremenda satisfação decorre do desenvolvimento de relacionamentos terapêuticos que alcançam os resultados desejados para o paciente.

Escuta Ativa

Escuta ativa significa estar atento ao que o paciente está dizendo tanto

de modo verbal quanto não verbal. Ela facilita a comunicação com o paciente. Enfermeiros inexperientes às vezes sentem necessidade de falar para provar que eles sabem o que estão fazendo ou para baixar a ansiedade (Stuart, 2013). Quase sempre é difícil, a princípio, ficar quieto e realmente ouvir. A escuta ativa eleva a confiança, porque você transmite aceitação e respeito pelo paciente. Diversas habilidades não verbais facilitam a audição atenciosa, usando a abreviação SPICR (Townsend, 2012):

S – *S*ente-se de frente para o paciente. Essa postura transmite a mensagem de que você está lá para ouvir e está interessado no que o paciente está dizendo.

P – *P*osicione-se com abertura (ou seja, mantendo braços e pernas descruzados). Essa posição sugere que você está "aberto" para o que o paciente está dizendo. Uma posição "fechada" como com os braços cruzados transmite uma atitude defensiva, possivelmente provocando uma reação semelhante no paciente.

I – *I*ncline-se em direção ao paciente. Esta posição demonstra que você está envolvido e interessado na interação.

C – *C*ontato visual. Faça e mantenha contato visual intermitente para transmitir seu envolvimento e disposição de ouvir o que o paciente está dizendo. Ausência de contato visual ou movimentos constantes do olho passam a mensagem de que você não está interessado no que o paciente tem a dizer.

R – *R*elaxe. É importante comunicar um senso de relaxamento e conforto junto ao paciente. Inquietação demonstra falta de interesse e um sentimento de desconforto para o paciente.

Compartilhamento de Observações

Enfermeiros fazem observações comentando como a outra pessoa se parece, soa ou age. Exteriorizar observações geralmente ajuda os pacientes a se comunicarem sem necessidade de questionamento, enfoque ou esclarecimentos excessivos. Essa técnica ajuda a iniciar uma conversa com pessoas quietas ou reservadas. Não exteriorize observações que possam deixar o paciente constrangido ou nervoso, como um "Você está horrível!". Mesmo que você faça essa observação

com humor, o paciente pode ficar chateado.

Compartilhar observações é diferente de fazer pressuposições, o que significa tirar conclusões desnecessárias sobre a outra pessoa sem validá-las. Fazer pressuposições coloca o paciente na posição de ter de contradizê-lo. Exemplos incluem interpretar a fadiga do paciente como depressão ou presumir que refeições que não foram nem tocadas indica falta de interesse em cumprir as metas nutricionais. Fazer observações é uma técnica mais gentil e segura: "Você parece cansado…", "Você está diferente hoje…", ou "Percebi que você não comeu nada."

Compartilhar Empatia

Empatia é a capacidade de entender e aceitar a realidade de outra pessoa, perceber seus sentimentos com precisão, e comunicar tal compreensão para o outro. Esta é uma técnica de comunicação terapêutica que permite a você entender a situação, os sentimentos e as preocupações do paciente (Dinkins, 2011). Para expressar empatia, você reflete que compreende e sente a importância da comunicação da outra pessoa. Entendimento empático requer que você seja sensível e imaginativo, principalmente se você não teve experiências semelhantes. Tente ser empático em todas as situações, pois essa é uma chave para tranquilizar preocupações e transmitir apoio a outras pessoas. Frases que refletem empatia são muito eficazes, pois elas dizem à pessoa que você escutou tanto o conteúdo emocional quanto factual da comunicação. Frases empáticas são neutras e sem censuras e ajudam a estabelecer confiança em situações difíceis. Por exemplo, um enfermeiro diz a um paciente nervoso que apresenta pouca mobilidade após um derrame: "Deve ser muito frustrante não ser capaz de fazer o que se quer."

Compartilhar Esperança

Enfermeiros reconhecem que esperança é essencial para a recuperação e aprendem a comunicar um "senso de possibilidade" aos outros. O encorajamento e *feedback* positivo adequados são importantes para gerar esperança e autoconfiança e para ajudar as pessoas a realizar seu

potencial e alcançar suas metas. Você dá esperança ao comentar sobre os aspectos positivos do comportamento, desempenho ou reação da outra pessoa. Compartilhar uma visão do futuro e lembrar os outros de seus recursos e pontos fortes também ajuda a fortalecer a esperança. Tranquilize os pacientes de que há vários tipos de esperança e que o significado e o crescimento pessoal podem advir de experiências com doenças. Por exemplo, um enfermeiro diz a um paciente desencorajado devido a um prognóstico insatisfatório: "Eu acredito que você encontrará uma forma de enfrentar sua situação, pois eu vi que você tem coragem e criatividade."

Compartilhar Humor

Humor é um recurso importante, porém geralmente subutilizado em interações de enfermagem. É uma estratégia de enfrentamento que pode reduzir a ansiedade e promover sentimentos positivos (Rose et al., 2013). É uma percepção e atitude na qual a pessoa pode sentir alegria mesmo quando enfrenta momentos difíceis. Ele proporciona apoio emocional para os pacientes e para colegas profissionais e humaniza a experiência com a doença. Ele melhora o trabalho em equipe, alivia a tensão e ajuda os enfermeiros a desenvolver um vínculo entre pessoas que riem juntas. Os pacientes usam humor para aliviar a tensão, enfrentar o medo da dor e sofrimento, comunicar um medo ou necessidade, ou enfrentar uma situação desconfortável ou constrangedora (Dossey e Keegan, 2013). Os objetivos de usar humor como profissional de saúde são trazer esperança e alegria para uma situação e elevar o bem-estar do paciente e o relacionamento terapêutico. Ele faz você parecer mais acolhedor e acessível (Feagai, 2011). Use humor durante a fase de orientação para criar um relacionamento terapêutico e durante a fase de trabalho enquanto você ajuda o paciente a enfrentar uma situação.

Hoje em dia, é comum cuidar de pacientes de diferentes origens culturais. Quando você interagir com os pacientes, seja sensível e perceba que eles podem não entender ou interpretar mal piadas e frases feitas para ser engraçadas. Por exemplo, um homossexual pode não gostar de uma piada relacionada com a orientação sexual, ou uma

pessoa de uma classe socioeconômica mais inferior provavelmente não gostará de uma piada que deprecie alguma minoria.

Profissionais de saúde às vezes usam um tipo de humor negro negativo após situações difíceis ou traumáticas como forma de lidar com tensão e estresse insuportáveis. Esse humor de enfrentamento possui alto potencial de má interpretação como desinteresse pelas pessoas não envolvidas na situação. Por exemplo, estudantes de enfermagem sentem-se às vezes ofendidos e se perguntam como os funcionários conseguem dar risada e fazer piada após um trabalho de ressuscitação malsucedido. Quando o enfermeiro usa humor de enfrentamento e os pacientes ou seus entes queridos o ouvem, o resultado é um grande sofrimento emocional.

Compartilhar Sentimentos

Emoções são sentimentos subjetivos que resultam dos pensamentos e percepções de uma pessoa. Sentimentos não são certos, errados, bons ou maus, embora sejam agradáveis ou desagradáveis. Se as pessoas não expressam os sentimentos, o estresse e a doença podem piorar. Ajude os pacientes a expressar emoções fazendo observações, reconhecendo sentimentos, estimulando a comunicação, dando permissão para expressar sentimentos "negativos" e modelando a autoexpressão emocional saudável. Às vezes, os pacientes podem direcionar a você a raiva ou frustração que eles sentem por causa da doença. Não leve essas expressões para o lado pessoal. O reconhecimento dos sentimentos dos pacientes comunica que você ouviu e compreendeu os aspectos emocionais de sua situação de doença.

Quando você está cuidando de pacientes, esteja atento às suas próprias emoções, pois sentimentos são difíceis de esconder. Estudantes às vezes se perguntam se é útil compartilhar sentimentos com pacientes. Compartilhar emoções faz com que os enfermeiros pareçam mais humanos e aproxima as pessoas. É apropriado compartilhar sentimentos de carinho ou até mesmo chorar com outras pessoas, desde que você esteja no controle da expressão desses sentimentos e os expresse de uma maneira que não onere o paciente

ou quebre a confidencialidade. Os pacientes percebem e sentem suas emoções. Normalmente, é inadequado discutir emoções pessoais negativas, como raiva ou tristeza com os pacientes. Um sistema de apoio social de colegas é útil; além disso, programas de assistência a funcionários, reuniões de grupos de colegas e uso de equipes interprofissionais, como assistência social e pastoral oferecem outras maneiras de enfermeiros expressarem sentimentos com segurança, longe dos pacientes.

Uso do Toque

Devido aos modernos ambientes técnicos de ritmo acelerado em saúde, enfermeiros enfrentam grandes desafios para trazer o senso de carinho e conexão humana para seus pacientes (Cap. 7). O toque é uma das formas mais potentes e pessoais de comunicação. Ele expressa preocupação ou carinho para estabelecer um sentimento de conexão e promover a recuperação (Stuart, 2013). O toque transmite muitas mensagens, como afeição, apoio emocional, encorajamento, ternura e atenção pessoal. Toques de conforto, como segurar a mão, são especialmente importantes para pacientes vulneráveis que estão passando por sérios problemas de saúde juntamente com os prejuízos físicos e emocionais que os acompanham (Fig. 24-2).

FIGURA 24-2 O enfermeiro usa o toque para se comunicar.

Os estudantes podem inicialmente achar que dar carinho íntimo é estressante, principalmente quando se cuida de pessoas do sexo oposto. Eles aprendem a encarar o contato íntimo mudando sua percepção em relação à situação. Já que muito do que os enfermeiros fazem envolve o toque, você precisa aprender a ser sensível em relação às reações dos outros ao toque e usá-lo com sabedoria. O toque deve ser tão delicado ou firme quanto for necessário e deve ser feito de uma maneira reconfortante e não ameaçadora. Às vezes, você deve evitar o toque em pessoas muito desconfiadas ou nervosas que respondem negativamente ou até mesmo com violência contra você.

Os enfermeiros precisam estar atentos às dicas não verbais dos pacientes e pedir permissão antes de tocá-los a fim de assegurar que o toque seja de uma forma aceitável para proporcionar conforto. Alguns indivíduos podem ser sensíveis à proximidade física e se sentir desconfortáveis com o toque. Quando este for o caso, compartilhe a informação com outros enfermeiros que cuidarão do paciente. Os enfermeiros devem estar atentos às preocupações dos pacientes e agir

de acordo. Um aceno de cabeça, um gesto, uma posição corporal ou contato visual também pode demonstrar interesse e aceitação do toque, o que promove um momento de vínculo com o paciente (Stuart, 2013).

Uso do Silêncio

É necessário tempo e experiência para se tornar confortável com o silêncio. A maioria das pessoas tem uma tendência natural de preencher espaços vazios com palavras, mas, às vezes, esses espaços realmente proporcionam um tempo para o enfermeiro e o paciente se observarem um ao outro, organizar sentimentos, pensar em como dizer as coisas e considerar o que foi comunicado. O silêncio incita algumas pessoas a falar. Ele permite que o paciente pense e assimile uma informação (Stuart, 2013). Em geral, permita que o paciente rompa o silêncio, principalmente quando ele(a) o tenha iniciado.

O silêncio é particularmente útil quando as pessoas são confrontadas com decisões que requerem muita ponderação. Por exemplo, ele ajuda um paciente a reunir a confiança necessária para compartilhar a decisão de recusar o tratamento médico. Também permite que o enfermeiro preste atenção especial a mensagens não verbais, como expressões de preocupação ou perda de contato visual. Permanecer em silêncio demonstra paciência e disposição de esperar por uma resposta quando a outra pessoa não consegue replicar rapidamente. O silêncio é especialmente terapêutico durante épocas de tristeza ou sofrimento profundo.

Fornecimento de Informações

Fornecer informações relevantes diz à outra pessoa o que ela precisa ou quer saber para que ela possa tomar decisões, baixar o nível de ansiedade e se sentir tranquila e segura. Também é um aspecto integrante da educação em saúde (Cap. 25). Via de regra, não é útil ocultar informações dos pacientes, sobretudo quando eles as pedem. Se um profissional de saúde sonega informação, o enfermeiro explica o motivo para isso. Os pacientes têm o direito de saber de seu estado de saúde e que está acontecendo em seu ambiente. Informações de

natureza perturbadora precisam ser comunicadas com sensibilidade, em um ritmo que seja adequado à capacidade do paciente de absorvê-la e em termos gerais a princípio: "John, os sons de seu coração apresentaram uma alteração em relação a hoje cedo, assim como sua pressão arterial. Vou informar o médico." O enfermeiro dá informações que permitem que as pessoas entendam o que está acontecendo e o que esperar: "Sra. Evans, John vai fazer um ecocardiograma agora. Esse exame utiliza ondas sonoras indolores para criar um quadro em movimento de suas estruturas e válvulas cardíacas para nos dizer o que está causando esse sopro."

Esclarecimento

Para verificar o entendimento correto de uma mensagem, reformule uma mensagem obscura ou ambígua para esclarecer o que o remetente quis dizer. Além disso, peça para que a outra pessoa repita com suas palavras, explique melhor ou dê um exemplo do que a pessoa quis dizer. Sem esclarecimento, você pode fazer pressuposições inválidas e perder informações valiosas. Apesar dos esforços de parafraseamento, às vezes você não consegue entender a mensagem de um paciente. Informe o paciente quando for este o caso: "Não tenho certeza se entendi o que você quis dizer como 'mais doente que o normal'. O que está diferente agora?."

Foco

O foco envolve centralizar a conversa nos principais elementos ou conceitos de uma mensagem. Se a conversa é vaga ou desconexa, ou os pacientes começam a se repetir, o foco é uma técnica útil. Não use o foco caso isso interrompa os pacientes enquanto estão discutindo questões importantes. Em vez disso, use-o para guiar a direção da conversa para áreas importantes: "Já falamos bastante sobre medicações; agora, vamos conversar melhor sobre o problema que você está tendo em tomá-las no horário correto."

Parafraseamento

Parafrasear é reformular a mensagem de outra pessoa mais

sucintamente utilizando suas próprias palavras. Através do parafraseamento, você envia um retorno que permite ao paciente saber que ele(a) está ativamente envolvido(a) na busca pelo entendimento. Parafrasear com precisão requer prática. Se o significado de uma mensagem é alterado ou distorcido durante o parafraseamento, a comunicação se torna ineficaz. Por exemplo, um paciente diz: "Estive acima do peso durante toda a minha vida e nunca tive problemas. Não consigo entender por que preciso fazer dieta." Parafrasear essa afirmação dizendo "Você não liga de estar acima do peso" seria errado. Seria mais correto dizer: "Você não está convencido de que precisa fazer dieta, porque você sempre foi saudável."

Validação

Esta é uma técnica que enfermeiros usam para reconhecer e validar pensamentos, sentimentos e necessidades de um paciente. Os pacientes e suas famílias sabem que eles estão sendo ouvidos e levados a sério quando o cuidador aborda seus problemas (Harvey e Ahmann, 2014). Por exemplo, um enfermeiro valida os comentários feitos pelo paciente perguntando: "Diga-me se eu entendi suas preocupações em relação à cirurgia. Você está preocupado de não conseguir retornar à sua vida normal". Esse tipo de afirmação permite que o enfermeiro transmita empatia e interesse pelos pensamentos, sentimentos e percepções do paciente.

Fazer Perguntas Relevantes

Enfermeiros fazem perguntas relevantes com a finalidade de buscar as informações necessárias para tomar decisões. Faça uma só pergunta por vez e explore completamente um assunto antes de passar para outra área. Durante as perguntas do histórico de enfermagem do paciente, siga uma sequência lógica e proceda normalmente, do geral para o mais específico. Perguntas abertas permitem que os pacientes assumam a liderança da conversa e introduzam informações pertinentes sobre um assunto. Por exemplo, "Qual o seu maior problema neste momento?" Use perguntas focadas quando houver

necessidade de informações mais específicas em uma área: “Como sua dor afetou sua vida em casa?” Permita que os pacientes respondam integralmente às perguntas abertas antes de fazer perguntas mais focadas. Perguntas fechadas pressupõem “sim”, “não” ou resposta de uma só palavra: “Quantas vezes por dia você está tomando medicamento para dor?” Embora elas sejam úteis durante o histórico de enfermagem, são geralmente menos úteis durante interações terapêuticas.

Fazer perguntas demais às vezes é desumano. Buscar informações factuais não permite que um enfermeiro ou paciente estabeleça um relacionamento significativo ou lide com importantes questões emocionais. É uma forma de um enfermeiro ignorar áreas desconfortáveis em prol de assuntos mais confortáveis e neutros. Um exercício útil é tentar conversar sem fazer nenhuma pergunta à outra pessoa. Usando técnicas como dar deixas gerais (“diga-me sobre…”), fazendo observações, parafraseando, focando e fornecendo informações, você descobre informações importantes que teriam permanecido ocultas se você tivesse limitado o processo de comunicação a apenas perguntas.

Resumo

Resumir significa revisar concisamente os principais aspectos de uma interação. Ele traz um senso de satisfação e encerramento a uma conversa individual e é especialmente útil durante a fase de encerramento de um relacionamento entre enfermeiros e pacientes. Ao revisarem a conversa, os participantes focam as principais questões e adicionam informações relevantes, conforme a necessidade. Começar uma nova interação resumindo a anterior ajuda o paciente a relembrar os assuntos discutidos e mostra a ele(a) que você analisou sua comunicação. Resumir também esclarece as expectativas, como neste exemplo de um enfermeiro–chefe que estava trabalhando com um funcionário insatisfeito: “Você me disse um monte de coisas sobre por que você não gosta deste emprego e o quanto você está infeliz. Também criamos algumas possíveis maneiras de melhorar as coisas, e você concordou em tentar algumas delas e me contar se ajudaram em

alguma coisa."

Autorrevelações

Autorrevelações são experiências pessoais subjetivamente verdadeiras sobre si que são intencionalmente reveladas a outra pessoa. Isso não é terapia para enfermeiros, mas, sim, mostra ao paciente que o enfermeiro entende suas experiências e que elas não são exclusivas. Você opta por compartilhar experiências ou sentimentos que são semelhantes aos do paciente e enfatiza tanto as semelhanças quanto as diferenças. Esse tipo de autorrevelação indica a proximidade do relacionamento entre o enfermeiro e o paciente e envolve um tipo especial de respeito pelo paciente. Você a oferece como uma expressão de sinceridade e honestidade, sendo também um aspecto de empatia (Stuart, 2013). As autorrevelações precisam ser relevantes e adequadas e feitas para beneficiar o paciente e não você mesmo. Use-as com parcimônia, de forma que o paciente seja o foco da interação.

Confrontação

Quando você confronta alguém de uma forma terapêutica, você ajuda a outra pessoa a se tornar mais consciente a respeito das inconsistências de seus sentimentos, atitudes, convicções e comportamentos (Stuart, 2013). Essa técnica melhora a autoconsciência do paciente e o ajuda a reconhecer seu crescimento e lidar com questões importantes. Use a confrontação somente depois de ter conquistado confiança e faça isso com delicadeza e sensibilidade: "Você diz que já decidiu o que fazer, porém ainda está falando bastante sobre suas opções."

Técnicas de Comunicação não Terapêutica

Certas técnicas de comunicação impedem ou prejudicam os relacionamentos profissionais. Essas técnicas específicas são chamadas de *não terapêuticas* ou *bloqueadoras* e geralmente fazem com que os destinatários ativem defesas para evitar serem magoados ou negativamente afetados. Técnicas não terapêuticas desestimulam outras expressões de sentimentos e ideias e geram reações ou

comportamentos negativos nos outros.

Fazer Perguntas Pessoais

"Por que você e John não se casam?" Fazer perguntas pessoais que não são relevantes para uma situação simplesmente para satisfazer sua curiosidade não é uma comunicação profissional adequada. Essas questões são intrometidas, invasivas e desnecessárias. Se os pacientes quiserem compartilhar informações particulares, eles o farão. Para saber mais sobre os papéis e relacionamentos interpessoais do paciente, faça perguntas do tipo "Como você descreveria sua relação com John?"

Dar Opiniões Pessoais

"Se eu fosse você, colocaria sua mãe em uma clínica de repouso." Quando um enfermeiro dá uma opinião pessoal, ele tira o processo de tomada de decisão das mãos da outra pessoa. Isso inibe a espontaneidade, atrasa a resolução dos problemas e cria dúvidas. Opiniões pessoais diferem de conselhos profissionais. Às vezes, as pessoas precisam de sugestões e ajuda para fazer escolhas. As sugestões que você apresenta são opções; a outra pessoa toma a decisão final. Uma resposta muito melhor seria: "Vamos falar sobre quais são as opções disponíveis para cuidar de sua mãe." O enfermeiro também não deve fazer promessas a um paciente sobre situações que requerem colaboração. Por exemplo, "Eu não posso recomendar que você pare de tomar os medicamentos por causa dos efeitos colaterais, mas ficaria feliz em informar seu médico e perguntar se é possível trocar a medicação."

Mudar de Assunto

"Não vamos falar dos seus problemas com o convênio. É hora da sua caminhada." Mudar o assunto quando a outra pessoa está tentando contar sua história é rude e demonstra falta de empatia. Isso impede outras comunicações, e então o remetente retém mensagens importantes ou não consegue expressar abertamente seus sentimentos. Em alguns casos, mudar de assunto serve como manobra

de preservação de aparências. Se isso ocorrer, tranquilize o paciente de que você voltará a falar sobre suas preocupações: "Depois de sua caminhada, vamos conversar um pouco mais sobre o que está acontecendo com seu convênio."

Respostas Automáticas

"Idosos são sempre confusos." "A administração não liga para os funcionários." Estereótipos são convicções generalizadas que se têm a respeito das pessoas. Fazer comentários estereotipados sobre os outros reflete critérios insatisfatórios de enfermagem e ameaçam os relacionamentos entre os enfermeiros e os pacientes e entre a equipe. Um clichê é um comentário estereotipado como "Você não ganha todas", que tende a menosprezar os sentimentos da outra pessoa e minimizar a importância de sua mensagem. Essas frases automáticas comunicam que você não está levando as preocupações a sério ou que você não está respondendo com atenção. Outra forma de resposta automática é papagaiar (ou seja, repetir o que a pessoa disse palavra por palavra). Papagaiar é normalmente utilizado em excesso e não é tão eficaz quanto parafrasear. Se a outra pessoa diz algo que pega você de surpresa, um simples "ah!" lhe dá tempo para pensar.

Um enfermeiro orientado ao trabalho automaticamente faz com que a tarefa ou procedimento seja o foco integral da interação com os pacientes, perdendo oportunidades de se comunicar com os mesmos como indivíduos e de atender a suas necessidades. Enfermeiros orientados ao trabalho são geralmente considerados frios, impessoais e inacessíveis. Quando estudantes realizam procedimentos técnicos nas primeiras vezes, é difícil integrar a comunicação terapêutica devido à necessidade de se concentrar no procedimento. Com o tempo, aprende-se a integrar a comunicação com tarefas de grande visibilidade e a cumprir vários objetivos ao mesmo tempo.

Falsas Garantias

"Não se preocupe, vai dar tudo certo." Quando um paciente está gravemente doente ou em grande sofrimento, você pode se sentir tentado a oferecer ajuda com frases como "Você vai ficar bem" ou

“Não há nada com que se preocupar”. Quando o paciente está procurando compreensão, falsas garantias desestimulam a comunicação franca. Oferecer garantias não respaldadas em fatos ou não baseadas na realidade mais prejudica que ajuda. Embora você esteja tentando ser gentil, isso causa o efeito secundário de ajudá-lo a evitar o sofrimento da outra pessoa e tende a bloquear a conversa e a desestimular maiores expressões de sentimentos. Uma resposta mais facilitadora é: “Deve ser difícil não saber o que o cirurgião vai encontrar. O que posso fazer para ajudá-lo?”

Compaixão

“Sinto muito sobre sua mastectomia; você provavelmente deve estar se sentindo arrasada.” Compaixão é sentir preocupação, pesar, ou pena de outra pessoa. Enfermeiros geralmente tomam os problemas do paciente como se fossem seus. Compaixão é um olhar subjetivo para o mundo de outra pessoa que impede uma perspectiva clara dos problemas que essa pessoa enfrenta. Se o enfermeiro se identifica excessivamente com um paciente, perde-se a objetividade, e o enfermeiro não consegue ajudá-lo a lidar com a situação (Townsend, 2012). Embora a compaixão seja uma reação solidária à situação dos outros, ela não é tão terapêutica quanto a empatia. Os próprios problemas emocionais do enfermeiro às vezes impedem a resolução efetiva dos problemas e prejudicam o bom julgamento. Uma abordagem mais empática seria: “Perder um seio é uma grande transformação. Você se sente à vontade em falar sobre como isso vai afetar sua vida?”

Pedir Explicações

“Por que você está tão ansioso(a)?” Alguns enfermeiros se sentem tentados a perguntar para os pacientes por que eles acham, sentem ou agem de uma determinada maneira. Os pacientes normalmente interpretam perguntas do tipo “por que” como acusações e acham que os enfermeiros sabem os motivos e estão simplesmente testando-os. Independentemente da percepção do paciente sobre sua motivação, fazer perguntas do tipo “por que” causa ressentimento, insegurança e

falta de confiança. Se você precisa de informações adicionais, é melhor formular a pergunta de forma a evitar o uso de "por que". Por exemplo, "Você parece triste. No que está pensando?" provavelmente será mais útil para ajudar um paciente ansioso a se comunicar.

Aprovação ou Desaprovação

"Você não deve nem pensar em suicídio assistido; não é correto." Não imponha suas próprias atitudes, valores, convicções e padrões morais aos outros enquanto estiver desempenhando uma função assistencial profissional. Outras pessoas têm o direito de ser elas mesmas e de tomar suas próprias decisões. Respostas críticas geralmente contêm termos como *deveria, poderia, bom, ruim, certo* ou *errado.* Concordar ou discordar envia uma mensagem subliminar de que você tem o direito de julgar as decisões dos pacientes. Aprovar significa que o comportamento que está sendo elogiado é o único aceitável. Quase sempre, o paciente compartilha sua decisão com você, não na tentativa de buscar aprovação, mas como uma maneira de discutir sentimentos. Desaprovação significa que o paciente precisa atender a suas expectativas ou padrões. Em vez disso, ajude os pacientes a explorarem suas próprias convicções e decisões. A resposta "Estou surpreso(a) por você estar considerando suicídio assistido. Conte-me mais sobre isso" dá ao paciente a chance de expressar ideias ou sentimentos sem medo de ser julgado.

Respostas Defensivas

"Ninguém aqui mentiria intencionalmente para você". Tornar-se defensivo diante de críticas implica que a outra pessoa não tem direito a ter uma opinião. As preocupações do remetente são ignoradas quando o enfermeiro foca a necessidade de se autodefender, defender a equipe de saúde ou defender os outros. Quando os pacientes expressam alguma crítica, ouça o que eles têm a dizer. Ouvir não implica concordar. Ouça sem julgar para descobrir os motivos da raiva ou insatisfação do paciente. Evitando uma atitude defensiva, você consegue neutralizar raiva e descobrir preocupações mais profundas: "Você acredita que as pessoas são desonestas com você.

Deve ser difícil confiar em alguém."

Respostas Passivas ou Agressivas

"A coisa está feia, e não há nada que eu possa fazer a respeito." "A coisa está feia, e é tudo sua culpa." Respostas passivas servem para evitar conflitos ou se esquivar de questões. Elas refletem sentimentos de tristeza, depressão, ansiedade, impotência e desespero. Respostas agressivas provocam confrontação à custa da outra pessoa. Elas refletem sentimentos de raiva, frustração, ressentimento e estresse. Enfermeiros que não possuem habilidades assertivas também usam triangulação (ou seja, reclamam com terceiros em vez de confrontar o problema ou expressar preocupações diretamente para a fonte). Isso derruba a moral da equipe e arrasta os outros para situações de conflito. Comunicação assertiva é uma abordagem muito mais profissional para um enfermeiro adotar.

Discutir

"Como você pode dizer que não pregou o olho se eu escutei você roncar a noite toda?" Desafiar ou discutir perante percepções nega sua veracidade e validade. Um enfermeiro habilidoso dá informações ou apresenta a realidade de uma maneira que evita discussões: "Você sente como se não tivesse dormido a noite inteira, muito embora eu ache que você dormiu bem, já que ouvi você roncando."

Adaptação de Técnicas de Comunicação para Pacientes com Necessidades Especiais

Com o envelhecimento da população, mais pacientes apresentam dificuldade de se comunicar. A perda de audição aumenta com a idade. Aproximadamente um em cada três pessoas entre 65 e 74 anos tem perda de audição. A perda de visão afeta a comunicação e apresenta um desafio para vários indivíduos, especialmente acima dos 65 anos. Essa tendência continua aumentando. A previsão é de que os índices de perda de visão dobrem até o ano de 2030 conforme a população envelhece (Special Report on Aging, 2013).

Interagir com pessoas que vivem as condições as quais prejudicam a comunicação requer atenção e sensibilidade especiais. Por exemplo, pacientes que sofreram derrames ou laringectomia podem requerer auxílios de comunicação, como quadro para escrita ou de imagens ou um sistema especial de chamadas. Esses pacientes se beneficiam amplamente quando são adaptadas técnicas de comunicação às suas circunstâncias exclusivas, seu nível de desenvolvimento e déficits cognitivos e sensoriais. Por exemplo, um enfermeiro que cuida de um paciente com *Comunicação Verbal Prejudicada relacionada com déficit cognitivo* pode usar diversas técnicas para permitir que o paciente entenda o profissional. O enfermeiro pode usar imagens, desenhos, ou demonstrações como comportamento de comer para ajudar o paciente a entender a orientação verbal (NIH, 2014).

O enfermeiro direciona as ações no sentido de alcançar as metas e resultados esperados identificados no plano de cuidado, abordando tanto a deficiência na comunicação quanto seus fatores contribuintes. O Quadro 24-9 relaciona os métodos disponíveis para encorajar, melhorar, restaurar ou substituir a comunicação verbal. Certifique-se de que o paciente seja fisicamente capaz de usar o método escolhido e de que ele não cause frustração por ser complicado ou difícil demais. Pacientes e familiares que não falam o idioma local precisam de assistência para se comunicar. Serviços de intérprete podem ser usados para facilitar a comunicação, o que melhora a segurança do paciente e seus resultados (Weldon et al., 2014).

Quadro 24-9 Comunicação com Pacientes com Deficiência

Pacientes que não Conseguem Falar Claramente (Afasia, Disartria, Mudez)

- Escute com atenção, seja paciente e não interrompa.
- Faça perguntas simples que requeiram “sim” ou “não” como respostas.
- Dê tempo para compreender e responder.

- Use dicas visuais (p.ex., palavras, imagens e objetos) sempre que possível.
- Deixe que apenas uma pessoa fale por vez.
- Estimule o paciente a conversar.
- Informe o paciente quando você não conseguiu entendê-lo(a).
- Colabore com o fonoaudiólogo conforme a necessidade.
- Use auxílios de comunicação: quadros de letras, *flashcards*, programas de fala gerados por computador.

Pacientes com Deficiência Cognitiva

- Use sentenças simples e evite longas explicações.
- Faça uma pergunta de cada vez.
- Dê tempo para que o paciente responda.
- Seja um ouvinte atento.
- Inclua a família e os amigos nas conversas, principalmente em assuntos que o paciente conheça.
- Use imagens ou gestos que imitem a ação desejada.

Pacientes com Deficiência Auditiva

- Verifique a existência de dispositivos de auxílios de audição e óculos.
- Reduza o nível de ruído ambiental.
- Conquiste a atenção do paciente antes de falar.
- Posicione-se em frente ao paciente com a boca visível.
- Não mastigue goma de mascar.
- Fale em um volume normal — não grite.
- Reformule a frase em vez de repeti-la caso não tenha sido compreendida.
- Disponibilize um intérprete de sinais, caso indicado.

Pacientes com Deficiência Visual

- Verifique se o paciente usa óculos ou lentes de contato.

- Identifique-se quando entrar no quarto e avise o paciente quando estiver saindo.
- Fale em um tom normal de voz.
- Não se baseie em gestos ou comunicação não verbal.
- Use iluminação indireta, evite clarões.
- Use fontes de pelo menos 14 pontos.

Pacientes que não Reagem

- Chame o paciente pelo nome durante as interações.
- Comunique-se tanto verbalmente quanto pelo toque.
- Fale com o paciente como se ele(a) pudesse ouvir.
- Explique todos os procedimentos e sensações.
- Dê orientações quanto a pessoas, lugares e tempo.
- Evite falar sobre o paciente com outras pessoas na sua presença.

Pacientes que não Falam o Idioma Local

- Fale com o paciente em um tom normal de voz.
- Estabeleça um método para o paciente solicitar assistência (luz de chamada ou campainha).
- Disponibilize um intérprete profissional conforme a necessidade.
- Evite usar membros da família, principalmente crianças, como intérpretes.
- Use quadros de comunicação, imagens ou cartões.
- Traduza uma lista de palavras do idioma nativo para o idioma local para que o paciente possa fazer solicitações básicas.
- Disponibilize um dicionário (p.ex., português/inglês/espanhol) caso o paciente saiba ler.

Pelo fato de que o cuidado de enfermagem em idosos é feito idealmente através de um modelo interprofissional, o objetivo principal é estabelecer um sistema de comunicação confiável que todos os membros da equipe de saúde possam entender facilmente. A

comunicação efetiva envolve adaptar necessidades especiais resultantes de comprometimentos sensoriais, motores ou cognitivos. Encorajar idosos a compartilhar suas histórias de vida e recordações do passado possui um efeito terapêutico e eleva seu senso de bem-estar. Evite mudanças súbitas de assuntos. É útil incluir a família e amigos do paciente e se tornar familiar com os assuntos favoritos de conversa do paciente.

Avaliação de Enfermagem

Avalie a efetividade de sua própria comunicação gravando em vídeo sessões práticas com colegas ou registrando os processos — registros por escrito de suas interações verbais e não verbais com os pacientes. A análise dos registros de processos revela como melhorar as técnicas de comunicação pessoal e como torná-las mais eficazes. O Quadro 24-10 contém um exemplo de análise de comunicação desse tipo de registro. A análise do registro de um processo permite que você avalie os seguintes pontos:

Quadro 24-10 Amostra de Análise de Comunicação

Enfermeiro: Bom dia, Sr. Simpson.
(Sorri e se aproxima da prancheta na cabeceira da cama)
Reconhecimento pelo nome, cumprimento social para iniciar a conversa
Paciente: O que tem de bom aí?
(Braços cruzados sobre o peito, testa franzida, encarando diretamente)
Sinais não verbais de raiva
Enfermeiro: Você parece não estar feliz.
(Puxa uma cadeira e se sente ao lado do leito)
Compartilhando observação, comunicação não verbal de disponibilidade
Paciente: Você também não estaria feliz se ninguém respondesse a suas perguntas. Aquela menina não me diz quanto está minha glicose.
(Tom de voz nervoso, expressão desafiadora)

Expressão adicional de sentimentos facilitada pela observação precisa feita pelo enfermeiro

Enfermeiro: Este hospital possui ótimos funcionários, Sr. Simpson. Tenho certeza de que ninguém intencionalmente esconderia uma informação do senhor.

Sentir-se ameaçado e ficar na defensiva, uma técnica não terapêutica

Enfermeiro: Vou verificar sua glicose em um minuto e vou lhe dizer o resultado."

(Faz o exame) "Sua glicose está em 350.

Dando informações, demonstrando confiabilidade

Paciente: Tenho muito medo de que surjam complicações por causa dessa hiperglicemia.

(Olha pra fora, pela janela)

Sente-se à vontade para expressar preocupações mais profundas, mas difíceis de encarar

Enfermeiro: Com que tipo de coisas você está preocupado?

Pergunta aberta para buscar informações

Paciente: Posso perder uma perna, como aconteceu com minha mãe, ou ficar cego ou ter de ficar ligado a um aparelho renal pelo resto da minha vida.

Enfermeiro: Você tem pensado em todos os tipos de coisas que podem dar errado e fica ainda mais preocupado por não saber seu nível de glicose.

Sumarizando para deixar o paciente "ouvir" o que ele comunicou

Paciente: Sempre penso no pior.

(Balança a cabeça em desespero)

Expressando um pensamento em seu "diálogo interno"

Enfermeiro: Vou falar para o técnico que ele pode dizer a você sua taxa de glicose e, mais para o final da tarde, eu gostaria de conversar mais sobre algumas coisas que você pode fazer para evitar essas complicações e estabelecer algumas metas para controlar sua glicose.

Fornecendo informações, estimulando a colaboração e estabelecendo metas

- Determine se você estimulou a sinceridade e permitiu que o

paciente “contasse sua história”, expressando pensamentos e sentimentos.
- Identifique quaisquer dicas verbais e não verbais ou temas de conversas não percebidos.
- Examine se as respostas de enfermagem facilitaram ou bloquearam os esforços de comunicação do paciente.
- Determine se as respostas de enfermagem foram positivas e construtivas ou superficiais e críticas.
- Examine o tipo e número de perguntas feitas.
- Determine o tipo e número de técnicas de comunicação terapêutica utilizadas.
- Descubra quaisquer oportunidades perdidas de usar humor, silêncio ou toque.

Pelos Olhos do Paciente

Você e seu paciente determinam o sucesso do plano de cuidado de enfermagem avaliando os resultados de comunicação do paciente juntos. Você determina quais estratégias ou intervenções foram eficazes e quais mudanças (de comportamento ou percepções) no paciente ocorreram em consequência das intervenções. Pergunte ao paciente se você e outros membros da equipe interprofissional de saúde atenderam às expectativas dele. Por exemplo, o paciente acredita que os enfermeiros responderam oportunamente quando a luz noturna foi acionada? O paciente se sente capaz de expressar suas necessidades claramente? O paciente está satisfeito com as informações que lhe foram fornecidas sobre sua condição ou hospitalização? Um cuidado de enfermagem bem-sucedido relacionado com as necessidades de comunicação dos pacientes resulta em uma comunicação clara e eficaz entre os pacientes e todos os membros da equipe de cuidado com a saúde e pode afetar favoravelmente a satisfação do paciente e a prestação de cuidados seguros.

Resultados dos Pacientes

Caso os resultados esperados para o plano de cuidado de enfermagem do paciente não forem obtidos ou se a evolução não for satisfatória, você determina quais fatores influenciaram e modificaram o plano de cuidado. Se seus dados de avaliação de enfermagem indicarem que o paciente percebe dificuldade em se comunicar, você deve explorar os fatores contribuintes para que eles possam ser resolvidos. Por exemplo, se usar caneta e papel for frustrante para um paciente que não fala e cuja letra é tremida, você deve revisar o plano de cuidado de enfermagem de forma a incluir o uso de um quadro de imagens em vez do papel e caneta. Possíveis perguntas a fazer quando um paciente não chega aos resultados esperados incluem:

- Você parece estar tendo dificuldade em se comunicar neste momento. O que você acha que está contribuindo para isso?
- Você está me dizendo que não está ansioso agora, mas seu rosto parece tenso. Ajude-me a entender melhor como você está se sentindo neste momento.
- Você parece frustrado em usar papel e caneta para se comunicar. Você gostaria de tentar um quadro de letras ou de imagens para ver se um deles fica mais fácil para você usar?

A avaliação do processo de comunicação ajuda os enfermeiros a ganhar confiança e competência em habilidades interpessoais. Tornar-se um comunicador eficaz aumenta em muito sua satisfação e sucesso profissional. Não há nenhuma competência mais básica e nenhuma ferramenta mais poderosa.

Pontos-chave

- A comunicação é uma ferramenta terapêutica poderosa e uma competência essencial de enfermagem que influencia outras pessoas e alcança resultados positivos de saúde.
- Uma comunicação interprofissional efetiva é essencial para proporcionar transições seguras dos cuidados.
- São necessárias habilidades efetivas de comunicação e colaboração em equipe para garantir cuidados seguros para os pacientes.
- Competências de pensamento e raciocínio críticos promovem

comunicações e avaliações mais efetivas dos pacientes.

- A comunicação é mais eficaz quando o remetente e o destinatário percebem com precisão o significado das mensagens uns dos outros através de circuitos de *feedback* e validação.
- O estado físico e de desenvolvimento do remetente e do destinatário influenciam a transmissão de mensagens, assim como suas percepções, valores, emoções, conhecimento, bases socioculturais, funções e ambiente.
- Uma comunicação verbal eficaz requer entonação adequada, formulação clara e concisa das frases, ritmo adequado das colocações e o devido momento e relevância de uma mensagem.
- Uma comunicação não verbal eficaz complementa e fortalece a mensagem transmitida pela comunicação verbal.
- Enfermeiros usam comunicação intrapessoal, interpessoal, de pequenos grupos, eletrônica e interações públicas para conseguir transformações positivas e alcançar objetivos de saúde.
- Enfermeiros estreitam relacionamentos atenciosos estabelecendo confiança, empatia, autonomia, confidencialidade e competência profissional.
- Técnicas de comunicação eficazes são facilitadoras e tendem a estimular a outra pessoa a expressar abertamente suas ideias, sentimentos ou preocupações.
- Técnicas de comunicação ineficazes são inibidoras e tendem a bloquear a disposição da outra pessoa em expressar abertamente suas ideias, sentimentos ou preocupações.
- Combine interações sociais e informativas com técnicas de comunicação terapêutica para ajudar seus pacientes a explorar sentimentos e administrar problemas de saúde.
- Idosos com deficiências sensoriais, motoras ou cognitivas requerem a adaptação das técnicas de comunicação para compensar suas perdas funcionais e necessidades especiais.
- Violência lateral pode ser um sintoma de fadiga de piedade, levando à insatisfação do enfermeiro e diminuição do senso de valor. Isso interfere na comunicação com a equipe e prejudica a

segurança do paciente.

- Técnicas de avaliação e comunicação como a EM e a IE permitem que o enfermeiro entenda melhor e motive os pacientes para práticas mais positivas de saúde.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Ao trabalhar com um idoso com deficiência auditiva, o uso de quais técnicas melhoraria a comunicação? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Verificar a necessidade de equipamento de adaptação.
    2. Exagerar os movimentos dos lábios para ajudar o paciente a lê-los.
    3. Dar tempo para que o paciente responda às perguntas.
    4. Manter a comunicação sucinta e direta ao ponto.
    5. Comunicar-se somente através de informações escritas.
2. Os enfermeiros precisam se comunicar efetivamente com a equipe de saúde por quais dos seguintes motivos? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Melhorar a posição do enfermeiro perante os membros da equipe de saúde
    2. Reduzir o risco de erros para o paciente
    3. Proporcionar o nível ideal de cuidado do paciente
    4. Melhorar os resultados para os pacientes
    5. Prevenir problemas que precisariam ser notificados a agências externas
3. Uma enfermeira recém-admitida se queixa a seu preceptor que ela não tem tempo para realizar uma comunicação terapêutica com seus pacientes. Qual das seguintes opções é a melhor estratégia para ajudar a enfermeira a encontrar mais tempo para este tipo de comunicação?
    1. Incluir a comunicação enquanto realiza tarefas como trocas

de curativos e verificações de sinais vitais.
   2. Perguntar ao paciente se você pode conversar durante os últimos minutos dos horários de visita.
   3. Pedir para que a assistência pastoral volte mais tarde naquele dia.
   4. Lembrar a enfermeira de concluir todas as suas tarefas e então dedicar o tempo restante à comunicação.
4. Entrevista motivacional (EM) é uma técnica que aplica o conhecimento dos valores e objetivos do paciente para ajudá-lo a fazer mudanças comportamentais. Quais seriam outros benefícios da utilização de técnicas de EM? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Conseguir compreender as motivações dos pacientes
   2. Focar em oportunidades para evitar escolhas insatisfatórias de saúde
   3. Reconhecer os pontos fortes do paciente e apoiar seus esforços
   4. Fornecer dados de avaliação que possam ser compartilhados com as famílias para promover mudanças
   5. Identificar as diferenças entre os objetivos de saúde do paciente e os atuais comportamentos
5. O enfermeiro está conversando com um paciente jovem sobre a finalidade de um novo medicamento. O enfermeiro diz: "Quero ser claro. Você pode me dizer com suas palavras a finalidade deste medicamento?" Essa interação é um exemplo de qual elemento do processo de comunicação transacional?
   1. Mensagem
   2. Obtenção de *feedback*
   3. Canal
   4. Referência
6. Um paciente que fala espanhol parece não compreender as informações do enfermeiro sobre cuidado com um ferimento. Qual atitude o enfermeiro deve tomar?
   1. Disponibilizar um assistente social que fale espanhol para explicar o procedimento

2. Pedir para que outro paciente que fale espanhol ajude a explicar o procedimento
3. Utilizar um intérprete profissional para orientar o paciente em espanhol sobre como cuidar do ferimento
4. Pedir para que o paciente escreva suas dúvidas para o enfermeiro

7. Um enfermeiro se prepara para entrar em contato com o médico de um paciente sobre uma alteração em sua condição. Coloque as frases a seguir na ordem correta usando a técnica de comunicação SBAR (Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação).
   1. "A paciente é do sexo feminino, tem 53 anos e deu entrada há dois dias com pneumonia, tendo seu tratamento iniciado com Levaquin às 17 horas de ontem. Ela se queixa de falta de apetite."
   2. "A paciente disse que se sentiu bastante nauseada após a administração da dose de Levaquin há uma hora."
   3. "O senhor gostaria de fazer alguma alteração no antibiótico, ou posso dar a ela um suplemento nutricional antes da medicação?"
   4. "A paciente começou a se queixar de náusea ontem à tardinha e vomitou várias vezes durante a noite."
8. Um enfermeiro é indicado a cuidar de um paciente pela primeira vez e diz: "Não conheço muito sua cultura e gostaria de saber como atender melhor a suas necessidades de saúde." Qual técnica de comunicação terapêutica o enfermeiro utilizou nesta situação?
   1. Validação
   2. Empatia
   3. Sarcasmo
   4. Humildade
9. Um novo enfermeiro está sofrendo violência lateral no trabalho. Quais passos o enfermeiro poderia seguir para solucionar o problema?
   1. Questionar os enfermeiros em um debate público para

envergonhá-los e mudar seu comportamento
2. Conversar com o secretário do serviço e perguntar se já ocorreu este problema com outros enfermeiros
3. Conversar com o preceptor ou gerente e pedir auxílio para lidar com esta questão
4. Não dizer nada e esperar que as coisas melhorem

10. Um enfermeiro que estava elaborando o histórico e coletando dados físicos de um paciente está agora ouvindo as preocupações desse paciente. O enfermeiro estabelece um objetivo de cuidado que incorpora o desejo do paciente de tomar as decisões sobre o tratamento. Este é um exemplo de enfermeiro engajado em qual fase do relacionamento enfermeiro–paciente?
    1. Fase de trabalho
    2. Fase pré-interação
    3. Fase de encerramento
    4. Fase de orientação
11. Um paciente é avaliado no pronto atendimento após ter causado um acidente automobilístico sob influência do álcool. Enquanto avalia o paciente, qual frase seria a mais terapêutica?
    1. "Por que você dirigiu depois de ter bebido?"
    2. "Temos vários pacientes para atender hoje em consequência deste acidente."
    3. "Diga-me o que aconteceu antes, durante e depois do acidente desta noite."
    4. "Vai ficar tudo bem. Ninguém se feriu gravemente no acidente."
12. Um estudante de enfermagem está avaliando o registro de um processo com o professor supervisor. O estudante envolveu o paciente em uma discussão sobre a disponibilidade de membros da família em oferecer apoio em casa quando o paciente receber alta. O estudante revisa com o professor se os comentários usados estimularam a franqueza e permitiram que o paciente "contasse sua história". Este é um exemplo de qual passo do processo de enfermagem?

1. Planejamento de enfermagem
2. Histórico de enfermagem
3. Intervenção
4. Avaliação de enfermagem

13. Quais estratégias o enfermeiro deveria usar para facilitar a transição segura durante a transferência de um paciente do hospital para outra unidade de enfermagem competente? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Colaboração entre os funcionários dos departamentos de origem e de destino
    2. Exigir que o paciente visite o centro antes de organizar sua transferência
    3. Utilizar políticas e ferramentas de transferência padronizadas
    4. Organizar todas as transferências de pacientes no mesmo horário todos os dias
    5. Confiar em membros da família para compartilhar as informações com a nova unidade
14. O enfermeiro usa o silêncio como técnica de comunicação terapêutica. Qual é a finalidade do silêncio do enfermeiro? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Evitar que o enfermeiro fale algo errado
    2. Motivar o paciente a falar quando estiver pronto
    3. Permitir que o paciente tenha tempo para pensar e assimilar um pensamento
    4. Dar tempo para que o paciente pegue no sono
    5. Determinar se o paciente preferiria conversar com outro membro da equipe

Respostas: 1. 1, 3, 4; **2.** 2, 3, 4; **3.** 1; **4.** 1, 3, 5; **5.** 2; **6.** 3; **7.** 4S, 1B, 2A, 3R; **8.** 4; **9.** 3; **10.** 1; **11.** 3; **12.** 4; **13.** 1, 3; **14.** 2, 3.

Referências

Arnold E, Boggs KU. *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. ed 6 St Louis: Saunders; 2011.

Dinkins CS. Ethics: Beyond patient care: practicing empathy in the workplace. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(2):11.

Dossey BM, Keegan L. *Wholistic nursing: a handbook for practice*. ed 6 Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2013.

Facchiano L, Snyder C. Challenges surrounding provider/client electronic-mail communication. *J Nurse Pract*. 2011;7(4):309.

Feagai HE. Let humor lead your nursing practice. *Nurse Leader*. 2011;9(4):44.

Fox M. Putting emotional intelligence to work. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113(9):1138.

Frederick D. Bullying, mentoring and patient care. *AORN J*. 2014;99(5):587.

Harvey P, Ahmann E. Validation: a family-centered communication skill. *Pediatr Nurs*. 2014;40(3):143.

Issacson M. Clarifying concepts: cultural humility or competency. *J Prof Nurs*. 2014;30(3):251.

Lang EV: *A better patient experience through better communication: association or radiologic and imaging nursing*, 2012, http://dx.dol.org f/10.1016/j.jradnu.2012.08.001. Accessed August 16, 2014.

Marcus V: *Are hospitals required to provide language access services?* NWI Global, August 2014, http://www.nwiglobal.com/blog/hospitals-required-provide-language-access-services/. Accessed January 31, 2015.

Marquis BL, Huston CJ. *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application*. ed 8 Philadelphia: LWW; 2015.

Moore CD, Reynolds AM. Clinical update: communication issues and advance care planning. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(4):e1.

National Institutes of Health (NIH): *Hearing loss and older adults*, NIH Publication No. 13(4913), 2013, updated 2014.

Rodriguez ES. Using a patient portal for electronic communication with patients with cancer: implications for nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(6):667.

Rubin R: *AIDET®in the medical practice: more important than ever*, 2014, https://www.studergroup.com/resources/news-media/healthcare-publications-resources/insights/november-2014/aidet-in-the-medical-practice-more-important-than. Accessed August 30, 2015.

Ryan LA: *The journey to integrate Watson's caring theory with clinical practice*, 2005, http://watsoncaringscience.org/files/PDF/JourneytoIntegrate.pdf. Accessed

January 31, 2015.

Shanta LL, Connolly M. Using King's interacting systems theory to link emotional intelligence with nursing practice. *J Prof Nurs*. 2013;29(3):174.

Sparks RS, Taylor CM. *Nursing diagnosis reference manual*. ed 9 Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott-Williams & Wilkins; 2014.

Special report on aging and vision loss—*American Foundation for the Blind*, January 2013, http://www.afb.org/info/blindness-statistics/special-report-on-aging-and-vision-loss/25. Accessed January 29, 2015.

Stawnychy M, et al: Using brief motivational interviewing to address the complex needs of a challenging patient with heart failure, *J Cardiovasc Nurs* 29(5):E1, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Williams, 2014.

Stuart GW. *Principles and practice of psychiatric nursing*. ed 10 St Louis: Mosby; 2013.

The Joint Commission (TJC): *R3 Report Issue 1 Patient-centered communication*, Issue 1, February 2011, http://www.jointcommission.org/topics/default.aspx?k=898&b=. Accessed December 23, 2014.

The Joint Commission (TJC) Resources: *transitions of care: the need for more effective approach to continuing patient care*, June 2012, http://www.jointcommission.org/hot_topics_toc/. Accessed January 31, 2015.

Townsend MC. *Psychiatric mental health nursing: concepts of care*. ed 7 Philadelphia: FA Davis; 2012.

Watson J. *Nursing: human science and health care*. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts; 1985.

Weldon JM, et al. Special needs populations: overcoming language barriers for pediatric surgical patients and their family members. *AORN J*. 2014;99(5):616.

Referências de pesquisa

Adams J, Osborne-McKenzie T. Advancing the evidence base for standardized provider handover structure: using staff nurse descriptions of information needed to deliver competent care. *J Contin Educ Nurs*. 2012;43(6):261.

Compton J, et al. Implementing SBAR across a large multihospital health system. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012;38(6):261.

Copeland L, et al. Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behavior outcomes: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(4):401.

De Meester K, et al. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*. 2013;84(9):1192.

Ford Y, et al. Patients' perceptions of bedside handoff: the need for a culture of always. *J Nurs Care Qual*. 2014;29(4):1.

Gidman J. Listening to stories: valuing knowledge from patient experience. *Nurse Educ Pract*. 2013;13(3):192.

Haig KM, et al. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(3):167.

Johnson K, et al. An evidence-based approach to creating a new nursing dress code. *Am Nurse Today*. 2008;3(1): http://www.americannursetoday.com/an-evidence-based-approach-to-creating-a-new-nursing-dress-code/. Accessed January 31, 2015.

Lazure P, et al. Communication-the foundation for collaborative relationships amongst providers and between providers and patients: a case in breast and colorectal cancer. *J Commun Healthc*. 2014;7(1):41.

Rose SL, et al. The use of humor in patients with recurrent ovarian cancer: a phenomenological study. *Int J Gynecol Cancer*. 2013;23(4):775.

25

Educação em Saúde do Paciente

OBJETIVOS

- Identificar os temas apropriados para atender às necessidades de educação em saúde de um paciente.
- Descrever as semelhanças e diferenças entre o ensino e a aprendizagem.
- Identificar o papel do enfermeiro na educação em saúde do paciente.
- Identificar os propósitos da educação em saúde do paciente.
- Descrever os princípios da comunicação apropriados ao fornecer educação em saúde ao paciente.
- Descrever os domínios da aprendizagem.
- Identificar os princípios básicos da aprendizagem.
- Discutir como integrar a educação em saúde ao cuidado centrado no paciente.
- Diferenciar fatores que determinam a prontidão para aprender com aqueles que determinam a capacidade de aprender.
- Comparar e contrastar o processo de enfermagem e de ensino.
- Escrever os objetivos da aprendizagem em um plano de ensino.
- Estabelecer um ambiente que promove a aprendizagem.

• Incluir o ensino do paciente durante a realização do cuidado de enfermagem de rotina.

• Usar métodos apropriados para avaliar a aprendizagem.

TERMOS-CHAVE

Alfabetização funcional, p. 339
Analogias, p. 344
Aprendizagem afetiva, p. 334
Aprendizagem cognitiva, p. 333
Aprendizagem psicomotora, p. 334
Aprendizagem, p. 332
Autoeficácia, p. 335
Demonstração de retorno, p. 344
Ensino p. 332
Ensino de retorno p. 347
Letramento em saúde, p. 339
Motivação, p. 335
Objetivo da aprendizagem, p. 333
Reforço, p. 343

A educação em saúde do paciente é uma das intervenções de enfermagem mais importantes em qualquer ambiente de cuidados de saúde. Menor tempo de internação, aumento da demanda de tempo do trabalho dos enfermeiros, aumento do número de doentes crônicos e a necessidade de oferecer aos pacientes com doença aguda informações significativas rapidamente enfatizam a importância da qualidade da educação em saúde do paciente. Como os enfermeiros

tentam encontrar a melhor maneira para educar os pacientes, o público em geral tornou-se mais assertivo em busca de conhecimento, da compreensão da saúde e encontrar recursos disponíveis dentro do sistema de saúde. Os enfermeiros fornecem aos pacientes informações necessárias para a autogestão das condições agudas e crônicas a fim de garantir a continuidade dos cuidados do hospital para a casa (Lorig et al., 2013; Falvo, 2011). Parte do processo de educação em saúde do paciente é a projeção de planos de ação centrados no paciente, que são um componente essencial na autogestão da doença crônica e estão associados a melhores resultados de saúde (Lorig et al., 2014a; 2014b).

Os pacientes têm o direito de saber e de serem informados sobre o seu diagnóstico, prognóstico e os tratamentos disponíveis para ajudá-los a tomar decisões inteligentes informadas sobre sua saúde e estilo de vida. Parte do cuidado centrado no paciente é integrar abordagens educacionais que reconhecem a compreensão da própria saúde dos pacientes. Os objetivos de um bem concebido plano de ensino abrangente incluem o fornecimento de uma boa adaptação com necessidades de aprendizagem específicas de cada paciente, redução dos custos dos cuidados de saúde, melhorando a qualidade do atendimento e finalmente, a mudança de comportamentos, com vistas a melhorar os resultados dos pacientes. Oportunamente, isso ajuda os pacientes a tomarem decisões informadas sobre os seus cuidados e a tornarem-se mais saudáveis e mais independentes (Edelman et al., 2014; Friedman et al., 2011).

Padrões da educação em saúde do paciente

A educação em saúde do paciente tem sido um padrão para a prática de enfermagem profissional. Toda a Lei do Exercício Profissional reconhece que o ensino do paciente se enquadra no âmbito da prática de enfermagem (Bastable, 2014). Além disso, várias agências de acreditação definem diretrizes para a oferta de educação em saúde nas instituições de saúde. Por exemplo, a The Joint Commission (TJC, 2015a) estabelece normas para a educação em saúde do paciente e familiares. Estas requerem enfermeiros e todos os demais profissionais de saúde para avaliar as necessidades de aprendizagem dos pacientes e fornecer a educação sobre uma variedade de tópicos, incluindo medicamentos, nutrição, uso de equipamentos médicos, controle da dor e plano de cuidados do paciente. O cumprimento bem--sucedido das normas requer a colaboração entre profissionais de saúde e aumenta a segurança do paciente. Certifique-se de que seus esforços educacionais estão centrados no paciente levando em consideração a experiência própria e educação de seus pacientes; o seu desejo de participar ativamente no processo educativo; e os seus valores psicossociais, espirituais e culturais. É importante documentar as intervenções de educação em saúde e a resposta do paciente ao ensino no registro do paciente. Padrões como estes ajudam a direcionar a educação em saúde e a garantir os melhores resultados possíveis.

Objetivos da educação em saúde

O objetivo de educar os outros sobre a sua saúde é ajudar indivíduos, famílias ou comunidades a alcançar ótimos níveis de saúde (Edelman et al., 2014). A educação em saúde é um componente essencial na prestação de cuidados seguros e centrados no paciente (QSEN, 2014). Além disso, fornecendo educação sobre cuidados preventivos de saúde, ajudamos a reduzir os custos de saúde e dificuldades sobre os indivíduos e sobre aqueles em torno deles. Os pacientes agora sabem mais sobre sua saúde e querem estar envolvidos ativamente na manutenção da mesma. A educação abrangente do paciente inclui três propósitos importantes, cada um envolvendo uma fase separada dos cuidados de saúde: promoção da saúde e prevenção de doenças, recuperação da saúde e enfrentamento.

Manutenção e Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Como enfermeiro, você é um recurso visível, competente para os pacientes que desejam melhorar o seu bem-estar físico e psicológico. Na escola, em casa, clínica ou local de trabalho você fornece informações e habilidades para ajudar os pacientes a adotar comportamentos mais saudáveis. Por exemplo, em aulas sobre parto você ensina os futuros pais sobre as mudanças físicas e psicológicas em uma mulher. Depois de aprender sobre a gravidez normal, a mãe que aplica novos conhecimentos é mais propensa a comer alimentos saudáveis, praticar exercícios físicos e evitar substâncias que podem prejudicar o feto. Promover comportamentos saudáveis através da educação permite que os pacientes assumam mais responsabilidade pela sua própria saúde (Thom et al., 2013). Um maior conhecimento resulta em melhores hábitos de manutenção da saúde. Além disso, quando os pacientes se tornam mais conscientes da saúde, eles são mais propensos a procurar um diagnóstico precoce dos seus problemas de saúde (Hawkins et al., 2011).

Restauração da Saúde

Os pacientes com lesões ou doentes precisam de informação e de realizar procedimentos para ajudá-los a recuperar ou manter os seus níveis de saúde. Os pacientes em recuperação e adaptando-se às mudanças resultantes de doença ou lesão muitas vezes procuram informações sobre suas condições. No entanto, alguns pacientes têm dificuldade de se adaptar à doença e tornam-se passivos e desinteressados na aprendizagem. Como enfermeiro, você aprende a identificar a vontade dos pacientes em aprender e a motivar o interesse na aprendizagem (Bastable, 2014). A família, muitas vezes, é uma parte vital do retorno do paciente ao estado de saúde. Os cuidadores familiares geralmente requerem a educação tanto quanto o paciente, incluindo informações sobre como executar procedimentos em casa. Se você excluir a família de um plano de ensino, podem ocorrer conflitos. Contudo, não assuma que uma família deve ser envolvida; avalie a relação paciente–família antes de fornecer educação para os cuidadores familiares.

Enfrentamento do Comprometimento de Funções

Nem todos os pacientes se recuperam totalmente de uma doença ou lesão. Além disso, os doentes com doenças mentais preexistentes também são desafiados durante a recuperação (Lorig et al., 2014b). Muitos têm que aprender a lidar com alterações de saúde permanentes. Novos conhecimentos e habilidades são muitas vezes necessários para os pacientes continuarem as suas atividades da vida diária. Por exemplo, um paciente perde a capacidade de falar após uma cirurgia de laringe e tem que aprender novas formas de comunicação. As alterações na função são físicas ou psicossociais. No caso de deficiência grave, como na sequência de um acidente vascular cerebral ou uma lesão da medula espinhal, a família do paciente precisa entender e aceitar muitas mudanças em sua capacidade física. A capacidade da família de fornecer apoio resulta, em parte, da educação, a qual começa assim que você identifica as necessidades do paciente e a família apresenta uma vontade de ajudar. Ensine os

membros da família a ajudar o paciente com o controle de cuidados de saúde (p.ex., administração de medicamentos por meio de sonda gástrica e fazer exercícios passivos de amplitude de movimento). As famílias de pacientes com alterações como alcoolismo, retardo mental ou dependência de drogas aprendem a se adaptar aos efeitos emocionais dessas condições crônicas e fornecer apoio psicossocial para facilitar a saúde do paciente. Comparar o nível desejado de saúde com o estado real de saúde permite planejar programas de ensino eficazes.

Ensino e aprendizagem

É impossível separar o ensino da aprendizagem. **Ensino** é o conceito de transmissão de conhecimentos através de uma série de atividades dirigidas. Ele consiste em um conjunto consciente de ações deliberadas que ajudam as pessoas a adquirir novos conhecimentos, mudar atitudes, adotar novos comportamentos ou realizar novos procedimentos (Billings e Halstead, 2012). Um educador precisa estar bem informado sobre os assuntos e os princípios de ensino do paciente, a fim de proporcionar orientação aos indivíduos, definir adequadamente o ritmo da aprendizagem e criativamente introduzir conceitos para alcançar com êxito os objetivos desejados de aprendizagem.

Aprendizagem é a aquisição proposital de novos conhecimentos, atitudes, comportamentos e habilidades através de uma experiência ou estímulo externo (Bastable, 2014). É um processo de compreensão e aplicação de conceitos recém-adquiridos. Uma mãe recente exibe aprendizagem quando ela demonstra como banhar seu recém-nascido. A mãe mostra a transferência da aprendizagem quando ela usa os princípios que aprendeu sobre o banho de um recém-nascido quando ela banha seu filho mais velho. O ensino e a aprendizagem geralmente começam quando a pessoa identifica a necessidade de se conhecer e adquirir a capacidade de fazer alguma coisa. O ensino é mais eficaz quando responde às necessidades do educando. O educador avalia essas necessidades, fazendo perguntas e determinando os interesses do educando. A comunicação interpessoal é essencial para o ensino bem-sucedido (Cap. 24).

Papel do Enfermeiro no Ensino e Aprendizagem

Os enfermeiros têm a responsabilidade ética de ensinar seus pacientes (Heiskell, 2010). Na Parceria no Cuidado ao Paciente (Patient Care Partnership), a Associação Americana de Hospitais (American Hospital Association [2003]) declara que os pacientes têm o direito de

tomar decisões informadas sobre os seus cuidados. As informações necessárias para tomar decisões informadas devem ser precisas, completas e relevantes para as necessidades, linguagem e escolaridade dos pacientes. O programa "Fale" da The Joint Commission (Joint Commission's Speak Up) ajuda os pacientes a compreender os seus direitos ao receber cuidados médicos (TJC, 2015b). A suposição é de que os pacientes que fazem perguntas e estão cientes dos seus direitos têm uma chance maior de obter os cuidados de que precisam, quando eles precisam. O programa "Fale" oferece as seguintes dicas para ajudar os pacientes a se envolver mais em seu tratamento:

- ***F***ale (***S***peak up) se você tiver dúvidas ou preocupações. Se você ainda não entendeu, pergunte novamente. É o seu corpo, e você tem o direito de saber.
- ***P***reste atenção (***P***ay attention) aos cuidados que você recebe. Certifique-se sempre de que você está recebendo os tratamentos e medicamentos certos pelos profissionais de saúde adequados. Não assuma nada.
- ***E***duque-se sobre a sua doença. Saiba mais sobre os exames médicos que são prescritos e seu plano de tratamento.
- ***P***eça (***A***sk) a um familiar ou amigo de confiança para ser seu defensor (conselheiro ou suporte).
- ***S***aiba (***K***nowledge) quais medicamentos que você toma e por que tomá-los. Os erros de medicação são os mais comuns na área de saúde.
- ***U***tilize o serviço de um hospital, clínica, centro cirúrgico ou outro tipo de serviço de saúde que verificou com cuidado. Por exemplo, a TJC visita hospitais para ver se eles estão cumprindo as normas de qualidade da TJC.
- ***P***articipe em todas as decisões sobre o seu tratamento. Você é o centro da equipe de saúde.

Além disso, os pacientes são avisados de que eles têm o direito de serem informados sobre os cuidados que vão receber, obter informações sobre os cuidados no seu idioma preferido, saber os nomes dos profissionais que lhe prestam cuidados, receber tratamento para a dor, receber uma lista atualizada dos medicamentos atuais e

esperar que eles sejam ouvidos e tratados com respeito.

Ensine as informações de que os pacientes e suas famílias precisam. Você frequentemente esclarece informações fornecidas pelos profissionais de saúde e é a principal fonte de informação de que os pacientes precisam para se ajustar aos problemas de saúde (Bastable, 2014). No entanto, também é importante compreender as preferências dos pacientes para o que eles desejam aprender. Por exemplo, um paciente solicita informações sobre um novo medicamento, ou membros da família questionam a razão da dor de sua mãe. Identificar a necessidade de ensino é fácil quando os pacientes solicitam informações. No entanto, a necessidade de um paciente para o ensino é muitas vezes menos óbvia. Para ser um educador eficaz, o enfermeiro tem de fazer mais que apenas avançar em fatos. Cuidadosamente, determine quais pacientes precisam saber e encontre o tempo para educá-los quando eles estiverem prontos para aprender. Quando você valoriza e realiza atividades educativas, os pacientes são mais bem preparados para assumir as responsabilidades dos seus cuidados de saúde. Uma pesquisa de enfermagem sobre educação em saúde avalia como positivo o impacto dessa educação na evolução do paciente (Quadro 25-1).

Quadro 25-1

Prática baseada em evidências

A Eficácia da Educação Individualizada do Paciente no Autocontrole da Diabetes

Pergunta PICO: Em pacientes com diabetes mal controlada, a educação individualizada do paciente resulta em um melhor controle da glicose em comparação com os pacientes que participam da educação em grupo e aqueles que não recebem qualquer educação atribuída?

Resumo das Evidências

A partir de 2012, 29,1 milhões de pessoas no mundo têm diabetes (CDC, 2014). A maioria delas não recebe qualquer educação formal sobre a diabetes. O ensino sobre o autocontrole na diabetes (EACD) é um elemento essencial dos cuidados às pessoas com essa doença, para adquirir conhecimento necessário ao controle e impedir muitos das suas potenciais complicações (Haas et al., 2013). Embora existam muitas abordagens de ensino da diabetes, há pouca literatura disponível que sustente um modelo em detrimento de outro. Revisões sistemáticas sobre a EACD avaliaram sua qualidade como moderada a precária. A pesquisa que comparou o ensino individual (EI), o ensino grupal (EG) e os cuidados habituais (sem atribuição de atividade educativa) descobriu que os participantes que receberam EI apresentaram melhores resultados de controle da glicose e resultados psicossociais e comportamentais mais aperfeiçoados que os atribuídos ao ensino grupal ou cuidados habituais (Sperl-Hillen et al., 2011). O currículo de qualidade EACD contém os sete componentes seguintes: atividade física, alimentação saudável, tomar medicamentos, monitoramento da glicose no sangue, resolução de problemas, redução de riscos e enfrentamento saudável. No entanto, para ser bem-sucedido, é necessário que o conteúdo seja adaptado para atender às necessidades específicas de um indivíduo e modificado com base na história médica do paciente, idade e antecedentes culturais, escolaridade, sistema de apoio e situação financeira. Os enfermeiros que representam essas variáveis ao criar um novo programa educacional vão apresentar o conteúdo que é mais relevante e interessante e podem conduzir a melhores resultados para o paciente (Haas et al., 2013; Sperl-Hillen et al., 2011).

Aplicações à Prática de Enfermagem

- Indivíduos com diabetes mal controlada que recebem EI muitas vezes experimentam melhores resultados, incluindo melhor controle geral da glicose no sangue, melhora na atividade física e em pontuações de nutrição e uma maior satisfação do paciente.
- O processo de DSME precisa ser centrado no paciente e abordar

toda a gama de perfil pessoal de cada participante e histórico médico.

- Trabalhar com seus pacientes para criar uma agenda personalizada e tópicos de discussão selecionados que se alinham com as metas e valores individuais.
- Você precisa se certificar de que todas as informações e materiais educativos sejam entregues a um nível de escolaridade adequado e fazer uso de intérpretes, quando necessário.

Ensino como Forma de Comunicação

O processo de ensino se aproxima bastante do processo de comunicação (Cap. 24). O ensino eficaz depende em parte de uma comunicação interpessoal eficaz. Um educador aplica cada elemento do processo de comunicação ao fornecer a informação aos educandos. Assim, o educador e o educando se envolvem em conjunto num processo de ensino que aumenta o conhecimento e suas habilidades.

Os passos do processo de ensino são semelhantes aos do processo de comunicação. Você usa as demandas do paciente por informações ou percebe uma necessidade de informação por causa das restrições de saúde de um paciente ou o diagnóstico recente de uma doença. Então você identifica os **objetivos de aprendizagem** específicos para descrever os comportamentos que o educando vai apresentar como resultado de um ensino bem-sucedido (Bastable, 2014).

O enfermeiro é o referente ou emissor que transmite uma mensagem para o paciente. Muitas variáveis intrapessoais influenciam o seu estilo e abordagem. Atitudes, valores, emoções, perspectiva cultural e conhecimento influenciam a forma como a informação é entregue. Experiências passadas com o ensino também são úteis para escolher a melhor forma de apresentar o conteúdo necessário.

O receptor no processo de ensino-aprendizagem é o educando. Um número de variáveis intrapessoais afetam a motivação e capacidade de aprender. Os pacientes estão prontos para aprender quando eles expressam o desejo de fazê-lo e são mais propensos a receber a sua mensagem quando eles entendem o conteúdo. Atitudes, ansiedade e

valores influenciam a capacidade de compreender a mensagem. A capacidade de aprender depende de fatores tais como a saúde física e emocional, a educação, a perspectiva cultural, os valores dos pacientes sobre a sua saúde, o estágio de desenvolvimento e conhecimento prévio.

Uma comunicação eficaz envolve o *feedback*. Um educador eficaz fornece um mecanismo para avaliar o sucesso de um plano de ensino e, em seguida, fornece reforço positivo (Bastable, 2014). Esse tipo de resposta reforça o comportamento de saúde e promove a autogestão contínua. Você precisa fornecer *feedback* durante e após a conclusão de cada encontro instrucional. O *feedback* precisa demonstrar o sucesso do educando na realização dos objetivos (i.e., o educando verbaliza informações ou fornece uma demonstração de retorno das habilidades aprendidas). O *feedback* que você recebe do educando é igualmente importante, porque indica a eficácia da instrução e se você precisa ou não modificar a sua abordagem.

Domínios da aprendizagem

A aprendizagem ocorre em três domínios: cognitivo (conhecimento), afetivo (atitudes) e psicomotor (habilidades motoras) (Bastable, 2014). Os temas de saúde envolvem um ou todos os domínios ou qualquer combinação dos três. Você muitas vezes trabalha com pacientes que precisam aprender em cada domínio. Por exemplo, os pacientes diagnosticados com diabetes precisam aprender como a diabetes afeta o corpo e como controlar os níveis de glicose no sangue para estilos de vida mais saudáveis (domínio cognitivo). Além disso, os pacientes começam a aceitar a natureza crônica da diabetes, aprendendo mecanismos de enfrentamento positivos (domínio afetivo). Finalmente, muitos daqueles que vivem com diabetes aprendem a testar os seus níveis de glicose no sangue em casa. Isso exige aprender a usar um medidor de glicose (domínio psicomotor). As características de aprendizagem dentro de cada domínio influenciam seu ensino e métodos de avaliação. Compreender cada domínio de aprendizagem prepara você para selecionar técnicas de ensino adequadas e aplicar os princípios básicos de aprendizagem (Quadro 25-2).

Quadro 25-2 Métodos de Ensino Apropriados e Baseados em Domínios de Aprendizagem

Cognitivo

- Discussão (individual ou grupal)
  - Envolve a enfermeira e um paciente ou uma enfermeira com vários pacientes
  - Promove a participação ativa e se concentra em temas de interesse para o paciente
  - Permite o apoio dos pares
  - Melhora a aplicação e análise de novas informações
- Palestra
  - É o método mais formal de ensino, pois é a educação controlada

    - Ajuda o educando a adquirir novos conhecimentos e aquisição de compreensão
- Sessão de perguntas e respostas
    - Aborda preocupações específicas do paciente
    - Ajuda o paciente a aplicar o conhecimento
- Encenação, descoberta
    - Permite ao paciente aplicar ativamente o conhecimento em situação controlada
    - Promove a síntese de informações e resolução de problemas
- Projeto independente (ensino assistido por computador), experiência de campo
    - Permite ao paciente assumir a responsabilidade de completar as atividades de aprendizagem no próprio ritmo
    - Promove a análise, síntese e avaliação de novas informações e habilidades

Afetivo

- Encenação
    - Permite a expressão de valores, sentimentos e atitudes
- Discussão (grupo)
    - Permite ao paciente receber o apoio de outros membros do grupo
    - Ajuda o paciente a aprender com as experiências dos outros
    - Estimula a responder, valorizar e organizar
- Discussão (individual)
    - Permite a discussão de temas pessoais, sensíveis de interesse ou preocupação

Psicomotor

- Demonstração
    - Fornece a apresentação dos procedimentos ou habilidades da enfermeira
    - Permite ao paciente incorporar o modelo de comportamento da enfermeira

- Permite à enfermeira controlar o questionamento durante a demonstração
- Prática
  - Dá oportunidade para o paciente de realizar procedimentos usando equipamentos em um ambiente controlado
  - Fornece repetição
- Demonstração de retorno
  - Permite ao paciente executar procedimento enquanto a enfermeira observa
  - Proporciona excelente fonte de *feedback* e reforço
  - Ajuda a determinar a capacidade do paciente em realizar corretamente um procedimento ou técnica
- Projetos independentes, jogos
  - Requer método de ensino que promova a adaptação e origem da aprendizagem psicomotora
  - Permite ao educando usar novas habilidades

Aprendizagem Cognitiva

A **aprendizagem cognitiva** requer pensamento e abrange a aquisição de conhecimentos e habilidades intelectuais (Billings e Halstead, 2012; Krau, 2011). A taxonomia revisada de seis comportamentos cognitivos é hierárquica e aumenta em complexidade de acordo com a lista a seguir:

- Recordar: aprender novos fatos ou informações e ser capaz de recuperá-los
- Compreender: Capacidade para compreender o significado do material aprendido
- Aplicar: Usar ideias abstratas, recém-adquiridas em uma situação real
- Analisar: Dividir a informação em partes organizadas
- Avaliar: Capacidade de julgar o valor de algo para um determinado propósito
- Criar: Capacidade para aplicar conhecimentos e habilidades para criar algo novo

Aprendizagem Afetiva

A **aprendizagem afetiva** lida com a expressão de sentimentos e desenvolvimento de valores, atitudes e crenças (Billings e Halstead, 2012; Krau, 2011). O esclarecimento de valores (Cap. 22) é um exemplo de aprendizagem afetiva. O comportamento mais simples na hierarquia é recebido, e o mais complexo é caracterizado. A aprendizagem afetiva inclui o seguinte:

- Receber: educando é passivo e precisa apenas prestar atenção e receber informações
- Responder: requer a participação ativa através da escuta e reação verbal e não verbal
- Valorizar: fixação de mérito e valor para o conhecimento adquirido conforme demonstrado pelo comportamento do educando
- Organizar: desenvolvimento de um sistema de valores, identificando e organizando os valores de acordo com o seu mérito
- Caracterizar: agir e reagir com um sistema de valores consistente; exige introspecção e autoexame dos próprios valores em relação a uma questão ética ou experiência particular

Aprendizagem Psicomotora

A **aprendizagem psicomotora** envolve a aquisição de habilidades motoras que exigem a coordenação e a integração dos movimentos mentais e físicos, tais como a capacidade de caminhar ou usar um utensílio para comer (McDonald, 2014). O comportamento mais simples na hierarquia é a percepção, considerando que o mais complexo é a criação. A aprendizagem psicomotora inclui o seguinte:

- Percepção: Estar ciente de objetivos ou qualidades através do uso de estimulação sensorial
- Configurações: Prontidão para tomar uma ação em particular; há três configurações — mental, física e emocional
- Resposta guiada: Os estágios iniciais da aprendizagem de uma habilidade especial, sob a orientação de um instrutor que

envolve a imitação e prática de um ato demonstrado

- Mecanismo: Nível superior do comportamento em que uma pessoa ganha confiança e competência na realização de uma habilidade que é mais complexa ou envolve vários passos além de uma resposta guiada
- Resposta ostensiva complexa: Suave e precisa realização de uma habilidade motora que exige padrões de movimentos complexos
- Adaptação: As habilidades motoras são bem desenvolvidas e os movimentos podem ser modificados quando ocorrem problemas inesperados
- Origem: Usar habilidades psicomotoras existentes para criar novos padrões de movimento e executá-los, conforme necessário, em resposta a uma determinada situação ou problema

Princípios básicos da aprendizagem

Para ensinar com eficácia e eficiência, você deve primeiro estar ciente dos fatores que influenciam a forma como uma pessoa aprende (Bastable, 2014). A obtenção dos resultados desejados da aprendizagem depende de uma série de fatores, incluindo a motivação e a capacidade de aprender de um indivíduo e o contexto e o ambiente onde a aprendizagem terá lugar. A motivação fundamenta o desejo ou vontade de aprender de uma pessoa. Conhecimento prévio, experiência, atitudes e fatores socioculturais influenciam a motivação de uma pessoa. A capacidade de aprender depende de atributos físicos e cognitivos, nível de desenvolvimento, bem-estar físico e processos de pensamento intelectual. Tanto a vontade quanto a capacidade de um paciente a envolver-se em aprender influenciam a sua abordagem de ensino.

O estilo de aprendizagem de uma pessoa afeta suas preferências para a aprendizagem. As pessoas processam informações de várias maneiras: através de ver e ouvir, refletir e agir, raciocinar logicamente e intuitivamente, análise e visualização. Os planos de ensino eficazes incorporam uma combinação de atividades que têm como alvo uma variedade de estilos de aprendizagem (Billings e Halstead, 2012). Quando você personalizar a sua abordagem de ensino para atender às necessidades do seu paciente e estilo de aprendizagem, você vai aperfeiçoar a experiência de aprendizagem ao nível individual.

Motivação para Aprender

Foco da Atenção

É o estado mental que permite ao educando concentrar-se e compreender uma atividade de aprendizagem. Antes de aprender alguma coisa, os pacientes devem dar atenção, ou concentrar-se na informação a ser aprendida. O desconforto físico, ansiedade e distrações ambientais influenciam a capacidade de se concentrar. Portanto, determine o nível de conforto do paciente antes de iniciar

um plano de ensino e garantir que o paciente seja capaz de se concentrar sobre a informação.

Conforme a ansiedade aumenta, a capacidade de um paciente para prestar atenção muitas vezes diminui. A ansiedade é a inquietação ou preocupação resultante da antecipação de uma ameaça ou perigo. Quando confrontados com a mudança ou a necessidade de agir de forma diferente, uma pessoa muitas vezes se sente ansiosa. Um nível moderado de ansiedade motiva a aprendizagem. No entanto, um nível elevado de ansiedade impede que a aprendizagem ocorra. Ele incapacita uma pessoa a se concentrar em outra coisa senão aliviar a ansiedade. Avalie e modere a ansiedade do paciente (Cap. 38) antes de educar, a fim de melhorar a sua compreensão e entendimento das informações prestadas (Bastable, 2014).

Motivação

A **motivação** é uma força que atua sobre ou dentro de uma pessoa (p.ex., uma ideia, emoção ou uma necessidade física) para fazer que a pessoa se comporte de uma maneira particular (Miller e Stoeckel, 2015). Se uma pessoa não quer aprender, é improvável que a aprendizagem ocorra. Você avalia a motivação do paciente para aprender e o que o paciente precisa saber para promover a adesão ao seu tratamento prescrito. Infelizmente, nem todas as pessoas estão interessadas na manutenção da saúde. Muitos não adotam novos comportamentos de saúde ou alteram comportamentos não saudáveis, a menos que eles percebam a doença como uma ameaça, superem as barreiras às mudanças das práticas de saúde e vejam os benefícios da adoção de um comportamento saudável. Por exemplo, alguns pacientes com doença pulmonar continuam a fumar. Nenhum tratamento tem um efeito salvo se a pessoa acreditar que a saúde é importante e que o tratamento vai melhorar a dele.

Uso da Teoria para Aumentar a Motivação e a Aprendizagem

A educação em saúde, muitas vezes, envolve a mudança de atitudes e

valores que não são fáceis de mudar simplesmente através da transferência de informações. Portanto, é importante para você usar várias intervenções baseadas em teorias de desenvolvimento de planos de educação em saúde. As teorias da aprendizagem se concentram em como os indivíduos aprendem e podem facilitar o processo de ensino–aprendizagem, criando o clima desejado e orientando a seleção de estratégias de ensino. Devido à complexidade da educação em saúde, diferentes teorias e modelos estão disponíveis para orientar a educação em saúde. Usar uma teoria que corresponda às necessidades do paciente e preferências pessoais de aprendizagem permite que o paciente se torne um participante ativo, levando à instrução eficaz. A teoria da aprendizagem social fornece uma das abordagens mais úteis para a educação em saúde, pois considera as características pessoais do educando, padrões de comportamento e o ambiente, e guia o educador no desenvolvimento de intervenções eficazes de ensino que resultam em melhoria da motivação e reforço da aprendizagem (Bastable, 2014; Sanderson et al, 2012).

De acordo com a teoria da aprendizagem social, o estado de espírito e os fatores motivacionais intrínsecos de uma pessoa (i.e., senso de realização, orgulho ou de confiança) reforçam comportamentos e influenciam a aprendizagem (Burkhart et al., 2012). Esse tipo de sistema de recompensa interna permite que uma pessoa atinja os resultados desejados e evite os resultados indesejados, resultando na melhoria da motivação. A **autoeficácia**, um conceito incluído na teoria da aprendizagem social, refere-se à capacidade percebida de uma pessoa em concluir com êxito uma tarefa. Quando as pessoas acreditam que elas são capazes de adotar um comportamento em particular, elas são mais propensas a realizá-lo de modo consistente e correto.

As crenças de autoeficácia vêm de quatro fontes: experiências enativas superiores, experiências indiretas, persuasão verbal e estados fisiológicos e afetivos (Bandura, 1997). Compreender as quatro fontes de autoeficácia permite-lhe desenvolver intervenções para ajudar os pacientes a adotar comportamentos saudáveis. Por exemplo, uma enfermeira que está desejando ensinar uma criança recém-

diagnosticada com asma a maneira de usar corretamente um inalador expressa a crença pessoal na capacidade da criança de usar o inalador (persuasão verbal). Então, a enfermeira demonstra como usar o inalador (experiência vicária). Uma vez que a demonstração é completa, a criança usa o inalador (experiência direta de domínio). Com a diminuição da sibilância e da ansiedade da criança após o uso correto do inalador, ele ou ela experimentam um *feedback* positivo, aumentando ainda mais a sua confiança para usá-lo (estados fisiológicos e afetivos). Intervenções como essas melhoram a autoeficácia percebida, o que por sua vez melhora o alcance dos resultados desejados.

A autoeficácia é um conceito incluído em muitas teorias da promoção da saúde, porque muitas vezes é um forte preditor de comportamentos saudáveis e porque muitas intervenções melhoram a autoeficácia, resultando em melhores escolhas de estilo de vida (Bandura, 1997). Por causa de seu uso em teorias e estudos de investigação, muitas intervenções de ensino baseadas em evidências incluem o foco na autoeficácia. Quando os enfermeiros implementam intervenções para aumentar a autoeficácia, os pacientes frequentemente experimentam resultados positivos. Por exemplo, pesquisadores associaram intervenções que incluíam autoeficácia com um controle eficaz da diabetes e controle glicêmico (Tan et al., 2011), a autogestão da asma em crianças em idade escolar (Burkhart et al., 2012) e um melhor funcionamento juntamente com uma redução dos sintomas relacionados com a ansiedade e a depressão (Brown et al., 2014).

Adaptação Psicossocial à Doença

A perda temporária ou permanente de saúde é muitas vezes difícil para os pacientes aceitarem. Eles precisam viver a perda, e o processo de luto dá-lhes tempo para se adaptar psicologicamente às implicações emocionais e físicas de suas doenças. Os estágios de luto (Cap. 37) incluem uma série de respostas que os pacientes experimentam durante uma perda como uma doença. Eles experimentam esses estágios em diferentes intensidades e sequências,

dependendo do seu autoconceito antes da doença, da gravidade da doença e das mudanças no estilo de vida que a doença cria. Os cuidados eficazes de suporte guiam o paciente pelo processo de luto.

A prontidão para a aprendizagem está relacionada com a fase de luto (Tabela 25-1). Os pacientes não conseguem aprender quando eles não estão dispostos ou incapazes de aceitar a realidade da doença. No entanto, o ensino no momento adequado facilita o ajuste à doença ou deficiência. Identifique o estágio de luto do paciente com base nos comportamentos dele ou dela. Quando um paciente entra na fase de aceitação, a fase compatível com a aprendizagem, inicie o plano de ensino. A avaliação contínua do comportamento do paciente determina as etapas do luto. O ensino continua enquanto o paciente permanece num estágio propício à aprendizagem.

Tabela 25-1

Relação entre a Adaptação Psicossocial à Doença, Luto e Aprendizagem

Etapa	Comportamento do Paciente	Implicações da Aprendizagem para Enfermeira e Cuidador Familiar	Justificativa
Negação e descrença	O paciente evita a discussão da doença ("Eu estou bem, não há nada de errado comigo"), afasta-se dos outros e desconsidera restrições físicas. O paciente suprime e distorce as informações que não tenham sido apresentadas de forma clara.	Prestar apoio, empatia e explicações cuidadosas de todos os procedimentos enquanto eles estão sendo feitos. Deixar o paciente saber que você está disponível para discussão. Explicar a situação para a família ou outra pessoa significativa, se apropriado. Ensinar no tempo presente (p.ex.,	Paciente não está preparado para lidar com o problema. Qualquer tentativa de convencer ou falar com o paciente sobre a doença resulta em ainda mais raiva ou afastamento. Fornecer apenas informação solicitada ou absolutamente necessária ao paciente.

		explicar o tratamento atual).	
Raiva	O paciente acusa e reclama e muitas vezes dirige sua raiva contra a enfermeira ou outros.	Não discutir com o paciente, mas ouvir as preocupações. Ensinar no tempo presente. Tranquilizar familiares e outros pacientes significativos que raiva é normal.	O paciente precisa de oportunidades para expressar sentimentos e raiva; ele ou ela ainda não está preparado para enfrentar o futuro.
Barganha	O paciente busca viver uma vida melhor em troca da promessa de uma saúde melhor. ("Se Deus me deixar viver, eu prometo parar de fumar.")	Continuar a introduzir uma única realidade. Ensinar apenas no tempo presente.	O paciente ainda não está disposto a aceitar limitações.
Resolução	O paciente começa a expressar emoções abertamente, percebe que a doença tem criado mudanças e começa a fazer perguntas.	Incentivar a expressão de sentimentos. Começar a compartilhar informações necessárias para o futuro e reservar períodos formais de discussão.	O paciente começa a perceber necessidade de assistência e está pronto para aceitar a responsabilidade pela sua aprendizagem.
Aceitação	O paciente reconhece a realidade da condição, busca ativamente informações e esforça-se para ser independente.	Concentre-se ensinando sobre as futuras competências e conhecimentos necessários. Continuar a ensinar sobre ocorrências presentes. Envolver a família/ outro ente significativo no ensino de informações para a alta.	O paciente é mais facilmente motivado para aprender. Aceitação da doença reflete a vontade de lidar com as suas implicações.

Participação Ativa

A aprendizagem ocorre quando um paciente está ativamente envolvido em uma sessão de ensino (Edelman et al., 2014). O envolvimento do paciente na aprendizagem implica uma vontade de adquirir conhecimentos ou habilidades. Isso também dá mais oportunidade de o paciente tomar decisões durante as sessões de ensino. Por exemplo, ao ensinar a segurança no uso de assento de carro durante sessão com os pais, realize uma sessão de ensino prático no estacionamento onde os participantes estacionam o seu automóvel. Incentive a participação ativa, fornecendo aos educandos vários assentos de carro diferentes, para que eles coloquem em seus carros. Ao final dessa sessão, os pais são capazes de determinar qual tipo de assento de carro se ajusta melhor em seus carros e qual é o mais fácil de usar. Isso oferece aos participantes as informações necessárias para adquirir o assento de carro apropriado.

Capacidade de Aprender

Capacidade de Desenvolvimento

O desenvolvimento cognitivo influencia a capacidade do paciente de aprender. Você pode ser um educador competente, mas, se você não considerar a capacidade intelectual do paciente, o ensino será sem êxito. O aprendizado, semelhante ao crescimento de o desenvolvimento, é um processo evolutivo. Você precisa saber o nível de conhecimento e habilidades intelectuais de um paciente antes de iniciar um plano de ensino. A aprendizagem ocorre mais facilmente quando uma nova informação complementa o conhecimento existente. Por exemplo, medir as porções de alimentos líquidos ou sólidos requer a capacidade de realizar cálculos matemáticos. Ler um rótulo de medicação ou instruções de alta requer habilidades de leitura e compreensão. Aprender a regular as doses de insulina requer habilidades para resolver problemas.

Aprendizagem em Crianças

A capacidade de aprendizagem e o tipo de comportamentos que as crianças são capazes de aprender dependem da maturidade dela. Sem o desenvolvimento fisiológico, motor, social e de linguagem adequados muitos tipos de aprendizagem não acontecem. No entanto, a aprendizagem ocorre em crianças de todas as idades. O crescimento intelectual se move a partir do concreto para o abstrato conforme a criança amadurece. Portanto, as informações apresentadas às crianças devem ser compreensíveis, e os resultados esperados devem ser realistas com base no estágio de desenvolvimento da criança (Quadro 25-3). Use recursos de ensino que são adequadas ao desenvolvimento (Fig. 25-1). A aprendizagem ocorre quando o comportamento muda como resultado da experiência ou do crescimento (Hockenberry e Wilson, 2015).

Quadro 25-3 Métodos de Ensino Baseados na Capacidade de Desenvolvimento do Paciente

Crianças

- Manter rotinas (p.ex., alimentação, banho) consistentes.
- Segurar firmemente a criança enquanto sorri e fala delicadamente para transmitir sentimento de confiança.
- Ter o toque infantil de texturas diferentes (p.ex., tecido macio, plástico rígido).

Toddler – Criança com menos de 2 Anos

- Usar o jogo para ensinar procedimento ou atividade (p.ex., a manipulação do material de exame, aplicar curativo em uma boneca).
- Oferecer livros de imagens que descrevem a história das crianças no hospital ou clínica.
- Usar palavras simples, como “cortar” em vez de “laceração”, para promover a compreensão.

Pré-escolar

- Usar encenação, imitação e jogos para tornar o aprendizado divertido.
- Estimular perguntas e oferecer explicações. Usar explicações simples e demonstrações.
- Incentivar as crianças a aprender em conjunto através de fotos e histórias curtas sobre como realizar a higiene.

Criança em Idade Escolar

- Ensinar habilidades psicomotoras necessárias para manter a saúde. (Procedimentos complicados, como aprender a usar uma seringa requer uma prática considerável.)
- Oferecer oportunidades para discutir problemas de saúde e responder às perguntas.

Adolescente

- Ajudar o adolescente a aprender sobre sentimentos e necessidade de autoexpressão.
- Usar o ensino como atividade colaborativa.
- Permitir que os adolescentes tomem decisões sobre a saúde e promoção de saúde (segurança, educação sexual, abuso de substâncias).
- Usar a resolução de problemas para ajudar os adolescentes a fazer escolhas.

Jovem ou Adulto de Meia-idade

- Incentivar a participação no plano de ensino, definindo objetivos mútuos.
- Incentivar a aprendizagem independente.
- Oferecer informações para adultos entenderem os efeitos do problema de saúde.

Idoso

- Ensinar quando o paciente está alerta e descansado.
- Envolver adultos na discussão ou atividade.
- Focar no bem-estar e na força da pessoa.
- Usar abordagens que melhoram a recepção de estímulos do paciente quando eles têm uma deficiência sensorial (Cap. 49).
- Manter sessões curtas de ensino.

FIGURA 25-1 A enfermeira utiliza modelos alimentares adequados ao desenvolvimento para ensinar comportamentos alimentares saudáveis à criança em idade escolar.

Aprendizagem de Adultos

Ensinar os adultos difere de ensinar as crianças. Os adultos são capazes de refletir criticamente sobre sua situação atual, mas às vezes

precisam de ajuda para ver os seus problemas e mudar suas perspectivas. Devido aos adultos tornarem-se independentes e autônomos à medida que amadurecem, eles são capazes de identificar as suas próprias necessidades de aprendizagem (Billings e Halstead, 2012). As necessidades de aprendizagem vêm de problemas ou tarefas que resultam de situações da vida real. Embora os adultos tendam a serem aprendizes autônomos, muitas vezes tornam-se dependentes em novas situações de aprendizagem. A quantidade de informações que você fornece e a quantidade de tempo que você gasta com um paciente adulto varia, dependendo da situação pessoal do paciente e disponibilidade para aprender. A prontidão de um adulto para aprender está frequentemente associada ao estágio de desenvolvimento dele ou dela e outros eventos que estão ocorrendo na vida dele ou dela. Resolva quaisquer necessidades ou problemas que um paciente perceba como extremamente importante, então o aprendizado pode ocorrer.

Os adultos têm uma grande variedade de experiências pessoais e de vida. Portanto, a aprendizagem do paciente será reforçada se eles percebem que a informação é relevante e são convidados a utilizar as experiências passadas para resolver problemas da vida real (Billings e Halstead, 2012). Além disso, você faz a educação em saúde centrada no paciente através do desenvolvimento de temas e objetivos educacionais em colaboração com o paciente adulto. Os pacientes adultos em última instância são responsáveis por mudar seu próprio comportamento. Avaliar o que um paciente adulto sabe atualmente, ensinar o que o paciente quer saber e estabelecer metas mútuas melhoram os resultados da educação em saúde (Bastable, 2014).

Capacidade Física

A capacidade de aprender muitas vezes depende do nível de desenvolvimento físico e da saúde física geral do paciente. Para aprender habilidades psicomotoras, o paciente necessita possuir certo nível de força, coordenação e acuidade sensorial. Por exemplo, é inútil ensinar o paciente a transferir-se de uma cama para uma cadeira de rodas se ele ou ela tem força insuficiente na parte superior do corpo.

Um paciente idoso com deficiência visual ou com a incapacidade de segurar objetos firmemente não pode aprender a aplicar uma bandagem elástica. Portanto, não superestime o desenvolvimento ou estado físico do paciente. As seguintes características físicas são necessárias para aprender habilidades psicomotoras:

- Tamanho (a altura e peso do paciente devem coincidir com a tarefa a ser executada ou o equipamento a ser utilizado)
- Força (a capacidade do paciente para seguir um programa de exercício extenuante)
- Coordenação (a destreza necessária para habilidades motoras complexas como o uso de utensílios ou mudança de uma bandagem)
- Acuidade sensorial (visual, auditiva, tátil, gustativa e olfativa; recursos sensoriais necessários para receber e responder às mensagens ensinadas)

Qualquer condição (p.ex., dor ou fadiga) que esgota a energia de uma pessoa também prejudica a capacidade de aprender. Por exemplo, um paciente que passou uma manhã realizando exames rigorosos de investigação diagnóstica é improvável que seja capaz de aprender no final do dia por causa da fadiga. Adie o ensino quando uma doença torna-se grave por complicações tais como febre alta ou dificuldade respiratória. Conforme você trabalha com um paciente, avalie o nível de energia, observando a vontade do paciente para se comunicar, a quantidade de atividade iniciada e as respostas às perguntas. Temporariamente, pare de ensinar se o paciente precisa descansar. Você alcança o maior êxito no ensino quando os pacientes estão fisicamente capazes de participar ativamente da aprendizagem.

Ambiente de Aprendizagem

Fatores no ambiente físico onde o ensino é realizado fazem que o aprendizado seja uma experiência agradável ou difícil (Bastable, 2014). O cenário ideal ajuda o paciente a focar a tarefa de aprendizagem. O número de pessoas incluídas na sessão de ensino; a necessidade de privacidade; a temperatura ambiente; e a iluminação, ruído, ventilação e móveis no ambiente são fatores importantes na

escolha da configuração. O ambiente ideal para a aprendizagem é bem iluminado e tem uma boa ventilação, mobiliário adequado e uma temperatura confortável. Uma sala escura interfere na capacidade do paciente para assistir suas ações, especialmente quando está demonstrando habilidade ou o uso de recursos visuais, como cartazes ou panfletos. Um ambiente que é frio, quente ou entulhado torna o paciente muito desconfortável para concentrar-se na informação que está sendo apresentada.

Também é importante escolher um ambiente tranquilo, pois este oferece privacidade; as interrupções esporádicas são melhores. Proporcione a privacidade, mesmo em um hospital cheio fechando as cortinas médicas do cubículo ou levando o paciente para um local tranquilo. Os cuidadores familiares muitas vezes precisam participar das atividades em casa. Contudo, os pacientes que estão relutantes em discutir a natureza da doença quando os outros estão no ambiente se beneficiam em receber a educação em um ambiente separado das atividades domésticas tal como um quarto.

Ensinar um grupo de pacientes requer uma sala que permita a todos estarem sentados confortavelmente e a uma curta distância auditiva do educador. Certifique-se de que o tamanho da sala não sobrecarregue o grupo. Organizar o grupo para permitir que os participantes observem mais uns aos outros melhora a aprendizagem. A comunicação mais eficaz ocorre quando os aprendizes observam as interações verbais e não verbais dos outros.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado com os pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem para a tomada de decisão clínica para você desenvolver e implementar um plano individualizado de cuidados. Há semelhanças distintas entre o processo de enfermagem e o processo de ensino. Durante a fase de avaliação do processo de enfermagem, determine as necessidades de saúde de um paciente (Unidade 3). Durante essa fase, a necessidade de um paciente de obter informações de saúde por vezes emerge. Quando a educação se torna uma parte do plano de cuidados, o processo de ensino começa. Assim como o processo de enfermagem, o processo de ensino exige uma avaliação com a aplicação do histórico de enfermagem — nesse caso, analisando as necessidades de aprendizagem de um paciente, motivação e capacidade de aprender. A definição do diagnóstico especifica as informações ou habilidades de que um paciente necessita; ou identifica os fatores que interferem na aprendizagem. Desenvolva objetivos de aprendizagem específicos, implemente estratégias adequadas de ensino centrado no paciente e use princípios de aprendizagem para garantir que o paciente adquira o conhecimento e as habilidades necessárias. Finalmente, o processo de ensino exige uma avaliação da aprendizagem baseada nos objetivos de aprendizagem.

Os processos de enfermagem e ensino diferem quando o processo de enfermagem requer uma avaliação de todas as fontes de dados para determinar as necessidades totais dos cuidados da saúde de um paciente. O processo de ensino se concentra nas necessidades de aprendizagem de um paciente e vontade e capacidade de aprender. A Tabela 25-2 compara os processos de ensino e de enfermagem.

Tabela 25-2

Comparação dos Processos de Enfermagem e de Ensino

Passos Básicos	Processo de Enfermagem	Processo de Ensino
Histórico de enfermagem	Exame físico do paciente, necessidades psicológicas, sociais, culturais, de desenvolvimento e espirituais do paciente, família, testes diagnósticos, ficha do paciente, história de cuidados de enfermagem e literatura.	Coletar dados sobre as necessidades dos pacientes de aprendizagem, motivação, capacidade de aprender, letramento em saúde e recursos de ensino do paciente, família, ambiente de aprendizagem, ficha do paciente, história do cuidado de enfermagem e literatura.
Diagnóstico de enfermagem	Identificar os diagnósticos de enfermagem apropriados com base nos resultados da avaliação.	Identificar as necessidades de aprendizagem do paciente com base em três domínios de aprendizagem. Identificar as condições que possam interferir na aprendizagem.
Planejamento de Enfermagem	Desenvolver um plano de cuidados individualizados. Definir as prioridades de diagnóstico em função das necessidades imediatas do paciente, os resultados esperados e metas centradas no paciente. Colaborar com o paciente no plano de cuidados.	Estabelecer os objetivos da aprendizagem estabelecidos em termos comportamentais. Identificar as prioridades em matéria de necessidades de aprendizagem. Colaborar com a paciente sobre plano de ensino. Identificar o tipo de método de ensino para usar.
Implementação	Executar os cuidados de enfermagem terapêuticos. Incluir o paciente como participante ativo no cuidado. Envolver a família/outro ente significativo no cuidado conforme o caso.	Implementar métodos de ensino. Envolver ativamente paciente em atividades de aprendizagem. Incluir o cuidador familiar, conforme apropriado
Avaliação de enfermagem	Identificar o êxito no cumprimento dos resultados e metas dos cuidados de enfermagem desejados. Alterar as intervenções como indicado quando as metas não são cumpridas.	Determinar os resultados do processo de ensino–aprendizagem. Medir o alcance dos objetivos de aprendizagem do paciente. Reforçar a informação conforme necessário.

◆ Histórico de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

Ao fornecer a educação em saúde, é importante fazer parceria com o paciente para garantir os cuidados seguros, compassivos e coordenados. Durante o histórico de enfermagem, avalie cuidadosamente o paciente e analise criticamente as suas descobertas para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente necessitado de cuidados de enfermagem seguros. Para ser bem-sucedido no ensino de um paciente, é preciso avaliar todos os fatores que influenciarão a escolha dos temas de ensino relevantes e sua

abordagem. Isso inclui as necessidades do paciente de aprendizagem, a motivação para aprender e capacidade de aprender; o ambiente de ensino; os recursos disponíveis; e qualquer aprendizado em saúde e dificuldades de aprendizagem. Ao ver as situações de cuidados em saúde "pelas lentes dos olhos do paciente", você ganha uma melhor apreciação do conhecimento de seu paciente, expectativas e preferências de aprendizagem.

Aprendizagens Necessárias

As aprendizagens necessárias, identificadas por você e pelo paciente, determinam a escolha do conteúdo do ensino. Uma avaliação eficaz fornece a base para o ensino individualizado do paciente (Olsen, 2010). O Quadro 25-4 resume exemplos de questões específicas de avaliação para usar na determinação das necessidades únicas de aprendizagem de um paciente.

Quadro 25-4 Questões do Histórico de Enfermagem

Aprendizagem Prévia e Identificação das Necessidades e Preferências de Aprendizagem

- O que você quer saber sobre _____?
- O que você sabe sobre a sua doença e seu plano de tratamento?
- Quais experiências você teve no passado que são semelhantes as que você está experimentando agora?
- Juntos, podemos escolher a melhor maneira para você aprender sobre sua doença. Como posso ajudá-lo melhor?
- Quando você aprende novas informações, você as prefere ilustradas com fotografias ou escritas em palavras?
- Quando você dá a alguém direções para sua casa, você diz à pessoa como chegar lá, escreve as instruções ou desenha um mapa?

Autocontrole

- Como é (ou será) que a sua doença pode afetar o seu estilo de vida atual?
- Que barreiras existem atualmente que impedem o controle da sua doença à maneira que você gostaria de controlá-la?
- Qual o papel que você acredita que seus profissionais de saúde devem tomar para ajudar você a controlar a sua doença ou manter a saúde?
- Quão envolvido você quer um membro da família para o controle da sua doença? Quem é esse membro da família?

Influências Culturais e Espirituais

- Quais crenças culturais e espirituais você possui em relação à sua doença e o tratamento prescrito?

Para Cuidadores Familiares

- Quando você está disponível para ajudar e como você pretende ajudar o seu ente querido?
- O seu cônjuge precisa de alguma ajuda. Como você se sente sobre aprender a ajudá-lo?
- Diga-me como você se sente sobre como executar as atividades de cuidado que o membro da sua família exige.

Às vezes, os enfermeiros utilizam ferramentas de avaliação de educação formal para determinar as necessidades percebidas de aprendizagem dos seus pacientes. Outras vezes, eles simplesmente identificam as expectativas dos seus pacientes durante as avaliações de rotina. Os pacientes muitas vezes identificam as suas próprias necessidades de aprendizagem com base nas implicações de viver com sua doença. Para atender a essas necessidades de aprendizagem, avalie a visão do paciente como uma informação importante a se conhecer. Quando um paciente tem uma necessidade de saber algo, ele ou ela é suscetível de ser receptivo(a) à informação apresentada.

Por exemplo, muitos pais precisam saber como cuidar de seu novo bebê. Portanto, eles com frequência são muito receptivos a informações sobre os cuidados infantis (p.ex., como alimentar o bebê e se certificar de que ele ou ela dormiu o suficiente).

Determine as informações que são críticas para os pacientes aprenderem. As necessidades de aprendizagem mudam, dependendo do estado de saúde atual do paciente. Devido ao estado de saúde ser dinâmico, a avaliação é uma atividade contínua. Avalie o seguinte:

- Informações ou habilidades necessárias para um paciente realizar o autocuidado e compreender as implicações de um problema de saúde: os membros da equipe de saúde antecipam as necessidades de aprendizagem relacionadas com problemas de saúde específicos. Por exemplo, você ensina um jovem que acaba de entrar no Ensino Médio como se prevenir de doenças sexualmente transmissíveis (DST).
- Experiências dos pacientes (p.ex., problema novo ou recorrente, hospitalização passada) que influenciam a necessidade de aprender.
- Informações que cuidadores familiares requerem para apoiar as necessidades do paciente – A quantidade de informação necessária depende da extensão do papel dos membros da família em ajudar o paciente.

Motivação para Aprender

Faça perguntas para identificar e definir a motivação do paciente. Essas perguntas ajudam a determinar se um paciente está preparado e disposto a aprender. Avalie os seguintes fatores motivacionais:

- Comportamento (p.ex., capacidade de concentração, tendência a fazer perguntas, memória e capacidade de concentração durante a sessão de ensino)
- Crenças em saúde e antecedentes socioculturais – Normas, valores, experiências e tradições, todas influenciam as crenças e valores sobre saúde e vários tratamentos, padrões de comunicação do paciente e percepções do tempo (Cap. 9).
- Percepção da gravidade e suscetibilidade de um problema de

saúde e os benefícios e barreiras ao tratamento
- Capacidade percebida de realizar comportamentos de saúde necessários
- Vontade de aprender
- Atitudes sobre os profissionais de saúde (p.ex., papel do paciente e enfermeiro na tomada de decisões)
- Preferência de estilo de aprendizagem – Assim como o enfermeiro, qualquer esforço educativo será mais eficaz se o método de ensino escolhido se alinha com o estilo de aprendizagem preferido de seu paciente (Billings e Halstead, 2012). Os pacientes que são aprendizes visuais-espaciais gostam de aprender através de fotos, gráficos visuais ou qualquer exercício que lhes permite visualizar conceitos. O educando verbal/linguístico demonstra força nas artes da linguagem e, portanto, prefere aprender ouvindo ou lendo as informações. Os processos de conhecimento dos educandos cinestésicos, movendo e participando de atividades manuais. As manifestações expressivas e de retorno são atividades populares para o educando cinestésico. Os pacientes que aprendem por meio do raciocínio lógico-matemático pensam em termos de causa e efeito e respondem melhor quando necessário, prevendo resultados lógicos. As estratégias de ensino específicas poderiam incluir o questionamento aberto ou exercícios de resolução de problemas. Avalie e informe-se sobre as preferências de aprendizagem do seu paciente quando planejar o ensino.

Capacidade de Aprender

Determine a capacidade física e cognitiva de um paciente para aprender. Os profissionais de saúde muitas vezes subestimam os déficits cognitivos dos pacientes. Muitos fatores prejudicam a capacidade de aprender, incluindo doença preexistente física ou mental, fadiga, temperatura corporal, desequilíbrio eletrolítico, estado de oxigenação e nível de glicose no sangue. Em qualquer cenário de cuidados de saúde, vários desses fatores influenciam frequentemente um paciente ao mesmo tempo. Avalie os seguintes fatores relacionados com a capacidade de aprender:

- Força física, resistência, movimento, destreza e coordenação – Determine o grau em que um paciente pode realizar habilidades por ele ou ela ter prática com o equipamento que será utilizado nos cuidados pessoais em casa.
- Déficits sensoriais (Cap. 49) que afetam a capacidade do paciente em compreender ou acompanhar o ensino.
- Nível de leitura do paciente – Este é muitas vezes difícil de avaliar, porque os pacientes que são analfabetos funcionais são capazes de escondê-lo usando desculpas como não ter tempo ou não ser capaz de ver. Uma forma de avaliar o nível de leitura de um paciente e o nível de compreensão é pedir ao paciente para ler as instruções de um folheto educativo e, em seguida, explicar o seu significado (discussão sobre Letramento em Saúde a seguir).
- Nível de desenvolvimento do paciente – Isso influencia a seleção de abordagens de ensino (Quadro 25-3).
- Função cognitiva do paciente, incluindo memória, conhecimento, associação e julgamento
- Dor, fadiga, depressão, ansiedade ou outros sintomas físicos ou psicológicos que interferem na capacidade de manter a atenção e participação – Em ambientes de cuidados agudos, a condição física do paciente pode facilmente impedi-lo paciente de aprender.

Ambiente de Ensino

O ambiente para uma sessão de ensino precisa ser propício à aprendizagem. Avalie os seguintes fatores ambientais:

- Distrações ou ruído persistente – Uma zona calma é essencial para focar sobre o tema e para uma aprendizagem eficaz.
- Conforto da sala, incluindo a ventilação, temperatura, iluminação, mobiliário e tamanho
- Comodidades da sala e equipamentos disponíveis

Recursos da Aprendizagem

Com frequência, o paciente requer o apoio dos membros da família ou outros significativos. Se esse apoio é necessário, avalie a prontidão e

capacidade dos cuidadores familiares de aprender as informações necessárias para o cuidado do paciente. Também reveja recursos dentro do ambiente doméstico. Avalie o seguinte:

- A vontade do paciente de ter cuidadores familiares envolvidos no plano de ensino e no fornecimento de cuidados de saúde – As informações sobre os cuidados à saúde de um paciente são confidenciais, salvo se o paciente escolhe compartilhá-las. Por vezes, é difícil para um paciente aceitar a ajuda do cuidador familiar, especialmente quando as funções corporais estão envolvidas.
- As percepções do cuidador familiar e a compreensão da doença do paciente e suas implicações – A percepção dos cuidadores familiares deve coincidir com as do paciente; caso contrário, os conflitos ocorrem no plano de ensino.
- Vontade e capacidade do cuidador familiar de participar dos cuidados – Se um paciente escolhe compartilhar as informações sobre o seu estado de saúde com membros da família, estes precisam ser responsáveis, dispostos, e física e cognitivamente capazes de auxiliar nas atividades dos cuidados tais como tomar banho ou administração de medicamentos. Nem todos os membros da família atendem a esses requisitos.
- Recursos – Estes incluem recursos financeiros ou materiais, tais como ter a capacidade de obter equipamentos de saúde.
- Ferramentas de ensino, incluindo folhetos, materiais audiovisuais ou cartazes – O material impresso deve apresentar a informação atual que esteja escrita de forma clara e lógica e que corresponda ao nível de leitura do paciente.

Letramento ou Alfabetização em Saúde e as Dificuldades de Aprendizagem

As pesquisas mostram que o letramento em saúde é um forte preditor do estado de saúde de uma pessoa (Osborn et al., 2011). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) define o **letramento em saúde** como as habilidades cognitivas e sociais que determinam a

motivação e a capacidade dos indivíduos de ganhar acesso a informação, compreendê-la e utilizá-la de forma a promover e manter uma boa saúde. O letramento em saúde diz respeito não só à capacidade do paciente de ler e compreender as informações relacionadas com a saúde, mas também a ter as habilidades para resolver os problemas, articular e tomar decisões de saúde apropriadas (Ingram, 2011). As pessoas com maior probabilidade de estarem em risco de baixo letramento em saúde incluem os idosos (com 65 anos ou mais), populações minoritárias, as populações imigrantes, pessoas de baixa renda e pessoas com condições crônicas de saúde mental e/ou física. Por exemplo, cerca de metade dos beneficiários do Medicare/ Medicaid leem abaixo do nível da quinta série (National Network of Libraries of Medicine, 2014).

Analfabetismo funcional, a incapacidade de ler acima do nível da quinta série, é um grande problema na América hoje. A Pesquisa Nacional de Avaliaçao de Adultos Alfabetizados (National Assessment of Adult Literacy Survey [NAALS]), realizada em 2003 pelo Centro Nacional de Estatísticas de Educação (National Center for Education Statistics), avaliou o grau de competência da alfabetização em americanos com mais de 16 anos (Kutner et al., 2006). Os resultados de uma pesquisa realizada pelo Departamento de Educação dos Estados Unidos em 2015, o Instituto Nacional de Alfabetização/ National Institute of Literacy (Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2015) constatou que 32 milhões de adultos americanos estavam abaixo dos níveis básicos de letramento em saúde. Os adultos mais velhos, homens, pessoas que não falavam Inglês antes de entrar na escola, as pessoas que vivem abaixo do nível de pobreza e as pessoas sem o Ensino Médio tendem a ter valores de letramento em saúde mais baixos.

Para agravar o problema, a linguagem do material de educação para a saúde impresso é muitas vezes acima do nível de leitura do paciente, o que pode levar a erros de interpretação e pode impedir os doentes de pedirem ajuda (Gargoum e O'Keeffe, 2014; Protheroe et al., 2015). Essa discrepância resulta em riscos para a saúde. O letramento em saúde é um dos mais importantes preditores dos

resultados de saúde. Os estudos têm demonstrado que pacientes com baixos níveis de letramento são de 1,5 a 3 vezes mais propensos a experimentar os resultados adversos para a saúde e um risco aumentado para a hospitalização que aqueles com níveis mais elevados de escolaridade (Kasabwala et al., 2012). Para garantir a segurança do paciente, todos os profissionais de saúde precisam assegurar que a informação seja apresentada de forma clara e culturalmente sensível (TJC, 2015a). Tanto a Associação Médica Americana/American Medical Association (AMA) como o Instituto Nacional de Saúde/National Institutes of Health (NIH) recomendam que os materiais de educação em saúde sejam escritos em linguagem compatível com o nível da sexta série ou inferior (Kasabwala et al., 2012).

Visto que o letramento em saúde influencia a forma como você transmite as estratégias de ensino, é fundamental que você possa avaliá-lo antes de fornecer as instruções ao paciente. A avaliação do letramento em saúde é um desafio, especialmente em ambientes clínicos ocupados onde muitas vezes há pouco tempo para conduzir uma avaliação completa do letramento em saúde. No entanto, todos os profissionais de saúde precisam identificar os problemas e fornecer a educação adequada para as pessoas que têm necessidades especiais de letramento em saúde (TJC, 2015a). A pesquisa mostra que muitos americanos leem e compreendem a informação que está 3 a 5 anos abaixo do seu último ano de educação formal.

Para avaliar o letramento em saúde, peça aos pacientes para executar as habilidades de alfabetização simples. Por exemplo, o paciente pode ler um rótulo de medicação para você corretamente? Depois de dar uma explicação simples de 1 minuto sobre um programa de dieta ou exercício, o paciente pode explicá-lo para você? O paciente pode descrever corretamente em suas próprias palavras as informações em um comunicado por escrito? A maioria das pessoas com baixo letramento em saúde diz que são bons leitores, mesmo que eles não possam ler (Lee et al., 2010). Uma variedade de ferramentas de rastreio está disponível para o teste de letramento. O Teste de Desempenho de Amplo Alcance/Wide Range Achievement Test

(WRAT 3) é um teste de reconhecimento de palavras que avalia a leitura, escrita e aritmética para os pacientes de 5 a 74 anos. O teste Estimativa Rápida de Letramento Funcional em Saúde/Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) usa a pronúncia de termos dos cuidados em saúde para determinar a capacidade do paciente de ler o vocabulário médico. O teste de Cloze, usado para avaliar a compreensão de materiais de educação em saúde, pede aos pacientes para preencher os espaços em branco presentes na escrita de um parágrafo.

Além do analfabetismo, avalie os pacientes para dificuldades de aprendizagem. Por exemplo, muitos comportamentos de cuidados pessoais exigem uma compreensão da matemática, incluindo a computação e frações. Se uma deficiência de aprendizagem prejudica a capacidade do paciente de utilizar eficazmente as habilidades de matemática, o ensino é um desafio, especialmente quando se tenta ensinar-lhe sobre as dosagens complexas dos medicamentos e frequência. Apesar de não ser considerada uma dificuldade de aprendizagem, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (THDA) também afeta a capacidade do paciente em aprender. Os pacientes com THDA frequentemente experimentam a negligência, hiperatividade e impulsividade, o que torna difícil para eles manter o foco durante as sessões de ensino, tornando a aprendizagem um desafio (Learning Disabilities Association of America, 2015).

Os pacientes com baixo letramento em saúde ou dificuldades de aprendizagem podem ter vergonha de não serem capazes de compreendê-lo e muitas vezes tentam mascarar a sua incapacidade de compreender a informação. Portanto, certifique-se de que você é sensível e mantenha um relacionamento terapêutico com os seus pacientes ao avaliar sua capacidade de aprender. Apreciar as qualidades únicas de seus pacientes ajuda a garantir a segurança e efetividade dos cuidados ao paciente (QSEN, 2014).

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Depois de avaliar as informações relacionadas com a capacidade do doente e o que precisa aprender, interprete os dados e o conjunto de

características definidoras para formar os diagnósticos que refletem as suas necessidades específicas de aprendizagem ou os fatores que afetam a capacidade de aprender (Quadro 25-5). Isso garante que o ensino será uma meta dirigida e individualizada. Se um paciente tem várias necessidades de aprendizagem, o diagnóstico em enfermagem guia o estabelecimento de prioridades. Quando o diagnóstico de enfermagem é *Conhecimento Deficiente*, a declaração de diagnóstico descreve o tipo específico de necessidade de aprendizagem e sua causa (p.ex., *Conhecimento Deficiente* sobre um procedimento cirúrgico relacionado com a falta de lembrança e exposição à informação). Os pacientes frequentemente necessitam de educação para apoiar a resolução dos seus vários problemas de saúde. Exemplos de diagnóstico de enfermagem que indicam uma necessidade de educação incluem os seguintes:

Quadro 25-5

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Conhecimento Deficiente (Psicomotor) sobre o Uso de Muletas Relacionado com a Falta de Experiência

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
O paciente descreveu como andar com muletas.	Estados do paciente em que ele ou ela não recebeu informações sobre o uso de muletas.
	Paciente faz perguntas sobre como usar muletas.
O paciente demostrou o andar com muleta de três pontos sobre superfícies planas e escadas.	Paciente usa muletas inadequadas.
	Paciente não pode subir ou descer escadas com muletas.

- *Conflito de Decisão*
- *Conhecimento Deficiente (Afetivo, Cognitivo, Psicomotor)*
- *Manutenção Ineficaz da Saúde*
- *Não Adesão*
- *Prontidão para Melhorar o Controle de Saúde*

- *Autonegligência*

Quando você pode gerenciar ou eliminar problemas de saúde por meio da educação, o fator relacionado com uma declaração de diagnóstico é o *Conhecimento Deficiente*. Por exemplo, um adulto idoso tendo dificuldade em gerir um regime de medicação que envolve uma série de medicamentos recém-prescritos que ele tem que tomar em diferentes momentos do dia. O diagnóstico de enfermagem é *Manutenção da Saúde Ineficaz relacionada com o conhecimento deficiente sobre o esquema de medicamentos*. Nesse caso, educar o paciente sobre os medicamentos e os programas de dosagem corretos melhora a sua capacidade de programar e tomá-los como prescrito. Quando você identifica as condições que causam obstáculos à aprendizagem ineficiente (p.ex., diagnóstico de enfermagem da *Dor Aguda* ou *Intolerância à Atividade*), o ensino está inadequado. Nesses casos, atrase o ensino até que o diagnóstico de enfermagem esteja resolvido ou o problema de saúde controlado.

◆ Planejamento de Enfermagem

Depois de determinar o diagnóstico de enfermagem que identifica as necessidades de aprendizagem do paciente, desenvolva um plano de ensino, determine as metas e resultados esperados e envolva o paciente ao selecionar experiências de aprendizagem (Plano de Cuidado de Enfermagem, mais adiante). Os resultados esperados de um plano de educação são os objetivos de aprendizado. Eles orientam a escolha de estratégias de ensino e abordagens com um paciente. A participação do paciente garante um plano mais relevante e significativo.

Metas e Resultados

As metas de educação em saúde identificam o que o paciente precisa alcançar para obter uma melhor compreensão das informações prestadas e gerir melhor a sua doença (p.ex., "alcançar o autocuidado com a estomia"). Os resultados descrevem os comportamentos que identificam a capacidade do paciente para realizar algo sobre a

conclusão do ensino tais como esvaziar a bolsa de colostomia ou administrar uma injeção. Ao desenvolver os resultados, as condições ou prazos precisam ser realistas e satisfazer as necessidades do paciente (p.ex., "identificará os efeitos secundários da aspirina na alta"). Considerar as condições sob as quais o doente ou familiar vão tipicamente executar o comportamento (p.ex., "caminha do quarto para banheiro usando muletas"). Se possível, inclua o paciente no estabelecimento de metas de aprendizagem e resultados e servir como um recurso na definição dos critérios mínimos de sucesso.

Em alguns ambientes de cuidados de saúde os enfermeiros desenvolvem planos de ensino escrito. O plano de ensino inclui tópicos de instrução, recursos (p.ex., equipamentos, folhetos de ensino e encaminhamento para programas educacionais especiais), recomendações que envolvem a família e os objetivos do plano de ensino. Alguns planos são muito detalhados, enquanto outros estão em forma de esboço. Os planos de autocontrole das doenças crônicas detalhadas (CDSMP), tais como aqueles usados com os pacientes que sofrem de diabetes tipo 2, têm sido mostrados apresentando resultados nas melhorias significativas dos indicadores de saúde e comportamento (Lorig et al., 2013). Use o plano para fornecer continuidade de instrução. Quanto mais específico for, mais fácil é de seguir.

O ambiente influencia a complexidade de qualquer plano de ensino. Em ambientes de cuidados agudos, os planos são concisos e focados nas principais necessidades de aprendizagem do paciente, porque há um tempo limitado para o ensino. Aqueles para o ambiente domiciliar e ambulatorial são quase sempre mais abrangentes em seu escopo, porque muitas vezes você tem mais tempo para ensinar os pacientes, e estes muitas vezes são menos ansiosos no regime ambulatorial.

Definir Prioridades

Inclua o paciente ao determinar as prioridades da educação em saúde. Estas se baseiam nas necessidades imediatas de um paciente, no diagnóstico de enfermagem e nas metas e resultados estabelecidos para ele ou ela. As prioridades também dependem do que o paciente

percebe ser o mais importante, do seu nível de ansiedade e da quantidade de tempo disponível para ensinar. As necessidades de aprendizagem de um paciente são definidas por ordem de prioridade. Por exemplo, um paciente recentemente diagnosticado com uma doença arterial coronariana tem *Conhecimento Deficiente relacionado com a doença e suas implicações*. Ele se beneficia mais em aprender primeiramente sobre a forma correta de tomar nitroglicerina e por quanto tempo esperar antes de pedir ajuda quando ocorre a dor no peito. Depois de ajudar a satisfazer as necessidades dos doentes relacionados com a sobrevivência básica, você pode discutir outros temas, tais como exercício e alterações nutricionais.

Escolha do Momento

Quando é o momento certo para ensinar? Antes de um paciente entrar em um hospital? Quando um paciente entra pela primeira vez em uma clínica? Na alta? Em casa? Todo local é apropriado, porque os pacientes continuam a ter necessidades de aprendizagem enquanto eles permanecem no sistema de cuidados de saúde. Planeje atividades de ensino por um tempo quando um paciente está mais atento, receptivo e alerta, e organize as atividades do paciente para fornecer tempo para descanso e interações de aprendizagem do ensino.

Às vezes, a escolha do momento é difícil, porque a ênfase é com frequência sobre a alta do paciente de um hospital. Por exemplo, leva vários dias após a cirurgia para o paciente estar alerta e confortável o suficiente para aprender. No momento em que um paciente se sente pronto para aprender, a alta já tem data marcada. Portanto, para melhorar os resultados dos pacientes, antecipe suas necessidades educacionais antes que elas ocorram e envolva a família, se possível.

Embora as sessões de ensino prolongadas causem diminuição da concentração e atenção, certifique-se de que elas não sejam muito breves. O paciente precisa de tempo para compreender as informações e dar um *feedback*. É mais fácil para os pacientes tolerarem e manterem o interesse no material durante as sessões frequentes com duração de 10 a 15 minutos. No entanto, fatores como menor tempo de internação e ausência de reembolso do seguro para as sessões de educação

ambulatorial necessitam frequentemente de sessões de ensino mais longas.

A frequência das sessões depende das habilidades do educando e da complexidade do material. Por exemplo, uma criança recém-diagnosticada com diabetes requer mais visitas a um centro ambulatorial que um adulto mais velho que tenha diabetes há 15 anos e viva em casa. Certifique-se de que os intervalos entre as sessões de ensino não sejam tão longos que o paciente se esqueça das informações. Os enfermeiros de cuidados domiciliares com frequência reforçam a aprendizagem durante as visitas domiciliares quando o paciente recebe alta do hospital.

Organizar o Material de Ensino

Um educador eficaz considera cuidadosamente a ordem ou informações para apresentar. Quando uma enfermeira tem um relacionamento contínuo com um paciente, como no caso da casa de saúde ou controle de casos, um esboço do conteúdo ajuda a organizar as informações em uma sequência lógica. O material necessita progredir do simples para o complexo, porque uma pessoa tem de aprender os fatos e conceitos simples antes de aprender a fazer associações ou interpretações complexas das ideias. A equipe de enfermeiros em um ambiente de cuidados agudos muitas vezes se concentra nos conceitos simples e mais essenciais, ao passo que os enfermeiros de cuidados domiciliares podem lidar melhor com as questões complexas. Por exemplo, para ensinar uma mulher como alimentar seu marido, que tem uma sonda gástrica, primeiro a enfermeira ensina a esposa a modo de medir a sonda para alimentação e de manipular o equipamento. Uma vez que a esposa tenha conseguido isso, o processo de administração da alimentação ocorre.

Comece a instrução com o conteúdo essencial, porque os pacientes são mais propensos a lembrar de informações que você ensina no início da sessão de ensino. Por exemplo, imediatamente após a remoção cirúrgica de um tumor maligno do peito, um paciente tem muitas necessidades de aprendizagem. Para garantir que todo o

material essencial seja coberto, comece com conteúdo considerado de alta prioridade, tal como a forma de monitorar o local da incisão para detectar sinais de infecção; lidar com os aspectos emocionais de um diagnóstico de câncer e completar a sessão de ensino com um conteúdo informativo, mas menos crucial. A repetição reforça a aprendizagem. Um resumo conciso do conteúdo fundamental ajuda o educando a se lembrar das informações mais importantes (Bastable, 2014).

Trabalho em Equipe e Colaboração

Durante o planejamento para a escolha dos métodos de ensino adequados, encoraje o paciente a oferecer sugestões e realizar encaminhamentos para outros profissionais de saúde (p.ex., nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos ou terapeutas ocupacionais), quando apropriado. Como um(a) enfermeiro(a), você é o principal membro da equipe de saúde responsável por garantir que todas as necessidades educacionais do paciente sejam atendidas. Contudo, às vezes as necessidades do paciente são altamente complexas. Nesses casos, identifique os recursos de educação em saúde dentro do sistema de cuidados de saúde ou da comunidade durante o planejamento. Os exemplos de recursos para a educação em saúde incluem as clínicas de educação em diabetes, programas de reabilitação cardíaca, aulas de pré-natal e grupos de apoio. Quando os pacientes recebem educação e apoio a partir desses tipos de recursos, o(a) enfermeiro(a) obtém uma ordem de encaminhamento, se necessário, encoraja os pacientes a participar de sessões educacionais e reforça a informação ensinada. Os profissionais que se especializam em uma determinada necessidade de saúde (p.ex., especialistas em tratamento de feridas ou ostomia) são essenciais para a educação bem-sucedida do paciente.

◆ Implementação

A implementação da educação em saúde depende da sua capacidade de analisar criticamente os dados de avaliação para formar os

diagnósticos que identificam as necessidades de aprendizagem dos pacientes. Com base nos diagnósticos, você desenvolve um plano de ensino (Plano de Cuidado, posteriormente). Avalie cuidadosamente os objetivos da aprendizagem e determine quais os princípios mais eficazes de ensino e aprendizagem e eficientemente ajude o paciente a encontrar as metas e resultados esperados. A implementação envolve acreditar que cada interação com o paciente é uma oportunidade para ensinar. Use intervenções baseadas em evidências para criar um ambiente de aprendizagem eficaz.

Manter a Atenção na Aprendizagem e Participação

A participação ativa é a chave para a aprendizagem. As pessoas aprendem melhor quando mais de um dos sentidos é estimulado. Os recursos audiovisuais e encenação são boas estratégias de ensino. Ao experimentar ativamente um evento de aprendizagem, a pessoa tem mais probabilidade de reter o conhecimento. As ações de um educador também aumentam a atenção do educando e interesse. Ao conduzir uma discussão com um educando, o educador permanece ativo por mudar o tom e intensidade da sua voz, fazendo contato com os olhos, e usando gestos que acentuem os pontos-chave da discussão. Um educador eficaz envolve educandos e fala e se move entre o grupo em vez de permanecer estático atrás de um púlpito ou mesa. Um educando permanece interessado em um educador que está ativamente entusiasmado com o assunto em discussão.

Base no Conhecimento Existente

Um paciente aprende melhor com base nas habilidades cognitivas e conhecimentos preexistentes. Assim, um educador é mais eficaz quando ele ou ela apresenta informações que se baseiam no conhecimento existente do educando. Um paciente perde rapidamente o interesse se uma enfermeira começa com informações familiares. Por exemplo, um paciente que viveu com esclerose múltipla por vários anos está começando um novo medicamento que é administrado por via subcutânea. Antes de ensinar o paciente como se prepara o

medicamento e administra a injeção, a enfermeira pergunta a ele ou a ela sobre experiências anteriores com injeções. Na avaliação, a enfermeira descobre que o pai do paciente tinha diabetes, e o paciente administrava as injeções de insulina. A enfermeira individualiza o plano de ensino com base nos conhecimentos prévios do paciente e experiência com injeções de insulina.

Plano de cuidado de enfermagem

Conhecimento Deficiente: Procedimento Cirúrgico

Histórico de enfermagem

Connie, uma enfermeira do consultório de um cirurgião, está preparando Sr. Holland para uma ressecção do cólon, que está programada em 1 semana. Sr. Holland tem 75 anos e foi recentemente diagnosticado com câncer colorretal. A avaliação de Connie incide sobre a disponibilidade do Sr. Holland para aprender e fatores que afetam sua capacidade de compreender o procedimento e cuidados pós-operatórios relacionados.

Atividades do Histórico de Enfermagem*	Achados/ Características Definidoras
Avaliar a prontidão do Sr. Holland para aprender e perguntar o que o seu médico primeiramente já lhe disse sobre a cirurgia.	Sr. Holland responde: **"Não posso lembrar o que o médico me disse quando eu o vi na semana passada,** mas eu preciso saber como cuidar de mim mesmo. Minha cirurgia está marcada para a próxima semana."
Pedir ao Sr. Holland para explicar o que ele sabe sobre cuidados pós-operatórios, incluindo a realização de uma demonstração do retorno da respiração e tosse profundas.	**Sr. Holland é incapaz de descrever os cuidados pós-operatórios ou fornecer retorno de uma demonstração de respiração e tosse profundas.**
Observar o comportamento do Sr. Holanda durante visita ao consultório.	Sr. Holland afirma que ele está ansioso, mas faz perguntas inapropriadas. Ele mantém um bom contato com a enfermeira.
Perguntar ao paciente como ele prefere aprender.	Sr. Holland diz: "Eu sou um aprendiz visual."

* **Características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento Deficiente: procedimento cirúrgico relacionado com a falta de lembrança e exposição à

informação

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	**Resultados Esperados (NOC)**†
	Conhecimento: Procedimentos do Tratamento
Sr. Holland descreverá as atividades pré-operatórias e pós-operatórias antes da cirurgia.	Sr. Holland verbaliza a compreensão do procedimento cirúrgico, o acompanhamento pós-operatório e as atividades planejadas no dia da cirurgia.
Sr. Holland participará no cuidado pós-operatório durante a hospitalização.	Sr. Holland demonstra a respiração profunda e tosse.
	Sr. Holland avança o seu nível de atividade física após a cirurgia.

† Rótulos da classificação de resultados de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	*JUSTIFICATIVA*
Prontidão para Melhorar a Aprendizagem	
Fornecer um ambiente não ameaçador na área da consulta. Sentar-se com o paciente e incentivar qualquer dúvida durante a instrução.	A aprendizagem do paciente adulto é reforçada quando o paciente está pronto para aprender e quando ele ou ela percebe que a informação é importante (Bastable, 2014).
Facilitação da Aprendizagem	
Oferecer ao Sr. Holland ensino das modalidades que correspondem à sua preferência de aprendizagem (p.ex., folhetos e DVDs descrevendo os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios) enquanto explica os cuidados pré-operatório e pós-operatório.	Proporcionar aos pacientes métodos educacionais que utilizem vários sentidos é eficaz na educação dos idosos. Os idosos preferem folhetos escritos em fontes grandes (Meiner, 2014).
Explicar as atividades de cuidados pós-operatórios, incluindo a monitorização frequente; demonstrar a respiração e tosse profundas; e fazer com que o Sr. Holland execute a demonstração de retorno.	Melhorar a autoeficácia usando um bom simulador e tendo o paciente realizado os comportamentos para melhorar o sucesso na adoção de comportamentos saudáveis (Bandura, 1997).

‡ Rótulos das Intervenções de Enfermagem (NIC) de Bulechek GM, Butcher HK, and Dochterman JM: *Nursing interventions classification (NIC)*, ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
	Resposta do Paciente/	

Ações de Enfermagem	Achados	Alcance de Resultado
Pedir para o Sr. Holland para descrever o que vai acontecer antes e após a cirurgia.	Sr. Holland é capaz de afirmar a compreensão das atividades de atendimento pré-operatórias e pós-operatórias.	O nível de ansiedade do Sr. Holland diminuiu, e ele relata que está pronto para a cirurgia.
Observe como o paciente demonstra a respiração e tosse profundas e avança a sua atividade após a cirurgia.	Sr. Holland é capaz de respirar e tossir profundamente após a cirurgia, mas ele hesita em avançar o seu nível de atividade.	Paciente não alcançou totalmente o resultado do avanço da atividade após a cirurgia. Gerir as barreiras que inibem a realização destes resultados (p.ex., dor) e continuar a incentivar e educar o paciente.

Abordagens de Ensino

Uma abordagem de enfermagem no ensino é diferente dos métodos de ensino. Algumas situações exigem um educador para ser direto. Outros requerem uma abordagem não direta. Um educador eficaz concentra-se na tarefa e usa abordagens de ensino de acordo com as necessidades do educando. As necessidades e motivações do educando mudam frequentemente ao longo do tempo. Assim, o educador eficaz é sempre consciente da necessidade de modificar as abordagens de ensino.

Narrativa

Use a abordagem narrativa quando ensinar informações limitadas (p.ex., a preparação de um paciente para um procedimento de diagnóstico emergente). Se um paciente está muito ansioso, mas é vital a informação a ser dada, a narrativa é eficaz. Ao usar a narrativa, a(o) enfermeira (o) descreve a tarefa que o paciente vai executar e dá instruções explícitas. Não há oportunidade para um *feedback* com este método.

Participativa

Na abordagem participativa, um(a) enfermeiro(a) e o paciente estabelecem objetivos e envolvem-se no processo de aprendizagem em conjunto. O paciente ajuda a decidir o conteúdo, e a enfermeira orienta e aconselha o paciente com informações pertinentes. Nesse

método, há uma oportunidade para a discussão, *feedback*, estabelecimento de metas mútuas e a revisão do plano de ensino. Por exemplo, o pai de uma criança com leucemia aprende a cuidar da criança em casa e a reconhecer os problemas que precisam ser comunicados imediatamente. O pai e o(a) enfermeiro(a) colaboram no desenvolvimento de um plano de ensino adequado. Após cada sessão de ensino estar completa, o pai e o(a) enfermeiro(a) revisam os objetivos juntos, determinam se os objetivos foram cumpridos e planejam o que será abordado na próxima sessão.

Confiança

A abordagem da confiança fornece ao paciente a oportunidade de gerir seus cuidados pessoais. O paciente aceita as responsabilidades e executa as tarefas corretamente e de forma consistente. O enfermeiro observa o progresso do paciente e permanece disponível para ajudar sem introduzir mais novas informações. Por exemplo, um paciente tem gerido bem a diabetes tipo 2 durante 10 anos com medicamentos orais, dieta e exercício. No entanto, há 1 ano, a diabetes alterou, e era difícil de controlar o seu nível de glicose. Como resultado, os medicamentos orais foram interrompidos, e a insulina foi adicionada ao seu plano de autocontrole.

Devido à artrite em seus quadris, o paciente agora precisa andar em vez de correr durante o exercício. O paciente entende como ajustar a insulina enquanto se exercita para evitar a hipoglicemia. O enfermeiro instrui o paciente sobre o novo tratamento com prescrição de exercícios e permite que ele ou ela ajuste as doses de insulina de forma independente.

Reforçar

O **reforço** requer o uso de um estímulo para aumentar a probabilidade de uma resposta desejada. Um educando que recebe reforço antes ou depois de um comportamento de aprendizagem desejado é mais propenso a repetir esse comportamento. Os reforços podem ser positivos ou negativos. O reforço positivo, como um sorriso ou elogio verbal, promove os comportamentos desejados. Embora o reforço

negativo, como franzir a testa ou criticar, possa diminuir uma resposta indesejada, pode também desencorajar a participação e fazer com que o educando se retire (Bastable, 2014). Os efeitos do reforço negativo são menos previsíveis e muitas vezes indesejáveis.

Os reforços vêm na forma de reconhecimentos sociais (p.ex., balançar a cabeça, sorrisos, palavras de encorajamento), atividades prazerosas (p.ex., caminhadas ou hora do recreio) e recompensas tangíveis (p.ex., brinquedos ou comida). A escolha de um reforço adequado para alterar o comportamento requer uma observação cuidadosa da resposta de um indivíduo a estímulos específicos. Quando um enfermeiro trabalha com um paciente, as maiorias dos reforços são sociais; no entanto, os reforços materiais podem funcionar bem com as crianças. Para os adultos, o reforço é mais eficaz quando o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica com o paciente. Seja qual for a forma, é importante que o reforço acompanhe de perto o comportamento desejado. O momento da escolha é essencial para que uma clara correlação entre o comportamento desejado e a recompensa seja estabelecida (Bastable, 2014).

Incorporação do Ensino ao Cuidado de Enfermagem

Muitos enfermeiros acham que eles são capazes de ensinar de forma mais eficaz durante o cuidado de enfermagem. Isso se torna mais fácil à medida que ganham confiança em suas habilidades clínicas. Por exemplo, enquanto pendura o sangue você explica ao paciente por que o sangue é necessário e os sintomas de uma reação transfusional que precisam ser reportados imediatamente. Outro exemplo é o que explica os efeitos colaterais de um medicamento durante a sua administração. Um estilo informal e desestruturado baseia-se na relação terapêutica positiva entre o enfermeiro e o paciente, o que favorece a espontaneidade no processo de ensino-aprendizagem. Ensinar durante o cuidado de rotina é eficiente e rentável (Fig. 25-2).

FIGURA 25-2 Ensino sobre os cuidados pós-operatórios enquanto caminha com o paciente usando o tempo de forma eficiente.

Métodos Instrucionais

Escolha os métodos de ensino que correspondam às necessidades de aprendizagem do paciente, o tempo disponível para o ensino, o ambiente, os recursos disponíveis e seu nível de conforto com o ensino. Os educadores qualificados são flexíveis em alterar os métodos de ensino de acordo as respostas de um educando. Um educador experiente usa uma variedade de técnicas e auxílios de ensino. Não espere ser um educador especialista quando entrar pela primeira vez em uma prática de enfermagem. Aprender a se tornar um educador eficaz leva tempo e prática.

A primeira iniciativa para ensinar os pacientes ajuda lembrar que eles enxergam você como um *expert*. No entanto, isso não significa que eles esperem que você tenha todas as respostas. Significa simplesmente que eles esperam que você vá mantê-los devidamente informados. Os enfermeiros eficazes mantêm o plano de ensino simples e focado nas necessidades dos pacientes.

Discussão Individual

Talvez o método instrucional mais comum seja a discussão individual. Ao ensinar um paciente à beira do leito, em um consultório médico ou em casa, o enfermeiro compartilha informações diretamente. Você costuma dar informações de uma maneira informal, permitindo que o paciente faça perguntas ou compartilhe suas preocupações. Use vários recursos de ensino, tais como simuladores ou diagramas durante a discussão, dependendo das necessidades de aprendizagem do paciente. Use as discussões não estruturadas e informais quando for ajudar os pacientes a entenderem as implicações da doença e maneiras de lidar com os causadores de estresse da saúde.

Instrução em Grupo

Você pode optar por ensinar os pacientes em grupos por causa das vantagens associadas a esse tipo de ensino. Os grupos são uma maneira econômica para ensinar um número de pacientes de uma só vez, e os pacientes são capazes de interagir uns com os outros e aprender com as experiências dos outros. Aprender em um grupo de

seis ou menos é mais eficaz e evita comportamentos de distração. A instrução baseada em grupo também resulta na melhoria da satisfação do paciente e habilidades de autocontrole (Steinsbekk et al., 2012). Muitas vezes, a instrução em grupo envolve tanto palestras como discussão. As palestras são altamente estruturadas e eficientes em ajudar os grupos de pacientes a aprenderem o conteúdo-padrão sobre um assunto. Uma palestra não garante que os educandos estejam pensando ativamente sobre o material apresentado; assim, as sessões de discussão e prática são essenciais. Após uma palestra, os educandos precisam da oportunidade de partilhar ideias e pedir esclarecimentos. As discussões em grupo permitem que pacientes e familiares aprendam uns com os outros como eles analisam as experiências comuns. Um grupo de discussão produtivo ajuda os participantes a resolver problemas e encontrar soluções para melhorar a saúde de cada membro. Para ser um líder de grupo efetivo, você orienta a sua participação, reconhecendo um olhar de interesse, fazendo perguntas e resumindo os pontos-chave adotados no envolvimento do grupo. No entanto, nem todos os pacientes se beneficiam de discussões em grupo; algumas vezes, o nível físico ou emocional de bem-estar torna a participação difícil ou impossível.

Instrução Preparatória

Os pacientes frequentemente enfrentam os testes ou procedimentos não familiares que criam ansiedade significativa sobre o procedimento e resultado. Fornecer informações sobre os procedimentos muitas vezes diminui a ansiedade, porque isso dá aos pacientes uma melhor ideia do que esperar durante os seus procedimentos, o que lhes proporciona uma sensação de controle. O mais conhecido é menos ameaçador que o desconhecido. Use as seguintes diretrizes para dar as explicações preparatórias:

- Descrever as sensações físicas durante um procedimento. Por exemplo, ao extrair uma amostra de sangue, explique que o paciente vai sentir uma sensação de picar à medida que a agulha perfura a pele.
- Descreva a causa da sensação, evitando erros de interpretação da

experiência. Por exemplo, explicar que uma picada de agulha queima, porque o álcool utilizado para limpar a pele entra no local da punção.

- Preparar os pacientes apenas para os aspectos da experiência que os outros têm comumente notado. Por exemplo, explicar que é normal um torniquete apertado faça a pessoa sentir um formigamento e dormência na mão.
- Certificar-se de que os pacientes sabem quando os resultados estarão disponíveis e quem os informará sobre os resultados de seus exames e procedimentos.

Demonstrações

Use as demonstrações ao ensinar habilidades psicomotoras, tais como a preparação de uma seringa, dar um banho no bebê, andar com muletas ou verificar a pulsação. As demonstrações são mais eficazes quando os educandos primeiro observam o educador e, durante uma **demonstração de retorno**, têm a oportunidade de praticar o procedimento. Combine a demonstração com discussão para esclarecer conceitos e sentimentos. Uma demonstração eficaz requer um planejamento avançado:

1. Certificar-se de que o educando pode ver cada etapa da demonstração facilmente. Posicionar o educando para fornecer uma visão clara do procedimento que está sendo realizado.
2. Montar e organizar o equipamento. Certificar-se de que todo o equipamento funciona.
3. Executar cada passo lentamente e com precisão em sequência enquanto analisa o conhecimento e os procedimentos envolvidos e permitir que o paciente lide com o equipamento.
4. Rever a lógica e os passos do procedimento.
5. Encorajar o paciente a fazer perguntas para que ele ou ela entenda cada passo.
6. Julgar a velocidade adequada e o momento da demonstração, com base nas habilidades cognitivas do paciente e o nível de ansiedade.
7. Para demonstrar o domínio da habilidade, o paciente tem que

realizar uma demonstração de retorno sob as mesmas condições que vão ser experimentadas em casa ou no local em que o procedimento será realizado. Por exemplo, quando um paciente precisa aprender a andar com muletas, estimule-o no ambiente doméstico. Se a casa do paciente tem escadas, os pacientes devem praticar subindo e descendo uma escadaria no hospital.

Analogias

A aprendizagem ocorre quando um educador traduz a linguagem complexa ou ideias em palavras ou conceitos que um paciente entenda. As **analogias** complementam a instrução verbal com imagens familiares que tornam a informação complexa mais real e compreensível. Por exemplo, quando estiver explicando a pressão arterial, use uma analogia do fluxo de água através de uma mangueira. Siga estes princípios gerais ao usar analogias:

- Estar familiarizado com o conceito.
- Conhecer a bagagem, as experiências e a cultura do paciente.
- Manter a analogia simples e clara.

Encenação

Durante a encenação as pessoas são convidadas a encenar elas mesmas ou alguma outra pessoa. Os pacientes aprendem as habilidades necessárias e se sentem mais confiantes em ser capazes de realizá-las de forma independente. A técnica consiste em ensaiar um comportamento desejado. Por exemplo, uma enfermeira que está ensinando um pai a como responder ao comportamento de uma criança finge ser uma criança que está tendo um acesso de raiva. O pai responde à enfermeira que está fingindo ser a criança. Depois, a enfermeira avalia a resposta do pai e determina se uma abordagem alternativa teria sido mais apropriada.

Simulação

A simulação é uma técnica útil para a resolução de problemas de ensino, aplicação e pensamento independente. Durante uma discussão individual ou em grupo, você representa um problema pertinente ou

uma situação para os pacientes resolverem. Por exemplo, pacientes com doença cardíaca planejam uma refeição com baixo teor de colesterol e gordura. Os pacientes no grupo decidem quais os alimentos são adequados. Você pede aos membros do grupo para apresentar a sua dieta, proporcionando uma oportunidade para identificar os erros e reforçar a informação correta.

Analfabetismo e Outras Deficiências

As implicações do baixo letramento em saúde, analfabetismo e dificuldades de aprendizagem incluem uma capacidade diminuída para analisar as instruções ou sintetizar informações. Além disso, muitos desses pacientes não adquiriram ou são incapazes de adquirir as habilidades de resolução de problemas a fim de tirar conclusões e inferências a partir da experiência, e eles não fazem perguntas para obter ou esclarecer as informações que foram apresentadas. Usar estratégias para promover o letramento em saúde cria uma abordagem mais centrada no paciente para a educação em saúde e pode ter um impacto significativo sobre os resultados dos pacientes (Edelman et al., 2014). Você pode promover o letramento em saúde através da criação de um ambiente seguro, livre de vergonha, usando técnicas de comunicação claras e intencionais, utilizando recursos visuais para reforçar o material falado e tendo o cuidado especial em avaliar a compreensão do conteúdo pelo paciente. Encare o paciente quando falar e sente-se em seu nível para manter contato com os olhos. Visto que os jargões médicos podem ser confusos, é importante usar as palavras que o paciente seja capaz de entender. A informação impressa, incluindo formulários hospitalares, documentos legais e materiais de educação em saúde, deve ser escrita usando a linguagem simples de forma clara e concisa. Estimule perguntas e verifique a compreensão do conteúdo após qualquer intervenção de ensino. O Quadro 25-6 resume as intervenções para se usar ao cuidar de pacientes que tenham problemas de alfabetização ou deficiência de aprendizagem.

Quadro 25-6

Ensino do paciente

Ensinar o Paciente com Problemas de Letramento ou Dificuldade de Aprendizagem

Objetivo

- O paciente irá executar comportamentos desejados com precisão.

Estratégias de Ensino

- Estabelecer a confiança com o paciente antes de iniciar a sessão de ensino–aprendizagem.
- Falar devagar e incentivar as perguntas.
- Usar terminologia simples e evitar jargões médicos. Se necessário, explicar termos médicos usando palavras básicas de uma ou duas sílabas.
- Manter as sessões de ensino curtas e diretas ao ponto e minimizar as distrações. Incluir as informações mais importantes no início da sessão.
- Ensinar com incrementos e organizar informações em seções.
- Fornecer materiais de ensino que refletem a leitura ao nível do paciente, com a atenção dada às palavras curtas e frases, tipo grande e formato simples (geralmente informações escritas a um nível de leitura da quinta série são recomendadas para adultos).
- Relacionar informações práticas envolvendo experiências pessoais ou situações da vida real.
- Usar recursos visuais durante as analogias ou histórias adequadas e simples para personalizar mensagens.
- Modelo de comportamento apropriado e uso de encenação para ajudar o paciente a aprender como fazer perguntas e pedir ajuda de forma eficaz.
- Pedir com frequência um *feedback* do paciente para determinar se

ele ou ela compreendeu as informações.

- Pedir demonstrações de retorno, usar o método de ensino de retorno e esclarecer instruções quando necessário.
- Manter a motivação alta e reconhecer o progresso com reforço positivo.
- Reforçar a informação mais importante no final da sessão.
- Programar sessões de ensino em intervalos frequentes.

Avaliação

- Observar e avaliar a capacidade do paciente para realizar os comportamentos desejados.
- Use o **ensino de retorno:** Para determinar a compreensão do paciente e da família sobre um tópico ou a capacidade de demonstrar um procedimento. O ensino de retorno determina o nível de compreensão do tema instrucional por parte do cuidador do paciente e da família. Sempre rever a sua instrução ou desenvolver um plano para revisar o ensino do paciente se ele não é capaz de responder com ensino de retorno corretamente.

Dados de Bastable S: *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*, ed 4, Burlington, 2014, Jones & Bartlett.

Às vezes, os pacientes têm déficits sensoriais que afetam o modo de apresentar as informações (Cap. 49). Por exemplo, aqueles que são surdos podem necessitar de um intérprete de linguagem gestual. Nem todas as pessoas que são surdas fazem leitura labial. Por isso, é muito importante proporcionar materiais escritos claros que correspondam ao nível de leitura dos pacientes. A deficiência visual também afeta a estratégia de ensino que você usa. Muitas pessoas que são cegas têm habilidades de audição aguçada. Evite gritar e anunciar sua presença aos pacientes com deficiência visual antes de se aproximar deles. Se o paciente tem visão parcial, use cores e um tamanho de letra impressa (fonte de 14 pontos ou mais) que o paciente seja capaz de ver. Certifique-se de usar iluminação adequada. Outras intervenções úteis

incluem sessões de ensino com gravação de áudio e fornecimento estruturado, de instruções bem organizadas (Bastable, 2014).

Diversidade Cultural

Você deve apreciar profundamente o sistema cultural e de crenças do paciente e avaliar a sua capacidade de compreender instruções em uma linguagem que pode ser diferente da sua língua nativa (Cap. 9 e Quadro 25-7). Avalie e determine as crenças pessoais, valores e costumes de um paciente, à medida que eles se relacionam com a saúde (Campinha-Bacote, 2011; Ingram, 2011). No entanto, tenha cuidado para não generalizar ou estereotipar os pacientes unicamente com base na sua cultura. Colabore com outros enfermeiros e educadores para desenvolver abordagens pedagógicas apropriadas e peça às pessoas de seu grupo cultural para ajudar compartilhando seus valores e crenças. Os enfermeiros étnicos são excelentes interlocutores, porque são capazes de fornecer a entrada por suas experiências para melhorar os cuidados prestados aos membros de sua própria comunidade (Bastable, 2014). Quando os pacientes não conseguem entender o idioma do país, use intérpretes treinados e certificados aos cuidados de saúde para fornecer as informações de saúde.

Quadro 25-7

Aspectos culturais do cuidado

Educação em Saúde do Paciente

A educação em saúde deve ser centrada no paciente e culturalmente sensível para que a aprendizagem ocorra. Normas socioculturais, valores e tradições muitas vezes determinam a importância de diferentes temas de educação em saúde e a preferência de uma abordagem de aprendizagem sobre a outra. Os esforços de ensinar são especialmente desafiadores quando os pacientes e educadores não falam a mesma língua ou quando os materiais escritos não são

culturalmente sensíveis e são escritos acima da capacidade de leitura dos pacientes.

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Desenvolver uma consciência cultural para estabelecer e manter relações culturalmente respeitosas com diversos pacientes a fim de encorajar a confiança e comunicação (Ingram, 2011) (Cap. 9).
- Fatores socioculturais influenciam a percepção da saúde e da doença de um paciente e como os pacientes procuram informações de cuidados de saúde (Campinha-Bacote, 2011).
- Avaliar cuidadosamente as necessidades e preferências culturais de um paciente para métodos de ensino que melhoram a aprendizagem e a adesão.
- Enfermeiros precisam ter acesso a uma variedade de recursos de cuidados de saúde culturalmente diversificados e selecionar estratégias de ensino que são relevantes para o paciente individualmente.
- Quando você e o paciente não falam a mesma língua, tradutores profissionais são necessários.

Além disso, esteja ciente do conflito intergeracional de valores. Isso ocorre quando os pais imigrantes defendem os seus valores tradicionais e seus filhos, que estão expostos a valores americanos em encontros sociais, desenvolvem crenças semelhantes às de seus pares americanos. Considere esse conflito de valores ao fornecer as informações às famílias ou grupos que têm membros de diferentes gerações. Para melhorar a educação em saúde em populações culturalmente diversas, saiba quando e como fornecer a educação, respeitando os valores culturais. Modificar o ensino para acomodar as diferenças culturais. As estratégias educacionais efetivas exigem que você utilize métodos de ensino culturalmente adaptados e interativos, que envolvam a família e a comunidade no processo de aprendizagem (Chin et al., 2012).

Uso de Ferramentas de Ensino

Muitas ferramentas de ensino estão disponíveis para a educação em saúde do paciente. A seleção da ferramenta certa depende do método de instrução, das necessidades de aprendizagem de um paciente e da capacidade de aprender (Tabela 25-3). Por exemplo, um panfleto impresso não é a melhor ferramenta para usar com um paciente que denota má compreensão de leitura, mas uma gravação de áudio é uma boa escolha para um paciente com deficiência visual. As instalações para os cuidados de saúde muitas vezes fornecem acesso a uma variedade de recursos de ensino. Esteja informado sobre o que está disponível no serviço onde atua para melhor servir seus pacientes.

Tabela 25-3

Ferramentas de Ensino Usadas na Instrução

Descrição	Implicações de Aprendizagem
Materiais Escritos	
Material Impresso e Materiais On-line	
Ferramentas escritas de ensino disponíveis em cópia impressa ou on-line, como panfletos, brochuras, folhetos	O material tem de ser fácil de ler. A informação tem de ser precisa e atual. O método é ideal para a compreensão de conceitos e relações complexas.
Instrução Programada	
Apresentação sequencial escrita das etapas de aprendizagem que exigem que os educandos respondam a perguntas e os educadores digam se eles estão certos ou errados	A instrução é principalmente verbal, mas o educador às vezes usa imagens ou diagramas. O método requer uma aprendizagem ativa, dando um *feedback* imediato, corrigindo respostas erradas e reforçando respostas certas. O educando trabalha no próprio ritmo.
Instrução no Computador	
A utilização do formato de instrução programada em que computadores armazenam padrões de resposta para os educandos e selecionam outras lições com base nesses padrões (os programas podem ser individualizados)	O método requer a compreensão de leitura, habilidades psicomotoras e familiaridade com o computador.

Materiais não Impressos	
Diagramas	
Ilustrações que mostram as inter-relações por meio de linhas e símbolos	O método demonstra ideias-chave, resume e esclarece conceitos-chave.
Gráficos (Barra, Círculo ou Linha)	
Apresentações visuais de dados numéricos	Gráficos ajudam o educando a apreender rapidamente sobre um conceito único.
Gráficos	
Resumo visual altamente condensado de ideias e fatos que destaca série de ideias, passos ou eventos	Os gráficos demonstram relação de várias ideias ou conceitos. O método ajuda os educandos a saber o que fazer.
Figuras	
Fotografias ou desenhos usados para ensinar conceitos em que a terceira dimensão da forma e espaço não é importante	As fotografias são mais desejáveis que diagramas, porque elas retratam de forma mais precisa os detalhes do item real.
Objetos Físicos	
Uso de equipamentos realísticos, objetos ou modelos para ensinar conceitos ou procedimentos	Os modelos são úteis quando os objetos realísticos são demasiado pequenos, grandes ou complicados ou não estão disponíveis. Permite aos educandos manipular objetos que eles vão usar mais tarde no procedimento.
Outros Materiais Audiovisuais	
Slides, fitas de áudio, televisão e fitas de vídeo utilizadas com o material impresso ou discussão	Esses materiais são úteis para os pacientes com problemas de compreensão de leitura e déficits visuais.

Crianças e Idosos com Deficiência ou Necessidades Especiais

Crianças, adultos e idosos aprendem de maneiras diferentes. Você adapta as estratégias de ensino para cada educando. As crianças passam por vários estágios de desenvolvimento (Unidade 2). Em cada

fase, a criança adquire novas habilidades cognitivas e psicomotoras que respondem a diferentes tipos de métodos de ensino (Fig. 25-3). Incorpore a entrada dos pais no planejamento da educação em saúde para as crianças.

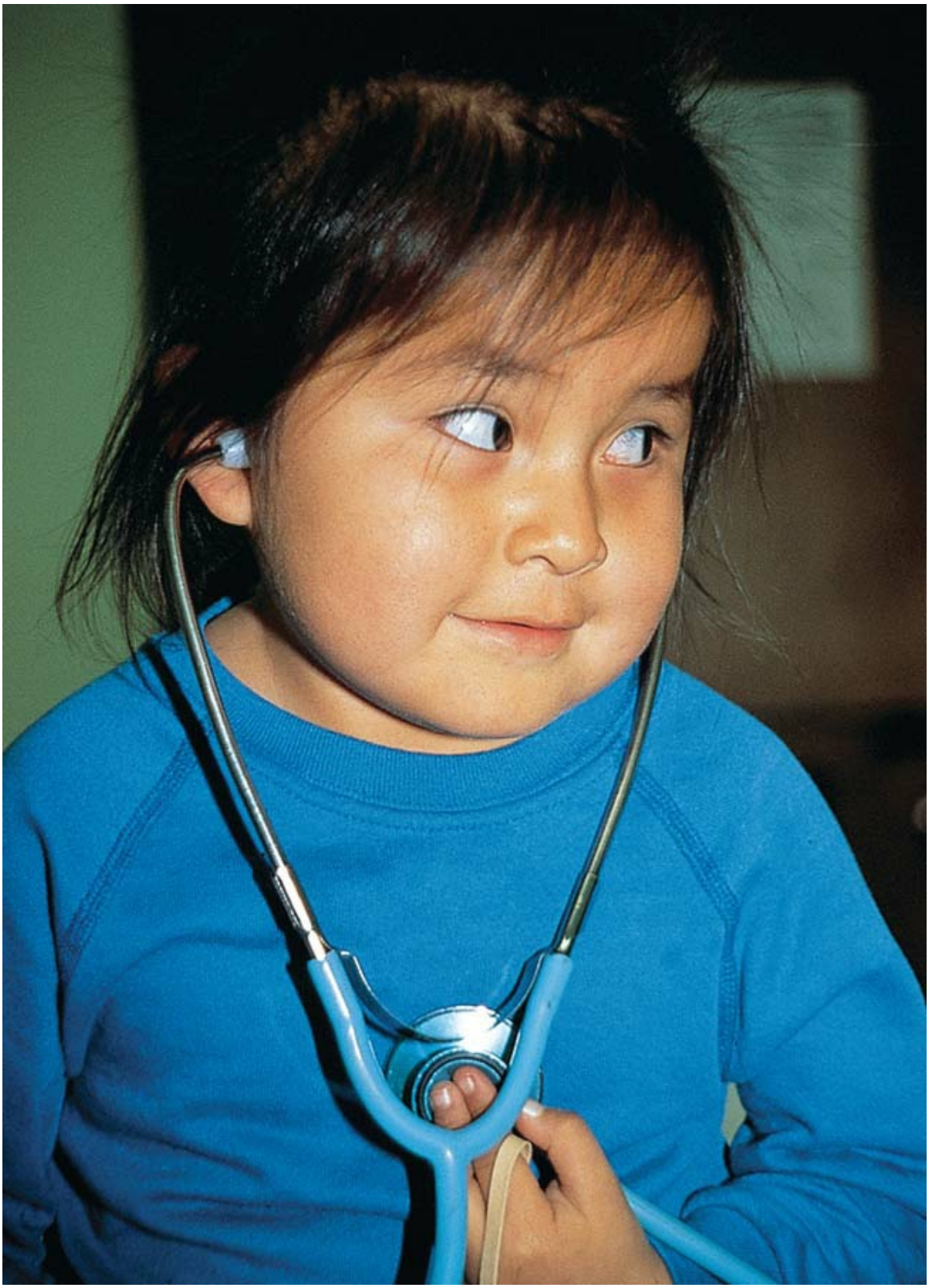


FIGURA 25-3 A criança pré-escolar aprende a não ter medo de equipamentos médicos por ser autorizada a lidar com o estetoscópio e imitando seu uso.

Os idosos experimentam inúmeras mudanças físicas e psicológicas à medida que envelhecem (Cap. 14). Essas mudanças não só aumentam as suas necessidades educacionais, mas também criam barreiras para a aprendizagem, a menos que os ajustes sejam feitos nas intervenções de enfermagem. Alterações sensoriais, tais como alterações visuais e auditivas necessitam de adaptação dos métodos de ensino para melhorar o seu funcionamento. Os idosos aprendem e lembram-se de forma eficaz se você estabelece o aprendizado adequadamente e se o material é relevante para as necessidades e habilidades do educando. Embora muitos idosos tenham a função cognitiva mais lenta e a memória de curto prazo reduzida, você facilita a aprendizagem de várias formas para apoiar os comportamentos que maximizam a capacidade do indivíduo para os cuidados pessoais (Quadro 25-8).

Quadro 25-8

Foco em idosos

Fornecer Educação ao Paciente

Facilitar a aprendizagem usando as seguintes estratégias de ensino no fornecimento de educação em saúde do paciente idoso:

- Promover a concentração e disponibilidade do educando com o agendamento de sessões de ensino quando o paciente está confortável e bem descansado. Fornecer medicação para alívio da dor quando necessário.
- Criar um ambiente de aprendizagem informal e descontraído.
- Estabelecer metas personalizadas de aprendizagem realistas no curto prazo.
- Fornecer iluminação suficiente com baixo brilho.
- Se estiver usando recursos visuais ou material escrito para completar a instrução, avaliar a capacidade de leitura do paciente e se certificar de que as informações são impressas em uma fonte de tamanho grande e cor que contrasta com o fundo (p.ex.,

impressão de 14 pontos de preto sobre papel fosco branco). Evite azuis e verdes, porque essas cores podem tornar-se mais difíceis de distinguir com a idade.

- Acomodar-se à perda auditiva, apresentando as informações lentamente, de forma clara, baixo tom de voz. Eliminar quaisquer ruídos estranhos e encarar o educando quando se fala.
- Incentivar o uso de prótese (i.e., óculos, aparelho auditivo) e assegurar o ajuste apropriado e condição de trabalho.
- Permitir tempo suficiente para processar e compreender novas informações.
- Construir sobre o conhecimento existente e apresentar o conteúdo de uma forma que se relaciona com experiências passadas e relevantes de vida.
- Criar informações significativas usando exemplos concretos que se aplicam a situações atuais.
- Apenas apresentar a informação mais importante para evitar sobrecarregar o educando. Usar a repetição para reforçar o conteúdo.
- Ao dar instruções ou ensinar um novo procedimento, dar direções concisas, passo a passo. Avaliar a compreensão de cada etapa antes de avançar.
- Fornecer reforço positivo regular.
- Manter as sessões de ensino curtas e permitir pausas frequentes. Marcar sessões de acompanhamento conforme necessário para garantir a aprendizagem.
- Conclua com um breve resumo, e que haja tempo suficiente para perguntas e *feedback*.

Dados de Touhy TA, Jett KF: *Ebersole and Hess' toward healthy aging*, ed 8, St Louis, 2012, Mosby; Edelman CL, et al: *Health promotion throughout the lifespan*, ed 8, St Louis, 2014, Mosby.

Estabeleça metas no curto prazo ao ensinar os pacientes idosos. Inclua membros da família que assumam o cuidado do paciente. No

entanto, seja sensível ao desejo de um paciente em receber assistência, porque oferecer um suporte indesejado muitas vezes resulta em resultados negativos e percepções de irritação e interferência. Além disso, nem todas as relações entre idosos e outros membros da família são terapêuticas. Por causa da alta incidência de abuso e negligência com os idosos, avalie a dinâmica da família antes de incluir os membros da família nas sessões de ensino.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

A educação em saúde do paciente não está completa até você avaliar os resultados do processo de ensino-aprendizagem (Plano de Cuidado, anteriormente). Envolva os pacientes no processo de avaliação para determinar se eles aprenderam o essencial. Também é importante determinar se os pacientes acreditam que eles tenham a informação necessária para continuar as atividades de autocuidado em casa. É por isso que é importante avaliar pelos olhos do paciente, respeitando o tipo de situação em que os pacientes retornam depois de receber os cuidados. A avaliação reforça o comportamento correto, ajuda os educandos a compreender como mudar o comportamento incorreto e ajuda o educador a determinar a adequação do ensino.

Resultados dos Pacientes

O enfermeiro é legalmente responsável por fornecer em tempo hábil ao paciente informações precisas que promovam a continuidade dos cuidados; portanto, é essencial registrar os resultados do ensino. A documentação do ensino dos pacientes também apoia os esforços de melhoria da qualidade, atende aos padrões TJC e promove o reembolso por terceiros. Folhas de fluxo do ensino e planos escritos de cuidados (p.ex., Mapa de Cuidados) são excelentes registros que documentam o plano, a implementação e a avaliação da aprendizagem.

Você avalia o sucesso, observando o desempenho de cada

comportamento esperado de um paciente. O sucesso depende da capacidade do paciente para cumprir as metas e resultados estabelecidos. As perguntas devem ser formuladas cuidadosamente para garantir que o educando as entenda e que os objetivos sejam realmente mensurados. Exemplos de perguntas a fazer ao avaliar a educação em saúde incluem os seguintes:

- As metas ou resultados do paciente eram realistas e observáveis?
- O paciente é capaz de executar o comportamento ou procedimento no ambiente natural (p.ex., em casa)?
- Quão bem é o paciente capaz de responder às perguntas sobre o assunto?
- O paciente continua a ter problemas em entender as informações ou a realização de um procedimento? Se sim, como você pode alterar as intervenções para melhorar o conhecimento ou desempenho do procedimento?

Ensino de Retorno

A capacidade do paciente para lembrar e compreender a informação que foi ensinada é um preditor da adesão dele ao gerenciamento de saúde e da doença (Xu, 2012). Uma forma de avaliar a compreensão do paciente é utilizando o método de ensino de retorno. O **ensino de retorno** é uma técnica de comunicação de circuito fechado, que avalia a retenção do paciente à informação transmitida durante uma sessão de ensino. Para executá-lo, peça ao paciente para explicar o material que foi discutido, tais como o papel da dieta e do exercício no gerenciamento dos níveis de glicose no sangue, ou para demonstrar um procedimento como automonitoramento da glicose no sangue. A resposta permite a você determinar o grau em que o paciente se lembra e entende o que foi ensinado ou demonstrado. Se o paciente tem dificuldade em lembrar-se do material ou demonstrar o procedimento, modifique e repita o conteúdo e reavalie a sua absorção. A compreensão do paciente é confirmada quando o paciente pode reafirmar com precisão as informações em suas próprias palavras (Tamura-Lis, 2013).

Pontos-chave

- A enfermeira garante que os doentes, famílias e comunidades recebam as informações necessárias para promover, restaurar e manter a saúde ótima.
- O ensino é mais eficaz quando é sensível às necessidades do educando.
- Ensinar é uma forma de comunicação interpessoal, com o educador e o educando ativamente envolvidos em um processo que aumenta o conhecimento e as habilidades do educando.
- A capacidade de aprender depende dos atributos físicos e cognitivos da pessoa.
- A capacidade de participar do processo de aprendizagem depende do conforto físico, níveis de ansiedade e a presença de distração ambiental.
- Crenças em saúde de uma pessoa influenciam a vontade de adquirir conhecimento e as habilidades necessárias para manter a saúde.
- O uso de uma teoria (p.ex., teoria da aprendizagem social) ou conceitos teóricos (p.ex., autoeficácia) melhoram a aprendizagem.
- Tempo de ensino ocorre quando um paciente está pronto para aprender.
- Pacientes de diferentes faixas etárias exigem diferentes estratégias de ensino por causa das capacidades de desenvolvimento.
- Envolver pacientes ativamente em todos os aspectos dos planos de ensino.
- Use objetivos de aprendizagem para definir as prioridades de aprendizagem.
- Uma combinação de métodos de ensino melhora a atenção e envolvimento do educando.
- Um educador é mais eficaz ao apresentar informações que se baseiam nos conhecimentos existentes do educando.
- Educadores eficazes usam o reforço positivo.
- Idosos aprendem de forma mais eficaz quando a informação é em

ritmo mais lento e apresentada em pequenas quantidades.

- Avaliar a aprendizagem do paciente, observando o desempenho dos comportamentos esperados de aprendizagem sob as condições desejadas.
- O registro eficaz descreve todo o processo de educação em saúde, promove a continuidade dos cuidados e demonstra que foram cumpridos os padrões educacionais.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Um paciente precisa aprender a usar um andador. Qual domínio é necessário para aprender esta habilidade?
    1. Domínio afetivo
    2. Domínio cognitivo
    3. Domínio de atenção
    4. Domínio psicomotor
2. A enfermeira está planejando ensinar um paciente sobre a importância do exercício. Quando é a melhor hora para o ensino ocorrer? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Quando há visitantes no quarto
    2. Quando o paciente afirmou que ele ou ela está sem dor
    3. Pouco antes do almoço, quando o paciente está mais acordado e alerta
    4. Quando o paciente está falando sobre estressores atuais em sua vida
    5. Quando o paciente está sendo transportado para um procedimento
3. Um paciente recém-diagnosticado com câncer cervical está indo para casa. Ele está evitando falar sobre sua doença e sobre as prescrições do pós-operatório. Qual o melhor plano de ensino para ele?
    1. Ensinar o cônjuge do paciente

2. Focar o conhecimento de que o paciente precisará em poucas semanas
3. Fornecer apenas as informações de que o paciente precisa para ir para casa
4. Convencer o paciente de que aprender sobre sua saúde é necessário

4. A _____ é uma técnica de comunicação em circuito fechado utilizada para avaliar a compreensão e retenção do material ensinado pelo paciente.
5. Ao se planejar as instruções sobre dietas cardíacas a um paciente com insuficiência cardíaca, qual dos seguintes métodos de ensino seria o mais apropriado para alguém identificado como um aprendiz visual/espacial?
   1. Panfletos impressos sobre as doenças cardiovasculares e as recomendações dietéticas da Associação Americana do Coração/ American Heart Association
   2. A atividade de dramatização exigindo que o paciente selecione alimentos apropriados entre uma vasta seleção
   3. Diagramas visuais coloridos que categorizam os alimentos de acordo com teor de gordura e sódio
   4. Uma discussão no estilo palestra sobre as opções de dietas saudáveis para coração
6. Um paciente com dor no peito realizará um cateterismo cardíaco de emergência. Qual abordagem de ensino a enfermeira deve usar nessa situação?
   1. Abordagem narrativa
   2. Abordagem de negociação
   3. Abordagem de confiança
   4. Abordagem participativa
7. A enfermeira está organizando um programa de prevenção de doenças para um grupo cultural específico. Para atender com eficácia às necessidades desse grupo, a enfermeira vai: (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Avaliar as necessidades da comunidade em geral.
   2. Envolver as pessoas afetadas pelo problema no processo de

planejamento.
3. Desenvolver metas e objetivos generalizados para o programa.
4. Usar materiais educativos simples e ricamente ilustrados.
5. Avaliar as crenças em saúde comumente praticadas entre o grupo cultural.
6. Educar o grupo cultural específico sobre os conceitos ocidentais de saúde e doença.
7. Incluir práticas culturais que são relevantes para esta comunidade específica.

8. Um idoso está sendo iniciado em uma nova medicação anti-hipertensiva. Ao ensinar o paciente sobre a medicação, a enfermeira:
   1. Fala em voz alta.
   2. Apresenta a informação uma vez.
   3. Espera que o paciente compreenda a informação rapidamente.
   4. Concede tempo ao paciente para autoexpressar-se e fazer perguntas.
9. Um paciente precisa aprender a administrar uma injeção subcutânea. Qual das seguintes opções reflete que o paciente está pronto para aprender?
   1. Descreve as dificuldades que um membro da família teve em tomar insulina
   2. Expressa a importância de aprender a habilidade corretamente
   3. É capaz de ver e entender as marcas na seringa
   4. Possui destreza necessária para preparar e injetar a medicação
10. Um paciente que está hospitalizado acaba de ser diagnosticado com diabetes. Ele vai precisar aprender como autoaplicar injeções. Qual método de ensino a enfermeira deve usar?
   1. Simulação
   2. Demonstração

3. Instrução em grupo
4. Discussão individual

11. Quando uma enfermeira vai ensinar o paciente sobre como administrar uma injeção de adrenalina em caso de uma reação alérgica grave, ela diz ao paciente para realizar a injeção como um dardo. Qual dos seguintes métodos de ensino a enfermeira deve usar?
    1. Narrativa
    2. Analogia
    3. Demonstração
    4. Simulação
12. Uma enfermeira precisa ensinar uma jovem mulher recém-diagnosticada com asma a como gerenciar sua doença. Qual dos seguintes tópicos que a enfermeira ensina primeiro?
    1. Como usar um inalador durante um ataque de asma
    2. A necessidade de evitar as pessoas que fumam para prevenir ataques de asma
    3. Onde comprar um bracelete de alerta médico que diz que ela tem asma
    4. A importância de manter uma dieta saudável e fazer exercícios regularmente
13. Uma enfermeira está ensinando um grupo de jovens mulheres com idade universitária a importância de usar protetor solar quando sair ao sol. Que tipo de conteúdo a enfermeira está fornecendo?
    1. Simulação
    2. Restauração da saúde
    3. Lidar com a função prejudicada
    4. Promoção da saúde e prevenção de doenças
14. Uma enfermeira está planejando uma sessão de ensino sobre nutrição saudável com um grupo de crianças que estão na primeira série. Ela determina que, após a sessão de ensino, as crianças sejam capazes de citar três exemplos de alimentos que são frutos. Este é um exemplo de:
    1. Um plano de ensino.

2. Um dos objetivos de aprendizagem.
3. Reforço do conteúdo.
4. Aumentar a autoeficácia das crianças.

15. Uma enfermeira está ensinando uma pessoa de 27 anos sobre como ajustar suas doses de insulina com base em seus resultados de açúcar no sangue. Esse tipo de atividade de aprendizagem reside no domínio cognitivo ao nível de _____.

Respostas: 1. 4; **2.** 2, 3; **3.** 3; **4.** Método de ensino de retorno; **5.** 3; **6.** 1; **7.** 2, 5, 7; **8.** 4; **9.** 2; **10.** 2; **11.** 2; **12.** 1; **13.** 4; **14.** 2; **15.** Aplicação

Referências

American Hospital Association: *The patient care partnership: understanding expectations, rights, and responsibilities*, 2003. http://www.aha.org/aha/issues/Communicating-With-Patients/pt-care-partnership.html. Accessed August 16, 2014.

Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: WH Freeman; 1997.

Bastable SB. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. ed 4 Burlington: Jones & Bartlett; 2014.

Billings DM, Halstead JA. *Teaching in nursing: a guide for faculty*. ed 4 St Louis: Saunders; 2012.

Campinha-Bacote J. Delivering patient-centered care in the midst of cultural conflict: the role of cultural competence. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(2):5.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *National Diabetes Statistics Report*, 2014. http://www.cdc.gov/diabetes. Accessed November 11, 2015.

Edelman C, et al. *Health promotion throughout the life span*. ed 8 St Louis: Mosby; 2014.

Falvo DR. *Effective patient education: a guide to increased compliance*. ed 4 Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2011.

Heiskell H. Ethical decision-making for the utilization of technology-based patient/family education. *Online J Nurs Inform*. 2010;14(1):1.

Hockenberry M, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Krau SD. Creating educational objectives for patient education using the new Bloom's taxonomy. *Nurs Clin North Am*. 2011;46(3):299.

Learning Disabilities Association of America: ADHD, 2015. http://ldaamerica.org/types-of-learning-disabilities/adhd/. Accessed June 8, 2015.

McDonald ME. *The nurse educator's guide to assessing learning outcomes*. ed 3 Burlington: Jones & Bartlett; 2014.

Meiner SA. *Gerontologic nursing*. ed 5 St Louis: Mosby; 2014.

Miller M, Stoeckel P. *Client education: theory and practice*. ed 2 Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2015.

National Network of Libraries of Medicine: *Health literacy*, 2014. http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html. Accessed June 8, 2015.

Olsen L. Patient assessment: building a foundation for optimal patient discharge outcomes. *Care Manage*. 2010;16(3):11.

Quality and Safety Education for Nurses (QSEN): *Competency KSAs (pre-licensure)*, 2014. http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/#patient-centered_care. Accessed June 8, 2015.

Sanderson BK, et al. Writing for publication: faculty development initiative using social learning theory. *Nurse Educ*. 2012;37(5):206.

Tamura-Lis W. Teach-back for quality education and patient safety. *Urol Nurs*. 2013;33(6):267.

The Joint Commission (TJC): *Comprehensive accreditation manual for hospitals: the official handbook* (E-dition), 2015a, The Joint Commission.

The Joint Commission (TJC): *Speak up initiatives*, 2015b. http://www.jointcommission.org/speakup.aspx. Accessed June 8, 2015.

US Department of Education: *Adult education and literacy*, 2015. http://www2.ed.gov/about/offices/list/ovae/pi/AdultEd/index.html. Accessed June 25, 2015.

World Health Organization (WHO): *Health promotion. Track 2 Health literacy and health behavior*, 2015. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/. Accessed June 7, 2015.

Xu P. Using teach back for patient education and self-management. *Am Nurs Today*. 2012;7(3).

Referências de pesquisa

Brown LA, et al. Changes in self-efficacy (SE) and outcome expectancy (OE) as predictors of anxiety outcomes from the calm study. *Depress Anxiety*. 2014;31(8):678.

Burkhart PV, et al. Asthma self-management for school-age children. *Curr Pediatr Rev*. 2012;8(1):45.

Chin MH, et al. A roadmap and best practices for organizations to reduce racial and ethnic disparities in health care. *J Gen Intern Med*. 2012;27(8):992.

Friedman AJ, et al. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *J Cancer Educ*. 2011;26(1):12.

Gargoum FS, O'Keeffe ST. Readability and content of patient information leaflets for endoscopic procedures. *Ir J Med Sci*. 2014;183(3):429.

Haas L, et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2013;36(4):S100.

Hawkins N, et al. Why the PAP test? Awareness and use of the PAP test among women in the United States. *J Womens Health*. 2011;20(4):511.

Ingram RR. Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *J Adv Nurs*. 2011;68(3):695.

Kasabwala K, et al. Readability assessment of patient education materials from the American academy of otolaryngology-head and neck surgery foundation. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012;147(3):466.

Kutner M, et al. *The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-2483)*. Washington, DC: US Department of Education, National Center for Education Statistics; 2006: http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf.

Lee SY, et al. Short assessment of health literacy—Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health Serv Res*. 2010;45(4):1105.

Lorig K, et al. Effectiveness of a generic chronic disease self-management program for people with type 2 diabetes: A translation study. *Diabetes Educ*. 2013;39(5):655.

Lorig K, et al. The components of action planning and their associations with behavior and health outcomes. *Chronic Illn*. 2014;12(1):59.

Lorig K, et al. Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: A translation study. *Community Ment*

Health J. 2014;50:96.

Osborn CY, et al. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J Health Behav*. 2011;35(1):118.

Protheroe J, et al. Patient information materials in general practices and promotion of health literacy: an observational study of their effectiveness. *Br J Gen Pract*. 2015;65(632):e192.

Sperl-Hillen J, et al. Comparing effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes. *Arch Intern Med*. 2011;171(22):2001.

Steinsbekk A, et al. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:213.

Tan MY, et al. A brief structured education programme enhances self-care practices and improves glycaemic control in Malaysians with poorly controlled diabetes. *Health Educ Res*. 2011;26(5):896.

Thom DH, et al. Impact of peer health coaching on glycemic control in low-income patients with diabetes: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2013;11(2):137.

26

Registro e Informática

OBJETIVOS

- Identificar a finalidade do registro dos cuidados de saúde.
- Discutir as diretrizes legais para o registro.
- Identificar maneiras de manter a confidencialidade dos registros eletrônicos e escritos.
- Descrever cinco diretrizes de qualidade do registro.
- Discutir a relação entre registro e reembolso financeiro nos cuidados de saúde.
- Descrever os diferentes métodos utilizados na manutenção dos registros.
- Discutir as vantagens do registro padronizado.
- Identificar elementos para incluir durante o registro do plano de alta de um paciente.
- Identificar aspectos importantes dos cuidados domiciliares e do registro dos cuidados de longo prazo.
- Discutir a relação entre informática e qualidade do cuidado de saúde.
- Descrever as vantagens de um sistema de informações de enfermagem.
- Identificar maneiras de reduzir os erros de entrada de dados.

TERMOS-CHAVE

Acreditação, p. 354
Classificações de acuidade, p. 359
DAR, p. 358
Diretrizes de prática clínica (DPC), p. 359
Entrada computadorizada da prescrição do profissional (CPOE), p. 360
Folhas de fluxo, p. 359
***Firewall*, p. 354**
Gerenciamento de caso, p. 358
Gráficos de enfoque, p. 358
Grupo relacionado com diagnóstico (GRD), p. 351
Informática na saúde, p. 361
Informática em enfermagem, p. 361
PIE, p. 358
Plano de cuidados personalizado, p. 359
Prontuário eletrônico do paciente (PEP), p. 353
Prontuário orientado para problemas (POP), p. 357
Relato de incidentes (ocorrência), p. 361
Registro, p. 350
Registro eletrônico de saúde (RES), p. 352
Registro por exceção (RPE), p. 358
Sistema de apoio à decisão clínica (SADC), p. 362
Sistema de informações clínicas (SIC), p. 362
Sistema de informações clínicas em enfermagem (SICE), p. 362
SOAP, p. 357
SOAPIE, p. 357
Tecnologia de informação (TI), p. 361

Variações, p. 358
Vias críticas, p. 358

Registro é uma ação de enfermagem que produz um relato escrito de dados pertinentes ao paciente, decisões clínicas e intervenções de enfermagem e respostas do paciente em um registro de saúde (O'Toole, 2013). O registro no prontuário do paciente é um aspecto vital da prática de enfermagem. O registro de enfermagem tem de ser preciso e abrangente. Os sistemas de registro de enfermagem têm de ser suficientemente flexíveis para recuperar dados clínicos, facilitar a continuidade do cuidado, acompanhar os resultados do paciente e refletir os padrões atuais da prática de enfermagem. A informação no prontuário do paciente fornece um relato detalhado do nível de qualidade do cuidado prestado. O registro eficaz ajuda a assegurar a continuidade do cuidado, poupa tempo e minimiza o risco de erros. A qualidade do cuidado, os padrões das agências reguladoras e da prática de enfermagem, a estrutura de reembolso no sistema de saúde e as normas legais tornam os registros e os relatórios uma responsabilidade de enfermagem extremamente importante.

Finalidade do prontuário do paciente

O prontuário (registro) de um paciente é uma fonte de dados valiosa para todos os membros da equipe de saúde. Os dados fornecidos no prontuário facilitam a comunicação interdisciplinar; fornecem um registro legal do cuidado prestado; justificam o faturamento/reembolso financeiro; e permitem auditoria, monitoramento e avaliação do cuidado prestado. Os registros em prontuário também servem como fontes de dados para pesquisa e como recursos de aprendizagem para o ensino de enfermagem e de cuidados de saúde.

Comunicação

O prontuário do paciente é uma maneira de os membros da equipe de saúde se comunicarem a respeito das necessidades do paciente e suas respostas aos cuidados, tomada de decisão clínica, tratamentos individuais, conteúdo das consultas, educação em saúde do paciente e plano de alta. O registro é a fonte de informações mais real e precisa sobre o estado de saúde do paciente; o plano de cuidados precisa ser claro para qualquer pessoa que acesse o registro (Unidade 3). As informações transmitidas no registro do paciente permitem que os profissionais de saúde conheçam o paciente inteiramente, facilitando a tomada de decisão clínica segura, eficaz, oportuna e centrada no paciente. Para aperfeiçoar a comunicação e promover o cuidado seguro do paciente, registre os achados da avaliação e as informações do paciente o mais cedo possível após prestar o cuidado (p.ex., imediatamente após realizar uma intervenção de enfermagem ou concluir o histórico de enfermagem de um paciente).

Registro Legal

O registro preciso é uma das melhores defesas contras as ações judiciais associadas aos cuidados de enfermagem (Cap. 23). Você precisa registrar de maneira oportuna. O registro precisa indicar

claramente que um paciente recebeu cuidados de enfermagem individualizados, voltados para o objetivo, com base na sua avaliação de enfermagem. Quando registrar, descreva exatamente o que aconteceu com o paciente e siga os padrões da instituição. Registrar o processo de enfermagem é uma obrigação essencial da enfermagem que delimita a responsabilidade ao fornecer evidências de que você manteve os padrões da prática de enfermagem enquanto prestava o cuidado ao paciente (Lewis et al., 2014).

Os erros no registro que resultam frequentemente em más práticas incluem (1) não registrar as informações de saúde ou medicamentos pertinentes, (2) não registrar as ações de enfermagem, (3) não registrar a administração de medicações, (4) não registrar reações medicamentosas ou alterações nas condições do paciente, (5) registros incompletos ou ilegíveis e (6) não registrar as medicações descontinuadas. A Tabela 26-1 fornece diretrizes para o registro legalmente sólido.

Tabela 26-1

Diretrizes Legais para o Registro

Diretrizes para o Registro Eletrônico e Escrito	Justificativa	Ação Correta
Não registre comentários retaliatórios ou críticos em relação ao paciente ou cuidadores proferidos por outro profissional de saúde. Não forneça opiniões pessoais.	As declarações podem ser utilizadas para evidenciar comportamento antiprofissional ou má qualidade do cuidado.	Forneça apenas informações objetivas e factuais do comportamento de um paciente ou as ações de outro profissional de saúde. Coloque todas as declarações do paciente entre aspas.
Corrija os erros imediatamente.	Os erros no registro podem levar a erros no tratamento ou podem implicar tentativa de enganar ou ocultar provas.	Evite a pressa para concluir o registro; certifique-se de que a informação é precisa e completa.

Registre todos os fatos.	O registro deve ser preciso, factual e objetivo.	Esteja certo de que cada entrada seja factual e completa. Uma pessoa lendo o seu registro precisa ser capaz de determinar se um paciente recebeu cuidados adequados.
Registre os diálogos com os profissionais que você iniciou para buscar esclarecimentos quanto ao questionamento de uma prescrição	Se você executar uma prescrição escrita de maneira incorreta, você será tão responsável legalmente quanto o profissional de saúde que a prescreveu.	Não registre "erro cometido pelo médico". Em vez disso, registre que o "Dr. S. foi chamado para esclarecer a prescrição de analgésico". Inclua a data e a hora da ligação telefônica, com quem você falou e o resultado da ligação.
Registre apenas o que você fez.	Você é responsável pelas informações que fornecer no registro de um paciente.	Nunca registre por outra pessoa (exceto se o cuidador tiver saído da unidade no dia e ligar pedindo informações que precisem ser registradas; inclua a data e hora das informações fornecidas e faça referência à data e hora específicas às quais está se referindo e ao nome da fonte de informações no registro; inclua que a informação foi fornecida via telefone).
Evite usar frases genéricas, vazias, como "condição não mudou" ou "teve um dia bom".	Esse tipo de registro é subjetivo e não reflete a avaliação do paciente.	Use descrições completas, concisas, das avaliações e do cuidado prestado para que o registro seja objetivo e factual.
Comece cada registro com a data e hora e termine com a sua assinatura e credenciais.	Assegure que a sequência correta de eventos seja registrada; a assinatura registra quem é o responsável pelos cuidados prestados.	Não espere até o final do turno para registrar mudanças importantes ocorridas várias horas antes; assine cada registro de acordo com a política da instituição (p.ex., Enfermeiro M. Marcus).
Proteja a privacidade da sua senha do registro informatizada.	Mantenha a segurança e a confidencialidade dos registros do paciente.	Depois de estar conectado a um computador, não se afaste deixando a tela aberta. Desconecte-se quando sair do computador. Certifique-se de que a tela do computador não seja acessível para a visualização pública.
Diretrizes Específicas para o Registro Escrito	**Justificativa**	**Ação Correta**
Não apague, aplique corretor ou rasure os erros cometidos enquanto faz o	As planilhas ficam ilegíveis: parece que você estava tentando esconder informações ou desfigurar um registro escrito.	Trace uma única linha sobre o erro, escreva a palavra "erro" acima dele e assine seu nome ou iniciais e date. Depois, registre corretamente.

registro.		
Não deixe espaços em branco ou linhas em uma anotação da evolução de enfermagem escrita.	Espaço em branco permite que outra pessoa acrescente informação incorreta no espaço aberto.	Registre consecutivamente, linha a linha; se deixar espaço, desenhe uma linha horizontalmente no espaço e coloque sua assinatura e credenciais no final.
Registre todas as entradas escritas de maneira legível e em tinta preta. Não use canetas hidrográficas ou tinta apagável.	Registros ilegíveis são facilmente mal interpretados, provocando erros e ações judiciais; a tinta da caneta hidrográfica pode manchar ou escorrer quando molhada e destruir o registro; tinta apagável não é permitida em registro clínica; a tinta preta é mais legível quando os registros são fotocopiados ou copiados em escâner.	Nunca use lápis para documentar um registro clínico escrito. Nunca apague os registros, não use corretivo nem use lápis. Para indicar um erro no registro escrito, coloque uma única linha atravessando a informação imprecisa e escreva a sua assinatura, com as credenciais no final do texto que foi atravessado pela linha.

Reembolso

O registro por todos os membros da equipe de saúde é utilizado para determinar a gravidade da doença, a intensidade dos serviços recebidos e a qualidade do cuidado prestado durante a oferta de cuidado. As seguradoras de saúde usam essas informações para determinar o pagamento ou reembolso dos serviços de saúde (ANA, 2010). Os **grupos relacionados com o diagnóstico (GRDs)** são classificações baseadas nos diagnósticos médicos primário e secundário de um paciente, os quais são utilizados como base para estabelecer o reembolso pelo **Medicare** relativo ao cuidado do paciente (O'Toole, 2013). Os hospitais são reembolsados em valores predeterminados pelo **Medicare** para cada GRD. O registro detalhado estabelece os diagnósticos para determinar um GRD. Uma auditoria do prontuário examina os encargos financeiros relacionados com prestação de todos os cuidados com o paciente. As seguradoras privadas e os auditores das agências federais analisam os registros para determinar o reembolso a ser recebido pelo paciente ou pela instituição de saúde. O registro de enfermagem preciso sobre os serviços prestados, os suprimentos e equipamentos utilizados no cuidado de um paciente esclarece o tipo de tratamento que um paciente recebeu e apoia o reembolso preciso e oportuno para uma

instituição de saúde e/ou paciente.

Auditoria e Monitoramento

Os hospitais estabelecem programas de melhoria da qualidade para conduzir análises objetivas dos cuidados com o paciente e para manter os profissionais de enfermagem informados a respeito dos padrões da prática de enfermagem a fim de manter a excelência no cuidado. As agências credenciadoras, como a The Joint Commision (TJC, 2015), exigem programas de melhoria da qualidade e estabelecem padrões para as informações necessárias nos registros dos pacientes, incluindo evidências de um plano de cuidados individualizado, desenvolvido com as informações prestadas pelo paciente, plano de alta e educação em saúde do paciente. Periodicamente, os profissionais de enfermagem auditam os registros para determinar o grau em que os padrões de cuidado são satisfeitos e identificar as áreas que necessitam de melhorias e desenvolvimento da equipe. Os serviços de saúde usam esses relatos para promover alterações institucionais que afetem positivamente os cuidados com o paciente. A TJC exige ações de autorregulação e melhoria da qualidade; um exemplo é que os profissionais de enfermagem são obrigados a examinar os resultados da enfermagem (Cap. 5). Os profissionais de enfermagem compartilham as deficiências e êxitos identificados durante o monitoramento com todos os membros da equipe de enfermagem para implementar mudanças nas políticas ou práticas.

Pesquisa

Depois de garantir a aprovação adequada da instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os pesquisadores usam os registros do paciente para reunir dados estatísticos sobre a incidência e prevalência dos problemas de saúde, complicações, uso e eficácia de intervenções médicas e de enfermagem específicas, resultados na recuperação de doenças e mortes. A análise dos dados contribui para a prática da enfermagem baseada em evidências e para o cuidado de saúde de

qualidade (Cap. 5). Por exemplo, um pesquisador de enfermagem deseja comparar o uso de um novo método de controle da dor com o uso de um protocolo-padrão de controle da dor em dois grupos de pacientes diferentes. O pesquisador planeja coletar dados dos registros de saúde dos pacientes que descrevam os tipos e doses de medicações analgésicas administradas, dados objetivos de avaliação e relatos subjetivos dos pacientes quanto ao alívio da dor. O pesquisador compara os achados dos dois grupos para determinar se o novo método de controle da dor é mais eficaz que o protocolo-padrão de controle da dor.

Educação na Saúde

Uma maneira de aprender sobre a natureza de uma doença e uma resposta individual para ela é ler o registro de cuidados do paciente, que contém uma série de informações, incluindo diagnósticos, sinais e sintomas da doença, tratamentos bem-sucedidos ou não, achados no diagnóstico e comportamentos do paciente. Não existem dois pacientes com registros idênticos, mas, no curso do treinamento clínico, os estudantes de enfermagem e de outras áreas da saúde analisam os registros dos pacientes com problemas de saúde similares para identificar padrões de informação e antecipar o tipo de cuidado necessário a um paciente.

Mudança para Registro Eletrônico

Tradicionalmente, os profissionais de saúde registravam em prontuário do paciente, no formato de papel. Os registros em papel são orientados para episódio, com um registro separado para cada consulta do paciente a uma instituição de saúde. Informações-chave, como as alergias do paciente, medicações atuais e complicações do tratamento, às vezes se perdem de um episódio de cuidado (p.ex., hospitalização ou visita à clínica) para o outro, colocando em risco a segurança de um paciente (Hebda e Czar, 2013).

Para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e, assim, a segurança do paciente, a Lei Americana de Recuperação e

Reinvestimento/American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) de 2009, definiu um objetivo de que todos os registros do paciente serão mantidos eletronicamente a partir de 2014. Desde 2011, a Lei de Informação Tecnológica em Saúde para o Financiamento dos Cuidados Clinicos/Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH), promulgado sob o Título XIII do ARRA, tem sido um grande impulsionador da adoção e uso do registro eletrônico de saúde em todos os Estados Unidos. O HITECH estabeleceu dispositivos para promover o uso útil da tecnologia de informação em saúde (TIS) com o objetivo de melhorar a qualidade e o valor do cuidado em saúde. Essas provisões incluíram a apropriação de um total de US$ 2 bilhões em financiamentos discricionários e pagamento de incentivos sob os programas **Medicare** e **Medicaid** que recompensa os prestadores de serviços de saúde pela adoção e uso útil da tecnologia RES certificada (Dacey e Bholat, 2012).

Os programas e incentivo CMS do **Medicare** e RES do **Medicaid** evoluíram em três estágios de implementação do uso útil. O estágio 1 começou em 2011 e estabeleceu as funcionalidades básicas dos RES; os requisitos se concentraram na captura dos dados do paciente e na capacidade dos prestadores para compartilhar esses dados com os pacientes e outros profissionais de cuidados de saúde. O estágio 2 começou em 2014; os requisitos se concentraram na troca de informações de saúde entre os prestadores e na promoção do envolvimento do paciente através do acesso *on-line* seguro às informações pessoais de saúde. O estágio 3, que inclui recomendações para expansão do objetivo de uso útil com vistas a melhorar os resultados dos cuidados de saúde, está programado para começar em 2016 (HITECH Answers, 2015).

Embora o objetivo do ARRA de manter todos os registros em prontuários eletrônicos a partir de 2014 não ter se realizado, a adoção do PE acelerou rapidamente desde a aprovação do HITECH. A partir de maio de 2013, mais de 293.000 profissionais de saúde credenciados e 3.900 hospitais qualificados receberam pagamento de incentivos dos programas de RES do **Medicare** e **Medicaid**, mais de 220.000 dos profissionais qualificados do país e mais de 3.000 dos hospitais

qualificados do país obtiveram os requisitos para o uso útil em estágio I dos dados eletrônicos dos pacientes. Esses números representam aproximadamente 80% dos hospitais qualificados e mais da metade dos médicos e de outros profissionais qualificados (Mostashari, 2013).

A partir de agora, a evidência de que o RES será um elemento eficaz, se não essencial, para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde não é conclusiva (Fontenot, 2013; Kelley et al., 2011.) Englebright et al. (2014) relataram um primeiro passo na utilização do registro computadorizado de enfermagem para capturar dados úteis em um hospital comunitário de 170 leitos na região central dos Estados Unidos. Esses autores descrevem o desenvolvimento de uma definição de cuidados básicos de enfermagem que inclui dez atividades classificadas como "avaliar e monitorar", "realizar ou "proporcionar", "ensinar" e "gerenciar" que são fornecidas a todos os pacientes adultos hospitalizados. A lista de atividades foi codificada usando o sistema taxonômico da Classificação dos Cuidados Clínicos (CCC) e integrada ao sistema de informações de enfermagem do hospital. Muitas outras organizações profissionais e órgãos de certificação também apoiam a iniciação no uso do **registro eletrônico de saúde (RES)**. No fim das contas, os especialistas acreditam que a implementação dos RES por todo o sistema de prestação de serviços de saúde vai diminuir os custos e melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

Embora os termos *RES* e **prontuário eletrônico (PE)** sejam utilizados indiferentemente na prática, existem diferenças entre eles. Um RES é uma versão digital dos dados do paciente que é encontrada nos registros de papel tradicionais. O termo *RES* é utilizado cada vez mais em referência a um registro longitudinal (curso da vida) de todos os encontros de cuidados de saúde de um determinado paciente (Hebda e Czar, 2013). Um PE é o registro legal que descreve um único encontro ou visita criado em hospitais e ambientes ambulatoriais, sendo a origem dos dados para o RES (Hebda e Czar, 2013).

Para atender os padrões acordados, os RESs devem ter os seguintes atributos ou componentes (Hebda e Czar, 2013):

- Fornecer um registro longitudinal ou no curso da vida do paciente

ligando todos os seus dados a partir dos encontros anteriores relativos a cuidados de saúde
- Incluir uma lista de problemas indicando os problemas clínicos atuais de cada encontro de cuidados de saúde, o número de ocorrências associadas a todos os problemas passados e atuais e o *status* atual de cada problema
- Exigir o uso de medidas aceitas, padronizadas, para avaliar e registrar as condições de saúde e os níveis funcionais
- Proporcionar um método para um registro lógico ou com justificativa clínica dos diagnósticos e conclusões os quais permitam que a tomada de decisão clínica seja acompanhada por todos os prestadores que acessarem o registro
- Apoiar a confidencialidade, privacidade e registros de auditoria
- Promover acesso contínuo para os usuários autorizados a qualquer momento
- Permitir que vários profissionais de saúde acessem visualizações personalizadas dos dados dos pacientes ao mesmo tempo
- Dar suporte para as ligações com fontes de informação locais ou remotas, como bancos de dados usando recurso da internet ou baseados na intranet de uma organização
- Dar suporte para o uso das ferramentas de análise decisória
- Dar suporte para a entrada direta de dados do paciente pelos médicos
- Incluir mecanismos para medir o custo e qualidade do cuidado
- Dar suporte para as necessidades clínicas existentes e em evolução, sendo flexível e expansível

A promessa do RES é dupla: (1) criar um impacto positivo na qualidade dos cuidados com o paciente através da colaboração entre os profissionais, com maior disponibilidade de dados e síntese das informações, e (2) melhorar a segurança do paciente através do uso do suporte à decisão clínica (Saleem et al., 2013). O RES fornece acesso a uma informação do registro de saúde de um paciente na hora e lugar que os clínicos precisam dela. Uma característica única de um RES é sua capacidade para integrar todas as informações do paciente em um registro, independentemente do número de vezes que esse paciente

entra em um sistema de cuidados de saúde. Um RES também inclui os resultados de exames diagnóstico que podem incluir imagens de diagnóstico (p.ex., radiografias e imagens de ultrassom) e programas de *software* de apoio à decisão. Como um número ilimitado de registros de paciente pode ser potencialmente armazenado em um sistema RES, os profissionais e os serviços de saúde podem acessar dados clínicos para identificar questões de qualidade, ligar intervenções com resultados positivos e tomar decisões baseadas em evidências. Aqui temos um exemplo de como funciona o RES: um paciente com histórico médico complexo consulta vários especialistas para gerenciar sua saúde, como um endocrinologista para tratar o diabetes, um pneumologista para tratar o enfisema e um cardiologista para tratar a insuficiência cardíaca e a fibrilação atrial. Cada um desses profissionais de saúde é capaz de acessar, ao mesmo tempo, os dados do paciente a partir do PE.

O desenvolvimento de um RES para todos os pacientes tem potencial para beneficiar qualquer membro da equipe de saúde. A partir de 2013, aproximadamente 80% de todos os hospitais qualificados e hospitais de acesso crítico e mais da metade dos médicos e outros profissionais credenciados nos Estados Unidos receberam pagamento de incentivo para adotar, implementar, atualizar ou usar de forma útil um RES (USDHHS, 2013).

O registro preciso dentro de um RES facilita a comunicação entre os profissionais; ajuda a cumprir os requisitos profissionais, regulatórios e legais; e auxilia nos esforços de melhoria da qualidade e na pesquisa de cuidados de saúde (Blair e Smith, 2012). Os membros da equipe de saúde usam RES para melhorar a continuidade do cuidado de saúde de um episódio de doença para outro. Um clínico acessa as informações relevantes e oportunas sobre um paciente e se concentra nos problemas prioritários para tomar decisões clínicas oportunas e bem informadas. Um RES inclui ferramentas para guiar e criticar a administração de medicamentos (Cap. 32) e ferramentas básicas de apoio à decisão, como conjuntos de receitas médicas e planos de tratamento interdisciplinares. As vantagens principais de um RES para a enfermagem incluem um meio de os profissionais de

enfermagem compararem dados clínicos atuais sobre um paciente com dados de encontros prévios de cuidados de saúde e manter um registro permanente da educação em saúde prestada a um paciente e a resposta do paciente a essas informações.

Comunicação interprofissional dentro do prontuário

A qualidade dos cuidados com o paciente depende de sua capacidade para se comunicar com outros membros da equipe de saúde. Independentemente se o registro é eletrônico ou em papel, cada membro da equipe de saúde precisa registrar as informações do paciente de maneira precisa, oportuna, concisa e eficaz para desenvolver e manter um plano de cuidados eficaz, organizado e abrangente. Quando um plano não é transmitido a todos os membros da equipe de saúde, o cuidado fica fragmentado, as tarefas se repetem e ocorrem com frequência atrasos ou omissões.

O ambiente de cuidados de saúde cria muitos desafios para registrar e relatar com precisão o cuidado prestado aos pacientes. Independentemente de a transferência das informações sobre o paciente ocorrer através de relatos verbais, registros eletrônicos ou documentos escritos, você precisa seguir alguns princípios básicos.

Confidencialidade

Os profissionais de enfermagem são legal e eticamente obrigados a manter informações confidenciais sobre os pacientes. Apenas os membros da equipe de saúde diretamente envolvidos no cuidado a um paciente têm acesso legítimo ao prontuário. Desse modo, você só discute o diagnóstico, tratamento, avaliação e/ou quaisquer conversas pessoais pertinentes a um paciente com outros membros da equipe de saúde que estejam envolvidos no cuidado a esse paciente. Não compartilhe informações com outros pacientes ou membros da equipe de saúde que não estejam cuidando do paciente. Os pacientes têm o direito de requisitar cópias de seus registros médicos e ler as informações. Cada instituição tem políticas que descrevem como os registros dos pacientes são compartilhados com os pacientes ou outras pessoas que os requisitam. Na maioria das situações, os pacientes têm que permitir por escrito a liberação de informações médicas.

A Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguro de Saúde/Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996 foi a primeira legislação federal a proteger os registros dos pacientes; essa lei abrange todas as áreas de informação sobre os pacientes e o gerenciamento dessas informações. Para eliminar as barreiras que possivelmente atrasam o acesso ao cuidado, o HIPAA exige que os profissionais notifiquem os pacientes quanto às políticas de privacidade e que obtenham junto a esses pacientes o reconhecimento por escrito indicando que receberam essa informação. Sob a égide da HIPAA, a Regra de Privacidade exige que a revelação ou as solicitações pertinentes às informações de saúde sejam limitadas às informações específicas e necessárias a uma determinada finalidade (Hebda e Czar, 2013). Por exemplo, se você precisa do número do telefone de um paciente para remarcar uma consulta, o acesso aos registros no prontuário se limita apenas à informação do telefone. Igualmente importante no que tange a HIPAA é a Regra de Segurança, que especifica meios de proteção administrativos, físicos e técnicos para 18 elementos definidos das informações de saúde

protegidas (ISP) na forma eletrônica (Administrative Committee of the Federal Register, 2014).

Às vezes os profissionais de enfermagem usam registros dos cuidados de saúde para reunir dados, pesquisa ou educação permanente. Contanto que um profissional de enfermagem use um registro conforme especificado e com permissão concedida, isso está dentro da lei. Quando você é um estudante em um ambiente clínico, a confidencialidade e adesão ao HIPAA fazem parte da prática profissional. Você pode analisar nos registros dos seus pacientes apenas as informações necessárias para prestar um cuidado seguro e eficaz a eles. Por exemplo, quando você é designado a cuidar de um paciente, você precisa analisar o prontuário dele e o plano de cuidado. Você não compartilha essas informações com colegas de turma (exceto em conferências clínicas) e não acessa os registros no prontuário de outros pacientes na unidade. O acesso aos RES é rastreável por meio de *login*. Não só é antiético visualizar os registros nos prontuários de outros pacientes, mas as quebras de confidencialidade levam à ação disciplinar pelos empregadores e demissão do trabalho ou da escola de enfermagem. Para proteger a confidencialidade do paciente, garanta que os materiais escritos ou registrados eletronicamente utilizados em sua prática clínica como aluno não incluam nada que identifique o paciente (p.ex., número do quarto, data de nascimento, informações demográficas) e nunca imprima material de um RES para uso pessoal.

Privacidade, Confidencialidade e Mecanismos de Segurança

O registro eletrônico tem riscos legais. É possível que qualquer pessoa acesse o computador de uma instituição de saúde para obter informações sobre qualquer paciente. Portanto, a proteção das informações e dos sistemas de computador é de alta prioridade. No HIPAA, assegurar o acesso adequado e a confidencialidade das ISPs é de responsabilidade de todas as pessoas que trabalham em ambientes de cuidados de saúde. As ISPs incluem informações de saúde

individualmente identificáveis, como os dados demográficos; fatos relacionados com a condição física ou de saúde mental passadas, presentes e futuras de um indivíduo; prestação de cuidados; e pagamento pela prestação de cuidados que identifique o indivíduo (Hebda e Czar, 2013).

A maioria dos mecanismos de segurança dos sistemas de informação computadorizados usa uma combinação de restrições lógicas e físicas para proteger as informações. Por exemplo, uma desconexão automática é um mecanismo de segurança que desconecta um usuário do sistema de computador após um período de inatividade especificado (Hebda e Czar, 2013). Outras iniciativas de segurança incluem *firewalls* e a instalação de programas antivírus e para detecção de *spyware* (*software* espião). Um ***firewall*** é uma combinação de *hardware* e *software* que protege os recursos da rede privada (p.ex, o sistema de informações do hospital) de invasores externos, danos à rede e furto ou mau uso de informações.

As inciativas de segurança física incluem a colocação de computadores ou servidores de arquivo em áreas restritas ou a utilização de filtros de privacidade em telas de computador visíveis aos visitantes ou outras pessoas sem acesso. Essa forma de segurança tem benefícios limitados, especialmente se uma organização utilizar dispositivos móveis sem fios, como *notebooks*, *tablets*, computadores pessoais (PC) e assistentes digitais pessoais (PDA). Esses dispositivos são facilmente extraviados ou perdidos, caindo em mãos erradas. Algumas organizações usam detectores de movimento ou alarmes com esses dispositivos para ajudar a impedir o roubo.

Os códigos de acesso ou *login* com senhas são utilizados frequentemente para autenticar o acesso autorizado aos registros eletrônicos. Uma senha é uma coleção de caracteres alfanuméricos que um usuário digita em um computador antes de acessar um programa, após a entrada e aceitação de um código de acesso ou nome de usuário. Senhas fortes usam combinações de letras, números e símbolos que dificultam a sua adivinhação. Quando utilizar um sistema de computador em uma instituição de saúde, é essencial que você não compartilhe a sua senha com ninguém em nenhuma

circunstância. Um bom sistema requer a troca aleatória e frequente das senhas pessoais para impedir que pessoas não autorizadas adulterem os registros. Uma senha não aparece na tela do computador quando é digitada, nem deve ser do conhecimento de qualquer pessoa além do usuário e dos administradores do sistema de informações (Hebda e Czar, 2013). Além disso, a maioria do pessoal de saúde só recebe acesso aos pacientes em sua área de atuação. Alguns profissionais (p.ex., administradores ou gerentes de risco) têm autoridade para acessar todos os registros dos pacientes. Para proteger a privacidade dos pacientes, as instituições de saúde rastreiam quem acessa os registros dos pacientes e quando acessam. As ações disciplinares, incluindo a perda do emprego, ocorrem quando profissionais de enfermagem ou outros profissionais de saúde acessam inadequadamente as informações dos pacientes.

Manipulação e Eliminação de Informações

Manter a confidencialidade dos registros do paciente é uma responsabilidade essencial de todos os membros da equipe de saúde. É igualmente importante proteger qualquer informação que seja impressa do prontuário ou extraída para fins de relatório. Por exemplo, você imprime uma cópia de uma lista de atividades de enfermagem para usar como uma agenda diária enquanto presta o cuidado ao paciente. Você consulta as informações na lista e escreve observações a serem digitadas posteriormente no computador. As informações na lista são ISPs; você não as deixa para serem vistas por pessoas não autorizadas. Destrua (p.ex., rasgue) qualquer coisa que seja impressa quando a informação não for mais necessária. Os alunos de enfermagem devem escrever os dados do paciente necessários para a papelada clínica diretamente de um prontuário de paciente na tela do computador ou no gráfico físico. Você precisa remover a identificação de todos os dados do paciente quando escrevê-los em formulários ou incluí-los em trabalhos escritos para cursos de enfermagem. Não remova as informações do paciente impressas de uma instituição clínica. Se precisar remover informações impressas de um ambiente clínico, remova a identificação de todas as ISPs,

mantenha os documentos protegidos e destrua as cópias dos documentos rasgando ou eliminando-os em um recipiente trancado o mais breve possível.

Historicamente, as fontes principais de revelação inadvertida ou não autorizada de ISP ocorreram quando a informação do registro de um paciente foi impressa e/ou enviada por fac-símile a outros profissionais de saúde. Portanto, deve-se destruir todos os papéis contendo ISP (p.ex., número da Seguridade Social, dada de nascimento ou idade, nome ou endereço do paciente) imediatamente após você utilizar ou enviar via fax. A maioria das instituições possui picadores de papéis ou recipientes trancados para incineração. Alguns profissionais de enfermagem trabalham em ambientes onde são responsáveis por apagar arquivos do disco rígido de um computador que contenham calendários, agendamento de cirurgias ou procedimentos de diagnóstico ou outros registros diários que contenham ISP (Hebda e Czar, 2013). Conheça e siga as políticas de descarte dos registros na instituição em que você trabalha.

Os serviços de saúde e os departamentos têm políticas para o uso de aparelhos de fax que especificam os tipos de informação que podem ser transmitidas, quem está autorizado a recebê-las, para onde a informação é enviada e o processo utilizado para verificar se a informação foi enviada e recebida pela(s) pessoa(s) certa(s). Só envie por fax a quantidade de informação requisitada ou necessária para as necessidades clínicas imediatas. A seguir, temos algumas etapas a serem seguidas para aumentar a segurança do fax (Hebda e Czar, 2013):

- Confirme se os números de fax estão corretos antes de enviar e se certificar de que você direcionou a informação corretamente.
- Use uma folha de rosto para eliminar a necessidade de o receptor ler a informação para determinar o destinatário. Isso é particularmente importante se o aparelho de fax atender a vários usuários diferentes.
- Autentique as duas pontas antes de transmitir os dados para verificar se o remetente e o destinatário estão corretos. Use a folha de rosto para listar os destinatários, o remetente e os números de

telefone e fax. Verifique o número do fax na folha de confirmação da transmissão.

- Use as teclas de discagem programadas para eliminar a chance de um erro de discagem e direcionamento incorreto das informações.
- Use o recurso de encriptação no aparelho de fax. A codificação das transmissões impossibilita a leitura de informações confidenciais sem a chave de encriptação.
- Coloque os aparelhos de fax em uma área segura e limite o acesso a esses aparelhos, conferindo-o apenas a indivíduos designados.
- Registre as transmissões por fax. Esse recurso costuma estar disponível eletronicamente no aparelho.

Padrões

Cada organização de cuidados de saúde tem padrões que orientam o tipo de informação que você deve documentar e pela qual é responsável. Os padrões ou políticas institucionais ditam frequentemente a frequência do registro, como a frequência de registro de uma avaliação de enfermagem ou o nível de dor de um paciente. Conheça os padrões da sua organização de saúde para assegurar o registro completo e preciso. Os profissionais de enfermagem devem atender o padrão de cuidado em qualquer tarefa de enfermagem que realizarem. Um tribunal de justiça usa os registros do paciente para demonstrar se os padrões da prática de enfermagem foram ou não atendidos (ANA, 2010).

Além disso, o registro preciso deve estar de acordo com os padrões do National Committee for Quality Assurance (NCQA) e dos órgãos de credenciamento, como o TJC, para manter a **acreditação** institucional e minimizar a responsabilidade. Normalmente, uma organização incorpora padrões de certificação em suas políticas e revisa os formulários de registro para se adequarem a esses padrões. Os padrões de registro atuais requerem que todos os pacientes internados em um serviços de saúde tenham uma avaliação do nível de conhecimento físico, psicossocial, ambiental, de autocuidado e das necessidades do plano de alta. De acordo com os padrões atuais, o registro preciso demonstra a aplicação do processo de enfermagem e inclui evidências de orientação ao paciente e à família e do planejamento da alta (TJC, 2015). Outros padrões como o HIPAA incluem aqueles que são dirigidos por agências reguladoras estaduais e federais e aplicados através do Departamento de Justiça e dos Centros para Serviços Medicare e Medicaid, os Centers for Medicare and Medicaid Services (ANA, 2010).

O cuidado com o paciente requer a comunicação eficaz entre os membros da equipe de saúde. O prontuário é um meio de comunicação importante porque é um registro legal confidencial e permanente das informações relevantes para os cuidados de saúde de

um paciente. O registro é um relato contínuo das condições de saúde de um paciente e está disponível para todos os membros da equipe de saúde. Todos os prontuários do paciente contêm as seguintes informações:

- Identificação do paciente e dados demográficos
- Existência dos documentos "Testamento em Vida" e "Procuração Permanente do Advogado para Cuidados de Saúde"
- Consentimento informado para o tratamento e os procedimentos
- Dados de internação
- Os diagnósticos em enfermagem ou problemas e o plano de cuidados de enfermagem e interdisciplinar
- O registro do tratamento e avaliação dos cuidados de enfermagem
- História clínica
- Diagnósticos médicos
- Prescrições terapêuticas, incluindo o código de situação (i.e., prescrição médica para "Não Ressuscitar")
- Registro da evolução médica e interdisciplinar
- Achados do exame físico
- Resultados de exames diagnóstico
- Educação em saúde do paciente
- Resumo dos procedimentos operatórios
- Resumo e plano de alta

Diretrizes para o registro de qualidade

O registro de alta qualidade é necessário para aprimorar o cuidado eficiente e individualizado do paciente. O registro de qualidade tem cinco características importantes: é factual, preciso, completo, atual e organizado. É mais fácil manter essas características se você procurar expressar suas ideias permanentemente de maneira clara e sucinta (Beach e Oates, 2014):

- Atendo-se aos fatos
- Escrevendo frases curtas
- Usando palavras simples e curtas
- Evitando o uso de jargão ou abreviações

Factual

Um registro factual contém informações descritivas, objetivas, sobre o que um profissional de enfermagem observa, escuta, palpa e cheira. Evite termos vagos, como "parece" ou "aparentemente". Essas palavras sugerem que você está dando uma opinião; elas não comunicam fatos precisamente e não informam para outro profissional sobre os detalhes relativos aos comportamentos exibidos por um paciente. Dados objetivos são obtidos através de observação direta e medição (p.ex., "PA 80x50 mmHg, paciente diaforético, frequência cardíaca 102 batimentos por minuto e regular"). O registro objetivo inclui a descrição do comportamento de um paciente. Os únicos dados subjetivos que você inclui no registro são o que o paciente diz. Quando registrar dados subjetivos, você deve documentar as palavras exatas do paciente, entre aspas sempre que possível. Inclua dados objetivos para apoiar os dados subjetivos a fim de que o seu relato seja o mais descritivo possível. Por exemplo, em vez de documentar "o paciente parece ansioso", forneça sinais objetivos de ansiedade e registre a declaração do paciente a respeito das sensações experimentadas (p.ex., "a frequência do pulso do paciente é 110 batimentos por minuto, a frequência respiratória é um

pouco difícil em 22 respirações por minuto e o paciente afirma que 'está muito nervoso"').

Preciso

O uso de medições exatas estabelece a precisão e ajuda você a determinar se a condição de um paciente mudou de maneira positiva ou negativa. Por exemplo, uma descrição como "ingestão, 360 mL de água" é mais precisa que "O paciente bebeu uma quantidade de líquido adequada". Registrar que uma incisão abdominal tem "aproximadamente 5 cm de comprimento sem rubor, drenagem ou edema" é mais descritivo que uma "grande incisão abdominal cicatrizando bem". O registro de dados concisos é claro e fácil de entender. É essencial evitar o uso de palavras desnecessárias e detalhes irrelevantes. Por exemplo, o fato de que o paciente está assistindo televisão só é necessário quando essa atividade é relevante para a condição do paciente e o plano de cuidados.

Para garantir a segurança do paciente, use abreviações com cuidado para evitar erros de interpretação. A lista de abreviações que "não se deve utilizar" da TJC (Cap. 32) é empregada por todos os profissionais de saúde para promover a segurança do paciente. Além disso, a TJC (2015) exige que todas as instituições de saúde desenvolvam uma lista de abreviações padrão, símbolos e acrônimos a serem utilizadas por todos os membros da equipe de saúde quando registrar ou abordar os cuidados e o tratamento do paciente. Para minimizar os erros, soletre as abreviações inteiramente quando ficarem confusas.

A ortografia correta demonstra um nível de competência e atenção aos detalhes. Muitos termos são facilmente mal interpretados (p.ex., disfagia ou disfasia). Alguns erros de ortografia resultam em erros graves no tratamento (p.ex., os nomes de certas medicações são parecidos, como Lamictal e Lamisil ou hidromorfona e hidrocodona). Transcreva cuidadosamente os nomes das medicações para garantir que os pacientes recebam as medicações corretas.

Você precisa colocar a data e hora em todas as entradas nos registros do prontuário e deve haver um método para identificar os autores de todas as entradas (TJC, 2015). Cada entrada no registro de

um paciente termina com o nome completo ou as iniciais do cuidador, além de duas credenciais/título/papel, por exemplo "Enfermeira Jane Woods". Se as iniciais forem usadas na assinatura, o nome completo e credenciais/título/papel precisarão ser registrados pelo menos uma vez no prontuário para permitir que outros identifiquem prontamente o indivíduo. Como um aluno de enfermagem, você fornece o seu nome completo e abreviatura EE para estudante de enfermagem, como "EE David Jones". A abreviatura varia entre EE (estudante de enfermagem) e AE (acadêmico de enfermagem). Inclua sua instituição de ensino quando for exigido pela política da instituição de saúde.

Completo

Você precisa garantir que a informação dentro de uma entrada registrada ou um relato seja completa, contendo os dados adequados e essenciais. Siga os critérios e padrões estabelecidos para a comunicação completa no prontuário ou quando relatar certos problemas de saúde ou atividades de enfermagem (Tabela 26-2). Suas entradas por escrito no prontuário de um paciente descrevem o cuidado de enfermagem que você administra e a resposta do paciente. Um exemplo de anotação de enfermagem completa é:

Tabela 26-2

Exemplos de Critérios para Registro e Relato

Tópico	Critérios para Relatar ou Registrar
Dados de avaliação subjetivos	Descrição do episódio pelo paciente entre aspas (p.ex., "*Sinto como se um elefante estivesse sentado no meu peito e não consigo recobrar o folego.*") Descreva nas palavras do paciente início, localização, descrição da condição (gravidade, duração, frequência, fatores precipitantes, agravantes e atenuantes) (p.ex., "*A dor no meu joelho esquerdo começou na semana passada após eu me ajoelhar no chão. Toda vez que dobro o joelho, tenho uma dor lancinante na parte interna do joelho.*")
Dados de avaliação objetivos (p.ex., erupção, sensibilidade, sons respiratórios ou descrições do comportamento do	Início, localização, descrição da condição (p.ex., 11:00: área pálida, avermelhada, elevada com 2 cm de comprimento observada no dorso da mão esquerda). Início de fatores precipitantes, comportamentos exibidos (p.ex., anda no quarto, evita contato visual com o profissional de enfermagem), declarações do paciente (p.ex., afirmando repetidamente, "*Tenho que ir para casa agora.*")

paciente [p.ex., ansiedade, confusão, hostilidade])	
Intervenções de enfermagem, tratamentos e avaliação (p.ex., enema, banho, troca de curativos)	Hora da administração, material utilizado, resposta do paciente (resposta subjetiva e objetiva) em comparação com o tratamento prévio (p.ex., negou a presença de dor na incisão durante a troca do curativo abdominal, deambulou 90 metros no corredor sem ajuda)
Administração de medicação	No momento da administração, quando usar um programa de administração de medicamentos computadorizado com código de barras (ou imediatamente após a administração), registre: hora de administração da medicação, nome da medicação, dose, via, avaliação preliminar (p.ex., nível da dor, sinais vitais), resposta do paciente ou efeito da medicação (p.ex., 15h00: Relata "*dor de cabeça latejante por toda a cabeça.*" Classifica a dor em 6 (escala de 0 a 10). Tylenol 650 mg administrado VO. 15h30: Paciente relata dor de nível 2 (escala de 0 a 10) e afirma que "*não lateja mais*".
Educação em saúde do paciente e/ou família	Informações apresentadas; método de instrução (p.ex., discussão, demonstração, fita de vídeo, apostila); e resposta do paciente, incluindo perguntas e evidências de compreensão como repetir o que foi ensinado, demonstrar ou mudar comportamento.
Plano de Alta	Objetivos mensuráveis do paciente ou resultados esperados, progresso rumo aos objetivos, necessidade de encaminhamento.

19:15 Verbaliza dor aguda e latejante, localizada ao longo da lateral do tornozelo direito, que começou aproximadamente 15 minutos atrás, após torcer o pé na escada. Classifica a dor no nível 8 em uma escala de 0 a 10. A dor aumenta com o movimento, alivia ligeiramente com elevação e repouso. Pulsos pedais iguais bilateralmente. A circunferência do tornozelo direito é 1 cm maior que a do esquerdo. Extremidades inferiores quentes, rosa claro, pele intacta, responde à estimulação tátil, preenchimento capilar em menos de 3 segundos. Gelo aplicado ao tornozelo direito. Dois comprimidos de Percocet (PO) administrados para dor. Dr. M. Smith notificado. EE Lee Turno

19:45 Afirma que a dor aliviou um pouco com gelo e agora classifica a dor no nível 3 em uma escala de 0 a 10. Afirma que "A medicação para dor realmente ajudou". EE Lee Turno.

Frequentemente, você usa folhas de fluxo ou registros gráficos para registrar atividades de rotina, como os cuidados de higiene diários, sinais vitais e avaliações de dor. Descreva esses dados com mais detalhes quando forem relevantes, como quando ocorrer mudança de condição ou capacidade funcional. Por exemplo, se a pressão arterial do paciente, o pulso e as respirações estiverem acima dos valores

previstos após uma caminhada no corredor, registre outras descrições sobre as condições do paciente e a resposta à caminhada no lugar correto do prontuário (p.ex., evolução de enfermagem).

Atual

As anotações oportunas são essenciais nos cuidados continuados do paciente. Atrasos no registro levam ao cuidado do paciente desprovido de segurança. Para aumentar a precisão e diminuir a duplicação desnecessária, muitas instituições de saúde mantêm registros ou computadores perto do leito de um paciente para facilitar o registro imediato da informação conforme é coletado. Registre as atividades ou achados a seguir no momento da ocorrência:

- Sinais vitais
- Avaliação da dor
- Administração de medicações e tratamentos
- Preparação para exames de diagnóstico ou cirurgia, incluindo *checklist* pré-operatório
- Mudança na condição do paciente e quem foi notificado sobre isso (p.ex., médico, gestor, família do paciente)
- Internação, transferência, alta ou morte de um paciente
- Tratamento para mudança súbita na condição do paciente
- Resposta do paciente ao tratamento ou intervenção

A maioria das instituições de saúde usa o horário militar, um sistema de 24 horas que evita o erro de interpretação dos horários AM e PM (Fig. 26-1). Em vez de dois ciclos de 12 horas no horário-padrão, o relógio militar é um ciclo de tempo de 24 horas. O relógio militar termina com meia-noite às 24h e começa em um minuto após a meia-noite em 00h01. Por exemplo, 10:22 AM é 10h22 no horário militar; 3:00 PM é 15h no horário militar.

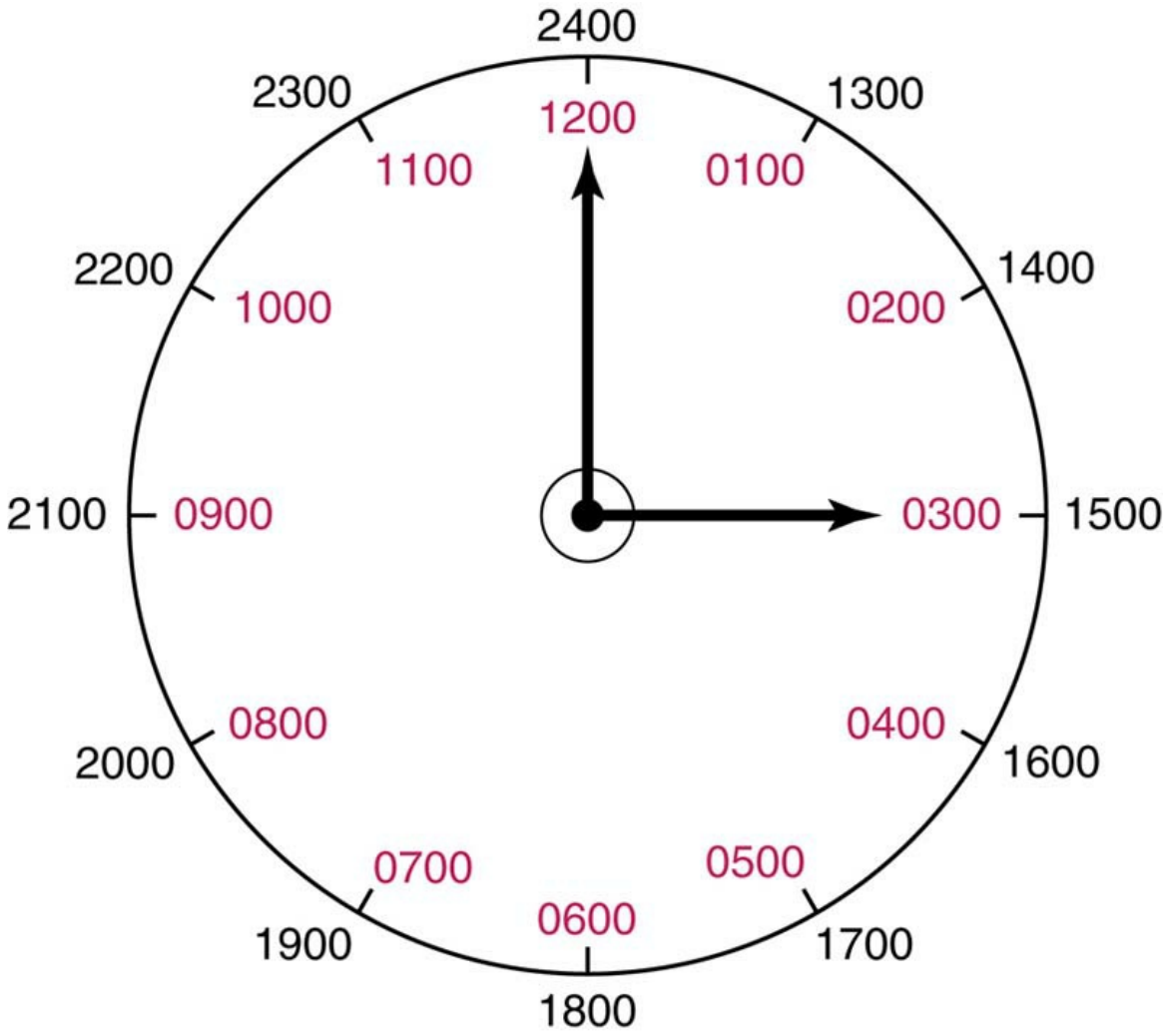


FIGURA 26-1 Comparação do horário militar de 24 horas com as posições horárias do horário civil no visor do relógio.

Organizado

A informação fornecida em um prontuário facilita a comunicação quando é registrada em uma ordem lógica. O registro também é mais eficaz quando as anotações são concisas, claras e objetivas. Para documentar anotações a respeito de situações complexas de uma maneira organizada, pense a respeito da situação e faça uma lista do que você precisa incluir antes de começar a fornecer os dados no prontuário. A aplicação das suas habilidades de raciocínio crítico e o processo de enfermagem proporcionam logica e ordem no registro de

enfermagem. Por exemplo, uma entrada organizada descreve a dor de um paciente, sua avaliação e intervenções e a resposta do paciente.

Métodos de registro

Existem vários métodos de registro para documentar os dados de avaliação do paciente e as evoluções (Quadro 26-1). Independentemente de o registro ser fornecido eletronicamente ou em papel, cada instituição de saúde seleciona um sistema de registro que reflita a filosofia de enfermagem da instituição. O mesmo sistema é utilizado em toda uma instituição específica e às vezes também em todo o sistema de saúde.

Quadro 26-1 Exemplo de Diferentes Formatos Escritos de Evolução de Enfermagem

Evolução Narrativa

O paciente afirmou "Estou preocupado com a cirurgia. Da última vez tive muita dor quando saí do leito". Discutida a importância da deambulação pós-operatória e demonstrados como virar, tossir e os exercícios de respiração profunda (VTRP). Estabelecido o objetivo de dor do paciente no pós-operatório no nível 4, dentro de uma escala de 0 a 10. Discutido o plano de cuidado com administração de analgésicos, assegurando que serão oferecidos 24 horas, conforme a prescrição. Incentivado a comunicar o mais breve possível à equipe de enfermagem se a dor não melhorar. Fornecida a apostila de educação em saúde no cuidado pós--operatório. Afirmou "Agora, sinto-me menos ansioso em relação à dor". Verbalizou compreensão da importância da deambulação pós-operatória e a confiança no plano de cuidados.

Registro SOAP (Subjetivo-Objetivo-Avaliação-Prescrição):

S: "Estou preocupado com a cirurgia. Da última vez, tive muita dor quando saí do leito."

O: Fazer muitas perguntas sobre a forma que a dor pós-operatória pode ser tratada.

A: *Ansiedade relacionada com a ameaça percebida de dor no pós-operatório,* conforme evidenciado pela afirmação de experiência prévia com dor pós-operatória não controlada.

P: Explicar o plano de cuidado com analgésicos pós-operatórios de rotina. Incentivar a informar o pessoal da enfermagem logo que possível se a dor não melhorar. Justificar a deambulação pós-operatória e demonstrar as atividades VTRP. Fornecer apostila de educação em saúde sobre cuidados de enfermagem no pós-operatório.

Evolução PIE (Problema-Intervenção-Avaliação)

P: *Ansiedade relacionada com a ameaça percebida de dor no pós-operatório,* conforme evidenciado pela afirmação de experiência prévia com dor pós-operatória não controlada.

I: Explicada a importância da deambulação pós-operatória e demonstrados as atividades VTRP. Descritos o plano de cuidados com uso de analgésicos. Incentivado a informar o pessoal da enfermagem logo que possível se a dor não melhorar. Fornecida a apostila de educação em saúde sobre cuidados de enfermagem pós-operatórios.

E: Afirmou "Agora, sinto-me menos ansioso a respeito da dor no pós-operatório" e demonstrou a execução das atividades VTRP corretamente. Precisa de uma revisão dos cuidados de enfermagem no pós-operatório.

Evolução Focal no Prontuário (Dados – Ação – Resposta)

D: Paciente afirmou: "Estou preocupado com a cirurgia. Da última vez tive muita dor quando saí do leito." Fazer perguntas frequentes sobre o manejo da dor no pós-operatório.

A: Discutida a importância da deambulação pós-operatória e demonstrados as atividades VTRP. Descrito o plano de cuidados com uso instituído de analgésicos pós--operatórios. Fornecida a

apostila sobre cuidados de enfermagem pós-operatórios.
R: Demonstrou corretamente as atividades VTRP. Precisa de revisão dos cuidados de enfermagem pós-operatórios. Afirma, "Sinto-me melhor sabendo como a dor será tratada".

Evolução Narrativa

Evolução narrativa é um método utilizado tradicionalmente para registrar a avaliação do paciente e os cuidados de enfermagem a ele prestados. É simplesmente o uso de um formato de história para registrar informações. Em um sistema eletrônico de informações de enfermagem, isso é feito usando entradas em texto livre ou opções de menu (Hebda e Czar, 2013). O registro narrativo tende a ser demorado e repetitivo. Ele requer que o leitor vasculhe uma montanha de informações para localizar os dados desejados. Entretanto, alguns profissionais de enfermagem acreditam que em certas situações o uso desse método fornece mais detalhes dos achados de avaliação de cada paciente e/ou de situações complexas do paciente (Kerr, 2013). Os médicos e outros profissionais de saúde analisam o registro de enfermagem em busca de detalhes sobre mudanças na condição de um paciente (Penoyer et al., 2014). Uma das limitações do registro eletrônico é o uso limitado de registro narrativo. Algumas áreas do PE são concebidas para usar várias caixas de seleção ou listas suspensas, que alguns acreditam não transmitir adequadamente os detalhes dos eventos importantes que resultam em uma mudança na condição do paciente (Kerr, 2013; Penoyer et al., 2014). Os PEs que incorporam opções para descrições narrativas em um formato facilmente recuperado e examinado podem melhorar a comunicação do clínico e a compreensão interdisciplinar para o cuidado do paciente.

Prontuário Orientado para Problema

O **prontuário orientado para problema (POP)** é um sistema de organização do registro que visa colocar o foco primário nos problemas de cada paciente. Os dados são organizados por problema ou diagnóstico. De preferência, cada membro da equipe de saúde

contribui para uma única lista de problemas identificados no paciente, que coordena um plano de cuidados comum. O POP tem as seguintes seções principais: banco de dados, lista de problemas, plano de cuidados e evolução.

Banco de Dados

A seção banco de dados contém todas as informações de avaliação disponíveis, pertinentes a um paciente (p.ex., história e exame físico, história de internação e avaliação continuada de enfermagem, avaliação da fisioterapia, relatórios laboratoriais e resultados dos exames radiológicos). O banco de dados proporciona a base para identificar os problemas do paciente e planejar o cuidado. À medida que novos dados são disponibilizados, o banco de dados é revisado. Ele acompanha os pacientes nas internações ou consultas clínicas sucessivas.

Lista de Problemas

Após analisar os dados, os membros da equipe de saúde identificam problemas e criam uma lista única de problemas. A lista de problemas inclui as necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais, evolutivas e ambientais de um paciente. Os membros da equipe listam os problemas em ordem cronológica e salvam a lista no registro do paciente para servir como um guia organizador dos cuidados do paciente. Os membros da equipe acrescentam e datam novos problemas à medida que surgem. Quando um problema é resolvido, o texto desse problema é realçado, ou alinhado, e a data é registrada.

Plano de Cuidados

As disciplinas envolvidas nos cuidados de um paciente desenvolvem um plano de cuidados do paciente ou prescrição de cuidados para cada problema (Cap. 18). Os profissionais de enfermagem registram a prescrição em vários formatos; geralmente, todos esses formatos incluem diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e

intervenções.

Registro da Evolução

Os membros da equipe de saúde monitoram e registram, nas evoluções, a resolução dos problemas de um paciente. Os profissionais de saúde escrevem as evoluções em um dos vários formatos ou evoluções estruturadas dentro de um PE (Quadro 26-1).

Um método é a evolução SOAP. O acrônimo **SOAP** significa: *S* – Dados ***s***ubjetivos (verbalizações do paciente); *O* – Dados ***o***bjetivos (que são medidos e observados); *A* – ***A***valiação (diagnóstico baseado nos dados); e *P* – ***P***lano ou prescrição (o que o profissional pretende fazer). Em algumas instituições, são acrescentados um "I" e um "E" (i.e., **SOAPIE**), onde *I* significa "***i***ntervenção" e *E* representa "***e***volução de enfermagem". A lógica do formato de evoluções SOAPIE é similar à do processo de enfermagem. Você coleta dados sobre os problemas de um paciente, tira conclusões, desenvolve um plano de cuidados e depois avalia os resultados. Cada evolução SOAP é numerada e intitulada de acordo com o problema na lista que ela trata.

Uma segunda evolução utilizada no PE é o formato **PIE**. Este formato é similar ao SOAP por sua natureza orientada para o problema. No entanto, a evolução PIE difere da SOAP por ter uma origem na evolução de enfermagem: *P* – Identifica um diagnóstico de enfermagem; *I* – Descreve as intervenções que serão utilizadas para abordar o problema; e *E* – é a evolução. O formato simplifica o registro unificando o plano de cuidados e as evoluções. As evoluções PIE também diferem das SOAP, porque a narrativa não inclui informações do histórico. A avaliação diária de enfermagem aparece nas folhas de fluxo, impedindo a duplicação dos dados. As evoluções PIE também são numeradas e rotuladas de acordo com os problemas do paciente. Os problemas resolvidos são retirados do registro diário após uma revisão da enfermeira. Os profissionais de enfermagem registram diariamente os problemas em andamento com uma evolução PIE para cada problema.

O terceiro formato utilizado nas evoluções do PE é a **evolução focal no prontuário**. Esse formato envolve o uso de evoluções **DAR**, que

incluem: *D* – Dados (subjetivos e objetivos); *A* – Ação ou intervenção de enfermagem; e *R* – Resposta do paciente (i.e., avaliação da eficácia). Uma evolução DAR descreve as preocupações do paciente: um sinal ou sintoma, condição, diagnóstico de enfermagem, comportamento, evento significativo ou mudança na condição do paciente (Quadro 26-1). O registro nesse formato também segue o processo se enfermagem. Esse formato permite que os profissionais de enfermagem ampliem o seu modo de pensar para incluir quaisquer preocupações do paciente, não apenas as áreas problemáticas. A **evolução focal no prontuário** incorpora todos os aspectos do processo de enfermagem, destaca as preocupações de um paciente e pode ser integrada em qualquer contexto clínico.

Registro por Exceção

A filosofia por trás do **registro por exceção (RPE)** é a de que um paciente satisfaz todos os padrões a menos que haja registro em contrário. O método foi introduzido no início dos anos 1980 e, embora a filosofia subjacente ao método tenha suscitado preocupações profissionais (Kerr, 2013), muitos sistemas de registro computadorizados em enfermagem usam o formato RPE, ou *charting by exception* (CBE). Os sistemas de registro baseados em exceções incorporam padrões de cuidado, intervenções baseadas em evidência e critérios claramente definidos para a avaliação de enfermagem e o registro dos achados "normais". As declarações pré-definidas utilizadas para registro das avaliações de enfermagem dos sistemas corporais se chamam definições *dentro de limites definidos (DLD)* ou *dentro de limites normais (DLN).* Elas consistem em critérios escritos para uma avaliação esperada como "normal" de cada sistema corporal. O registro automatizado em um sistema de registro computadorizado possibilita que o enfermeiro selecione uma declaração DLD ou que escolha outras declarações a partir de um menu suspenso o qual permite a descrição de quaisquer achados de avaliação que se desviem da definição DLD ou que sejam inesperados (Hebda e Czar, 2013). Você só escreve na evolução quando a avaliação do paciente não atende os critérios padronizados com a classificação

"normal" em um ou mais sistemas corporais. Quando se desenvolvem mudanças na condição de um paciente, você precisa incluir uma descrição completa e precisa dos efeitos da(s) mudança(s) no paciente e as ações tomadas para tratar a(s) mudança(s) na evolução de enfermagem.

Gerenciamento de Caso e Uso de Vias Críticas

O modelo de **gerenciamento de caso** na prestação de cuidados (Cap. 2) incorpora uma abordagem interprofissional para registro do cuidado do paciente. As **vias críticas** (também conhecidas como vias clínicas, diretrizes de prática, vias críticas ou ferramentas CareMap®) são planos de cuidado interprofissionais que identificam os problemas do paciente, intervenções-chave e resultados previstos dentro de um período estabelecido (American Health Consultants, 2015). O documento facilita a integração do cuidado, porque todos os membros da equipe de saúde usam a mesma via crítica para monitorar a evolução de um paciente durante cada turno ou, no caso do cuidado domiciliar, a cada visita (Chan e Webster, 2013). Muitas organizações resumem o plano de cuidados padronizado em vias criticas para uma doença ou condição específica. Por exemplo, no tratamento do câncer algumas vias se concentram nas malignidades que têm uma incidência maior, como câncer de mama, cólon, próstata e pulmão e certos tipos de câncer do sangue (DeMartino e Larsen, 2012). As vias críticas baseadas em evidência melhoram os resultados do paciente. Por exemplo, uma via crítica para o manejo da dor causada pela crise oclusiva vascular nos pacientes com anemia falciforme melhorou significativamente o intervalo de tempo entre a triagem do paciente e a administração da primeira dose de analgésico e a probabilidade de administração de cetorolaco em um serviço de emergência pediátrica (Ender et al., 2014).

Uma via crítica elimina as evoluções de enfermagem, folhas de fluxo e planos de cuidados de enfermagem, porque o documento integra todas as informações relevantes. Os resultados inesperados, objetivos não alcançados e intervenções não especificadas dentro da via crítica são denominadas **variações**. Uma variação ocorre quando

as atividades na via crítica não são completadas conforme o previsto ou o paciente não atende os resultados esperados. Uma variação positiva ocorre quando um paciente progride mais rapidamente que o esperado (p.ex., o uso de um cateter de Foley é descontinuado um dia antes). Um exemplo de variação negativa é quando um paciente desenvolve complicações pulmonares após a cirurgia, necessitando de oxigenoterapia e monitoramento com oximetria de pulso. Você registra todas as variações na via crítica (Quadro 26-2). A análise das variações identifica tendências e fornece dados para desenvolver um plano de ação eficaz para responder os problemas identificados no paciente. Às vezes, as variações resultam de mudanças na saúde de um paciente ou devido a outras complicações de saúde dissociadas da razão primária para a qual um paciente necessita de cuidados. Depois que você identifica uma variação, modifica o cuidado do paciente para atender as necessidades associadas à variação. Ao longo do tempo, a equipe de saúde revisa as vias críticas quando recorrem variações similares.

Quadro 26-2 Exemplo de Registro de Variação

Você está usando uma via crítica no "Cuidado Pós-operatório de Rotina" de um homem de 56 anos que passou ontem por uma cirurgia abdominal. Um dos resultados esperados no 1° dia de pós-operatório no documento de via crítica é "Afebril, com pulmões limpos bilateralmente". Esse paciente tem uma temperatura elevada, seus sons respiratórios são menores bilateralmente nas bases dos dois lobos dos pulmões e está ligeiramente confuso.

Segue um exemplo de como você registra essa variação na via:

"Os sons respiratórios diminuíram bilateralmente nas bases. Tax: 37,8°C; P-92 bpm; F-28rp/min; oximetria de pulso 84% no ar ambiente. A filha diz que ele está 'confuso' e não a reconheceu quando ela chegou alguns minutos atrás. Iniciado o oxigênio nasal, 2L/min, de acordo com a prescrição. A saturação do oxigênio melhorou para 92% depois de 5 minutos. O Dr. Lopez foi informado da mudança de estado do paciente. A filha continua ao lado do leito."

Formulários de manutenção de registros mais comuns

Os profissionais de enfermagem usam vários formulários eletrônicos ou escritos para registro ou digitação de informações rotineiras. As categorias ou campos de dados dentro de um formulário normalmente derivam dos padrões institucionais ou das diretrizes estabelecidas pelas agências de credenciamento.

Formulário de Histórico de Enfermagem na Internação

Um profissional de enfermagem preenche um formulário de histórico de enfermagem quando um paciente é internado em um centro de enfermagem. Os campos no formulário guiam você por uma coleta de dados abrangente a fim de identificar diagnósticos em enfermagem ou problemas relevantes (Caps. 16 e 17). O preenchimento desse formulário fornece dados basais que você utiliza para comparação quando a condição de um paciente muda.

Folhas de Fluxo e Registros Gráficos

Os profissionais de enfermagem de cuidados agudos e críticos usam frequentemente **folhas de fluxo** e registros gráficos para documentar dados fisiológicos e cuidados de rotina. Dentro de um sistema de registro computadorizado, esses formulários lhe permitem fornecer de forma rápida e fácil os dados coletados sobre um paciente, como os sinais vitais, peso na internação ou diário e porcentagem de refeições ingeridas. Eles também facilitam o registro da prestação rotineira e repetida de cuidados como medidas de higiene, deambulação e verificações de segurança e imobilização. Esses documentos fornecem informações sobre o paciente acessíveis a todos os membros da equipe de saúde e ajudam os membros da equipe a ver rapidamente as tendências do paciente ao longo do tempo. Você explica qualquer

ocorrência em uma folha de fluxo que seja incomum ou que represente uma mudança significativa na condição de um paciente em detalhes em uma nota de progresso. Por exemplo, se a pressão arterial de um paciente ficar perigosamente alta, primeiro você preenche e registra uma coleta de dados focada e depois documenta a ação adotada em uma nota de progresso.

Resumo dos Cuidados do Paciente

Muitos sistemas de registro computadorizado têm capacidade para gerar um documento resumido sobre os cuidados do paciente que você analisa e às vezes imprime para cada paciente no início e/ou no final de cada turno de trabalho. O documento atualiza automaticamente e fornece a informação mais atual que foi fornecida no RES e normalmente inclui as seguintes informações:

- Dados demográficos básicos (p.ex., idade, religião)
- Nome dos profissionais de saúde
- Diagnóstico médico primário
- Histórico médico e cirúrgico
- Prescrições atuais do profissionais de saúde (p.ex., trocas de curativo, deambulação, monitoramento da glicose)
- Plano de cuidados de enfermagem
- Prescrições de enfermagem (p.ex., necessidade de educação em saúde, medidas de alívio dos sintomas, aconselhamento)
- Exames e procedimentos agendados
- Precauções de segurança utilizadas no cuidado dos pacientes
- Fatores que afetam a independência do paciente nas atividades da vida diária
- Parente/responsável mais próximo ou pessoa para contato em uma emergência
- Código de emergência (p.ex., indicação de “não ressuscitar”)
- Alergias

Planos de Cuidados Padronizados

Muitos sistemas de registro computadorizada incluem **planos de**

cuidados personalizados ou **diretrizes de prática clínica (DPC)** para facilitar a criação e registro de um plano de cuidados de enfermagem ou interprofissional. Cada DPC facilita o cuidado seguro e consistente de um problema identificado ao descrever ou listar os padrões institucionais e as diretrizes baseadas em evidência que são facilmente acessadas e incluídas no RES de um paciente. Após completar o histórico de enfermagem, o profissional identifica os DPCs adequados para o paciente e seleciona cada um que deve ser incluído em um plano de cuidados individualizado dentro do RES. A maioria dos sistemas de registro computadorizados permite que os DPCs sejam modificados, possibilitando que você individualize as intervenções, objetivos e/ou resultados de cada paciente. Os planos de cuidados padronizados ou DPCs são úteis durante a realização das auditorias de melhoria na qualidade. Eles também proporcionam continuidade do cuidado entre os profissionais de enfermagem. Quando são utilizados, o profissional de enfermagem permanece responsável pela prestação do cuidado individualizado a cada paciente. Os planos de cuidados padronizados ou DPCs não podem substituir o bom senso profissional de um(a) enfermeiro(a) e a sua tomada de decisão. Atualize os planos de cuidados ou DPCs regularmente para garantir que os documentos estejam corretos e baseados em evidências.

Formulários de Resumo de Alta

Os profissionais de enfermagem asseguram os cuidados de baixo custo e o reembolso adequado, preparando os pacientes para uma alta do serviço de saúde eficaz e oportuna. O desenvolvimento de um plano de alta abrangente e seguro se baseia no plano de alta interprofissional. Esse processo inclui a identificação de resultados clínicos chave e cronogramas adequados para alcançá-los, nível de cuidado adequado para a alta e todos os recursos necessários.

Em condições ideais, o plano de alta começa na internação. Ao identificar precocemente as necessidades de alta, a enfermagem e outros profissionais de saúde começam a planejar a alta no nível de cuidados adequados, o que às vezes inclui serviços de apoio como o cuidado domiciliar e as necessidades de materiais/equipamentos.

Envolva o paciente e a família no processo de planejamento da alta a fim de que eles tenham as informações e recursos necessários para voltar para casa. O registro da alta inclui medicações, dieta, recursos comunitários, cuidados de acompanhamento e a quem contatar em caso de emergência ou dúvidas. Todas essas informações estão incluídas em um resumo de alta, o qual é impresso e fornecido ao paciente, mas que continua no RES como um registro das orientações de alta que foram fornecidas (Quadro 26-3).

Quadro 26-3 Diretrizes de Informações a Serem Incluídas em um Resumo de Alta

- Utilize descrições claras, concisas, na linguagem do próprio paciente.
- Forneça orientações passo a passo sobre como realizar qualquer procedimento que o paciente ou a família realizará independentemente (p.ex., esvaziar a bolsa de drenagem de um cateter urinário ou autoadministração de uma medicação injetável).
- Identificar precauções a seguir quando realizar autocuidado ou administrar medicações.
- Listar os sinais e sintomas de complicações que um paciente precisa relatar ao profissional de saúde.
- Listar os nomes e números de telefone dos profissionais de saúde e dos recursos comunitários que o paciente pode contatar.
- Identificar quaisquer problemas não resolvidos, incluindo planos de acompanhamento e tratamento continuado.
- Listar a hora da alta, modo de transporte e quem acompanhou o paciente.

Sistemas de classificação da acuidade

Os profissionais de enfermagem usam **classificações de acuidade** para determinar a hora do atendimento e o número de profissionais necessários para um determinado grupo de pacientes por turno ou a cada 24 horas. O nível de acuidade de um paciente, determinado normalmente pela avaliação e fornecido a um programa de computador pelo enfermeiro, se baseia no tipo e número de intervenções de enfermagem (p.ex., terapia intravenosa [IV], cuidados com a ferida ou assistência na deambulação) exigidas por um paciente ao longo de um período de 24 horas. Embora as classificações de acuidade não façam parte do prontuário de um paciente, o registro de enfermagem no prontuário fornece evidências para apoiar a avaliação de uma classificação de acuidade de um determinado paciente.

O nível de acuidade é uma classificação utilizada para comparar um ou mais pacientes com outro grupo de pacientes. Por exemplo, um sistema de acuidade classifica o banho dos pacientes de 1 (independente de todos os aspectos do cuidado, exceto um ou dois; quase pronto para a alta) a 5 (totalmente dependente em todos os aspectos do cuidado; exigindo cuidados intensivos). Com o uso desse sistema, um paciente no retorno da cirurgia e que necessita de monitoramento frequente e cuidados integrais tem um nível de acuidade 3 comparado com outro paciente aguardando a alta após uma recuperação cirúrgica bem-sucedida, que tem um nível de acuidade 1. As classificações precisas da acuidade justificam o número e as qualificações da equipe necessária para cuidar dos pacientes com segurança. As proporções entre pacientes/equipe estabelecidas para uma unidade dependem da reunião composta de dados de acuidade de 24 horas para todos os pacientes que recebem cuidados.

Registro no contexto de cuidados domiciliares

O registro no contexto de cuidados domiciliares é diferente da empregada em outras áreas da enfermagem. O **Medicare** tem normas específicas para estabelecer a qualificação para reembolso de cuidados domiciliares. As informações utilizadas no reembolso são retiradas do registro dos cuidados prestados no ambiente domiciliar. O registro é o controle de qualidade e a justificativa para o reembolso pelo **Medicare, Medicaid** ou pelas seguradoras de saúde privadas. As informações no prontuário de cuidados domiciliares incluem a avaliação do paciente, formulários de encaminhamento e ingesta, plano de cuidados interprofissional, uma lista de medicações e relatórios para pagamento de terceirizados. Os profissionais de enfermagem registram todos os seus serviços para pagamento (p.ex., cuidados diretos especializados, educação em saúde do paciente, observação especializada e visitas de avaliação)(TJC, 2015).

O uso de um *notebook* ou *tablet* possibilita que os registros de cuidados de saúde domiciliares fiquem disponíveis em vários locais (o domicílio do paciente e a instituição de cuidados domiciliares), aumentando a acessibilidade às informações e facilitando a colaboração entre os profissionais.

Os profissionais de enfermagem usam dois conjuntos de dados diferentes para registrar as avaliações clínicas e os cuidados prestados no ambiente domiciliar: o conjunto de informações de resultados e avaliações/Outcome and Assessment Information Set (OASIS) e o Sistema Omaha (Monsen et al., 2012). O Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) obriga o uso do OASIS para coletar e relatar avaliações e resultados dos pacientes no ambiente de cuidados domiciliares. O OASIS inclui uma avaliação de internação abrangente e calcula os escores clínicos, funcionais e de serviço para justificar o reembolso dos serviços prestados (Allender et al., 2014). O Sistema Omaha consiste em três componentes: Esquema de Classificação de

Problemas, Esquema de Intervenção e Escala de Classificação dos Problemas para Resultados (Monsen et al., 2012. Ele fornece um modelo útil para a avaliação abrangente dos cuidados de enfermagem e avalia a qualidade desses cuidados prestados no ambiente domiciliar (Allender et al., 2014).

Registro no contexto de cuidados domiciliares de longo prazo

O contexto de cuidados domiciliares de longo prazo inclui centros de enfermagem qualificados (CEQ) em que os pacientes recebem cuidados 24 horas por dia, incluindo hospedagem, refeições, cuidados de enfermagem especializados (qualificados) e serviços de tratamento, além de instalações de cuidados de longo prazo nas quais os pacientes com condições crônicas recebem cuidados ininterruptos, incluindo hospedagem, refeições, cuidados pessoais e cuidados básicos de enfermagem. As regulamentações de cada estado, o TJC e o CMS determinam os requisitos de registro nessas instalações. O Instrumento de Avaliação do Residente/Resident Assessment Instrument (RAI) — que inclui o Conjunto de Dados Mínimo/CDM (MDS, Minimum Data Set) e a Avaliação da Área de Cuidados/AAC (CAA, Care Area Assessment) — é o conjunto de dados obrigatório em nível federal para uso nas instalações de cuidados de longo prazo pelo CMS. Os formulários de avaliação CDM são preenchidos na internação e depois periodicamente, dentro de diretrizes específicas e períodos de tempo, para todos os residentes nas clínicas de repouso certificadas (American Health Information Management Association, 2010).

O CDM também determina o nível de reembolso sob o sistema de pagamento prospectivo dos residentes do **Medicare** Parte A em um CEQ. Com base na classificação CDM é atribuído um grupo de utilização de recursos/resource utilization group (RUG,), que determina o pagamento de diárias (American Health Information Management Association, 2010). A comunicação entre os profissionais de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas e recreadores, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais é essencial. O registro do atendimento em ambiente de cuidados de longo prazo apoia uma abordagem interprofissional para o processo de avaliação e planejamento de todos os pacientes. A observância dos requisitos

estaduais e federais e reembolso pelos cuidados prestados em um centro de cuidados de longo prazo dependem do preenchimento exato de todo o registro necessário para justificar os cuidados prestados (Hebda e Czar, 2013).

No Brasil, os centros de cuidados de longo prazo são denominados "instituição de longa permanência (ILP)" e destinam-se ao acolhimento de idosos. Camarano e Canso (2010), com base em definição da Agência Nacional de Vigilância em Saúde – ANVISA, afirma que essas instituições, governamentais ou não governamentais, possuem caráter residencial e destinam-se ao funcionamento como domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Por isso, ela é denominada ILPI

Fonte: CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, June 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014.

Registro da comunicação com profissionais e de eventos únicos

Chamadas Telefônicas para um Profissional

Registre todas as chamadas telefônicas que você fizer para o profissional de saúde. Seu registro inclui quando a chamada foi feita, quem a fez (se não tiver sido você), para quem foi feita, para quem a informação foi transmitida, qual informação foi transmitida e qual informação foi recebida. Um exemplo: *"16/10/2015 (20h30): Telefonema para o consultório do Dr. Morgan. Falei com o Enfermeiro S. Thomas, que vai informar ao Dr. Morgan que o nível de potássio do Sr. Wade obtido às 21h foi 5,9 mEq/dL. Recebi a informação de que o Dr. Morgan vai voltar após a visita ao paciente atual. Enfermeiro D. Mrkle."*

Prescrições por Telefone e Verbais

As prescrições por telefone (PTs) ocorrem quando um profissional de saúde passa prescrições terapêuticas pelo telefone para o enfermeiro. As prescrições verbais (PVs) ocorrem quando um profissional de saúde passa prescrições para o enfermeiro quando estão próximos um do outro. As PTs e PVs geralmente ocorrem à noite ou durante as emergências; elas só devem ser utilizadas quando forem absolutamente necessárias e não por uma questão de conveniência. Em algumas situações é prudente que uma segunda pessoa ouça as PTs. Verifique a política da instituição. O Quadro 26-4 fornece as diretrizes que promovem a precisão no recebimento de PT ou PV.

Quadro 26-4 Diretrizes para as Prescrições por Telefone e Verbais

- Determine claramente o nome do paciente, número do quarto e diagnóstico.
- Use perguntas de esclarecimento para evitar erros de

compreensão.

- Escreva a PT (prescrição por telefone) ou PV (prescrição verbal), incluindo data e hora, nome do paciente, a prescrição completa; escreva o nome do médico ou outro profissional de saúde e do enfermeiro.
- Leia para o médico ou outro profissional de saúde quaisquer prescrições.
- Siga as políticas da instituição; algumas instituições exigem que as prescrições por telefone (e verbais) sejam revisadas e assinadas por dois enfermeiros

O profissional de enfermagem que recebe a PT ou PV digita a prescrição completa no computador usando o *software* de **entrada computadorizada da prescrição do profissional** (CPOE, *computerized provider order entry*) ou a escreve em uma folha de prescrição médica a ser digitada no computador o mais breve possível. Depois que você recebeu a prescrição, releia usando o processo de "releitura" e registre se você fez isso para promover evidências de que a informação recebida (como instruções de retornar uma chamada e/ou prescrições terapêuticas) foi verificada com o profissional. Segue um exemplo: *"16/10/2015 (08h15), Troca da hidratação venosa (HV) para Ringer Lactato com potássio 20 mEq por litro até 125 mL/hor. PT: Dr. Knight/Enfermeiro J. Woods, leitura de volta."* O profissional de saúde verifica depois a PT ou PV legalmente assinando-a dentro de um intervalo de tempo (p.ex., 24 horas), conforme a determinação da política do hospital.

Relatos de Incidentes ou de Ocorrência

Um incidente ou ocorrência é qualquer evento que não é coerente com a rotina, com o cuidado previsto para um paciente ou com os procedimentos-padrão de uma unidade de saúde. Entre os exemplos, temos as quedas de pacientes, lesões com agulha, um visitante que desmaia, erros na administração de medicações, omissão acidental dos tratamentos prescritos e quaisquer circunstâncias que levem à lesão ou apresentem um risco de lesão ao paciente. Você preencherá **relatos**

de incidentes (ou ocorrências) sempre que eles ocorrerem. Eles são uma parte importante do programa de melhoria da qualidade de uma unidade (Cap. 2). Um "quase acidente" é um incidente em que nenhuma propriedade foi danificada e nenhum paciente ou funcionário se machucou; mas, dada uma ligeira mudança no horário ou na posição, poderia ter ocorrido facilmente um dano ou lesão (OSHA, n.d.). Quando ocorrer um incidente, registre uma descrição objetiva do que aconteceu; o que você observou; e as ações de acompanhamento adotadas, incluindo a notificação do profissional de saúde do paciente no prontuário deste paciente. Lembre-se de avaliar e documentar a resposta do paciente ao incidente.

Os relatos de incidente contêm informações confidenciais; a distribuição do relatório se limita aos responsáveis pela revisão dos formulários. Siga a política da instituição quando fizer um relato de incidente e arquive o relato no serviço de gerenciamento de risco de sua instituição. A análise dos relatos de incidente ajuda a identificar tendências em uma organização que fornecem justificativas para mudanças nas políticas e procedimentos ou nos programas de estágio. Não inclua qualquer referência a um incidente no prontuário. Uma anotação sobre um relato de incidente no prontuário de um paciente ajuda um advogado argumentar que a referência torna o incidente parte do prontuário e, portanto, sujeita à análise do advogado.

Informática e gerenciamento da informação no cuidado de saúde

Tecnologia da informação (TI) se refere a gerenciamento e processamento da informação, geralmente com ajuda de computadores. **Informática na saúde** é a "aplicação da ciência da computação e informação em todas as ciências básicas e biomédicas para facilitar a aquisição, processamento, interpretação, melhor uso e comunicação de dados relacionados com a saúde. O foco é o paciente e o processo de cuidado; e a meta é melhorar a qualidade e a eficiência do cuidado prestado" (Hebda e Czar, 2013, p. 6). Um sistema de informação em saúde (SIS) é um grupo de sistemas utilizados dentro de uma organização de saúde para apoiar e melhorar esses cuidados. Um SIS consiste em dois tipos principais de sistemas de informação: sistemas de informação clínica e sistemas de informação administrativa. Juntos, os dois sistemas trabalham para fazer a entrada e comunicação dos dados e informações mais eficientes. Você vai descobrir que qualquer instituição de saúde usa um ou mais desses sistemas. A competência da enfermagem na informática em saúde está se tornando uma prioridade à medida que os profissionais de saúde e as instalações nos Estados Unidos implementam o registro eletrônico. Você precisa de competências em informática para prestar um cuidado mais seguro e eficiente, para aumentar a base de conhecimento do profissional e enfermagem e facilitar o crescimento da prática baseada em evidências. As organizações profissionais, como o Instituto de Medicina, a Fundação Robert Johnson e a Liga Nacional de Enfermagem recomendam que todos os profissionais de enfermagem adquiram um nível mínimo de consciência e competência em informática e no uso da TI. A Associação Americana de Escolas de Enfermagem estabeleceu um estrutura que define os objetivos curriculares e os resultados em informática para programas de bacharelado, mestrado e doutorado em enfermagem (Hebda e Czar, 2013).

A iniciativa da Reforma da Educação/Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER) começou como um programa de formação em 2006 e foi apoiada por mais de 70 organizações colaboradoras, duas doações da Robert Wood Johnson Foundation e uma doação de pessoa física. A TIGER se concentra em preparar melhor a mão de obra clínica para usar a tecnologia e a informática visando aprimorar a prestação de cuidados ao paciente. Em 22 de setembro de 2014, a TIGER passou para Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS). Sob a direção da HIMSS, o impulso da iniciativa de formação vai se beneficiar da robusta estrutura de voluntários que a HIMSS pode proporcionar, de modo que as estratégias de recrutamento, retenção e treinamento da mão de obra atual e futura para educação, prática e pesquisa em informática possa avançar (Healthcare Information and Management Systems Society, 2015).

A competência em informática não é a mesma coisa que competência no uso de computadores. Para se tornar competente em informática você precisa ser capaz de desenvolver métodos de descoberta, recuperação e uso da informação na prática (Hebda e Czar, 2013). Isso significa que você aprende a reconhecer quando a informação é necessária e tem as habilidades para encontrar, avaliar e usar a informação de modo eficaz. O enfermeiro precisa saber como usar os bancos de dados clínicos dentro da sua instituição e aplicar a informação para que possa prestar cuidados de alta qualidade e adequados ao paciente.

Informática em Enfermagem

Informática em enfermagem é definida genericamente como "o uso da informação e da tecnologia de computação para apoiar todos os aspectos da prática da enfermagem, incluindo a prestação direta de cuidados, administração, educação e pesquisa," (Hebda e Czar, 2013, p. 6). Todos os profissionais de enfermagem lidam com dados, informações e conhecimento. É importante que você saiba como registrar, interpretar e relatar dados, além de pensar criticamente e aplicar o conhecimento quando presta cuidados ao paciente. Os dados

incluem números, caracteres ou fator que você avalia, de acordo com uma necessidade de análise percebida e possível ação. Você adquire conhecimento a partir da avaliação e uso da informação de várias fontes. Um exemplo é a revisão que o enfermeiro faz de vários dados coletados consecutivamente de uma ferida, registrados no prontuário eletrônico. A análise das mudanças nas descrições das margens da ferida, cor da drenagem e medições ao longo de vários dias permite que o enfermeiro avalie e identifique um padrão que indique que a ferida está cicatrizando (informação) ou não. Com base na evidência disponível na literatura científica, o enfermeiro aplica conhecimento sobre os princípios de cuidados com a ferida e intervém para gerenciar a ferida do paciente e promover a cicatrização.

A informática em enfermagem também é reconhecida como uma área de especialização da prática da enfermagem. Os enfermeiros de informática em enfermagem têm preparação avançada no gerenciamento da informação e demonstram proficiência em informática para apoiar todas as áreas da prática da enfermagem, incluindo melhoria da qualidade, pesquisa, gerenciamento de projetos e projeto de sistemas (Hebda e Czar, 2013). Através da aplicação da informática em enfermagem, a tecnologia é colocada em prática para melhorar o cuidado e a educação em saúde do paciente no leito. A aplicação da informática em enfermagem resulta em um sistema de informações em enfermagem eficiente e eficaz que facilita a integração dos dados, informação e conhecimento para dar suporte aos pacientes, profissionais de enfermagem e outros profissionais do serviço na tomada de decisão em todos as funções e ambientes.

Sistemas de Informações Clínicas

Todos os membros da equipe interprofissional de saúde, incluindo enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais e terapeutas, usam programas disponíveis em um **sistema de informações clínicas (SIC)**. Esses programas incluem sistemas de monitoramento, sistema de entrada de pedidos e sistemas de laboratório, radiologia e farmácia. Um sistema de monitoramento inclui dispositivos que monitoram e registram automaticamente medições biométricas (p.ex., sinais vitais,

saturação do oxigênio, índice cardíaco e volume do AVC) no cuidado agudo, cuidado crítico e áreas de especialização. Os dispositivos enviam eletronicamente as medições diretamente para o sistema de registro de enfermagem.

Os sistemas de entrada de requisições permitem que os enfermeiros solicitem suprimentos e dispositivos de outro departamento. Um exemplo é um programa de computador que confere capacidade para requisitar suprimentos estéreis da central de material. Isso elimina o uso de formulários de requisição escritos e acelera o fornecimento dos suprimentos necessários para uma unidade de enfermagem. Os sistemas de entrada informatizada de pedidos de material (EIPM) permitem que os profissionais de saúde façam pedidos diretamente no sistema de informações do hospital para os cuidados do paciente. Em sistemas avançados, a EIPM tem lembretes e alertas embutidos que ajudam o profissional de saúde a selecionar a medicação mais adequada ou o exame de diagnóstico correto. A entrada direta de pedidos elimina questões relacionadas com a escrita ilegível e com os erros de transcrição. Além disso, um sistema EIPM potencialmente acelera a implementação dos exames de diagnóstico e tratamentos solicitados, aumentando a produtividade do pessoal e poupando dinheiro, pois a secretária da unidade não transcreve mais um pedido por escrito em um formulário de requisição da enfermagem (Hebda e Czar, 2013). As solicitações feitas através do EIPM são integradas ao registro e enviadas para os serviços corretos (p.ex., farmácia ou radiologia).

Sistemas de apoio à decisão clínica (SADC) são programas informatizados utilizados dentro do ambiente de cuidados de saúde para ajudar e apoiar a tomada de decisão clínica. Quando utilizados para apoiar as decisões de enfermagem, eles se chamam SADCs de enfermagem (Fig. 26-2). A base de conhecimento dentro de um SADC contém regras e declarações lógicas que ligam as informações necessárias para as decisões clínicas com o intuito de gerar recomendações personalizadas para cada paciente, que são apresentadas aos enfermeiros como alertas, advertências ou outras informações para consideração (Lee, 2013). Por exemplo, um SADC

eficaz notifica os profissionais de saúde a respeito das alergias do paciente antes de prescrever uma medicação, aumentando assim a segurança do paciente durante o processo de prescrição de medicações. Os SADCs também melhoram os cuidados de enfermagem. Quando os dados de avaliação do paciente são combinados com as diretrizes de cuidados, os profissionais de enfermagem são mais capazes de implementar cuidados de enfermagem baseados em evidências, resultando em resultados melhores para o paciente (Quadro 26-5).

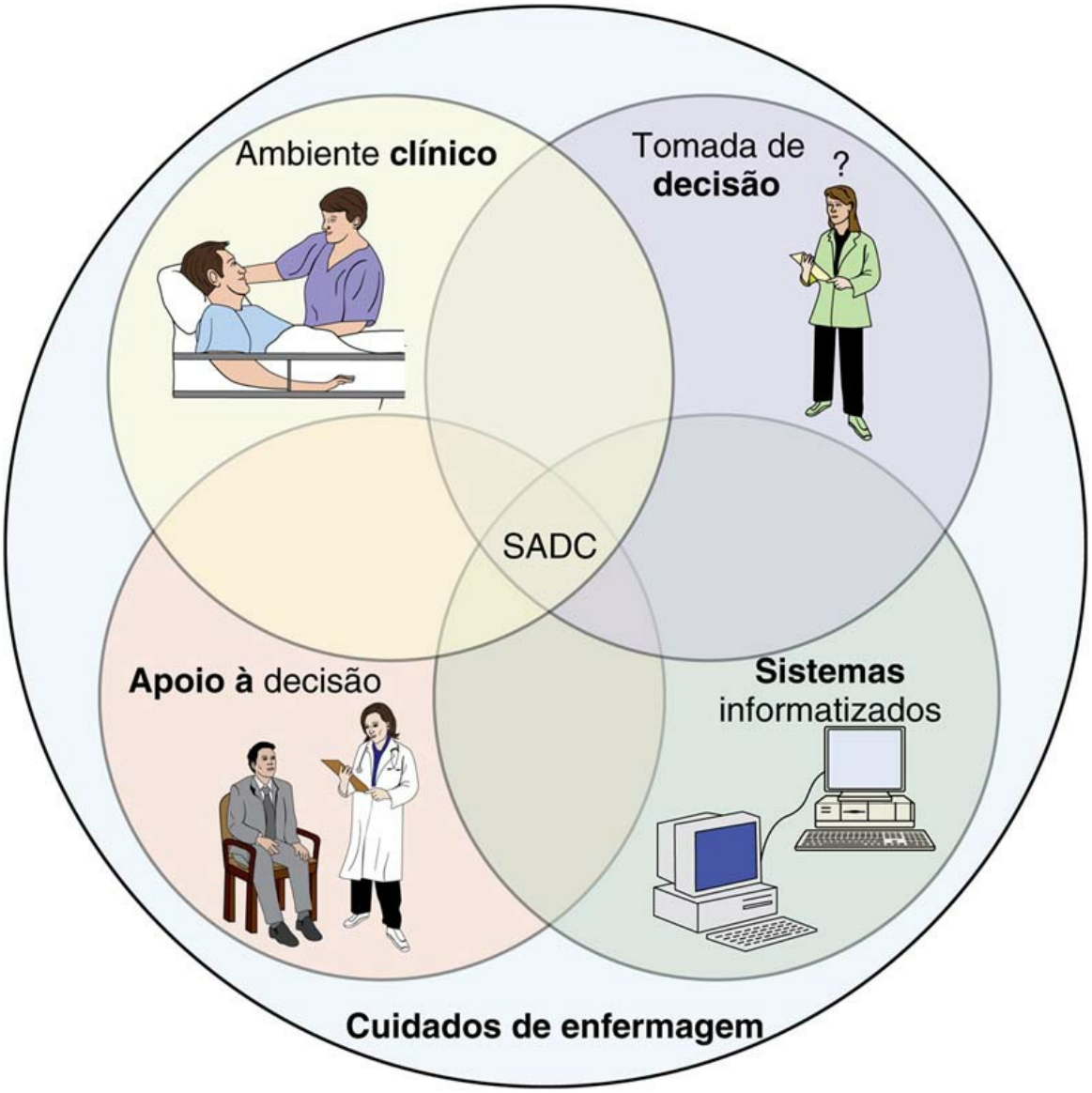


FIGURA 26-2 Modelo de um sistema de apoio à decisão clínica em enfermagem (SADC).

Quadro 26-5

Prática baseada em evidência

Efeito dos Sistemas de Apoio à Decisão Clínica nos Resultados do Paciente

Pergunta PICO: Os profissionais de enfermagem que trabalham em instituições de saúde as quais utilizam sistemas de apoio à decisão clínica (SADC) prestam um cuidado mais seguro e eficaz ao paciente em comparação com os profissionais de enfermagem que trabalham em instituições as quais não usam SADC?

Resumo das Evidências

Os profissionais de enfermagem que prestam cuidados baseados em evidências à beira do leito prestam um cuidado seguro e eficaz. No entanto, uma barreira para implementar a prática baseada em evidências é levar as informações aos profissionais de enfermagem na beira do leito quando eles necessitam delas. Vários estudos investigaram o efeito do SADC nos resultados do paciente. Harrison et al. (2013) examinaram o impacto de um SADC de enfermagem integrado ao registro eletrônico desenvolvido para facilitar a adesão às diretrizes de controles da hipoglicemia. Os dados foram coletados e analisados 6 meses antes da implementação, 6 meses após a implementação e 7 a 12 meses após a implementação do SADC. Os achados desse estudo demonstraram uma melhoria estatisticamente significativa na adesão ao uso da diretriz clínica. O estudo também mostrou que o protocolo era quase 3 vezes provável de ser seguido 7 a 12 meses após a implementação do SADC. A evidência atual também mostra que o uso do SADC aumenta a adesão aos cuidados de sepse baseados em evidência nas unidades de cuidados intensivos

(Giuliano et al., 2011) e à realização da triagem de osteoporose nos ambientes da atenção primária (DeJesus et a., 2012). Esses estudos mostram que os SADC que promovem apoio automático à decisão na hora e lugar de que os profissionais de enfermagem precisam aumentam a qualidade e a segurança dos cuidados com o paciente. Os SADC também ajudam os profissionais de enfermagem a iniciarem os cuidados baseados em evidências mais rapidamente e com mais acurácia, melhorando os resultados para o paciente.

Aplicação na Prática da Enfermagem

- Os SADCs aumentam a implementação da prática baseada em evidências nos cuidados de enfermagem, porque lembram aos profissionais de enfermagem quais intervenções precisam ser implementadas em pacientes específicos no momento em que o cuidado é necessário.
- Os profissionais de enfermagem precisam ser envolvidos no projeto e escolha dos SADCs para garantir que proporcionem o apoio à decisão clínica de modo eficaz e eficiente.
- Os profissionais de enfermagem precisam avaliar os resultados do paciente quando os SADCs são utilizados. Eles também precisam se envolver no desenvolvimento de soluções para melhorar a eficácia dos SADCs quando forem identificadas oportunidades de aprimoramento.

Sistemas de Informações Clínicas em Enfermagem

Um **sistema de informações clínicas em enfermagem (SICE)** bem estruturado incorpora os princípios de informática em enfermagem para apoiar o trabalho que os enfermeiros realizam ao facilitar o registro das atividades do processo de enfermagem e oferece recursos para gerir a prestação de cuidados de enfermagem. Como enfermeiro, você precisa acessar um programa de computador com facilidade, examinar a história clínica de um paciente e as requisições do profissional de saúde e depois seguir para a cabeceira do paciente e

fazer uma avaliação abrangente. Depois que você concluir essa avaliação, digite os dados no terminal de computador na cabeceira do paciente e desenvolva um plano de cuidado a partir das informações reunidas. Isso lhe permite compartilhar rapidamente o plano de cuidados com o seu paciente. Periodicamente, volte para o computador e confira os resultados dos exames laboratoriais e registre os cuidados prestados por você. As telas de computador e as janelas *pop-up* opcionais facilitam a localização das informações, a entrada e comparação dos dados e as alterações.

Os SICEs têm duas versões. A versão de processos de enfermagem é a mais tradicional. Ela organiza o registro dentro de formatos bem estabelecidos, como as listas de problemas de internação e avaliação pós-operatória, planos de cuidado, listas ou anotação de intervenção e orientações para o planejamento da alta hospitalar.

A versão de processo de enfermagem facilita:

- A geração de uma lista de trabalho em enfermagem que descreve as atividades rotineiras agendadas, relacionadas com o cuidado de cada paciente
- O registro dos aspectos rotineiros do cuidado do paciente, como higiene, posicionamento, ingestão e eliminação de líquidos, medidas de cuidado da ferida e medições da glicose sanguínea
- Registro da evolução usando anotações narrativas, registro por exceção e/ou folhas de fluxo
- Registro da administração da prescrição médica (Cap. 32)

Os sistemas mais avançados incorporam linguagens de enfermagem padronizadas, como os diagnósticos em enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association – International (NANDA-I), Classificação de Intervenções em Enfermagem/Nursing Interventions Classification (NIC) e Classificação dos Resultados em Enfermagem/Nursing Outcomes Classification (NOC) no *software*.

O outro modelo de SICE é a versão de protocolo ou via crítica (Hebda e Czar, 2013). Essa versão facilita a gerenciamento interdisciplinar da informação, porque todos os profissionais de saúde usam protocolos baseados em evidência ou vias críticas para documentar os cuidados por eles prestados. O sistema de informações

permite que um usuário escolha um ou mais protocolos adequados para um paciente. Um sistema avançado mescla vários protocolos, usando um protocolo-mestre ou caminho para direcionar as atividades de cuidado do paciente. Conjuntos de requisições padrão de profissional de saúde estão incluídos nos protocolos e são processados automaticamente. O sistema integra as informações adequadas no processo de fornecimento dos medicamentos para aumentar a segurança do paciente. Além disso, o sistema identifica variações dos resultados previstos nos protocolos à medida que a informação é registrada. Isso proporciona aos profissionais a capacidade para analisar as variações e oferecer um quadro clínico preciso da evolução de um paciente.

Vantagens de um Sistema de Informações Clínicas em Enfermagem

Relatórios empíricos e estudos descritivos sugerem que os SICEs oferecem vantagens importantes aos profissionais de enfermagem na prática. De acordo com Hebda e Czar (2013), algumas vantagens específicas são:

- Melhor acesso às informações.
- Maior qualidade do registro através de lembretes.
- Menos erros por omissão.
- Menos custos hospitalares.
- Maios satisfação no trabalho do profissional de enfermagem.
- Observância dos requisitos das agências credenciadoras (p.ex., TJC).
- Desenvolvimento de uma base de dados clínica comum.
- Maior capacidade de rastrear registros.

Muitos SICEs incluem tecnologias de importação de conteúdo que permitem o uso de modelos, macros, pontos de dados automatizados e a capacidade para passar adiante parte ou todos os dados coletados no turno de enfermagem que permitem aos enfermeiros registrar rapidamente a sua avaliação ou o cuidado que prestaram. Esses atributos têm benefícios e riscos associados ao seu uso. Quando as

listas de alergias e medicações atuais são importadas automaticamente no registro de internação da enfermagem a partir de um episódio hospitalar prévio, você precisa examinar meticulosamente essa informação quanto à acurácia e atualizá-la conforme a necessidade, para evitar erros de registro e preocupações com a segurança do paciente. Quando os dados coletados no turno de enfermagem são passados adiante do turno ou dia anterior, eles devem ser atualizados para que reflitam precisamente a condição clínica atual de um paciente (Weis e Levy, 2014).

Pontos-chave

- O prontuário eletrônico (ou em papel) é um documento legal que contém informações descritivas sobre os cuidados prestados a um paciente.
- O prontuário também é um registro financeiro que serve como base para reembolso.
- Todas as informações contidas no prontuário são confidenciais; o acesso aos registros do paciente é limitado aos indivíduos envolvidos no cuidado desse paciente.
- A comunicação interdisciplinar entre os membros da equipe de saúde é essencial, e o prontuário é uma ferramenta que apoia e facilita essa comunicação.
- A manutenção precisa dos registros requer uma interpretação objetiva dos dados com medições precisas, grafia correta e uso correto das abreviações.
- Para manter a exatidão dos registros médicos, qualquer mudança na condição de um paciente justifica o registro imediato a respeito do evento e a ação adotada para lidar com a mudança.
- Uma assinatura eletrônica ou manual de um profissional de enfermagem na informação registrada designa o responsável pelo conteúdo dessa informação.
- A proteção da confidencialidade das informações de saúde de um paciente e a segurança dos sistemas informatizados são prioridades máximas que incluem processos de *login*, auditorias,

firewalls (barreiras de segurança), processos de recuperação de dados e políticas sobre manejo e eliminação de dados para proteger as informações do paciente.

- Os ROPs são organizados de acordo com os problemas de saúde do paciente.
- Os formatos de registros SOAP, SOAPIE, PIE ou DAR organizam as entradas nas evoluções de acordo com o processo de enfermagem.
- As diretrizes do **Medicare** estabelecem os requisitos para o registro pelos profissionais de enfermagem que trabalham em ambientes de cuidados domiciliares os quais apoiam e justificam o reembolso pelos cuidados prestados.
- O registro de cuidados de longo prazo é interdisciplinar e é intimamente ligado aos requisitos fiscais das instituições externas.
- Verifique sempre as informações sobre os cuidados do paciente comunicadas aos profissionais através de prescrições por telefone usando e documentando a aplicação do processo de "releitura".
- Um sistema de informação hospitalar consiste em dois tipos principais de sistemas de informação: Sistema de Informação Clínica e sistemas de informações administrativas.
- Os sistemas de informações computadorizados fornecem informações sobre os pacientes de maneira organizada e facilmente acessível.
- A informática em enfermagem facilita a integração dos dados, informações e conhecimentos para apoiar a tomada de decisão clínica dos profissionais de enfermagem e outros profissionais de todas as funções e em todos os ambientes.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos em enfermagem?

1. O gerente está examinando o registro de enfermagem

fornecido por um profissional de enfermagem no prontuário eletrônico de um paciente e encontra a seguinte anotação, "Paciente difícil de cuidar, recusa sugestões para aumentar o apetite". Qual das seguintes afirmativas é mais adequada para o gerente fazer para o profissional de enfermagem que forneceu essa informação?

1. "Evite a pressa quando fizer uma anotação no prontuário."
2. "Use corretor para remover essa anotação."
3. "Desenhe uma linha única na anotação e coloque suas iniciais."
4. Forneça apenas dados objetivos e informações factuais a respeito de um paciente no prontuário.

2. Um professor observa um enfermeiro recém-formado discutindo ao telefone com um médico as mudanças na condição de um paciente. O enfermeiro aceita as prescrições por telefone para uma nova medicação e alguns exames laboratoriais solicitados pelo médico no final da conversa. Durante a conversa, o enfermeiro escreve as prescrições em um pedaço de papel para digitá-las no prontuário eletrônico quando houver um terminal de computador disponível. Nesse hospital, as prescrições de novas medicações digitadas no prontuário eletrônico podem ser visualizadas imediatamente pelos farmacêuticos do hospital, e a política do hospital declara que todas as medicações novas devem ser analisadas por um farmacêutico antes de serem administradas aos pacientes. Qual das seguintes ações requer a intervenção do professor? O recém-formado:

1. Lê a prescrição para o profissional de saúde para verificar a exatidão de sua transcrição após recebê-la pelo telefone.
2. Documenta no registro eletrônico a data e hora da conversa telefônica, o nome do médico e os assuntos discutidos.
3. Administra uma medicação recém-prescrita antes de anotar a prescrição no prontuário do paciente.
4. Pede para o professor ouvir a conversa telefônica.

3. Quando o profissional de enfermagem entra no quarto de um

paciente, ele percebe que este está ansioso. O paciente fala rapidamente: “Não quero saber o que está acontecendo. Não consigo uma explicação do meu médico sobre os resultados dos exames. Quero que façam algo a respeito disso.” Qual das seguintes opções é a maneira mais correta de o profissional de enfermagem registrar essa observação do paciente?

1. “O paciente tem uma atitude desafiadora e exige os resultados dos exames.”
2. “O paciente parece estar aborrecido com o profissional de enfermagem, porque quer imediatamente os resultados do seu exame.”
3. “O paciente é exigente e se queixa do médico.”
4. “O paciente declarou um sentimento de frustração devido à falta de informação quanto aos resultados do exame.”

4. O profissional de enfermagem está revendo as normas do Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) com o paciente durante o processo de internação. O paciente afirma, “Não estou familiarizado com essas normas HIPAA. Como elas afetarão o meu cuidado?” Qual das seguintes é a melhor resposta?
   1. As normas HIPAA permitem que toda a equipe do hospital acesse o seu prontuário.
   2. As normas HIPAA limitam a informação que é registrada no seu prontuário.
   3. As normas HIPAA proporcionam mais proteção às suas informações de saúde pessoais.
   4. As normas HIPAA permitem que as instituições de saúde liberem todas as suas informações pessoais para melhorar a continuidade do cuidado.
5. Um paciente afirma: “Gostaria de ver o que está escrito no meu prontuário.” Qual é a melhor resposta do profissional de enfermagem?
   1. “Somente a sua família pode ler o seu prontuário.”
   2. “Você tem o direito de ler o seu registro.”
   3. “Os pacientes não podem ler seus registros.”

    4. “Somente os profissionais de saúde têm acesso aos registros dos pacientes.”
6. Qual das seguintes anotações possui um registro mais preciso?
    1. “O paciente caminhou pelo corredor sem ajuda, tolerou bem.”
    2. “O paciente levantou, saiu do leito, caminhou pelo corredor e de volta para o quarto, tolerou bem.”
    3. “Paciente levantou, caminhou 15 metros ida e volta no corredor sem ajuda do profissional de enfermagem. A esposa também acompanhou o paciente durante a caminhada.”
    4. “O paciente caminhou 15 metros ida e volta no corredor sem ajuda do profissional de enfermagem; FC 88 bpm e regular antes do exercício, FC 94bpm e regular após o exercício.”
7. Rotule cada linha do registro com a categoria SOAP correta (Subjetiva [S], Objetiva [O], Avaliação [A], Prescrição [P]).
    1. _____ Paciente reposicionado no lado direito. Paciente incentivado a usar dispositivo de analgesia controlado pelo paciente.
    2. _____ “A dor aumenta toda vez que eu tenho me virar para o lado esquerdo.”
    3. _____ *Dor aguda relacionada com a lesão tecidual pela incisão cirúrgica.*
    4. _____ Incisão cirúrgica na parte inferior esquerda do abdome, 7,5 cm de comprimento, fechadas, suturas intactas, nenhuma drenagem. Dor observada na palpação leve.
8. **Preencha as lacunas.** Enquanto trabalhava em uma unidade dentro de um hospital, o profissional de enfermagem conseguia acessar o prontuário de um paciente e examinar as instruções que outros profissionais de enfermagem forneceram durante uma internação inicial e três consultas clínicas subsequentes que ocorrem em consultórios diferentes ao longo dos últimos 6 meses. Esse tipo de aspecto é mais comum em

_____.

9. O profissional de enfermagem está transferindo um paciente para um serviço de cuidados especializados de longo prazo e acabou de fazer um relato por telefone para o enfermeiro que trabalha na instituição e que vai receber o paciente. No registro dessa chamada telefônica, o profissional de enfermagem começa escrevendo a data e hora do relato e o nome do enfermeiro que o recebeu. Quais das seguintes informações o profissional de enfermagem deve incluir no registro dessa chamada telefônica? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. O nome, idade e diagnósticos de internação do paciente
    2. A discussão de quaisquer alergias a alimentos e medicamentos que o paciente tenha
    3. Que o profissional de enfermagem o qual está recebendo o relato foi advertido que o paciente está "carente" e "acende a luz de chamada o tempo todo"
    4. Que a avaliação de dor do paciente foi de 8 para 2 em uma escala de 1 a 10 após receber 650 mg de Tylenol
    5. A descrição de quaisquer problemas não solucionados e intervenções atuais em vigor
10. O profissional de enfermagem está supervisionando um aluno de enfermagem iniciante e deixando-o fazer o registro dos cuidados sob a sua observação direta. Quais das seguintes ações não são adequadas e exigiriam intervenção? O aluno de enfermagem: (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Registra uma medicação administrada por outro aluno de enfermagem.
    2. Inclui a data e hora da anotação no prontuário.
    3. Anota os dados de avaliação no prontuário eletrônico usando o computador montado na parede do quarto do paciente.
    4. Deixa uma tira de papel com o nome e senha de usuário no quarto do paciente.
    5. Começa a anotar "Docusato sódico 100 mg prescrito às 08h mantido. Paciente se recusou a tomar a dose afirmando

"Ontem, defequei várias vezes com fezes moles e tenho medo que essa dose piore o problema", como um comentário narrativo.

11. Um grupo de profissionais de enfermagem está discutindo as vantagens de usar a entrada informatizada de pedidos de material (EIPM). Qual das seguintes afirmações indica que os profissionais de enfermagem compreenderam a principal vantagem de usar a EIPM?
    1. "A EIPM diminui os erros de transcrição."
    2. "A EIPM diminui a necessidade de os profissionais de saúde escreverem prescrições."
    3. "A EIPM elimina as prescrições verbais e telefônicas pelos profissionais de saúde."
    4. "A EIPM diminui o tempo que os profissionais de enfermagem utilizam para se comunicar com os profissionais de saúde."
12. O profissional de enfermagem está trabalhando no turno da noite em um hospital que usa o horário militar no registro. O profissional administrou 2 mg de morfina intravenosa (IV) para dor às 15h45, trocou o curativo sobre a incisão abdominal do paciente às 17h34 e administrou 1 g de Ancef EV às 20h. Usando o horário militar correto, rotule o registro de cada tarefa com o horário em que foi concluída.
    1. ____ 2 mg de morfina administrados para dor em nível 8/10
    2. ____ curativo trocado sobre a incisão na linha média abdominal usando técnica asséptica
    3. ____ 1 g de Ancet administrado por via IV durante 30 minutos
13. O profissional de enfermagem está cuidando de um paciente com uma sonda de alimentação nasogástrica e que está recebendo alimentação contínua a uma taxa de 45 mL por hora. O profissional de enfermagem anota os dados de avaliação do paciente e a informação de que a cabeceira do leito do paciente está elevada a 20 graus. Não aparece nenhum alerta na tela do computador advertindo que esse paciente

corre um alto risco de broncoaspiração pelo fato de a cabeceira do leito não estar suficientemente elevada. Esse alerta é conhecido como que tipo de sistema?

1. Registro eletrônico de saúde ou prontuário eletrônico
2. Relato das condições clínicas
3. Sistema de apoio à decisão clínica
4. Anotação de prescrição médica computadorizada

14. Enquanto examina os dados de avaliação pulmonar coletados e registrados por um profissional de enfermagem no prontuário eletrônico (PE) de um paciente, o médico detecta que apenas a informação registrada nessa seção está "DLD" (dentro dos limites definidos). O médico também não consegue achar uma descrição narrativa do estado respiratório do paciente na evolução de enfermagem. Qual é a razão mais provável para isso?
    1. O profissional de enfermagem que cuida do paciente se esqueceu de registrar informações sobre o sistema pulmonar.
    2. O PE usa um formato de registro por exceção.
    3. O computador desligou inesperadamente quando o profissional de enfermagem estava documentando os dados coletados.
    4. Devido às normas HIPAA, os médicos não estão autorizados a visualizar os dados avaliados pela enfermagem.
15. Qual é a maneira adequada de um profissional de enfermagem descartar as informações impressas do registro eletrônico de saúde de um paciente?
    1. Rasgar o papel em pedacinhos e colocá-los em uma lixeira.
    2. Colocar os papéis no fichário designado ao paciente que fica no posto de enfermagem.
    3. Colocar os papéis com as informações do paciente em um recipiente de corte seguro.
    4. Incinerar os documentos com informações do paciente na pia de aço situada no almoxarifado da unidade de

cuidados do paciente.

RESPOSTAS: **1.** 4; **2.** 3; **3.** 4; **4.** 3; **5.** 2; **6.** 4; **7.** 1 = P, 2 = S, 3 = A, 4 = O; **8.** Registro eletrônico de saúde; **9.** 1, 2, 4, 5; **10.** 1, 4; **11.** 1; **12.** 1 = 15h45, 2 = 17h34, 3 = 20h; **13.** 3; **14.** 2; **15.** 3.

Referências

Administrative Committee of the Federal Registrar: *Electronic Code of Federal Regulations (eCFR)*, 2014, National Archives and Records Administrations Office of the Federal Register & Government Printing Office, http://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?c=ecfr&tpl=/ecfrbrowse/Title45/45cfr164_main_02.tpl. Accessed April 29, 2015.

Allender JA, et al. *Community & public health nursing: promoting the public's health*. ed 8 Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

American Health Consultants They're back! Clinical pathways are in favor again. *Hosp Case Manag*. 2015;23(2):13.

American Health Information Management Association: *Documentation in the long-term care record*, October 2010, http://ahimaltcguidelines.pbworks.com/w/page/46508844/Documentation%20in% Accessed April 29, 2015.

American Nurses Association (ANA) *ANA's Principles for nursing documentation: guidance for nurses*. Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2010.

Beach J, Oates J. Maintaining best practice in record-keeping and documentation. *Nurs Stand*. 2014;28(36):45.

Blair W, Smith B. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemp Nurse*. 2012;41(2):160.

Dacey B, Bholat MA. Health information technology: medical record documentation issues in the electronic era. *Prim Care*. 2012;39(4):633.

DeMartino JK, Larsen JK. Equity in cancer care: pathways, protocols, and guidelines. *J Natl Comp Cancer Netw*. 2012;10(Suppl 1):S1.

Fontenot SF. The affordable care act and electronic health care records. *Physician Executive J*. 2013;72: November–December:.

Healthcare Information and Management Systems Society: *The TIGER initiative: technology informatics guiding education reform*, 2015, http://www.thetigerinitiative.org/. Accessed April 29, 2015.

Hebda T, Czar P. *Handbook of informatics for nurses & healthcare professionals*. ed 5 Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2013.

HITECH Answers: *Meaningful use*, 2015, http://www.hitechanswers.net/ehr-adoption-2/meaningful-use/. Accessed April 29, 2015.

Lee S. Features of computerized clinical decision support systems supportive of nursing practice. *Comput Inform Nurs*. 2013;31(10):477.

Lewis SL, et al. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. ed 9 St Louis: Elsevier; 2014.

Mostashari F: *Statement by Farzad Mostashari, MD, ScM, National Coordinator, Office of the National Coordinator for Health Information Technology, U.S. Department of Health and Human Services (HHS) on Health IT before Committee on Finance, U.S. Senate,* Wednesday, July 17, 2013, http://www.hhs.gov/asl/testify/2013/07/t20130717b.html. Accessed April 29, 2015.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Accident/incident investigation,* n.d., https://www.osha.gov/SLTC/etools/safetyhealth/mod4_factsheets_accinvest.htm Accessed April 29, 2015.

O'Toole M, ed. *Mosby's dictionary of medicine, nursing & health professions*. ed 9 St Louis: Elsevier; 2013.

Saleem JJ, et al. The next-generation electronic health record: perspectives of key leaders from the US Department of Veterans Affairs. *J Am Med Inform Assoc*. 2013;20(e1):e175.

The Joint Commission (TJC) *Comprehensive accreditation manual for hospitals: the official handbook*. Oak Brook, IL: The Joint Commission; 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *2013 News: doctors and hospitals' use of health IT more than doubles since 2012*, May 22, 2013, http://www.hhs.gov/news/press/2013pres/05/20130522a.html. Accessed May 3, 2015.

Weis JM, Levy PC. Copy, paste, and cloned notes in electronic health records. *Chest*. 2014;145(3):632.

Referências de pesquisa

Chan RJ, Webster J. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(11): CD008006.pub3, DOI: 10. 1002/14651858.

DeJesus RS, et al. Use of clinical decision support system to increase osteoporosis screening. *J Eval Clin Pract*. 2012;18:89.

Ender KL, et al. Use of a clinical pathway to improve the acute management of vaso-occlusive crisis pain in pediatric sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer*. 2014;61:693.

Englebright J, et al. Defining and incorporating basic nursing care actions into the electronic health record. *J Nurs Sch*. 2014;46(1):50.

Giuliano KK, et al. Impact of protocol watch on compliance with the surviving sepsis campaign. *Am J Crit Care*. 2011;20(4):313.

Harrison RL, et al. Use of a clinical decision support system to improve hypoglycemia management. *MEDSURG Nurs J Adult Health*. 2013;22(4):250–263.

Kelley TF, et al. Electronic nursing documentation as a strategy to improve quality of patient care. *J Nurs Scholars*. 2011;43(2):154.

Kerr N. Creating a protective picture: a grounded theory of RN decision-making when using a charting-by-exception documentation system. *MEDSURG Nurs: J Adult Health*. 2013;22(2):110.

Monsen KA, et al. Exploring the value of clinical data standards to predict hospitalization of home care patients. *Appl Clin Inform*. 2012;3:419.

Penoyer DA, et al. Use of electronic health record documentation by healthcare workers in an acute care hospital system. *J Healthc manage*. 2014;59(2):130.

UNIDADE V
Fundamentos para Prática de Enfermagem

Capítulo 27: Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado

Capítulo 28: Imobilidade

Capítulo 29: Prevenção e Controle de Infecção

Capítulo 30: Sinais Vitais

Capítulo 31: Avaliação de Saúde e Exame Físico

Capítulo 32: Administração de Medicamento

Capítulo 33: Terapias Complementares e Alternativas

27

Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado

OBJETIVOS

• Discutir a importância dos padrões de consenso para a divulgação pública dos eventos de segurança do paciente.

• Descrever os perigos ambientais que apresentam risco à segurança de uma pessoa.

• Discutir os métodos para reduzir os perigos físicos e a transmissão de patógenos.

• Discutir os riscos específicos para a segurança relacionados com a idade de desenvolvimento.

• Identificar os fatores para avaliar quando um paciente está com contenções.

• Descrever as quatro categorias de riscos de segurança em uma instituição de saúde.

• Descrever as atividades de avaliação designadas para identificar as condições físicas, psicossociais e cognitiva de um paciente no que se refere à sua segurança.

• Identificar diagnósticos de enfermagem relevantes associados aos riscos à segurança.

• Desenvolver um plano de cuidados de enfermagem para os pacientes cuja segurança está ameaçada.

• Descrever as intervenções de enfermagem específicas para a

idade de um paciente a fim de reduzir os riscos de quedas, incêndio, envenenamento e choque elétrico.

• Definir o conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para promover a segurança no ambiente de cuidados de saúde.

TERMOS-CHAVE

Aura, p. 386
Convulção, p. 386
Dispositivo de contenção, p. 384
Estado epilético, p. 386
Food and Drug Administration (FDA), p. 368
Imunização, p. 370
Patógeno, p. 370
Poluente, p. 370
Precauções contra convulsões, p. 386
Veneno, p. 369

Segurança, definida frequentemente como ausência de agressão psicológica e física, é uma necessidade humana. Os cuidados de saúde prestados de maneira segura e um ambiente comunitário seguro são essenciais para a sobrevivência e bem-estar de um paciente. Um ambiente seguro reduz o risco de doença e lesão, ajudando a conter o custo dos cuidados de saúde ao impedir tratamentos prolongados e/ou internações hospitalares demoradas, melhorando e mantendo o estado funcional de um paciente e aumentando sua sensação de bem-estar. O relatório *Errar é Humano: Criando um Sistema de Saúde Mais Seguro* (IOM, 2000) do Instituto de Medicina/Institute of Medicine foi uma publicação importante que levou a segurança do paciente para a

vanguarda dos cuidados de saúde nos Estados Unidos. Esse relatório indicou que 44.000 a 98.000 pessoas morrem a cada ano em consequência de erros médicos evitáveis. Na tentativa de melhorar a segurança do paciente, muitos serviços passaram a se dedicar ao desenvolvimento e monitoramento das iniciativas-chave de segurança nos cuidados de saúde e no fornecimento de informações para os serviços de saúde e para o público. Os serviços de saúde promovem uma cultura de segurança centrada no paciente, concentrando-se continuamente em esforços de melhoria do desempenho, achados de gestão de riscos e relatórios de segurança; fornecimento de tecnologia confiável atual; integração da prática baseada em evidências nos procedimentos; concepção de um ambiente de trabalho e uma atmosfera segura; e promoção da educação permanente e do acesso aos recursos de saúde adequados para a equipe (Quadro 27-1).

Quadro 27-1 Recursos Relaciondos à Segurança e às Iniciativas de Segurança

- A Joint Commission http://www.jointcommission.org/
- A Agency for Healthcare Research and Quality http://www.ahrq.gov/
- O Institute for Healthcare Improvement http://www.ihi.org/
- O U.S. Department of Veterans Affairs http://www.patientsafety.va.gov
- O Centers for Medicare and Medicaid Services http://www.cms.gov
- Instituto ECRI http://www.ecri.org
- O U.S. Department of Health and Human Services http://www.hospitalcompare.hhs.gov

Como parte integrante da equipe de saúde, os profissionais de enfermagem são responsáveis profissionalmente por se envolver em atividades que apoiem a cultura de segurança centrada no paciente. O IOM definiu os cuidados centrados no paciente como aqueles que

estabelecem uma parceria entre os profissionais, pacientes e suas famílias (quando for conveniente) para assegurar que as decisões respeitem os desejos, necessidades e preferências dos pacientes e que esses tenham a educação em saúde e o suporte do qual necessitam para tomar decisões e participar do seu próprio cuidado (IOM, 2001). É depositada uma ênfase considerável na melhoria da educação em saúde dos alunos de enfermagem para que se tornem competentes na promoção das práticas seguras de cuidados de saúde.

O projeto Educação em Qualidade e Segurança para Enfermeiras (QSEN, do inglês *Quality and Safety Education for Nurses*) foi desenvolvido para superar o desafio de preparar futuros enfermeiros que terão conhecimento, habilidades e atitudes necessários para melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos sistemas de cuidados de saúde nos quais trabalham (QSEN, 2014). A competência de segurança QSEN para uma enfermeira é definida como "Minimização do risco de danos aos pacientes e profissionais de saúde através da eficácia do sistema e do desempenho individual". Como um profissional de enfermagem, você é responsável por incorporar habilidades de raciocínio crítico quando usar o processo de enfermagem, avaliando cada paciente e seu ambiente quanto aos perigos que ameacem a segurança e planejando e intervindo corretamente para manter um ambiente seguro. Fazendo isso, você se transforma em um profissional de cuidados agudos, restaurativos e continuados seguros bem como um participante ativo na promoção da saúde.

No Brasil, os recursos relacionados com a segurança do paciente podem ser consultados nas seguintes páginas eletrônicas:

Agência Nacional de Vigilância em Saúde: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/

Programa Nacional de Segurança do Paciente: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente

ProQualis aprimorando as práticas de saúde, que trata da

segurança do paciente: http://proqualis.net/segurança-do-paciente

Base de conhecimento científico

Segurança Ambiental

O ambiente do paciente inclui os fatores físicos e psicossociais que influenciam ou afetam a vida e a sobrevivência desse paciente. Essa definição ampla de ambiente transcende a continuidade dos cuidados nos ambientes em que o profissional de enfermagem e o paciente interagem, tal como o hospital, os serviços de cuidados de longo prazo, a clínica, o centro comunitário, a escola e o lar. Um ambiente seguro protege a equipe também, permitindo que operem da melhor maneira possível. Os grupos vulneráveis que necessitam frequentemente de ajuda na obtenção de um ambiente seguro incluem lactentes, crianças, idosos, doentes, deficiente físico e mental, analfabetos e pessoas que vivem em situação de pobreza. Um ambiente seguro inclui o atendimento às necessidades básicas, redução dos perigos físicos e da transmissão de patógenos, bem como controle da poluição.

Necessidades Básicas

As necessidades físicas, incluindo a necessidade de oxigênio suficiente, nutrição e temperatura ideal, influenciam a segurança de uma pessoa. De acordo com a hierarquia de necessidades de Maslow, essas necessidades básicas devem ser atendidas antes que a segurança física e psicológica possa ser abordada (Cap. 6).

Oxigênio

Às vezes, é necessária suplementação com oxigênio para atender às necessidades de oxigenação de uma pessoa. O oxigênio não é inflamável, mas é combustível. Isso significa que o fogo precisa do oxigênio para começar e se manter queimando. Quando há mais oxigênio no ar, o fogo queima mais intensa e rapidamente. Normas rigorosas regulam o uso e armazenamento do oxigênio nos serviços de saúde. Isso não é necessariamente verdade no ambiente domiciliar. Os

setores de emergência dos hospitais recebem aproximadamente 1.190 queimaduras térmicas por ano provocadas por ignições associadas ao oxigênio medicinal domiciliar (NFPA, 2008). O tabagismo é a principal causa de queimaduras, incêndios notificados, mortes e lesões envolvendo oxigênio medicinal domiciliar.

Esteja a par dos fatores no ambiente de um paciente que diminuem a quantidade de oxigênio disponível. Um perigo ambiental comum no ambiente domiciliar é o sistema de aquecimento funcionando de modo inadequado. Um forno, fogão ou lareira sem ventilação adequada permite a entrada de monóxido de carbono no ambiente (NFPA, 2014a). O monóxido de carbono afeta a oxigenação de uma pessoa se ligando à hemoglobina, impedindo a formação de oxi-hemoglobina e, assim, reduzindo o suprimento de oxigênio fornecido para os tecidos (Cap. 41). As baixas concentrações causam náusea, vertigem, cefaleia e fadiga. As concentrações muito altas causam morte após 1 a 3 minutos de exposição (Clínica Mayo, 2014).

Nutrição

Atender às necessidades nutricionais de maneira segura e correta requer controles ambientais e conhecimento (Cap. 45). Os serviços de saúde e os restaurantes são obrigados a cumprir as normas da Vigilância em Saúde do Estado (*State Board and Health)*. Para proteger os clientes, os alimentos processados e embalados estão sujeitos às normas da **Food and Drug Administration (FDA)**. O FDA é uma agencia federal responsável pelo cumprimento das normas federais relativas a manufatura, processamento e distribuição de alimentos, medicamentos e cosméticos para proteger os consumidores contra a venda de substâncias impuras ou perigosas. Embora o suprimento de alimentos nos Estados Unidos seja um dos mais seguros no mundo, cerca de 48 milhões de doenças ocorrem anualmente, mais de 128.000 pessoas são hospitalizadas e 3.000 morrem de doenças transmitidas por alimentos contaminados (CDC, 2014a). Os grupos em maior risco são crianças, grávidas, idosos e pessoas com sistemas imunes comprometidos. Os alimentos pré-prontos ou armazenados inadequadamente ou sujeitos a condições insalubres aumentam o

risco de infecções e intoxicação alimentar de um paciente.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância em Saúde – ANVISA – é uma instância do Ministério da Saúde responsável pela vigilância sanitária no país. Por vigilância sanitária compreende-se um conjunto de ações com capacidade para "eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde". As ações de controle dos bens de consumo envolvem, direta ou indiretamente, todas as etapas e processos da produção ao consumo de itens de interesse para a saúde, tais como água, alimentos, medicamentos, suprimentos hospitalares, equipamentos de uso na saúde etc. A prestação de serviços em saúde também é controlada pela ANVISA, (Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 6°, § 1°).

A sua operacionalização acontece de forma descentralizada, com a participação direta de Estados e Municípios. A ANVISA é a agência reguladora cujas atribuições estão previstas na Lei n° 9.782, de 25 de janeiro de 1999. No país, as atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária é executada pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que compreende o conjunto de ações executadas por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária desempenha os seguintes papéis: definição da política nacional de vigilância sanitária e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a normatização, controle e fiscalização de produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde. Além disso, exerce a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios; acompanha e coordena as ações estaduais, distrital e municipais de vigilância sanitária; presta cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios; atua em circunstâncias especiais de risco à saúde; e

mantém o sistema de informações em vigilância sanitária, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Fonte:

BRASIL. Lei N° 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm. Acesso em 10 de outubro de 2016.

BRASIL. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm#art15. Acesso em 10 de outubro de 2016.

Temperatura

A zona de conforto de uma pessoa normalmente é entre 18,3 ºC e 23,9 ºC. Os extremos de temperatura que ocorrem frequentemente durante o inverno e o verão afetam o conforto, a produtividade e a segurança. A exposição ao frio intenso por períodos prolongados causa ulceração pelo frio e hipotermia acidental. Os idosos, jovens, pacientes que ingeriram drogas e álcool em excesso e as pessoas que vivem em situação de rua correm um risco maior de hipotermia. A exposição ao calor extremo altera o equilíbrio eletrolítico do corpo e eleva a temperatura corporal central, resultando em insolação ou exaustão pelo calor. Os pacientes com doença crônica, idosos e lactentes correm um risco maior de lesão decorrente do calor extremo. Esses pacientes precisam evitar os ambientes extremamente quentes e úmidos (Cap. 30).

Perigos Físicos

Em média, ocorrem 33,5 milhões de lesões por ano (CDC, 2010). Os perigos físicos no ambiente ameaçam a segurança de uma pessoa e resultam frequentemente em lesão física ou psicológica, ou morte. As

lesões não intencionais são a quinta causa principal de morte de americanos de todas as idades (National Center for Injury Prevention and Control, 2010a, 2010b). Os acidentes de automóvel são a causa principal, seguida de envenenamentos e quedas. Outros perigos consistem em incêndios e desastres. Os profissionais de enfermagem desempenham um papel na educação dos pacientes sobre os perigos que comprometem a segurança mais comuns e como prevenir acidentes, enfatizando ao mesmo tempo os perigos aos quais os pacientes são mais vulneráveis.

Acidentes de Automóvel

Os modelos e os equipamentos dos veículos, como os cintos de segurança, *air bags* e para-brisas laminados (não se fragmentam sob impacto) melhoraram a segurança dos ocupantes dos veículos. Leis estaduais relativas à habilitação de motoristas jovens, uso de cinto de segurança, uso de proteção para as crianças e capacetes nas motocicletas existem para proteção. Os assentos de segurança das crianças e assentos com ajuste de altura adequados para a idade e peso da criança e o tipo de veículo precisam ser utilizados. A American Academy of Pediatrics (AAP, 2011a) recomenda que todos os lactentes e *toddlers* viajem no banco traseiro com um assento virado para o encosto do assento e um assento conversível virado para o encosto até os 2 anos ou até atingirem o maior peso ou altura permitidos pelo fabricante do assento de segurança veicular. As crianças na idade *toddler* e pré-escolar ou qualquer criança que tenha ultrapassado o limite de peso ou altura para viajar virada para o encosto com esse assento veicular conversível deve usar um assento veicular virado para a frente. O site da AAP, Healthy Children, http://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/on-the-go/Pages/Car-Safety-Seats-Information-for-Families.aspx, tem informações para crianças de todas as idades e o tipo de assento de segurança que devem utilizar. O assento traseiro é a parte mais segura do veículo no caso de uma colisão e impede lesões devido à posição do passageiro e aos *air bags* laterais.

De acordo com o CDC (2014b), o risco de acidentes de automóvel é

maior entre os motoristas de 16 a 19 anos que em qualquer outra faixa etária. Os adolescentes são mais propensos a subestimar as situações perigosas ou não são capazes de reconhecer situações, velocidades e avanços perigosos, ser conduzidos por motoristas embriagados e dirigir após usar álcool e drogas. Os adolescentes também têm a taxa mais baixa de utilização do cinto de segurança. Os motoristas com mais idade estão mantendo as suas habilitações por mais tempo e dirigindo mais quilômetros que no passado. Por quilômetro percorrido, as taxas de acidentes fatais aumentam a partir dos 75 anos e aumentam acentuadamente após os 80 (Insurance Institute for Highway Safety, 2015). Um idoso nem sempre é capaz de observar rapidamente as situações em que um acidente tende a ocorrer. A menor acuidade auditiva altera a capacidade para ouvir sirenes dos veículos de emergência ou as buzinas dos automóveis. Uma resposta menor do sistema nervoso impede os idosos de conseguirem reagir tão rapidamente quando podiam antigamente para evitar um acidente. Um declínio nessas habilidades contribui para os tipos mais comuns de acidentes, incluindo os acidentes em vias preferenciais e em retornos.

No Brasil, a legislação brasileira de trânsito permite a condução veicular somente por pessoas com autodeterminação e idade acima de 18 anos, após aprovado em exame de aptidão física e mental, para obtenção da Carteira Nacional de Habilitação cuja renovação acontece a cada cinco anos. As pessoas com mais de 65 anos devem renovar sua habilitação a cada três anos. Não é permitido que pessoas com idade inferior a 18 anos sejam condutores de veículo.

Fonte:

BRASIL. Lei n° 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código Nacional de Trânsito. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9503Compilado.htm. Acesso em 10 de outubro de 2016.

Veneno

Um **veneno** é qualquer substância que prejudique a saúde ou destrua a vida quando ingerida, inalada ou absorvida pelo corpo. Praticamente toda substância é intoxicante se for tomada em quantidade exagerada. As fontes de envenenamento no lar de uma pessoa incluem drogas, remédios, outras substâncias sólidas e líquidas, gases e vapores. Frequentemente, os venenos prejudicam o funcionamento de qualquer grande sistema orgânico. Os profissionais de saúde correm risco de envenenamento por substâncias químicas, como os agentes de limpeza tóxicos. No envenenamento doméstico acidental, há um risco maior para os *toddlers*, pré-escolares e escolares, que ingerem frequentemente soluções de limpeza doméstica, medicações ou produtos de higiene pessoal. O tratamento de emergência é necessário quando uma pessoa ingere uma substância venenosa ou entra em contato com um produto químico que seja absorvido pela pele. Em 2014, mais de 2.000 pessoas por dia foram tratadas nos setores de emergência após um incidente de envenenamento (CDC, 2014c). Um centro de controle toxicológico é o melhor recurso para pacientes e pais que necessitam de informação sobre o tratamento de um envenenamento acidental.

Embora o chumbo não venha sendo utilizado nas tintas domésticas ou nos encanamentos desde o seu banimento em 1978 pela U.S. Consumer Product Safey Commission, as residências mais antigas nas comunidades mais pobres continuam a conter altos níveis de chumbo. Às vezes, os sistemas de águas e esgotos estão contaminados. O envenenamento ocorre pela deglutição ou inalação do chumbo. Fetos, lactentes e demais crianças são mais vulneráveis à intoxicação pelo chumbo que os adultos, pois seus corpos absorvem o chumbo mais facilmente, e as crianças pequenas são mais sensíveis aos efeitos danosos do chumbo. A exposição a níveis excessivos de chumbo afeta o crescimento de uma criança ou causa problemas de aprendizagem e comportamento e danos cerebrais e renais (Agency for Toxic Substances and Disease Registry, 2014).

Quedas

As quedas são um grande problema de saúde pública. Entre os

adultos de 65 anos ou mais, as quedas são a principal causa de lesões fatais e não fatais (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014d, CDC, 2015a). Vários fatores aumentam o risco de quedas, incluindo um histórico de quedas, ter 65 anos ou mais, a piora da visão, hipotensão ortostática, fraqueza nas extremidades inferiores, problemas de marcha e equilíbrio, incontinência urinária, uso inadequado de dispositivos de contenção para caminhar e os efeitos de várias medicações (p.ex., anticonvulsivantes, diuréticos, hipnóticos, sedativos, certos analgésicos) (Deandrea et al, 2010.) Os perigos físicos comuns que levam às quedas no ambiente domiciliar incluem iluminação inadequada, obstáculos nas trajetórias normais de caminhada e nas escadas, tapetes e carpetes soltos e ausência de dispositivos de segurança em casa. As quedas também são um problema comum nos ambientes de cuidados de saúde (Spoelstra et a., 2011). Os hospitais por todo o país monitoram cuidadosamente a incidência de quedas e as lesões relacionadas com essas quedas como parte de seu trabalho permanente de melhoria do desempenho. As quedas são frequentemente uma combinação de fatores de risco individuais e transitórios, do ambiente físico (p.ex., má iluminação, cama alta, equipamento inadequado) e os riscos inerentes ao comportamento de uma pessoa (relutância em pedir ajuda quando se levanta) (Spoelstra et al, 2011). As quedas levam frequentemente a lesões graves, como fraturas ou sangramento interno. Os pacientes em maior risco de lesão são aqueles com tendências de sangramento resultantes de doença ou tratamentos médicos e osteoporose.

Incêndio

Um total de 487.500 incêndios em estruturas foi relatado nos Estados Unidos em 2013, resultando em 2.855 mortes e 14.075 ferimentos (NFPA, 2014b). A principal causa de morte relacionada com incêndio é fumar sem tomar cuidado, especialmente quando as pessoas fumam na cama em casa. No entanto, a U.S. Consumer Product Safety Commission estima que mais de 25.000 incêndios residenciais a cada ano estejam associados ao uso de aquecedores de ambiente, resultando em mais de 300 mortes (Energy.gov, 2014). O uso

impróprio de equipamentos e acessórios de cozinha, particularmente fornos, é uma fonte importante de incêndios domiciliares e lesões por incêndio. Os detectores de fumaça e monóxido de carbono precisam ser colocados estrategicamente por toda a residência. Extintores de incêndio de uso variado precisam ficar perto da cozinha e de quaisquer áreas de oficina. Aconselhe as famílias a só comprar aquecedores de ambiente dos modelos mais novos, que possuem todos os atributos de segurança atuais.

Desastres

Os desastres naturais, como as enchentes, tsunamis, furacões, tornados e incêndios florestais, são uma causa importante de morte e ferimentos. Esses tipos de desastres resultam em morte e deixam muitas pessoas desabrigadas. Anualmente, milhões de americanos encaram um desastre e suas terríveis consequências. O bioterrorismo é outra causa de desastre. As ameaças desse tipo vêm na forma de ataques biológicos, químicos e radiológicos. O bioterrorismo, ou o uso de agentes biológicos como antraz, varíola e botulismo para criar medo ou ameaçar, é a forma mais provável de ocorrência de um ataque terrorista (CDC, 2014d).

Transmissão de Patógenos

Os patógenos e parasitas representam uma ameaça à segurança do paciente (Cap. 29). Um **patógeno** é qualquer microrganismo capaz de produzir uma doença. O meio de transmissão mais comum dos patógenos é pelas mãos. Por exemplo, se um indivíduo infectado com hepatite A não lavar bem as mãos após usar o banheiro, o risco de transmitir a doença durante a preparação de alimentos é grande. Um dos métodos mais eficazes para limitar a transmissão dos patógenos é a prática clinicamente asséptica de higiene das mãos (Cap. 29). É importante ensinar seus pacientes e os cuidadores da família a respeito da importância da higiene das mãos, o que deve ser utilizado em todos os aspectos da vida, não só nas práticas de preparação de alimentos ou quando se cuida de um membro da família doente. Ensine todos os membros da família a lavarem suas mãos após as

atividades como brincar, chegar do trabalho, fazer jardinagem e manutenção do automóvel. A higiene das mãos é uma medida simples e eficaz para reduzir a transmissão de patógenos e o risco de doença subsequente.

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), o patógeno que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e o vírus da hepatite B são transmitidos pelo sangue e outros fluidos corporais. Comportamentos de alto risco, como o contato sexual e o uso de drogas, são fatores de risco comum para o HIV. As pessoas que abusam de drogas costumam compartilhar seringas e agulhas, aumentando o risco de adquirir certos vírus. Alguns estados e muitas organizações sem fins lucrativos financiam programas de troca de seringas como um meio de retardar a propagação das doenças infecciosas obtidas através do compartilhamento de agulhas (Coalition for Safe Community Needle Disposal, 2015).

A **imunização** reduz, e em alguns casos previne, a transmissão da doença de pessoa para pessoa. Tem sido feito um grande progresso nos Estados Unidos ao longo dos últimos 50 anos no uso de vacinas para prevenir doenças graves e infecciosas. No entanto, frequentemente as questões sobre a segurança das vacinas e a complexidade crescente dos programas de imunização suscitaram dúvidas entre os pais a respeito da necessidade das vacinações (Kennedy et al., 2011). Você, como profissional de enfermagem, é responsável por informar os pacientes a respeito dos benefícios da imunização. Um levantamento realizado em 2010 constatou que mais da metade dos pais expressavam preocupação de que seus filhos pudessem ter uma reação grave à vacina ou que a vacina poderia não ser segura. Os pesquisadores constataram que essas preocupações eram indicativas de que os pais postergavam as imunizações futuras de seus filhos (Opel et al., 2013). No entanto, um levantamento de 2011 com mais de 300 pais constatou que a maioria relatou já ter vacinado (83%) ou planejado vacinar (11%) seus filhos com todas as vacinas recomendadas (Kennedy et al., 2011). A falta de imunização coloca crianças e adultos em risco.

Poluição

Um ambiente saudável é isento de poluição. Um **poluente** é um produto químico nocivo ou resíduo descarregado na água, solo ou ar. As pessoas costumam pensar na poluição apenas em termos de poluição do ar, solo ou água; mas o ruído excessivo também é uma forma de poluição que apresenta riscos à saúde. A poluição atmosférica (do ar) é a contaminação da atmosfera com um produto químico nocivo. A exposição prolongada aos resíduos industriais e ao escapamento dos veículos aumenta o risco de doenças pulmonares. Em casa, na escola ou no local de trabalho, o tabagismo é a principal causa de poluição atmosférica. O descarte incorreto dos resíduos radioativos e bioativos (p.ex., dioxina) pode causar poluição do solo. A poluição da água é a contaminação de lagos, rios e cursos d'água, geralmente por poluentes industriais. Se a água fica contaminada, o público precisa usar água envasada ou fervida para beber e cozinhar. As inundações danificam as estações de tratamento de água e também requerem o uso de água envasada ou fervida.

Base de conhecimento de enfermagem

Fatores que Influenciam a Segurança do Paciente

Além de ser bem informado a respeito do ambiente domiciliar e de cuidados de saúde e dos riscos de segurança inerentes, os profissionais de enfermagem precisam conhecer o nível de desenvolvimento de um paciente; condições de mobilidade, sensorial e cognitivo; suas escolhas de estilo de vida; e conhecer as precauções de segurança comuns. Eles também precisam estar a par dos riscos especiais para a segurança que são encontrados nos ambientes de cuidados de saúde.

Riscos Associados aos Estágios de Desenvolvimento

O estágio de desenvolvimento de um paciente cria ameaças à segurança como consequência do estilo de vida, do estado cognitivo e de mobilidade, dos comprometimentos sensoriais e da conscientização de segurança. Com essas informações, você adapta os programas de prevenção e segurança às necessidades, preferências e circunstâncias de vida de determinadas faixas etárias. Infelizmente, todas as faixas etárias estão sujeitas a abuso. Abuso infantil, violência doméstica e maus tratos a idosos são ameaças graves à segurança (Caps. 11 a 14).

Lactente, Toddlers e Pré-escolares

As lesões são a principal causa de morte nas crianças acima de 1 ano de idade e provocam mais morte e invalidez que todas as doenças juntas (Hockenberry e Wilson, 2015). A natureza da lesão está intimamente relacionada com o crescimento e desenvolvimento normais. Por exemplo, a incidência de envenenamento por chumbo é maior no final da infância e primeira infância. As crianças nesse estágio exploram o ambiente e, devido ao seu maior nível de atividade

oral, colocam objetos na boca. Isso aumenta o risco de envenenamento e asfixia. Os incêndios resultam frequentemente de sua curiosidade em brincar com fósforos. Além disso, a coordenação física limitada contribui para as quedas de bicicletas e brinquedos de *playground*. Outras lesões nessa idade estão relacionadas com andar sem proteção nos automóveis, afogamento e traumatismo craniano por objetos. Os acidentes envolvendo crianças podem ser evitados, mas os pais precisam ter consciência dos perigos específicos em cada estágio do crescimento e desenvolvimento. Desse modo, a prevenção de acidentes requer educação em saúde para os pais e a remoção dos perigos sempre que possível.

Criança em Idade Escolar

Quando uma criança entra na escola, o ambiente se expande, o que inclui também o transporte de/para a escola e atividades após a escola. As crianças em idade escolar estão aprendendo como realizar atividades motoras complicadas e frequentemente são descoordenadas. Os pais, professores e profissionais de enfermagem precisam instruí-las a respeito das práticas seguras a serem seguidas na escola ou nas brincadeiras, incluindo o que fazer se for abordada por estranhos. Ensine as crianças em idade escolar, envolvidas em esportes coletivos e esportes de contato, as regras para jogar com segurança e como usar equipamento de proteção, como capacetes e outros equipamentos de proteção. As lesões na cabeça são uma causa importante de morte, com os acidentes de bicicleta sendo uma das causas principais dessas lesões (Hockenberry and Wilson, 2015). As bicicletas precisam ter o tamanho certo para a criança e os capacetes devem ser usados (Fig. 27-1). Os pais precisam ser lembrados da importância de um capacete para triciclos, patinetes e brinquedos motorizados. Outras lesões nessa faixa etária são reduzidas pelo uso de cintos de segurança e assentos com ajuste de altura nos automóveis, além de educar os pedestres quanto à segurança.

FIGURA 27-1 Equipamento de segurança de ciclismo adequado para crianças em idade escolar.

Adolescente

Os adolescentes desenvolvem uma maior dependência e começam a desenvolver um senso de identidade e seus próprios valores. O adolescente começa a se separar emocionalmente de sua família, e os pares geralmente passam a ter uma influência mais forte. Amplas variações do comportamento infantil até o maduro são características do comportamento adolescente (Hockenberry and Wilson, 2015). Em uma tentativa para aliviar as tensões associadas às mudanças físicas e psicossociais e às pressões dos pares, alguns adolescentes adotam comportamentos de risco, como o tabagismo e o uso de álcool e drogas. Isso aumenta a incidência de acidentes, como afogamentos e acidentes de automóvel. Quando os adolescentes aprendem a dirigir, seu ambiente se amplia e também o seu potencial para lesões. Os acidentes de carro com adolescentes são evitáveis ao remover as

distrações, como o uso de celulares, troca de mensagens, ingestão de alimentos e bebidas enquanto dirigem.

Para avaliar o possível abuso de substâncias, faça com que os pais procurem por pistas ambientais e psicossociais fornecidas pelos seus filhos. As pistas ambientais incluem a presença de revistas com apologia a drogas, garrafas de cerveja e licor, equipamentos de injeção e manchas de sangue nas roupas e o uso permanente de camisas de mangas compridas no clima quente e óculos escuros em ambientes fechados. As pistas psicossociais incluem notas baixas, mudanças no vestuário, absenteísmo crescente na escola, isolamento, maior agressividade e alterações nas relações interpessoais. Como a adolescência é uma época em que se desenvolvem as características físicas sexuais maduras, alguns adolescentes começam a ter relações físicas com outros que representam risco de infecções transmitidas sexualmente.

Adulto

As ameaças à segurança de um adulto estão relacionadas frequentemente com os hábitos do estilo de vida. Por exemplo, uma pessoa que usa álcool excessivamente corre um risco maior de acidentes de automóvel. As pessoas que fumam têm um risco maior de doença cardiovascular ou pulmonar em consequência da inalação de fumaça e do efeito da nicotina no sistema circulatório. Do mesmo modo, o adulto que sofre um alto nível de estresse é mais suscetível a sofrer um acidente ou ter uma doença, como cefaleia, distúrbios gastrintestinais (GI) e infecções.

Idoso

As alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, os efeitos de muitas medicações, os fatores psicológicos e cognitivos e os efeitos da doença aguda ou crônica aumentam o risco de queda e de outros tipos de acidente de um idoso. O risco de ser gravemente ferido em uma queda aumenta com a idade. Os pacientes que perambulam têm desafios especiais de segurança. Perambulação é a locomoção sinuosa, sem rumo ou repetitiva que expõe uma pessoa a se ferir e

frequentemente está em conflito com as fronteiras (como as portas), limites ou obstáculos (Herdman and Kamitsuru, 2014). Os indivíduos podem caminhar para longe de casa ou das unidades de cuidados ou entrar em áreas restritas ou fechadas sem o conhecimento dos cuidadores. Esse é um problema comum nos pacientes confusos ou desorientados. Interromper um paciente em perambulação pode aumentar a sua angústia.

Os pacientes idosos são mais propensos a cair no quarto, banheiro e cozinha de suas residências. Fatores ambientais, como degraus de escada quebrados, calçadas com camada de gelo, iluminação inadequada, tapetes jogados e fios elétricos expostos, causam muitos acidentes. As quedas dentro de casa ocorrem com mais frequência enquanto saem da cama, cadeira e vaso sanitário; entrar em banheiras e sair delas; tropeçar em itens como fios cobertos por tapetes ou carpetes, borda de tapete ou portais; escorregar em superfícies molhadas; e descer escadas. O medo de queda é uma preocupação dos idosos nos abrigos e muitos evitam atividades devido ao seu medo. Os principais fatores de risco para desenvolver esse medo de queda são: ao menos uma queda, ser do sexo feminino e ser idoso (Scheffer et al., 2008).

Vários ensaios e análises sistêmicas fornecem evidências claras de que as quedas na comunidade podem ser reduzidas pelo exercício regular (Sherrington et al., 2011). As quedas podem ser reduzidas pelo exercício em grupo, tai chi e realização de cirurgia de catarata. A redução dos perigos no lar que aumentam as quedas também é eficaz (Gillespie et al., 2012). Os profissionais clínicos nos ambientes hospitalares continuam a lutar para descobrir abordagens coerentes e confiáveis para a redução das quedas. As intervenções que se mostraram capazes de reduzir as taxas de queda hospitalares incluem o desenvolvimento de uma cultura de segurança, realização de avaliações de risco de quedas e intervenções multifatoriais (p.ex., atualizações de equipamento, remoção dos perigos, identificação de pacientes de alto risco, leitos baixos) (Spoelstra et al., 2011).

Fatores de Risco Individuais

Outros fatores de risco que apresentam ameaças para a segurança incluem o estilo de vida, comprometimento da mobilidade, comprometimento sensorial ou da comunicação e falta de conscientização de segurança. Conheça os riscos de seus pacientes quando planejar seus cuidados de enfermagem.

Estilo de Vida

Algumas escolhas de estilo de vida aumentam os riscos para a segurança. Pessoas que dirigem ou operam maquinário sob a influência de substâncias químicas (drogas ou álcool), trabalham em profissões inerentemente perigosas ou que se arriscam são mais propensas a lesões. Além disso, as pessoas que sofrem estresse, ansiedade, fadiga ou abstinência de álcool ou drogas ou as que tomam medicações controladas às vezes são mais propensas a acidentes. Em virtude desses fatores, algumas pessoas são preocupadas demais para reparar na fonte de acidentes potenciais, como escadarias atravancadas ou um sinal de parada.

Comprometimento da Mobilidade

Um paciente com a mobilidade comprometida tem muitos tipos de riscos de segurança. A fraqueza muscular, paralisia e má coordenação ou equilíbrio são fatores importantes nas quedas. A imobilização predispõe os pacientes a outros perigos fisiológicos e emocionais, que por sua vez restringem a mobilidade e a independência. As pessoas fisicamente comprometidas correm um risco maior de lesão quando entram em automóveis e prédios sem acessibilidade a deficientes.

Comprometimento Sensorial ou da Comunicação

Os prejuízos cognitivos associados a delírio, demência e depressão contribuem para a alteração da concentração e capacidade de atenção, comprometimento da memória e alterações da orientação. Os pacientes com essas alterações se confundem facilmente com o seu entorno e são mais propensos a quedas e queimaduras. Os pacientes com comprometimento visual, auditivo, tátil ou de comunicação, como afasia ou uma barreira de idioma, nem sempre são capazes de

perceber um possível perigo ou expressam sua necessidade de ajuda (Cap. 49).

Falta de Conscientização quanto à Segurança

Alguns pacientes não têm consciência das precauções de segurança, como manter remédios ou substâncias tóxicas longe das crianças ou ler a data de validade nos alimentos. Um histórico de enfermagem que inclua uma inspeção domiciliar ajuda a identificar o nível de conhecimento de um paciente a respeito da segurança doméstica para que você possa corrigir as deficiências com um plano de cuidados de enfermagem individualizado.

Riscos na Instalação dos Serviços de Saúde

A segurança do paciente ainda é um dos maiores desafios para os cuidados de saúde no país. Os erros médicos acontecem quando algo que foi planejado como parte do cuidado não funciona ou quando foi utilizado um plano errado. Eles ocorrem em todos os ambientes de cuidados de saúde. Você deve estar a par das iniciativas de segurança regulatórias e organizacionais e dos fatores de risco de cada paciente. A Agência de Pesquisa e Qualidade em Cuidados de Saúde apresenta 20 diretrizes para ajudar a prevenir erros médicos (AHRQ, 2014). Você pode ver esses tipos no site da AHRQ, http://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/.

A The Joint Commission (TJC) e o Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) enfatizam a prevenção de erros e a segurança do paciente. Sua campanha "Fale com Clareza" incentiva os pacientes a assumirem um papel na prevenção dos erros nos cuidados de saúde, tornando-se participantes da equipe de saúde ativos, envolvidos e informados. Por exemplo, os pacientes são incentivados a perguntar aos profissionais de saúde se lavaram suas mãos antes de prestar os cuidados. Os Objetivos Nacionais de Segurança do Paciente da TJC (2016) são voltados especificamente para reduzir o risco de erros médicos (Quadro 27-2). Os objetivos destacam melhorias específicas na segurança do paciente e áreas atualmente problemáticas nos cuidados de saúde. Essas recomendações baseadas em evidência

requerem instalações de cuidados de saúde para concentrar sua atenção em uma série de ações específicas.

Quadro 27-2 Objetivos Nacionais da The Joint Commission 2015 para a Segurança do Paciente em Hospitais de Acesso Crítico

- Identificar corretamente os pacientes.
- Melhorar a comunicação da equipe.
- Usar medicamentos com segurança.
- Usar alarmes com segurança.
- Prevenir infecções.
- Prevenir erros na cirurgia.

Copyright© The Joint Commission, 2015. Reimpresso com permissão.

A missão do Fórum Nacional de Qualidade (FNQ) (2011a) é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde na América através de:

- Criação de um consenso sobre as prioridades e objetivos nacionais de melhoria do desempenho e trabalhar em parceria para alcançá-los;
- Sancionar os padrões nacionais consensuais para medir e divulgar publicamente o desempenho; e
- Promover o cumprimento das metas nacionais através de programas de educação e extensão.

Recentemente, o FNQ divulgou seus *Padrões Nacionais Consensuais Voluntários para Divulgar Publicamente os Eventos de Segurança dos Pacientes* (NQF, 2011b). O relatório fornece uma estrutura para divulgar publicamente para os consumidores as informações pertinentes à segurança dos pacientes, incluindo eventos, indicadores e medidas, provenientes dos serviços de saúde. É importante que os profissionais de enfermagem compreendam os padrões do FNQ e sua intenção, pois no final das contas eles influenciam os tipos de prioridades que o paciente e os serviços de saúde (p.ex., hospitais,

centros de saúde comunitários) estabelecem para melhorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Muitas das medidas de segurança do paciente do FNQ (p.ex., quedas do paciente com ferimento, incidência de lesões por pressão e infecção sistêmica pela linha central) são padrões para julgar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde. As medidas também são utilizadas pelas organizações, como o TJC e o CMS. Entre as medidas de segurança, o FNQ endossou uma lista selecionada de eventos graves notificáveis (EGN), que foi atualizada em 2006. Os 28 eventos (Quadro 27-3) são um foco importante das iniciativas de segurança do paciente da parte dos profissionais de saúde. O CMS denomina determinados EGNs como *Never Events* (eventos que nunca deveriam acontecer em um ambiente de cuidados de saúde) (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), 2015, DHHS, 2008). O CMS (2015) nega aos hospitais um pagamento maior por qualquer condição adquirida no hospital resultante de uma ocorrência, ou complicada por essa ocorrência, de certos *Never Events* (Quadro 27-4). Muitas das condições adquiridas no hospital (p.ex., queda ou lesão por pressão em estágio III) são indicadores sensíveis ao profissional de enfermagem, significando que um profissional de enfermagem afeta diretamente o seu desenvolvimento. O FNQ (2011c) também lançou 34 práticas seguras para um melhor cuidado de saúde. As evidências apoiam a eficácia dessas práticas na redução da ocorrência de eventos adversos nos cuidados de saúde.

Quadro 27-3 A Lista de Eventos Notificáveis do Fórum Nacional de Qualidade

Eventos Cirúrgicos

A. Cirurgia realizada na parte errada do corpo
B. Cirurgia realizada no paciente errado
C. Procedimento cirúrgico errado realizado no paciente
D. Retenção inadvertida de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou procedimento

E. Morte intraoperatória ou pós-operatória

Eventos de Proteção do Paciente

A. Lactente entregue para a pessoa errada na alta
B. Morte ou incapacitação grave do paciente associada à fuga do paciente
C. Suicídio ou tentativa de suicídio do paciente resultando em incapacitação grave durante o cuidado em uma instalação de saúde

Eventos de Gerenciamento dos Cuidados

A. Morte do paciente ou incapacitação grave associada a erro de medicação
B. Morte do paciente ou incapacitação grave associada a reação hemolítica em consequência da administração de sangue incompatível com ABO/HLA ou produtos sanguíneos
C. Morte materna ou incapacitação grave associada ao trabalho de parto ou ao parto em uma gravidez de baixo risco durante o atendimento em um serviço de saúde
D. Morte do paciente ou incapacitação grave associada à hipoglicemia, cujo início ocorre durante o atendimento em um serviço de saúde
E. Morte ou incapacitação grave associada à não identificação e tratamento da hiperbilirrubinemia nos neonatos
F. Lesão por pressão em estágio III ou IV adquirida após a internação em um serviço de saúde
G. Morte do paciente ou incapacitação grave causada por terapia de manipulação da coluna
H. Inseminação artificial com doador de esperma errado ou óvulo errado

Eventos Associados ao Produto ou Dispositivo

A. Morte do paciente ou incapacitação grave associada ao uso de medicamentos, dispositivos ou produtos biológicos contaminados, fornecidos pela instalação de cuidados de

saúde

B. Morte do paciente ou incapacitação grave associada ao uso ou funcionamento de um dispositivo no cuidado prestado ao paciente quando o dispositivo é utilizado em funções diferentes das originais

C. Morte do paciente ou incapacitação grave associada à embolia intravascular gasosa que ocorre durante os cuidados em um serviço de saúde

Eventos Ambientais

A. Morte do paciente ou incapacitação grave associada a um choque elétrico durante o atendimento em um serviço de saúde

B. Qualquer incidente no qual uma linha designada para oxigênio ou outro gás a ser fornecido a um paciente contenha o gás errado ou esteja contaminada por substâncias tóxicas

C. Morte do paciente ou incapacitação grave associada a queimadura incorrida a partir de qualquer fonte durante o atendimento em um serviço de saúde

D. Morte do paciente ou incapacitação grave associada à queda durante o atendimento em um serviço de saúde

E. Morte do paciente ou incapacitação grave associada ao uso de dispositivos de contenção ou grades laterais do leito durante o atendimento em um serviço de saúde

Eventos Criminais

A. Cuidados prestados por alguém se fazendo passar por profissional de saúde

B. Abdução de paciente de qualquer idade

C. Agressão sexual a um paciente dentro ou no terreno de um serviço de saúde

D. Morte ou ferimento importante resultante de uma agressão física ocorrida dentro ou no terreno de um serviço de saúde

Copyright © 2015 National Quality Forum.

Quadro 27-4 Condições Adquiridas no Hospital de 2014 do Centers for Medicare and Medicaid Services (Indicador Presente na Internação)

- Corpo estranho retido após a cirurgia
- Embolia gasosa
- Incompatibilidade sanguínea
- Lesões por pressão em estágios III e IV
- Quedas e trauma (fratura, deslocamento, lesão intracraniana, lesão por esmagamento, queimadura, choque elétrico)
- Infecções do trato urinário associadas a cateter
- Infecções vasculares associadas a cateter
- Manifestações de mau controle glicêmico (cetoacidose diabética, coma hiperosmolar não cetótico, coma hipoglicêmicos, diabetes secundária com hiperosmolaridade)
- Infecções do sítio cirúrgico após:
  - Mediastinite após enxerto de revascularização
  - Certos procedimentos ortopédicos (coluna, pescoço, ombro, cotovelo)
  - Cirurgia bariátrica para obesidade (*bypass* gástrico laparoscópico, gastroenterostomia, cirurgia restritiva gástrica laparoscópica)
  - Dispositivo médico cardíaco implantável
  - Trombose venosa profunda (TVP)/embolia pulmonar (EP) após certos procedimentos ortopédicos (substituição total do joelho, substituição de quadril)
  - Pneumotórax iatrogênico com cateterização venosa

De Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): *Hospital-acquired conditions,* 2015, http://www.cms.gov/HospitalAcqCond/06_Hospital-Acquired_Conditions.asp. Accessed September 2015.

Estar familiarizado e se envolver nas atividades focadas na prevenção dessas condições não só melhora a segurança do paciente, mas também contribui para o sucesso global da instalação dos serviços de saúde. O CMS acredita que os *Never Events* reforçam as iniciativas dos hospitais para desenvolverem práticas de segurança e reduzir os custos dos cuidados de saúde no longo prazo. Os serviços de saúde realizam frequentemente uma análise de causa e efeito da falha para identificar problemas com processos e produtos antes de eles ocorrerem.

Quando ocorre um efeito adverso real ou potencial, o profissional de enfermagem ou o profissional de saúde envolvido preenche uma notificação de incidente ou ocorrência. Uma notificação de incidente é um documento confidencial que descreve completamente qualquer acidente do paciente que tenha ocorrido nas dependências de uma instituição de saúde (Cap. 23). A notificação permite que uma organização identifique tendências/padrões em toda a instalação e áreas a serem aperfeiçoadas. Concentrar-se na causa de um evento e não no indivíduo envolvido promove uma "cultura de segurança" que ajuda a identificar especificamente o que contribuiu para um erro. A probabilidade de um acidente ocorrer diminui quando os profissionais de saúde aderem aos princípios de segurança baseados em evidências (Taylor-Adams et al., 2009).

Os profissionais de enfermagem encaram riscos ambientais nos serviços de saúde. Um exemplo é a exposição a várias formas de substâncias químicas. As substâncias químicas encontradas em algumas medicações (p.ex., quimioterapia), gases anestésicos, soluções de limpeza e desinfetantes são potencialmente tóxicas se forem ingeridas, absorvidas na pele ou inaladas. As folhas de especificação da segurança dos materiais (FESM) são recursos necessários disponíveis em qualquer instituição de saúde (OSHA, 2014). A FESM fornece informações detalhadas sobre os riscos químicos e de saúde apresentados, as diretrizes de primeiros socorros e as precauções para o manuseio e uso seguros. As FESMs fornecem informações sobre os passos a serem dados quando o material for liberado ou derramado. Fique a par do local das FESMs e familiarize-se com os produtos

químicos perigosos em seu ambiente. A propagação de patógenos também apresenta um risco para os profissionais de enfermagem e outros pacientes. Portanto, sempre siga os padrões e as precauções de isolamento baseadas na transmissão e use a higiene correta das mãos (Cap. 29).

Os riscos específicos à segurança de um paciente dentro do ambiente de cuidados de saúde incluem quedas, acidentes inerentes ao paciente, acidentes relacionados com procedimentos e acidentes relacionados com equipamentos. O profissional de enfermagem avalia essas quatro potenciais áreas de problemas e, considerando o nível de desenvolvimento do paciente, adota medidas para prevenir ou minimizar acidentes.

Quedas

As quedas resultam em lesões pequenas a graves, como contusões, fraturas de quadril ou traumatismo craniano, que resultam em menos mobilidade e independência e aumentam o risco de morte prematura. Os pacientes que têm doença subjacente são mais suscetíveis a lesões relacionadas com a queda (Grundstrom et al., 2012). Por exemplo, um paciente com distúrbio de sangramento é mais propenso a sofrer sangramento intracraniano; um paciente com osteoporose tem uma maior chance de fratura. O ambiente desconhecido, os efeitos da doença aguda ou cirurgia, o comprometimento da mobilidade, os efeitos das medicações e tratamento e a inserção de várias sondas e cateteres colocam os pacientes de qualquer idade em risco de queda. Os profissionais de enfermagem podem implementar intervenções multifatoriais, incluindo avaliação e comunicação sobre riscos do paciente, designações de pessoal muito próximo, sinalização, aprimoramento da transferência do paciente, higiene do pessoal de enfermagem e segurança e envolvimento do paciente e da família (Spoelstra et al. 2011). As lesões decorrentes de quedas frequentemente prolongam a internação de um paciente, colocando-o em um risco ainda maior de sofrer outras complicações.

Acidentes Inerentes ao Paciente

Os acidentes inerentes ao paciente são aqueles (exceto as quedas) em que um paciente é a razão principal do acidente. Entre os exemplos temos os cortes autoinfligidos, lesões e queimaduras; ingestão ou injeção de substâncias estranhas; automutilação ou incêndio provocado; e prender os dedos em gavetas ou portas. Um dos fatores precipitadores mais comuns de um acidente inerente ao paciente é uma convulsão.

Acidentes Relacionados com Procedimentos

Os acidentes relacionados com procedimentos são ocasionados por profissionais de saúde e incluem erros de administração de medicações e fluidos, aplicação incorreta de dispositivos externos e acidentes relacionados com a realização incorreta de procedimentos, como a troca de curativos ou a inserção de cateter urinário. Os profissionais de enfermagem são capazes de evitar muitos acidentes relacionados a procedimentos ao obedecerem à política organizacional e aos procedimentos e padrões de prática da enfermagem. Por exemplo, a preparação e administração inadequadas de medicações, o uso de código de barras no paciente e na medicação e as bombas infusoras "inteligentes" reduzem os erros de medicação (Caps. 32 e 42). Toda a equipe precisa estar familiarizada com o fato de que as distrações e interrupções contribuem para os acidentes relacionados com procedimentos e que precisam ser limitadas, especialmente durante os procedimentos de alto risco como a administração de medicamentos. O potencial para infecção é reduzido quando a assepsia cirúrgica é utilizada nas trocas de curativos estéreis ou em qualquer procedimento invasivo como a inserção de um cateter urinário. Finalmente, o uso correto de técnicas de manejo do paciente e dos equipamentos reduz o risco de lesões durante a movimentação e elevação desses pacientes (Cap. 39).

Acidentes Relacionados com o Paciente

Os acidentes relacionados com o equipamento resultam de mau funcionamento, mau estado de conservação ou mau uso do equipamento ou de um choque elétrico. Para evitar a infusão rápida

dos fluidos IV, todas as bombas de administração de analgésico de uso geral e controladas pelo paciente precisam ter dispositivos de proteção de fluxo livre. Para evitar acidentes, não opere equipamento de monitoramento ou tratamento sem treinamento adequado. Se encontrar um equipamento com defeito, coloque uma etiqueta para evitar a sua utilização em outro paciente e comunique imediatamente quaisquer falhas de funcionamento. Avalie os possíveis riscos elétricos para reduzir o risco de incêndio, eletrocução ou lesão decorrente de equipamento defeituoso. Nos ambientes de cuidados de saúde, a equipe de engenharia clínica faz verificações de segurança regulares no equipamento. As instalações precisam relatar todas as mortes suspeitas relacionadas com dispositivos médicos para o FDA e para o fabricante do produto, se for conhecido (USFDA, 2015). Normalmente, isso é feito em conjunto com o departamento de gestão de risco após etiquetar e remover o equipamento.

Pensamento crítico

O pensamento crítico bem-sucedido requer uma síntese de conhecimento, experiência, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais e profissionais. O julgamento clínico requer que os profissionais de enfermagem prevejam as informações necessárias, analisem os dados e tomem decisões pertinentes aos cuidados do paciente. O pensamento crítico é um processo permanente. Durante a avaliação (Fig. 27-2), considere todos os elementos do pensamento crítico e as informações sobre um paciente específico para fazer os diagnósticos de enfermagem apropriados.

Conhecimento

- Necessidades humanas básicas
- Possíveis riscos para a segurança do paciente em virtude de perigos físicos, estilo de vida, riscos associados ao ambiente de cuidados de saúde, riscos ambientais e biológicos
- Influência do estágio de desenvolvimento nas necessidades de segurança
- Influência da doença/ medicações na segurança do paciente

Experiência

- Cuidado com os pacientes cujos comprometimentos da mobilidade, cognitivo ou sensorial aumentam as ameaças à segurança
- Experiência pessoal no cuidado dos irmãos mais novos e crianças

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Identifique as percepções do paciente quanto às necessidades e riscos relacionados com a segurança
- Identifique as ameaças reais e potenciais à segurança do paciente
- Determine o impacto da doença subjacente na segurança do paciente
- Identifique a presença de riscos para o estágio de desenvolvimento e o ambiente do paciente
- Determine o efeito da influência ambiental na segurança do paciente

Padrões

- Aplique padrões intelectuais, como acurácia, significância e integridade quando avaliar as ameaças à segurança do paciente
- Aplique os padrões da ANA para a prática da enfermagem
- Aplique os padrões de prática da instituição (p.ex., protocolos de prevenção de quedas ou de contenção)
- Faça uma revisão e aplique os objetivos de segurança mais atuais do TJC

Atitudes

- Demonstre perseverança quando for necessário para identificar todas as ameaças à segurança
- Responsabilize-se por coletar dados precisos e imparciais, pertinentes às ameaças à segurança do paciente
- Demonstre disciplina na condução de uma análise completa do ambiente domiciliar do paciente

FIGURA 27-2 Modelo de pensamento crítico para avaliação da segurança.
ANA, American Nurses Association; *TJC*, The Joint Commission.

No caso da segurança, um profissional de enfermagem integra o conhecimento de enfermagem e outras disciplinas científicas, as experiências prévias no cuidado dos pacientes que estão em risco de lesão, ou que tiveram uma lesão, as atitudes de pensamento crítico como a responsabilidade e a disciplina e quaisquer padrões de prática que sejam aplicáveis. Por exemplo, os padrões de American Nurses Association (ANA) para a prática da enfermagem tratam da responsabilidade da enfermagem na manutenção da segurança do paciente. A TJC (2016) também fornece padrões para a segurança. Aplique essas informações e a sua experiência à medida que fizer uma avaliação detalhada de um determinado paciente. Por exemplo, durante a avaliação do ambiente domiciliar de um paciente, você considera os locais típicos onde normalmente existem perigos domésticos. Se um paciente tiver um comprometimento visual, você aplica as experiências prévias no cuidado dos pacientes com alterações visuais para prever como avaliar completamente suas necessidades. O pensamento crítico leva você a prever o que é necessário avaliar e como tirar conclusões sobre os dados disponíveis.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de raciocínio crítico ao cuidar dos pacientes. O processo de enfermagem promove uma abordagem para tomada de decisão clínica a fim de que você desenvolva e implante um plano individualizado de cuidados seguros do paciente.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de avaliação, avalie completamente cada paciente e analise criticamente os achados para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente necessárias para o cuidado seguro do paciente.

Pelos Olhos do Paciente

Em geral, os pacientes esperam ficar seguros nos ambientes de cuidados de saúde e em suas casas. No entanto, às vezes a visão do paciente sobre o que é seguro não está de acordo com a visão do profissional de enfermagem e dos padrões que ele procura impor. Por essa razão, sua avaliação precisa ser centrada no paciente e incluir as percepções do próprio paciente em relação a seus fatores de risco, preocupações com o fato de estar em um ambiente de cuidados de saúde, conhecimento de como se adaptar a quaisquer riscos de segurança e experiência prévia com quaisquer acidentes (Quadro 27-5). Isso é importante se você precisar fazer mudanças no ambiente do paciente. Os pacientes normalmente não se colocam propositalmente em risco. Quando são desinformados e inexperientes, ocorrem ameaças à sua segurança. Você sempre precisa consultar os pacientes ou os membros da família a respeito das maneiras para reduzir os perigos em seu ambiente. Com a finalidade de realizar uma avaliação completa do paciente, considere possíveis ameaças à segurança do paciente, incluindo o ambiente imediato e quaisquer fatores de risco individuais.

Quadro 27-5 Perguntas da Avaliação de Enfermagem

Atividade e Exercício

- Você usa dispositivos auxiliares como cadeira de rodas, andador ou bengala para ajudá-lo a se mover ou dar a volta? Alguém lhe mostrou como usá-los de maneira segura?
- Você tem alguma dificuldade para tomar banho? Se vestir? Comer?
- Você precisa de ajuda para usar o banheiro? Sair da cama ou levantar de uma cadeira?
- Que tipo de exercício ou atividade física você faz? Com que frequência?
- Como você prepara os alimentos (p.ex., usa forno e eletrodomésticos com segurança)?
- Você lava a própria roupa? Como você faz isso e onde esses aparelhos estão situados?
- Você dirige seu carro ou motocicleta? Quando você dirige normalmente? A que distância?
- Com que frequência você usa um cinto de segurança quando está no carro ou um capacete em sua bicicleta?

Histórico de Medicações

- Quais medicações (controladas, de venda livre, fitoterápicos) você toma?
- Seu médico ou farmacêutico analisou os seus remédios com você?
- Algum medicamento o deixa tonto?

Histórico de Quedas

- Alguma vez você caiu ou tropeçou em algo na sua casa? Já teve algum quase-acidente? (Se teve, descreva)
- Já se machucou em alguma queda? Qual foi essa lesão e como

aconteceu?

- Você teve quaisquer sintomas antes de cair? Quais foram eles?
- O que você estava fazendo antes da queda?

Manutenção Doméstica e Segurança

- Quem faz a manutenção da sua casa ou pequenos reparos domésticos?
- Quem remove a sua neve? Quem corta a sua grama?
- Você se sente seguro em sua casa? Que coisas no seu ambiente fazem com que se sinta inseguro(a)?
- Você tem alguém a quem possa chamar em caso de emergência?
- O que você acha de modificar a sua casa para torná-la mais segura? Precisa de ajuda para encontrar auxílio para fazer isso?

História de Enfermagem

Uma história de enfermagem (Cap. 31) inclui dados sobre o nível de bem-estar de um paciente para determinar se existem quaisquer condições subjacentes que representem ameaças à segurança. Por exemplo, dê atenção especial à avaliação da marcha do paciente, força muscular e coordenação da parte inferior do corpo e equilíbrio fazendo com que o paciente caminhe em seu quarto. Considere uma análise do estado de desenvolvimento do paciente à medida que você analisar essas informações de avaliação. Analise também se o paciente está tomando medicações ou se submetendo a quaisquer procedimentos que apresentem riscos. Por exemplo, o uso de diuréticos aumenta a frequência de micção e resulta no uso mais frequente do banheiro pelo paciente. Muitas vezes, as quedas acontecem com os pacientes que precisam sair da cama rapidamente devido à urgência urinária.

Ambiente de Cuidados de Saúde

Quando cuidar de um paciente no serviço de saúde, determine se existem quaisquer perigos no ambiente imediato. A disposição do

equipamento (p.ex., bolsas de drenagem, bombas infusoras) ou dos movéis impõem barreiras quando o paciente tenta deambular? O posicionamento do leito do paciente permite que ele alcance os itens em uma mesa de cabeceira ou que fique de pé facilmente? O paciente precisa de ajuda com a deambulação? Existem vários tubos ou linhas IV? A campainha de emergência está ao alcance do paciente? Entre em contato com a equipe de engenharia clínica se houver dúvidas quanto ao equipamento estar funcionando adequadamente e em boas condições.

Risco de Quedas

A avaliação dos fatores de risco de queda de um paciente é essencial para determinar as necessidades específicas e desenvolver intervenções direcionadas para prevenção de quedas. Existem muitos instrumentos diferentes de avaliação do risco de queda; use a ferramenta escolhida pela sua instituição de saúde. A maioria das ferramentas inclui categorias de idade, histórico de quedas, hábitos de eliminação, medicações de alto risco, mobilidade e cognição. No mínimo, a avaliação precisa ser feita na internação, após uma mudança na condição do paciente, após uma queda e quando o paciente for transferido. Se for determinado que um paciente corre risco de queda, a avaliação regular sempre continua. Em muitos casos, os membros da família são recursos importantes na avaliação do risco de queda de um paciente. As famílias conseguem relatar frequentemente o nível de confusão do paciente e a sua capacidade para deambular. Com base nos resultados de uma avaliação de risco, você implementa várias intervenções baseadas em evidências. É muito importante informar um paciente e os membros da família sobre os riscos desse paciente. Muitas vezes, os pacientes mais jovens não sabem como as medicações e tratamentos provocam vertigem, hipotensão ortostática ou alterações no equilíbrio. Quando os pacientes não estão a par de seus riscos, eles são menos propensos a solicitar ajuda. Se os membros da família forem informados, com frequência vão pedir ajuda (quando estiverem visitando os pacientes) para se certificar de que os pacientes tenham a assistência adequada.

Risco de Erros Médicos

Fique alerta quanto aos fatores dentro do seu próprio ambiente de trabalho que criam condições nas quais os erros médicos são mais propensos a ocorrer. Estudos mostram que o excesso de trabalho e a fadiga, particularmente quando se trabalha em turnos consecutivos de 12 horas, provocam uma diminuição significativa na vigilância e concentração, levando a erros (Geiger-Brown et al., 2012). É importante que você esteja a par desses fatores e inclua verificações e balanços quando trabalhar em condições de estresse. Por exemplo, para diminuir as chances de um erro médico, é essencial que você confira a identificação do paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e datas de nascimento ou nome e número do prontuário médico), de acordo com a política da instituição, antes de começar qualquer procedimento ou administrar uma medicação (Cap. 32).

Desastres

Os hospitais devem estar preparados para responder e cuidar de um afluxo repentino de pacientes na hora de um desastre na comunidade. Embora a ocorrência de um ataque bioterrorista tenha se limitado às mortes por antraz após 11 de setembro de 2001, a ameaça é bem real. Esteja preparado para fazer avaliações precisas e oportunas em qualquer tipo de ambiente. Um ataque bioterrorista inicialmente vai parecer com um surto natural. Os pacientes gravemente doentes representando os primeiros casos após um ataque encoberto buscam atendimento nos setores de emergência. Os pacientes menos doentes, no início de uma doença, possivelmente buscam atendimento em ambientes de cuidados básicos. A detecção rápida de um ataque bioterrorista ocorre através de sistemas de síndrome de vigilância (*syndrome surveillance)* e notificações clínicas específicas dos casos suspeitos. Os primeiros sinais de uma doença relacionada com o bioterrorismo incluem frequentemente sintomas inespecíficos (p.ex., náusea, vômito, diarreia, erupções de pele, febre, confusão) que podem persistir por vários dias antes do início de uma doença mais grave. Os pacientes com doença prodromal buscam atendimento ambulatorial-dia e recebem diagnósticos genéricos, como "síndrome

viral". Os dados sobre pacientes que se enquadram em vários critérios sindrômicos são transferidos para um departamento de saúde e testados. Fique alerta quanto a esses tipos de casos em sua área de especialização.

Ambiente Doméstico do Paciente

Quando cuidar de um paciente em casa é preciso fazer uma avaliação dos perigos domiciliares. Uma avalição completa dos perigos cobre tópicos como adequação da iluminação (interna e externa), presença de dispositivos de segurança, distribuição dos móveis ou outros itens que podem constituir obstáculos, condição do piso e segurança na cozinha e banheiros. Saiba onde estão as medicações e produtos de limpeza. Caminhe pela casa com o paciente e discuta como ele ou ela executa normalmente suas atividades diárias e se o ambiente apresenta problemas. Avalie quanto à presença de fechaduras nas portas e janelas que tornam a casa menos suscetível a intrusos. Quando avaliar a adequação da iluminação, inspecione as áreas onde o paciente se desloca e trabalha, como as calcadas externas, degraus, salas internas e portais. Adquirir uma noção da rotina de um paciente ajuda a reconhecer os perigos menos óbvios.

A avaliação do risco de intoxicação alimentar ou envenenamento inclui avaliar o conhecimento do paciente sobre a preparação dos alimentos e as práticas de armazenamento. Por exemplo, um paciente sabe verificar as datas de validade do alimento pré-pronto e dos laticínios? Ele mantém os alimentos no refrigerador frescos e não estragados? O paciente lava as frutas e legumes frescos corretamente antes de ingeri-los? Avalie os sinais clínicos de infecção realizando um exame do funcionamento gastrintestinal e do sistema nervoso central, observando a presença de febre e analisando os resultados das culturas de fezes e êmese. Em casa, inspecione o alimento e as fontes de água suspeitas e avalie as práticas de lavagem das mãos do paciente. É útil perguntar aos pacientes com que frequência eles lavam as suas mãos. Então, isso suscita uma discussão útil sobre a finalidade e a importância de lavar as mãos.

A avaliação do conforto ambiental da residência de um paciente

inclui uma análise de quando ele teve os seus sistemas de aquecimento e refrigeração consertados. O paciente tem uma fornalha ou aquecedor de ambiente funcional? A residência tem condicionador de ar ou ventiladores? Informe aos pacientes que usam aquecedores de ambiente sobre o risco de incêndio. Existem detectores de fumaça e de monóxido de carbono atualizados e funcionais e há extintores de incêndio presentes e colocados estrategicamente pela casa e verificados rotineiramente?

Quando os pacientes moram em residências mais antigas, estimule-os a verificar a presença de chumbo na tinta, poeira ou sujeira. Como o chumbo também vem da solda ou dos encanamentos em uma residência, os pacientes precisam testar a água que vem de cada torneira. As agências de saúde locais vão ajudar os proprietários a localizar um inspetor de chumbo treinado que colha amostras de vários locais e as analise em um laboratório para avaliar o seu teor de chumbo.

É importante que a sua avaliação ajude os indivíduos a se concentrar em evitar perdas e reduzir seu risco de lesão associado a desastres. A Federal Emergency Management Agency (http://www.fema.gov/) e a Cruz Vermelha Americana (http://www.redcross.org/) fornecem treinamento em nível nacional a fim de ajudar os membros da comunidade a se prepararem para desastres de todos os tipos.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Reúna os dados do histórico de enfermagem e analise grupos de características definidoras ou fatores de risco para identificar diagnósticos relevantes em enfermagem. Inclua fatores específicos relacionados ou que contribuam para individualizar os seus cuidados de enfermagem (Quadro 27-6). Por exemplo, o diagnóstico em enfermagem de *Risco de Quedas* está associado a fatores de risco para alteração da mobilidade ou dos sentidos (p.ex, visuais). A mobilidade alterada leva você a escolher intervenções de enfermagem como exercícios de amplitude dos movimentos (ADM); deambulação supervisionada mais frequente; ou ensinar o uso correto dos

dispositivos de segurança, como grades laterais, bengalas ou muletas. Faça também uma consulta com um médico a respeito de um encaminhamento para fisioterapia. Se o comprometimento visual for o fator de risco, escolha intervenções diferentes, como manter a área bem iluminada; orientar o paciente quanto à vizinhança; ou manter os óculos limpos, à mão e bem protegidos. Quando você não identifica os fatores de risco corretos para o diagnóstico do *Risco de Quedas*, o uso de intervenções incorretas pode aumentar o risco de queda de um paciente. Por exemplo, não avaliar os perigos do ambiente doméstico pode resultar na alta de um paciente internado e, posteriormente, em uma nova internação com outra lesão. Outros exemplos de diagnósticos de enfermagem para pacientes com risco à segurança incluem:

- *Risco de Lesão*

Quadro 27-6

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Risco de Quedas

Atividades de Avaliação

Observe a postura, amplitude dos movimentos, força, equilíbrio e alinhamento corporal do paciente.
Avalie a acuidade visual, capacidade de leitura e identificação de objetos distantes do paciente.
Faça uma avaliação dos perigos domésticos.

Características Definidoras

Diminuição da força nas extremidades inferiores, dificuldade com a marcha, comprometimento do equilíbrio.
Relata dificuldade para enxergar à noite.
Visão turva, incapaz de identificar objetos próximos.
Residência mal iluminada.
Cômodos cheios de pequenos itens.

Quantidade de móveis excessiva para o tamanho do cômodo.
Tapetes soltos.

- *Manutenção do Ambiente Domiciliar Comprometida*
- *Conhecimento Deficiente*
- *Risco de Intoxicação*
- *Risco de Sufocamento*
- *Risco de Trauma*

Planejamento de Enfermagem

Os pacientes com riscos reais e potenciais para a segurança necessitam de um plano de cuidados de enfermagem com intervenções que impeçam e minimizem ameaças à sua segurança. Projete suas intervenções para ajudar o paciente a se sentir seguro para se deslocar e interagir livremente no ambiente. O plano de cuidado integral aborda todos os aspectos das necessidades do paciente e usa recursos da equipe de saúde e da comunidade quando for adequado. Sintetize criticamente as informações provenientes de várias fontes (Fig. 27-3). O pensamento crítico assegura que o plano de cuidados de um paciente integre tudo o que você aprendeu a respeito do paciente aos elementos-chave do pensamento crítico. Por exemplo, você reflete o seu conhecimento relativo aos serviços que outras profissões de saúde (p.ex., terapia ocupacional, gerenciador de casos) prestam a fim de ajudar os pacientes a voltar com segurança para seu ambiente domiciliar. Reflete também as experiências prévias quando os pacientes se beneficiaram das intervenções de segurança. Essa experiência ajuda você a adaptar abordagens para cada paciente novo. A aplicação de atitudes de pensamento crítico, como a criatividade, ajuda você a colaborar com um paciente no planejamento das intervenções relevantes e mais úteis, particularmente quando fizer mudanças no ambiente domiciliar.

Conhecimento

- Papel dos recursos comunitários na promoção da segurança
- Riscos para a segurança apresentados no uso dos tratamentos domiciliares (p.ex., oxigenoterapia domiciliar, terapia IV)
- Intervenções de saúde adequadas aos riscos e à condição do paciente
- Serviços disponíveis de outras disciplinas para promover a segurança

Experiência

- Respostas prévias do paciente às terapias de enfermagem planejadas para melhorar a segurança (p.ex., o que funcionou e o que não funcionou)

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Envolva o paciente como um parceiro ao planejar os cuidados
- Escolha as intervenções de enfermagem para promover a segurança de acordo com as necessidades de desenvolvimento e de cuidados de saúde do paciente
- Consulte terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas sobre dispositivos auxiliares
- Escolha as intervenções de enfermagem que vão melhorar a segurança do ambiente domiciliar do paciente

Padrões

- Estabeleça intervenções individualizadas para as necessidades do paciente
- Aplique os padrões da ANA e TJC de prestação de intervenções de maneira segura e conveniente
- Aplique o Código de Ética da ANA para proteger o paciente de cuidados incompetentes ou antiéticos

Atitudes

- Use a criatividade para conceber intervenções adequadas às necessidades do paciente e aos recursos disponíveis
- Assuma riscos para implementar novas intervenções que explorem novos recursos ou usem recursos atuais de novas maneiras

FIGURA 27-3 Modelo de pensamento crítico para planejamento da segurança. *ANA,* American Nurses Association; *IV,* intravenosa; *TJC,* The Joint Commission.

Metas e Resultados

Você colabora com um paciente, sua família e outros membros da equipe de saúde quando estabelece metas e resultados previstos durante o processo de planejamento (consulte o Plano de Cuidados de Enfermagem). O paciente que participa ativamente na redução das ameaças à segurança fica mais alerta aos possíveis perigos e mais propenso a cumprir o plano. Certifique-se de que os objetivos e resultados de cada diagnóstico de enfermagem sejam mensuráveis e realistas, considerando os recursos disponíveis para o paciente. Por exemplo, no caso do diagnóstico em enfermagem de *Comprometimento da Mobilidade Física relacionado com a paralisia lateral esquerda,* o objetivo é o paciente "não se lesionar durante o período de internação". Entre os exemplos de resultados previstos, temos:

- O paciente usa uma bengala de tripé corretamente em 24 horas.
- O paciente descreve a abordagem para levantar da cama corretamente, com ajuda, no final da sessão de ensino de hoje.

Definir Prioridades

Priorize os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de um paciente para promover o cuidado seguro e eficiente. Por exemplo, o mapa conceitual (Fig. 27-4) tem vários diagnósticos de enfermagem que se aplicam à Sra. Cohen no plano de cuidados. O problema de mobilidade do paciente é uma prioridade óbvia em virtude de sua influência no risco de quedas e para a integridade cutânea. Planeje intervenções individualizadas com base na gravidade dos fatores de risco e no estágio de desenvolvimento, nível de saúde, estilo de vida e necessidades culturais do paciente (Quadro 27-7). O planejamento envolve uma compreensão da necessidade do paciente de manter independência dentro das capacidades físicas e cognitivas. Colabore para estabelecer maneiras de manter o envolvimento ativo do paciente

dentro de casa e no ambiente de cuidados de saúde. A orientação do paciente e sua família também é uma intervenção importante a planejar para reduzir os riscos de segurança no longo prazo.

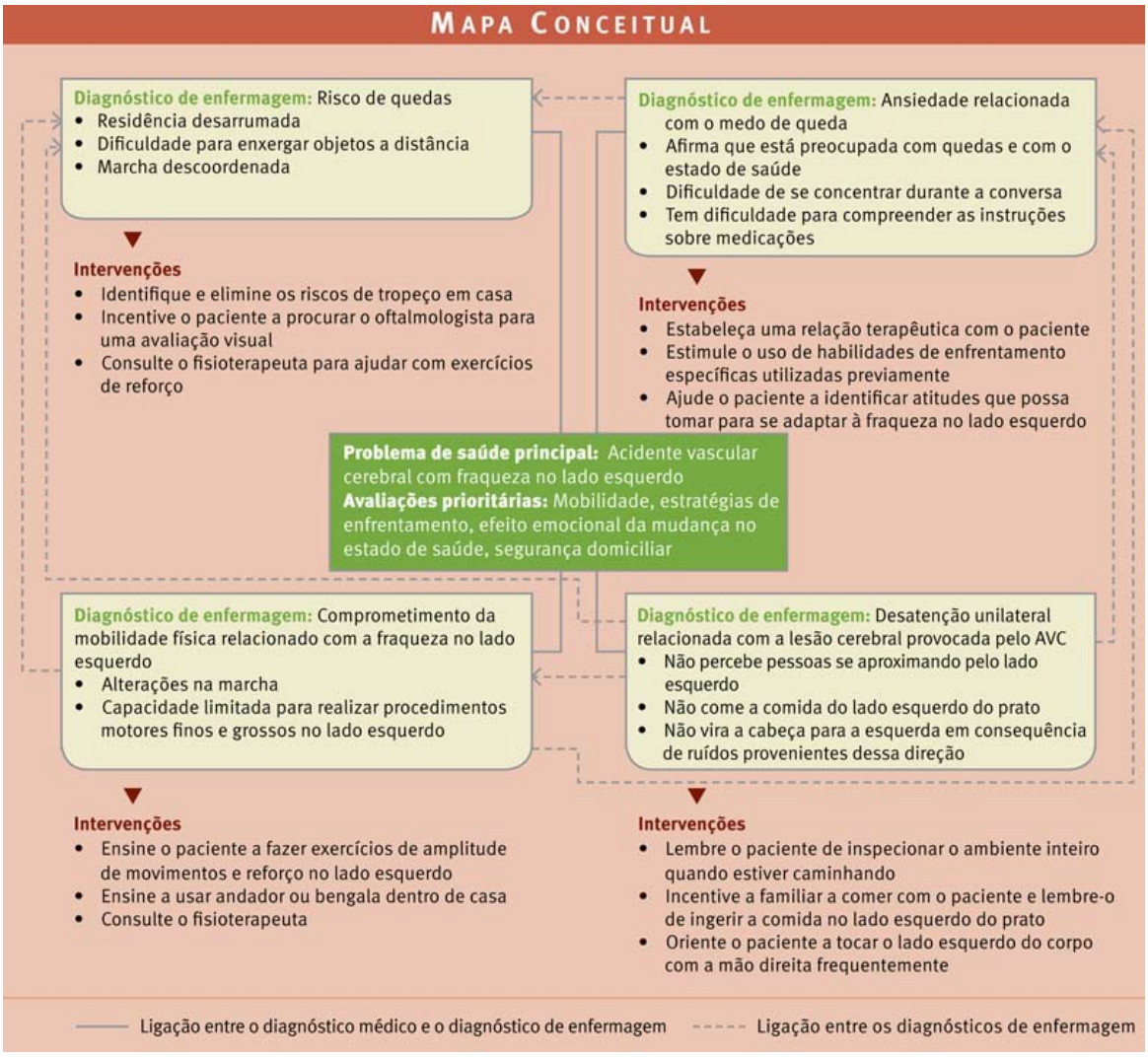


FIGURA 27-4 Mapa conceitual para a Sra. Cohen. *ADDs,* Atividades do dia a dia; *AVC,* Acidente vascular cerebral.

Quadro 27-7

Aspectos Culturais do Cuidado

Uma Abordagem de Cuidados Centrada no Paciente

A internação hospitalar coloca os pacientes em risco de lesão devido ao ambiente desconhecido e confuso. A experiência normalmente é, no mínimo, assustadora. Os indicativos de uma vida normal, como a cama sem grades e a direção que normalmente adotamos para ir ao banheiro, não existem. Os processos aprendidos e os mecanismos de enfrentamento são afetados pela doença e as emoções que a acompanham. Desse modo, os pacientes ficam mais vulneráveis à lesão. Essa vulnerabilidade é intensificada nos pacientes de diversos níveis de experiência. É responsabilidade do profissional de enfermagem proteger diligentemente todos os pacientes, independentemente de sua condição socioeconômica e bagagem cultural.

A maioria dos eventos desagradáveis está relacionada com falhas de comunicação. Estima-se que mais de 300 idiomas são falados nos Estados Unidos e mais de 90 milhões de americanos têm pouco conhecimento em saúde, criando desafios durante a avaliação e os esforços para implantar medidas de cuidados de saúde (TJC, 2016). Avalie o conhecimento em saúde de todos os pacientes. Certifique-se de utilizar uma abordagem que reconheça a bagagem cultural de um paciente e faça as perguntas adequadas para revelar comportamentos e riscos para a saúde.

Familiarize-se também com as crenças culturais a respeito de contenções físicas quando cuidar de pacientes que necessitem de dispositivos de contenção. A segurança é maior quando você considera os pacientes à luz da pessoa como um todo e valoriza a consideração de cada situação de cuidado pela "ótica do paciente" e não só pela sua própria perspectiva. Seguem algumas diretrizes de segurança específicas centradas no paciente sobre o uso de dispositivos de contenção.

Implicações no Cuidado Centrado no Paciente

- Quando for necessário utilizar dispositivos de contenção, avalie

seu significado para o paciente e a família. Algumas culturas podem achar que os dispositivos de contenção são humilhantes. De modo similar, alguns sobreviventes de guerras ou perseguições ou os que sofrem de transtorno de estresse pós-traumático podem encarar os dispositivos de contenção como uma prisão ou punição.

- Colabore com os membros da família para enquadrar as perspectivas culturais de um paciente a respeito dos dispositivos de contenção. Remover os dispositivos de contenção quando os membros da família estão presentes demonstra respeito e cuidado pelo paciente.
- Defina o protocolo da unidade de enfermagem sobre o uso de dispositivos de contenção. Identifique possíveis áreas de negociação com as preferências do paciente/família quanto ao uso de dispositivos de contenção, incluindo pedir aos membros da família que fiquem com o paciente.

Trabalho em Equipe e Colaboração

A colaboração com o paciente, família e outras profissões de saúde, como assistência social, terapia ocupacional e fisioterapia, se torna uma parte importante do plano de cuidados de um paciente. Por exemplo, um paciente internado pode ter que comparecer a uma instalação de reabilitação para adquirir força e resistência antes de receber alta. A comunicação é essencial. Você comunica os fatores de risco e o plano de cuidados ao paciente, familiares e outros profissionais de saúde, incluindo outras disciplinas e profissionais de enfermagem em outros turnos. O quadro branco no quarto do paciente com informações como atividade e nível de assistência transmite informações para todos os profissionais de saúde. Uma abordagem-padrão para a comunicação como a SBAR (Situação, *Background*/antecedentes, Avaliação, Recomendação) ajuda você a obter e organizar as informações (Cap. 26).

Plano de cuidados de enfermagem

Risco de Quedas

Histórico de enfermagem

O Sr. Key, um enfermeiro de cuidado na comunidade, foi visitar a Sra. Cohen, uma mulher de 85 anos, em sua casa. A paciente está se recuperando de um AVC leve que afetou o seu lado esquerdo. A Sra. Cohen mora sozinha, mas recebe assistência regular de sua filha Peggy e do seu filho Michael, que moram em um raio de 16 km de distância. A avaliação do Sr. Key incluiu uma discussão do problema de saúde da Sra. Cohen e como o AVC a afetou, um exame físico pertinente e uma avaliação dos perigos domésticos.

*Atividades da Avaliação**	*Achados/Características Definidoras*
Pergunte como o AVC afetou a mobilidade dela.	Ela responde: "**Eu bato nas coisas** e **estou com medo de cair**."
Faça um levantamento dos perigos domésticos.	Os armários na cozinha estão **apinhados** de itens quebráveis que poderiam cair. **Tapetes soltos no chão;** a **iluminação do banheiro é ruim** (lâmpadas de 40 watts); a banheira **não possui tiras de segurança** ou barras de apoio; a **casa está abarrotada** de móveis e objetos pequenos.
Observe a marcha e a postura.	Ela tem uma **cifose** e uma **marcha hesitante, descoordenada;** frequentemente se apoia nas paredes.
Avalie a força muscular.	**Braço e perna esquerdos mais fracos** que os da direita.
Avalie a acuidade visual com lentes corretivas.	Ela tem **dificuldade para ler e enxergar objetos familiares a distância** enquanto usa óculos.

* As **características definidoras** são exibidas em negrito.

Diagnóstico em enfermagem: Risco de quedas

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	***Resultados Esperados (NOC)***[†]
	Controle de Risco
A família da Sra. Cohen vai modificar a residência para eliminar os perigos dentro de 1 mês.	Os membros da família vão diminuir os perigos modificáveis na cozinha e corredores em 1 semana.
	Os membros da família vão modificar o banheiro em 1 mês.
	Conhecimento: Segurança pessoal
A Sra. Cohen e a família conhecerão os perigos potenciais para a faixa etária dela dentro de 1 semana.	A Sra. Cohen e a filha vão identificar os riscos de queda e os métodos de prevenção para evitar quedas em casa após a conclusão do treinamento na próxima semana.
	Comportamento de Prevenção de Quedas
A Sra. Cohen vai expressar uma maior sensação de segurança em relação às quedas dentro de 1 mês.	A Sra. Cohen vai relatar melhoria na visão com a ajuda de novos óculos em 2 semanas.
A Sra. Cohen ficará protegida contra lesões dentro de 1 semana.	A Sra. Cohen vai andar com segurança por toda a residência dentro de 1 semana.

† Legendas de classificação dos resultados de Moorhead S et al: Nursing outcomes classification (NOC), ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)[‡]	JUSTIFICATIVA
Prevenção de Quedas	
Analisar com a Sra. Cohen e seus filhos os achados da avaliação de riscos e colaborar propondo modificações.	A avaliação dos riscos domésticos destaca os fatores extrínsecos que levam a quedas e que podem ser modificados.
Estabelecer uma lista de prioridades para modificar e fazer com que o filho da Sra. Cohen ajude a instalar os dispositivos de segurança nos banheiros.	A implantação de modificações domésticas baseadas na avaliação da residência diminui as quedas (Chase et al., 2012).
Discutir com a Sra. Cohen e a filha as alterações normais do envelhecimento, os efeitos do AVC recente, os riscos de lesão associados e como reduzir esses riscos.	O treinamento quanto aos riscos reduz o medo de quedas (Olsen and Bergland, 2014).
Incentivar a filha a marcar um exame de vista em 2 a 4 semanas.	A melhoria da acuidade visual reduz a incidência de quedas (Chase et al., 2012).
Consultar o fisioterapeuta para avaliar a necessidade de treinamento de reforço e resistência e uso de dispositivos de auxílio para cifose, fraqueza lateral esquerda e marcha.	O exercício é eficaz na redução das quedas e precisa incluir um programa abrangente, combinando reforço muscular, equilíbrio e/ou treinamento de resistência por 12 semanas, no mínimo (Sherrington et al., 2011).

‡ Legendas de classificação das intervenções de Bulechek GM et al: Nursing interventions classification (NIC), ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Resultado Alcançado***
Pedir à Sra. Cohen e família para identificar os riscos de queda.	A Sra. Cohen e família são capazes de identificar os riscos durante uma caminhada pela casa e expressar uma maior sensação de segurança como consequência das alterações feitas.	A Sra. Cohen e família estão mais bem informados sobre os possíveis perigos.
Observar o ambiente visando a eliminação dos perigos.	Os tapetes soltos foram removidos. A iluminação aumentou para 75 watts, exceto no banheiro e no quarto.	Os perigos ambientais são parcialmente reduzidos.
Reavaliar a acuidade visual da Sra. Cohen.	A Sra. Cohen tem óculos novos e afirma que consegue ler melhor e enxergar objetos distantes com mais clareza	A visão da Sra. Cohen melhorou, permitindo que ela ande com mais segurança.
Observar a marcha e a postura da Sra. Cohen.	A marcha da Sra. Cohen continua hesitante e descoordenada; ela relata que a sua filha tem pouco tempo para levá-la ao fisioterapeuta.	O resultado da deambulação segura não é alcançado totalmente; ajude a filha a desenvolver um cronograma que a permita ter tempo para levar a mãe às consultas de fisioterapia.

Os pacientes têm de ser capazes de identificar, selecionar e saber como usar os recursos dentro de sua comunidade (p.ex., as casas do quarteirão vizinho, departamentos de polícia locais e vizinhos dispostos a verificar o seu bem-estar) que aumentem a segurança. Certifique-se de que o paciente e a família compreendem a necessidade desses recursos e que estejam dispostos a fazer mudanças que promovam sua segurança.

◆ Implementação

O projeto QSEN (2014) descreve as habilidades recomendadas para assegurar a competência do profissional de enfermagem no que diz

respeito à segurança do paciente. Entre essas habilidades estão as que envolvem a prática segura da enfermagem durante o cuidado direito:

- Demonstrar o uso da tecnologia e das práticas padronizadas que dão suporte à segurança e qualidade.
- Demonstrar o uso eficaz das estratégias para reduzir o risco de danos a si e a terceiros.
- Usar estratégias adequadas para reduzir a dependência da memória (p.ex., impor funções, listas de verificação)

Direcione suas intervenções de enfermagem para manter a segurança de um paciente em todos os ambientes. Você implanta medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças no ambiente comunitário, ao passo que a prevenção é uma prioridade no contexto de cuidados agudos.

Promoção da Saúde

Para promover a saúde de um indivíduo é necessário que ele esteja em um ambiente seguro e pratique um estilo de vida que minimize o risco de lesão. Edelman e Mandle (2013) descrevem estratégias passivas e ativas voltadas para a promoção da saúde. As estratégias passivas incluem intervenções de saúde pública e legislativas governamentais (p.ex., leis de saneamento e água potável) (Cap. 3). As estratégias ativas são aquelas em que um indivíduo está envolvido ativamente através de mudanças no estilo de vida (p.ex., adotar uma melhor saúde nutricional ou programas de exercício, usar cintos de segurança) e participação em programas de bem-estar.

O profissional de enfermagem promove a saúde individual e comunitária apoiando a legislação, agindo como modelos positivos a serem seguidos e trabalhando em ambientes comunitários. Como os valores ambientais e comunitários têm a maior influência na promoção da saúde, a comunidade e os profissionais de enfermagem de cuidado domiciliar são capazes de avaliar e recomendar medidas de segurança em casa, na escola, vizinhança e local de trabalho.

Intervenções Relacionadas com o Desenvolvimento

Lactente, *Toddler* e Pré-escolar

As crianças curiosas em crescimento precisam dos adultos para protegê-las de lesões. As crianças confiam em seu ambiente e não se percebem em perigo. Instrua os pais ou responsáveis sobre redução do risco de lesões nas crianças e maneiras para promover a segurança no lar (Tabela 27-1). Os profissionais de enfermagem que trabalham em ambientes pré-natal e pós-parto incorporam facilmente a segurança nos planos de cuidados das famílias com filhos. Os profissionais de enfermagem de saúde comunitária avaliam a residência e mostram aos pais como promover a segurança. Instrua os pais a respeito da importância das imunizações e como elas protegem a crianças de doenças potencialmente fatais.

Tabela 27-1

Intervenções para Promover a Segurança de Crianças e Adolescentes

Intervenção	Justificativa
Lactentes e *Toddlers*	
Fazer com que os lactentes durmam de costas ou de lado. Ensine aos pais o mnemônico "dormir de costas".	Colocar os lactentes de costas confere menor risco para a síndrome de morte súbita infantil (SMSI) e é a posição preferida (AAP, 2011b).
Os lactentes devem ser imunizados.	Evidências sugerem que a imunização reduz o risco de SMSI em 50% (AAP, 2011b).
Não encha a cama/berço com travesseiros, almofadas, grandes brinquedos de pelúcia ou objetos acolchoados. Use lençóis bem ajustados.	Existe a possibilidade de esses itens causarem um possível risco de sufocamento, estrangulamento ou aprisionamento.
Não prender chupetas em cordões ou fitas em volta do pescoço de uma criança.	Cordões ou fitas em volta do pescoço aumentam o risco de asfixia.
Seguir todas as instruções de preparo e armazenamento de fórmulas infantis.	A preparação adequada de fórmulas para lactentes e o seu armazenamento correto impedem a contaminação. Seguir as instruções do produto garante a concentração adequada do alimento. O alimento não diluído provoca distúrbios hidroeletrolíticos; a fórmula muito diluída não fornece nutrientes suficientes.

Usar brinquedos grandes e macios, sem peças pequenas, como botões.	As peças pequenas se soltam, podendo ocorrer asfixia e broncoaspiração.
Não deixar as grades laterais do cercado abaixadas; os espaços entre as ripas do cercado devem ser menores que 6 cm.	Existe a possibilidade de a cabeça de uma criança ficar presa na grade lateral do cercado ou entre as ripas, com a consequente asfixia.
Nunca deixe as laterais do cercado abaixadas ou os lactentes sozinhos nos trocadores ou em assentos, balanços, andadores ou cadeiras altas.	Os lactentes e os *toddlers* rolam ou se movem dos trocadores ou saem dos acessórios, como assentos ou balanços.
Interromper o uso de acessórios como assentos e balanços quando a criança ficar ativa demais ou fisicamente grande demais e/ou de acordo com as instruções do fabricante.	Quando fisicamente ativa ou grande demais, a criança pode cair ou ser projetada desses acessórios e sofrer uma lesão.
Nunca deixar uma criança sozinha no banheiro, banheira ou perto de qualquer fonte de água (p.ex., piscina).	A supervisão diminui o risco de afogamento acidental.
Deixar a residência à prova de lactentes; remover objetos pequenos ou afiados e substâncias tóxicas ou venenosas, incluindo plantas; instalar fechos de segurança nos armários próximos ao chão.	Os lactentes exploram seu mundo com as mãos e a boca. Asfixia e envenenamento podem ocorrer.
Não deixar plásticos de lixeiras e sacos plásticos de mercearias ao alcance de crianças	A remoção reduz o risco de sufocamento por sacos plásticos.
Cobrir as tomadas elétricas	Cobrir as tomadas reduz a oportunidade dos lactentes que engatinham insiram objetos nas tomadas e sofram um choque elétrico.
Colocar grades em todas as janelas.	As grades impedem que as crianças caiam das janelas.
Instalar fechaduras sem chave (p.ex., trincos) nas portas acima do alcance de uma criança, mesmo quando ela ficar em pé em uma cadeira.	Os trincos impedem que uma criança que está começando a andar saia de casa e vagueie. Os trincos permitem a saída rápida em caso de incêndio.
Nos Estados Unidos, recomenda-se colocar as crianças com menos de 36 kg ou 8 anos em um assento apropriado para a idade/peso, instalado de acordo com as instruções do fabricante. Isso inclui os assentos veiculares e os bancos com ajuste de altura. Nos carros com *air bag* do passageiro, as crianças com menos de 12 anos devem ser conduzidas no banco traseiro. Todos os passageiros precisam usar cintos de segurança.	No caso de uma parada brusca ou batida, uma criança sem dispositivo de contenção sofre lesões cranianas graves e morre.
Os cuidadores precisam aprender as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e a manobra de Heimlich.	Os cuidadores precisam estar preparados para intervir em emergências agudas, como a asfixia.
Crianças em Idade Pré-escolar	
Ensinar às crianças a nadar cedo, mas sempre as supervisione perto da água.	Aprender a nadar é uma habilidade útil que um dia pode salvar a vida de uma criança. No entanto, todas as crianças necessitam de supervisão constante.
Ensinar às crianças a atravessar a rua e caminhar em	Os acidentes com pedestres envolvendo

estacionamentos. Ensine-as a nunca correr atrás de uma bola ou brinquedo.	crianças pequenas são comuns.
Ensinar às crianças a não falar, acompanhar ou aceitar qualquer coisa de um estranho.	Evitar estranhos reduz o risco de ferimentos e abdução.
Ensinar às crianças as regras de segurança física básicas, como o uso correto das tesouras sem ponta, nunca correr com um objeto em sua boca ou mãos e nunca tentar usar o fogão ou forno sem ajuda.	O risco de lesão é mais baixo se a criança conhecer procedimentos de segurança básicos.
Ensinar as crianças a não ingerir itens encontrados na rua ou no gramado.	Evitar esses itens reduz o risco de possível envenenamento.
Retirar as portas de refrigeradores e *freezers* não utilizados. Orientar as crianças a não brincarem ou se esconderem em uma carroceria de automóvel ou em aparelhos não utilizados.	Se uma criança não puder sair livremente dos aparelhos e carrocerias de automóvel pode ocorrer asfixia.
Crianças em Idade Escolar	
Ensinar às crianças sobre o uso seguro dos equipamentos para brincar e trabalhar.	A criança precisa aprender o uso seguro, correto, dos equipamentos para evitar ferimentos.
Ensinar às crianças a segurança adequada da bicicleta, incluindo o uso de capacete e as regras da estrada.	Reduz lesões decorrentes de queda ou atropelamento por um automóvel.
Ensinar às crianças as técnicas corretas de esportes específicos e a necessidade de usar equipamento de segurança adequado (p.ex, capacetes, óculos de proteção, protetores bucais)	Usar as técnicas corretas, o equipamento correto e o equipamento de proteção previnem lesões.
Ensinar às crianças a não operarem equipamentos elétricos sem supervisão.	Se ocorrer um acidente elétrico, ninguém estará disponível para socorrer.
Não permitir que as crianças acessem armas de fogo ou outras armas. Mantenha todas as armas de fogo em armários trancados.	Frequentemente, as crianças ficam fascinadas por armas de fogo e muitas vezes tentam brincar com elas.
Adolescentes	
Incentivar a adesão a aulas de educação no trânsito.	Muitas lesões nessa faixa etária estão relacionadas com acidentes de automóvel.
Fornecer informações sobre os efeitos de usar álcool ou drogas.	O adolescente precisa socializar com seus pares, ainda que necessite de alguma supervisão.
Incentivar relacionamentos de aconselhamento entre adultos e adolescentes.	Os adolescentes precisam de modelos a serem seguidos, após o que conseguem criar um padrão de comportamento.
Ensinar sobre o uso da internet com segurança.	Evite o uso excessivo e a possível exposição a sites inadequados.

Modificado de Hockenberry M, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, ed 10th, St Louis, 2015, Mosby.

No Brasil, a Lei n° 9.503, de 23 de setembro de 1997, que instituiu o Conselho de Trânsito Brasileiro, definiu no art. 64 que "as crianças com idade inferior a dez anos devem ser transportadas nos bancos traseiros, salvo exceções regulamentadas pelo CONTRAN"- o Conselho Nacional de Trânsito.

Maiores informações sobre essa legislação, consultar a página http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503Compilado.htm

Criança em Idade Escolar

As crianças em idade escolar exploram cada vez mais o seu ambiente (Cap. 12). Elas têm amigos fora de sua vizinhança imediata e são mais ativas na escola, igreja e nas atividades comunitárias. A criança em idade escolar precisa de instruções específicas de segurança na escola e nas brincadeiras. Ver na Tabela 27-1 as intervenções de enfermagem para ajudar a orientar os pais a proporcionarem segurança às crianças em idade escolar.

Adolescente

Os riscos para a segurança dos adolescentes envolvem muitos fatores fora de casa, pois passam grande parte do seu tempo longe de casa e com seu grupo de amigos (Cap. 12). Os adultos servem como modelos de conduta para os adolescentes e, ao darem exemplo, estabelecerem expectativas e fornecerem educação, ajudam a minimizar os riscos para a sua segurança. Essa faixa etária tem uma alta incidência de suicídio devido à autoestima mais baixa e desesperança. Fique a par dos riscos apresentados nessa época da vida e esteja preparado para ensinar os adolescentes e seus pais as medidas para prevenir acidentes e ferimentos.

Adulto

Os riscos para os adultos jovens e de meia-idade resultam frequentemente de fatores de estilo de vida, como gestação, altos níveis de estresse, nutrição inadequada, uso de armas de fogo, ingestão alcoólica excessiva e abuso de substâncias (Cap. 13). Nessa

sociedade em ritmo acelerado, parece haver mais expressões de raiva, o que rapidamente pode precipitar acidentes relacionados com a "ira do trânsito". Ajude os adultos a compreenderem seus riscos de segurança e oriente-os para fazer alterações no estilo de vida, encaminhando-os a reuniões que ajudem a parar de fumar, por exemplo, ou a gerenciar o estresse, incluindo programas de assistência aos funcionários. Além disso, estimule os adultos a se exercitarem regularmente, a manterem uma dieta saudável, a praticar técnicas de relaxamento e a dormir adequadamente.

Idoso

As intervenções de enfermagem para idosos diminuem os riscos de quedas e outros acidentes dos pacientes e compensam as alterações fisiológicas do envelhecimento (Quadro 27-8). A American Geriatric Society (2015) desenvolveu um algoritmo para prevenção de quedas (Fig. 27-5)*. Forneça informações sobre os recursos nas vizinhanças para ajudar um idoso a manter um estilo de vida independente. Os idosos se mudam frequentemente para novas vizinhanças e precisam se familiarizar com novos recursos, como modos de transporte, horários de missa e recursos alimentares (p.ex., refeições em domicílio).

Quadro 27-8

Foco nos idosos

Alterações Psicológicas do Envelhecimento e seu Efeito na Segurança do Paciente

À medida que as pessoas envelhecem, ocorrem alterações fisiológicas. Elas sofrem alterações visuais e auditivas; menor tempo de reação; e menor amplitude de movimentos, menos flexibilidade e força. Além disso, os reflexos são mais lentos e a capacidade para reagir a vários estímulos é menor. A memória pode ficar prejudicada e a noctúria e a incontinência são mais frequentes nos

idosos. A família exerce um papel importante no cuidado dos idosos. Mais de 66 milhões de cuidadores voluntários de idosos são membros da família (i.e., quase 4% da população adulta dos Estados Unidos) (National Alliance for Caregiving, 2015). Estimule a família a permitir que o idoso continue a ser o mais independente possível e forneça ajuda apenas para as coisas que são especialmente estressantes ou exaustivas.

A alta prevalência de condições crônicas nos idosos resulta no uso de uma grande quantidade de medicamentos controlados e de venda livre. Associado às alterações farmacocinéticas relacionadas com a idade, há um risco maior de efeitos adversos graves. As medicações prescritas normalmente para os idosos incluem anticolinérgicos, diuréticos, agentes ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, vasodilatadores, analgésicos e laxantes, todos apresentando riscos ou interagindo para aumentar o risco de quedas.

Implicações para a Prática da Enfermagem

- Estimule a realização de exames de vista e audição anuais, além da limpeza frequente de óculos e aparelhos auditivos como um meio de prevenir quedas e queimaduras.
- Ensine aos pacientes dicas de segurança para evitar acidentes de automóvel. Às vezes, é preciso limitar o paciente a dirigir apenas à luz do dia ou suspender em caráter temporário ou permanente a direção de automóveis.
- Incentive as sessões de ensino sobre exercícios supervisionados para idosos e ensine-os a buscar ajuda com as tarefas domésticas, conforme a necessidade. Os itens de segurança, como corrimões no banheiro, frequentemente são necessários.
- Certifique-se de que os adultos saibam como usar dispositivos auxiliares (p.ex, andadores e bengalas) corretamente. Consulte um membro da equipe de fisioterapia.
- Institua um cronograma regular para o paciente ir ao banheiro. Uma frequência recomendada é a cada 3 horas. Forneça diuréticos pela manhã. Forneça ajuda, junto com a iluminação adequada, aos

pacientes que precisam ir ao banheiro à noite.

- Incentive os pacientes a usarem organizadores e medicamentos, que podem ser comprados em qualquer farmácia a um custo bem razoável. Encha esses distribuidores uma vez por semana com as medicações corretas a serem tomadas em um horário específico durante o dia.
- Faça uma revisão do perfil medicamentoso do paciente para garantir que os medicamentos sejam utilizados com prudência e avalie o paciente regularmente em busca de quaisquer efeitos adversos que aumentem o risco de queda.

Oriente os idosos sobre dicas de direção segura (p.ex., dirigir distâncias menores ou apenas à luz do dia, usando atentamente os retrovisores laterais e internos, e olhando para trás em seu "ponto cego" antes de mudarem de faixa). Se a audição for um problema, incentive o paciente a manter um vidro aberto enquanto dirige ou a diminuir o volume do rádio. Frequentemente, o aconselhamento é necessário para ajudar os pacientes idosos a tomarem a decisão de quando parar de dirigir. Nessa hora, ajude a localizar os recursos na comunidade que forneçam transporte.

Queimaduras e escaldaduras também são mais propensas a ocorrer com os idosos, porque às vezes eles esquecem e deixam a água quente correndo ou se confundem quando viram os botões do fogão ou de outro aparelho de aquecimento. As medidas de enfermagem para prevenir queimaduras minimizam o risco decorrente do comprometimento da visão. Nas torneiras de água quente, os botões coloridos facilitam saber qual é o quente e qual é o frio. Também é muito útil reduzir a temperatura da água quente.

Muitos idosos adoram caminhar. Reduza os acidentes de pedestres com idosos e outras faixas etárias convencendo as pessoas a usar refletores nas roupas quando caminharem à noite; ficar em pé na calçada e não na rua quando esperar para atravessar a rua; sempre atravessar nas esquinas e não no meio do quarteirão (particularmente se a rua for principal); atravessar com a luz do semáforo e não contra

ela; e olhar para a esquerda, direita e esquerda novamente antes de entrar na rua ou faixa de pedestres. Estimule também as pessoas a avaliarem os perigos em sua rota de caminhada, como calçadas com desnível ou danificadas, cães soltos e brinquedos excessivos; tudo isso aumenta o risco de quedas.

Intervenções Ambientais

As intervenções de enfermagem voltadas para eliminar ameaças ambientais incluem as associadas às necessidades básicas de uma pessoa e medidas preventivas gerais.

Necessidades Básicas

Os profissionais de enfermagem contribuem para um ambiente mais seguro ajudando os pacientes a atenderem suas necessidades básicas relacionadas com oxigênio, nutrição e temperatura. Quando o oxigênio está sendo utilizado, tome a precauções adequadas para evitar incêndio. O contato com calor ou centelha é necessário para desencadear a combustão; portanto, certas precauções são necessárias, independentemente do contexto em que o oxigênio está em uso. Coloque cartazes com "Não Fume" e "Oxigênio em Uso" nos quartos dos pacientes. Não use oxigênio em volta de equipamentos elétricos ou produtos inflamáveis. Armazene os tanques de oxigênio de pé em carrinhos ou prateleiras para evitar tropeços ou quedas ou coloque os tanques horizontalmente no chão quando não estiverem em uso. Verifique a tubulação em busca de "cotovelos" que afetem o fluxo do oxigênio. Mantenha o oxigênio no fluxo prescrito em litros e não mude sem a ordem prévia de um profissional de saúde. Outras precauções são indicadas para o oxigênio líquido ou pressurizado e quando o paciente viaja com oxigênio doméstico. Consulte o fornecedor do oxigênio. Recomenda-se que o paciente faça inspeções anuais dos sistemas de aquecimento, chaminés e aparelhos domésticos que queimem combustível. Os detectores de monóxido de carbono estão disponíveis a um custo razoável, mas não são um substituto para o uso e manutenção corretos dos aparelhos de queima de combustível.

Ensine técnicas básicas para manuseio e preparação de alimentos:

- Refrigere, armazene e prepare corretamente o alimento para diminuir o risco de doenças transmitidas por alimento. Armazene os alimentos perecíveis em refrigeradores para mantê-los frescos.
- Lave as mãos antes e depois de preparar os alimentos.
- Enxague bem as frutas e legumes.
- Preste atenção para prevenir a contaminação de um alimento por outro durante a preparação do alimento, especialmente no que diz respeito a aves. Use tábuas de corte diferentes.
- Use uma tábua de corte diferente para legumes, carne vermelha e aves.
- Cozinhe adequadamente os alimentos para matar quaisquer microrganismos residuais. Refrigere os restos adequadamente. As bactérias crescem rapidamente à temperatura ambiente.
- Faça com que os cuidadores da família etiquetem e datem quando os restos forem preservados.

Medidas Preventivas Gerais

A iluminação adequada e as medidas de segurança na residência e no seu entorno, incluindo o uso de luzes noturnas, iluminação exterior e trincos nas janelas e portas, permitem que os pacientes diminuam o risco de lesão decorrente de crimes. O departamento de polícia local e as organizações comunitárias frequentemente ministram aulas aos moradores para que aprendam a como tomar precauções a fim de minimizar a chance de se envolverem em um crime. Por exemplo, algumas dicas úteis são estacionar o carro perto de uma luz forte ou área pública movimentada, levar um apito no chaveiro do carro, manter as portas do carro trancadas enquanto dirige e sempre prestar atenção enquanto dirige para observar se alguém começa a seguir o carro.

As alterações no ambiente reduzem facilmente o risco de quedas. Para diminuir o risco de acidente domiciliar, remova todos os obstáculos dos corredores e outras áreas muito movimentadas. Os objetos necessários, como relógios, óculos ou lenços, permanecem nas mesas de cabeceira ao alcance do paciente, mas fora do alcance das

crianças. Tome cuidado para assegurar que as mesas de apoio estejam seguras e que tenham pernas estáveis e retas. Coloque os itens não essenciais em gavetas para eliminar a aglomeração. Os pacientes com problemas de equilíbrio nunca devem ter tapetes pequenos em casa. Se estes forem utilizados, prenda-os com um antiderrapante. Certifique-se de que o carpete nas escadas esteja preso com taxas. Se o paciente tiver um histórico de queda e morar sozinho, recomende que ele utilize um dispositivo eletrônico de alerta de segurança. Quando ativado pelo usuário, esse dispositivo alerta uma central de monitoramento para solicitar assistência dos serviços de emergência.

Os incêndios domésticos acidentais resultam geralmente do consumo de cigarros na cama, de sua colocação em latas de lixo, incêndios com gorduras, uso inadequado de velas ou aquecedores de ambiente ou incêndios elétricos resultantes de fios ou eletrodomésticos com problemas. Oriente os pacientes e familiares a como reduzir o risco de ferimento por eletricidade em casa (Quadro 27-9) e como utilizar um extintor de incêndio doméstico (Quadro 27-10). Para reduzir o risco de incêndios em casa, converse com os pacientes para cessarem de fumar ou a fumarem fora de casa. Faça com que os pacientes com deficiência visual instalem discos com números ou símbolos grandes nos controles de temperatura. Certifique-se de que os detectores de fumaça estejam em posições estratégicas por toda a casa, para que o alarme alerte os ocupantes de uma residência em caso de incêndio. Todos os pacientes, até mesmo as crianças pequenas (os *toddlers)*, precisam conhecer a frase "pare, caia e role", que descreve o que fazer quando a roupa de uma pessoa ou a sua pele está pegando fogo.

Quadro 27-9

Educação em saúde do paciente

Prevenção de Acidentes Elétricos

Objetivo

- O paciente vai reconhecer e eliminar riscos elétricos na residência.

Estratégias de Educação em Saúde

- Discutir a importância de verificar o aterramento dos eletrodomésticos e outros equipamentos.
- Fornecer exemplos de perigos comuns: fios e cabos desgastados, equipamentos danificados e tomadas sobrecarregadas.
- Discutir diretrizes para prevenir choques elétricos:
  - Usar fios de extensão somente quando for necessário e usar fita isolante para prender os fios no chão, de preferência contra rodapés.
  - Não deixe os fios sob tapetes ou carpetes.
  - Quando for retirar da tomada, pegue pelo conector e não pelo fio.
  - Mantenha os itens elétricos longe da água.
  - Não opere equipamentos desconhecidos.
  - Desconecte os itens antes de limpar.

Avaliação de Enfermagem

- Faça com que o paciente apresente uma lista dos riscos elétricos existentes na residência.
- Faça uma revisão das etapas que o paciente deverá cumprir para eliminar esses perigos.
- Observe o ambiente domiciliar após o paciente ter tido a oportunidade para eliminar os perigos.

Quadro 27-10

Educação em saúde do paciente

Uso Correto do Extintor de Incêndio na Residência

Objetivo

- O paciente vai utilizar o extintor de incêndio corretamente na residência.

Estratégias de Educação em Saúde

- Discutir como escolher um local correto para um extintor. Recomenda-se que seja colocado em cada nível da casa, perto de uma saída, bem à vista, longe de fogões e aparelhos que produzam calor, e acima do alcance das crianças pequenas. Mantenha um extintor de incêndio na cozinha, perto da fornalha de aquecimento e na garagem.
- Certifique-se de que os pacientes leiam as instruções após comprar o extintor e a frequência com que releem as instruções.
- Descreva as etapas a serem cumpridas antes de usar o extintor. Tente combater o fogo somente quando todos os ocupantes saírem de casa, o corpo de bombeiros for chamado, o fogo ficar confinado em uma área pequena, haver uma rota de fuga facilmente acessível, o extintor for do tipo certo para o incêndio (ver discussão no texto com uma descrição dos tipos de extintores) e o paciente souber como utilizá-lo.
- Oriente o paciente a memorizar o mnemônico PMAM: ***P***uxe o pino para destravar a alavanca, ***M***ire para baixo na base do fogo, ***A***perte as alavancas e ***M***ovimente a unidade de um lado a outro fazendo uma varredura (Fig. 27-9).

Avaliação de Engermagem

- O paciente é capaz de descrever quando o uso de um extintor de incêndio doméstico é adequado.
- O paciente apresenta corretamente as etapas a serem cumpridas antes de tentar usar um extintor.
- O paciente demonstra o uso correto do extintor enquanto descreve as instruções com o mnemônico PMAM

Ajude os pais a reduzirem o risco de envenenamento acidental ensinando-os a manter as substâncias perigosas, como medicações,

fluidos de limpeza e baterias, fora do alcance das crianças. As intoxicações medicamentosas e por outras substâncias nos adolescentes e adultos estão relacionadas geralmente a tentativas de suicídio ou experimentação de drogas. Ensine aos pais que telefonar para um centro de controle de intoxicações para obter informações antes de tentar remédios caseiros vai salvar a vida do seu filho. As diretrizes para as intervenções aceitas em caso de envenenamento acidental estão disponíveis para ensinar um pai/mãe ou responsável (Quadro 27-11). Os idosos também correm risco de envenenamento/intoxicação, pois a visão reduzida pode causar a ingestão acidental de uma substância tóxica. Além disso, a memória comprometida de alguns idosos resulta em uma *overdose* acidental de medicamentos de venda controlada. Nos cuidados de saúde, é importante que você saiba como responder quando ocorrer exposição a uma substância venenosa. Além disso, siga as diretrizes de intervenção em caso de envenenamento acidental.

Quadro 27-11 Intervenção no Envenenamento Acidental

1. Se a pessoa estiver consciente e alerta, chame o Centro de Informação Toxicológica (CIT) antes de tentar qualquer intervenção. Certifique-se de que o número de telefone esteja afixado e bem visível na residência. Os centros de controle de intoxicações têm as informações necessárias para tratar pacientes intoxicados ou encaminhar o paciente para tratamento. *A administração de xarope de ipeca ou a indução de vômito não é mais recomendada para o tratamento doméstico de intoxicação.*
2. Avalie sinais e sintomas de ingestão de substância nociva, como náusea, vômito, espuma na boca, baba, dificuldade para respirar, sudorese e letargia.
3. Interrompa a exposição ao veneno. Faça com que a pessoa esvazie a boca, eliminando comprimidos, pedaços de plantas ou outros materiais.

4. Se o envenenamento for causado por contato com a pele ou olhos, irrigue a pele ou os olhos com quantidades copiosas de água fria da torneira por 15 a 20 minutos. No caso de exposição por inalação, remova com segurança a vítima do ambiente potencialmente perigoso.
5. Identifique o tipo e a quantidade de substância ingerida para ajudar a determinar o tipo correto e a quantidade de antídoto necessário.
6. Se a vítima entrou em colapso ou parou de respirar, ligue para o CIT de seu Estado (http://www.cit.rs.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=12). Inicie a RCP, se for indicado, até a chegada da equipe de emergência. O pessoal da ambulância pode fornecer as medidas de emergência, se for necessário. Além disso, às vezes um pai ou responsável está preocupado demais para dirigir de maneira segura.
7. Posicione a vítima com a cabeça virada para o lado para reduzir o risco de broncoaspiração.
8. Nunca induza vômito se a vítima tiver ingerido as seguintes substâncias venenosas: solução esterilizante, limpadores domésticos, produtos para cabelo, graxa ou derivados de petróleo, limpa-móveis, removedor de tintas ou querosene.

Modificado de Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's essentials of pediatric nursing*, ed 10, St Louis, 2015, Mosby; American Academy of Pediatrics, Committee on Injury, Violence and Poison Prevention: Gastrointestinal decontamination of the poisoned patient, *Pediatr Emerg Care* 24(3):176, 2008. *RCP,* Ressuscitação cardiopulmonar.

Certifique-se de que as medicações de um paciente domiciliar sejam mantidas em seus recipientes originais e etiquetadas com letras grandes. Recomende o uso de organizadores de medicação que são abastecidos uma vez por semana pelo paciente e/ou cuidador da família. Faça com que os pacientes mantenham as substâncias venenosas fora do banheiro e descarte corretamente as medicações vencidas ou não utilizadas.

Para prevenir a transmissão de patógenos, os profissionais de

enfermagem ensinam práticas assépticas. A assepsia médica, que inclui higiene das mãos e limpeza do ambiente, reduz a transferência de organismos (Cap. 29). Os pacientes e membros da família precisam aprender a fazer a higiene completa (lavar ou esfregar as mãos) e quando usá-la (i.e., antes e depois de cuidar de um membro da família, antes de preparar alimentos, antes de preparar medicações para um membro da família, após usar o banheiro e após entrar em contato com quaisquer fluidos corporais). Os pacientes também precisam saber como descartar o material infectado, com curativos e agulhas usadas, no ambiente doméstico. Recipientes de plástico grosso, como os vasilhames de detergente líquido de plástico grosso e colorido, são excelentes para o descarte de agulhas. A Environmental Protection Agency (EPA) incentiva o descarte das agulhas usadas através de programas de coleta comunitária, instalações de resíduos domiciliares perigosos, programas de envio de itens perfurocortantes pelo correio ou dispositivos domésticos de destruição de agulhas (CDC, 2011).

Cuidado Agudo e Restaurador

Dentro do hospital e dos ambientes de cuidados prolongados, os profissionais de enfermagem adotam várias medidas para manter a segurança do paciente, incluindo estratégias de prevenção de quedas, prevenção de lesões decorrentes do uso de dispositivos de contenção e grades laterais, e precauções para prevenir incêndios e exposição a envenenamento e riscos elétricos. Também são necessárias precauções especiais para prevenir lesões nos pacientes susceptíveis a sofrer convulsões. As lesões por radiação também são uma preocupação de segurança específica nos hospitais.

Os profissionais de enfermagem usam precauções-padrão para todos os pacientes a fim de protegê-los do contato com sangue e outros fluidos corporais potencialmente infecciosos (Cap. 29). Outras medidas de segurança específicas são aplicáveis aos pacientes submetidos a cuidados agudos. Os profissionais de enfermagem são responsáveis pela segurança de cabeceira do paciente. Explique e demonstre para os pacientes como usar a luz de chamada ou o sistema

de intercomunicador e coloque sempre o dispositivo de chamada perto do paciente ao fim de cada interação enfermagem–paciente. Responda rapidamente às luzes e chamada e aos alarmes de cama/cadeira. Mantenha o ambiente sem aglomerações em volta do leito.

Prevenção de Quedas

A TJC recomenda que os hospitais tenham programas formais de redução de quedas (TJC. 2015). Um programa de redução de quedas inclui uma avaliação do risco de queda de cada paciente, realizada na internação e rotineiramente (ver política do hospital) até a alta hospitalar. Muitos serviços de saúde estão implantando *rounds* de hora em hora para reduzir as quedas (Quadro 27-12). Além disso, a maioria dos serviços aplica pulseiras na cor amarela nos pulsos dos pacientes para comunicar a todos os profissionais de saúde que um paciente corre risco de queda. Em 2008, a American Hospital Association emitiu um aviso recomendando que os hospitais padronizem as cores das pulseiras: vermelha para pacientes com alergia, amarela para risco de queda e roxa para preferências de não ressuscitação (American Hospital Association, 2008). Essa recomendação veio após um incidente de quase perda em que um profissional de enfermagem colocou uma pulseira de cor errada em um paciente. Muitas associações hospitalares estaduais e comunidades estão padronizando as cores para diminuir a confusão dentro dos serviços de saúde e entre elas.

Quadro 27-12

Prática baseada em evidências

Efeitos dos Procedimentos de Enfermagem na Segurança e Satisfação do Paciente

Questão PICO: No paciente adulto hospitalizado, a supervisão horária, comparada com a prática padrão, pode diminuir quedas do

paciente e melhorar a percepção desse paciente quanto à capacidade de resposta do profissional de enfermagem?

Resumo das Evidências

As quedas do paciente são consideradas um indicador enfermagem-sensível. Os profissionais têm a oportunidade de reduzir esse resultado adverso quando se pautam em ações de enfermagem baseadas em evidências. Os pacientes internados costumam precisar de ajuda com atividades básicas do dia a dia, como ir ao banheiro e se movimentar. O não atendimento das necessidades do paciente de modo oportuno diminui a satisfação do paciente e o coloca em um risco maior de lesão quando tenta se mover sem ajuda (Mitchell et al., 2014). As evidências atuais apoiam uma abordagem aos cuidados de enfermagem centrados no paciente por meio da implementação da supervisão horária (Ford, 2010). Uma análise sistemática recente examinou 16 estudos e encontrou evidências moderadamente fortes sustentando que os programas de supervisão horária reduzem as quedas de paciente e o uso da luz de chamada, aumentando sua percepção de resposta do pessoal de enfermagem. A maioria dos programas utilizava supervisão horária ou a cada 2 horas, e os 5 Ps: Dor (*p*ain), *p*enico, *p*osição, *p*osse de haveres e *p*lano de cuidados como foco (Mitchell et al., 2014).

Aplicação à Prática da Enfermagem

- A implementação da supervisão de enfermagem em que os enfermeiros visitam os pacientes no leito melhora os resultados ao reduzir as quedas desses pacientes (Mitchell et al., 2014).
- *As supervisões* incluem ações de enfermagem específicas, como ida ao banheiro, avaliação do nível de dor, virar o paciente e assegurar que os seus haveres estejam ao alcance.
- Os profissionais de enfermagem e os auxiliares costumam compartilhar as responsabilidades do *rounding* (p.ex., alternar hora sim, hora não).
- A capacidade de resposta da enfermagem às luzes de chamada é

um fator importante na experiência hospitalar de um paciente e leva a maior atendimento desse paciente.

O cuidado centrado no paciente é importante, com os profissionais de enfermagem transformando os pacientes e as famílias em seus parceiros no reconhecimento de riscos de queda e na adoção de ações preventivas. Muitos hospitais e instalações de cuidados prolongados têm protocolos de prevenção de quedas para esses pacientes em risco de queda. Um paciente avaliado como de risco para queda recebe uma pulseira de identificação com essa indicação (na cor amarela), recebe informações sobre riscos de queda pessoais e intervenções de enfermagem individualizadas (ver Procedimento 27-1 mais adiante). Por exemplo, se um paciente tiver hipotensão postural, um profissional de enfermagem escolhe um leito baixo e a prática de balançar o paciente por 5 minutos no lado da cama antes de andar. Ou um paciente com histórico de urgência ou incontinência urinária se beneficia de uma cadeira higiênica em vez de caminhar até o banheiro sem ajuda. Outras intervenções incluem cronogramas de eliminação estabelecidos, colocação de um amortecedor de queda no chão junto à cama e o uso de alarmes de segurança ou detectores de movimento. Um cinto de caminhar promove uma maneira segura para estabilizar ou guiar pacientes que precisam de ajuda na deambulação quando são transferidos ou caminham. Utilize outros equipamentos de segurança conforme a necessidade quando movimentar os pacientes (Cap. 39).

Quando os pacientes usam acessórios como bengalas, muletas ou andadores, é importante verificar rotineiramente a condição das ponteiras de borracha e a integridade do acessório. Certifique-se também de que os pacientes usam seus dispositivos corretamente. Remova o excesso de móveis e equipamentos e certifique-se de que os pacientes usem sapatos ou chinelos com sola de borracha para caminhar ou mudar de lugar. As barras de segurança perto dos banheiros (Fig. 27-6), trincos nas portas e cadeiras de rodas (Fig. 27-7) e luzes de chamada são outros atributos de segurança encontrados nos ambientes de cuidados de saúde.

FIGURA 27-6 Barras de segurança perto de vasos e dentro dos chuveiros.

FIGURA 27-7 Cadeira de rodas com travas de segurança e barras antitropeço.

Outra área de risco de quedas inclui as relacionadas com a cadeira de rodas envolvendo idosos ou pacientes com deficiência. Os pacientes correm risco de quedas durante a transferência e ao tentar alcançar seus pertences enquanto estão sentados em uma cadeira de rodas. Um exemplo de característica da cadeira de rodas que aumenta o risco de quedas é ter as rodas frontais menores e mais duras, fazendo com que a cadeira tropece quando atinge um terreno irregular (como o desnível do chão ao entrar no elevador). Outras causas comuns de lesão são tropeçar no descanso de perna frontal e se

inclinar no encosto da cadeira para travar ou destravar o trinco.

Dispositivos de Contenção

Os pacientes confusos ou desorientados e os que perambulam ou caem repetidamente ou os que tentam retirar dispositivos médicos (p.ex., equipamento de oxigênio, linhas IV ou curativos) necessitam frequentemente do uso temporário de dispositivos de contenção para mantê-los seguros. *Entretanto, lembre-se de que é preferível utilizar alternativas ao uso de dispositivos de contenção.* As leis atuais das casas de repouso proíbem o uso desnecessário de dispositivos de contenção; exceto nas emergências, as casas de repouso não podem usar dispositivos de contenção sem o consentimento de um residente (CANHR, 2015).

Os dispositivos de contenção física e os medicamentos de contenção química restringem a atividade física de um paciente ou o acesso normal ao corpo e não são uma parte normal do tratamento indicado para as condições ou sintomas do paciente. Desse modo, as contenções não são uma solução para um problema do paciente, e sim um meio temporário para manter a segurança do paciente. O CMS estabelece o padrão de que os dispositivos de contenção podem ser impostos apenas para garantir a segurança física imediata de um paciente e devem ser descontinuados o mais cedo possível (Department of Health ad Human Services, Office of Inspector General, 2008).

Um **dispositivo de contenção** físico é qualquer método manual ou dispositivo físico ou mecânico (como um conjunto completo de grades laterais), material ou equipamento que imobilize ou reduza a capacidade de um paciente para mexer braços, pernas, corpo ou cabeça livremente (TJC, 2015). As contenções químicas são medicações, como ansiolíticos e sedativos, utilizadas para gerenciar o comportamento de um paciente e não são um tratamento padrão ou dosagem para a condição do paciente. Um dispositivo de contenção não inclui os dispositivos ortopédicos, curativos cirúrgicos ou ataduras, capacetes de proteção ou outros métodos que envolvem conter fisicamente o paciente para realizar exames físicos de rotina ou testes, proteger o paciente de uma queda da cama, ou permitir que o

paciente participe de atividades sem o risco de dano físico (TJC, 2015).

O uso de contenção está associado a complicações graves resultantes da imobilização, como as lesões por pressão, pneumonia, constipação e incontinência. Em alguns casos, houve morte em virtude de contenções que afetaram os sistemas respiratórios e circulatórios. Pacientes foram estrangulados quando tentaram sair da cama enquanto estavam contidos fisicamente em um casaco ou colete de contenção. Como consequência, muitos serviços de saúde eliminaram o uso de contenção com jaquetas (Capezuti et al., 2008). A perda de autoestima, humilhação e agitação também são preocupações sérias. A legislação enfatiza a redução dessas contenções. As agências reguladoras, como a TJC e o CMS, impõem padrões para o uso seguro de dispositivos de contenção. O objetivo ideal de todos os pacientes é um ambiente sem contenção.

Sempre considere e implemente alternativas para os métodos de contenção. Individualize as suas abordagens para cada paciente. As alternativas à contenção incluem observações mais frequentes, interação social, como o envolvimento da família durante a visita, reorientação frequente, exercício regular e a introdução de estímulos familiares e significantes (p.ex., envolvimento em passatempos como tricô e crochê, ou olhar álbum de fotografia de família) no ambiente. Essas intervenções diminuem certos comportamentos, como a perambulação, que levam frequentemente ao uso de contenção. Nas casas de repouso, as evidências mostram que os resultados relacionados com as questões comportamentais, com o desempenho cognitivo, com as quedas, dependência para caminhar, atividades de vida diária, lesões por pressão e contraturas são significativamente piores quando se utiliza uma contenção, em comparação com a sua não utilização (Castle, 2009). Uma abordagem interdisciplinar que inclui avaliações individualizadas e desenvolvimento de planos de tratamento estruturados reduz o uso da contenção.

O uso da contenção envolve o ajuste psicológico do paciente e da família. Se for necessária a contenção, o profissional de enfermagem explica aos membros da família e pacientes a sua finalidade, o cuidado esperado enquanto o paciente estiver contido, as precauções

tomadas para evitar lesão e que a contenção é temporária e protetora. O termo de consentimento dos membros da família é necessário antes de usar contenção nos cuidados de saúde de longo prazo.

Para fins legais, conheça a política e os procedimentos específicos da instituição quanto ao uso e monitoramento das contenções. O uso de uma contenção deve ser justificado clinicamente e fazer parte do tratamento médico prescrito e do plano de cuidados do paciente. É necessária uma ordem médica, baseada na avaliação presencial do paciente. A ordem deve ser atual, declarar o tipo e a localização da contenção e especificar a duração e as circunstâncias em que será utilizada. Essas prescrições precisam ser renovadas em um período específico, de acordo com a política da instituição. Nos hospitais, cada prescrição de contenção original e a sua renovação estão limitadas a 8 horas nos adultos, 2 horas dos 9 aos 17 anos e 1 hora em crianças com menos de 9 anos (TJC 2015). As contenções não devem ser prescritas SOS (conforme a necessidade). Você deve avaliar permanentemente os pacientes contidos. É essencial a documentação correta, incluindo os comportamentos que exigiram a aplicação de contenções, o procedimento utilizado na contenção, a condição da parte do corpo contida (p.ex., circulação na mão) e a avaliação da resposta do paciente. As contenções devem ser retiradas periodicamente, e o profissional de enfermagem avalia o paciente para determinar se elas continuam a ser necessárias. O Procedimento 27-2 mais adiante inclui diretrizes para o uso adequado e a aplicação de contenções. Seu uso deve atender a um dos seguintes objetivos:

- Reduzir o risco de lesão do paciente em consequência de quedas
- Impedir a interrupção de tratamentos como tração, infusões IV, alimentação por sonda nasogástrica (SNG) ou cateterização de Foley
- Impedir que os pacientes confusos ou combativos removam o equipamento de suporte à vida
- Reduzir o risco de lesão a terceiros, ocasionada pelo paciente

Condizente com as tendências de segurança atuais, os dispositivos eletrônicos são alternativos às contenções. Esteiras com sensores de peso e movimento, colocadas nos leitos e cadeiras dos pacientes,

emitem alarmes silenciosos ou audíveis quando a pressão é removida da esteira. Um alarme dispara no posto de enfermagem ou emite uma mensagem de texto para o telefone de um dos membros da equipe para que seja alertada rapidamente quando um paciente está se movendo ou levantando e saindo da cama. Os alarmes nas portas também alertam a equipe ou os membros da família quando um paciente confuso, desorientado ou propenso a perambular abre a porta.

Uma contenção menos restritiva é o leito de Posey (Fig. 27-8). É um leito flexível, independente, que é muito menos restritivo que as contenções químicas ou físicas. Permite liberdade de movimentos e, assim, reduz os efeitos colaterais como as lesões por pressão e a perda de dignidade causada pelas contenções físicas. Uma capa de vinil cobre o quadro superior almofadado do leito e o dossel de rede de náilon circunda o colchão e confina totalmente o paciente no leito. Zíperes nos quatro lados do dossel conferem acesso ao paciente. O leito de Posey funciona bem para pacientes irrequietos e imprevisíveis, prejudicados cognitivamente e em risco de lesão por queda do leito ou se saírem do leito, como os pacientes em terapia anticoagulante que correm risco de sangramento intracraniano. O leito também é uma alternativa mais segura que as grades laterais.

FIGURA 27-8 Posey Bed All-Care Model. (Cortesia JT Posey Co, Arcadia, CA.)

Grades Laterais

As grades laterais são a contenção física utilizada com mais frequência; elas ajudam a aumentar a mobilidade de um paciente e/ou a sua estabilidade quando é reposicionado ou se movimenta na cama ou quando se movimenta da cama para a cadeira. No entanto, têm sido notificadas à U.S. Consumer Product Safety Commission (CPSC) e à U.S. Food and Drug Administration (FDA) (USFDA, 2014) muitas mortes e lesões relacionadas com aprisionamento e quedas de grades removíveis e grades hospitalares. A FDA recomenda que todas as grades laterais sejam utilizadas com cautela, especialmente quando se trata de idosos e pessoas com alterações cognitivas, limitações físicas e

certas condições clínicas. Existe uma série de leitos com diferentes desenhos de grade lateral. Basicamente, um paciente precisa ter uma rota para sair de um leito com segurança e se mexer livremente no leito; nesse caso, as grades laterais não são consideradas uma contenção. Por exemplo, erguer apenas as duas grades laterais superiores de um sistema de quatro grades confere ao paciente um espaço para sair da cama com segurança. As grades laterais utilizadas para impedir que um paciente, como aquele que foi sedado, caia do leito não são consideradas uma contenção. Verifique sempre a política da instituição no que diz respeito ao uso de grades laterais. Certifique-se de que o leito esteja na posição mais baixa possível quando as grades laterais forem levantadas. Avalie sempre o risco de usar as grades laterais em comparação com não utilizá-las. Verifique a condição das grades; as barras entre as grades precisam manter um espaçamento pequeno para evitar o aprisionamento, o espaço entre as grades laterais e o colchão e entre a cabeceira e o colchão deve estar preenchido para evitar que os pacientes caiam nesses espaços e os trincos que prendem as grades laterais devem estar estáveis.

O uso de grades laterais isoladamente em um paciente desorientado normalmente provoca mais confusão e mais ferimento. Um paciente determinado a sair da cama tenta escalar a grade lateral ou sai pelo pé da cama. Ambas as tentativas resultam geralmente em queda ou ferimento. As intervenções de enfermagem para reduzir a confusão de um paciente se concentram em determinar e eliminar a causa da confusão, como a resposta a uma nova medicação, desidratação ou dor. Com frequência, os profissionais de enfermagem consideram erroneamente confusão a tentativa de um paciente de explorar o seu ambiente ou ir ao banheiro sozinho. Outras medidas de segurança incluem o uso de um leito baixo com um tapete antiderrapante colocado no chão ao lado do leito. Um leito baixo reduz a distância entre o leito e o chão, facilitando um rolamento em vez de uma queda.

Incêndios

Embora não seja permitido fumar na maioria dos hospitais e ambientes de cuidados prolongados, os incêndios relacionados ao

tabagismo continuam a representar um risco significativo devido ao fumo não autorizado no leito ou o banheiro. Os incêndios institucionais resultam frequentemente de um incêndio elétrico. A melhor intervenção é evitar os incêndios. As medidas de enfermagem incluem o cumprimento das políticas para fumantes e manter os materiais combustíveis afastados das fontes de calor. O Quadro 27-13 discute outras diretrizes de intervenção no caso de incêndio nas instituições de saúde. Independentemente do lugar em que ocorre um incêndio, é importante ter um plano de evacuação em vigor. Saiba onde estão os extintores de incêndio e as válvulas de corte de gás e também como ativar um alarme de incêndio.

Quadro 27-13 Diretrizes de Intervenção em Caso de Incêndio

- Mantenha visível o tempo todo o número do telefone para comunicar incêndios.
- Conheça o treinamento e o plano de evacuação de incêndios da instituição.
- Conheça a localização de todos os alarmes de incêndio, saídas, extintores e fechamento da alimentação de oxigênio em sua área e trabalho.
- Use o mnemônico RACE para estabelecer prioridades em caso de incêndio:

  R – Resgate e remova todos os pacientes em perigo imediato.
  A – Ative o alarme. Sempre faça isso antes de tentar extinguir até mesmo um incêndio pequeno.
  C – Confine o incêndio fechando as portas e janelas e desligando o oxigênio e o equipamento elétrico.
  E – Extermine o incêndio com um extintor apropriado (Fig. 27-9).

Se ocorrer um incêndio em uma instituição de saúde, proteja os pacientes de danos imediatos, notifique a localização exata do incêndio, contenha-o e, se for possível, tente extingui-lo. Algumas

instituições têm portas corta-fogo que são mantidas abertas por ímãs e que se fecham automaticamente quando soa um alarme de incêndio. É importante impedir que equipamentos bloqueiem essas portas. Todo o pessoal evacua os pacientes, quando for conveniente. Os pacientes próximos de um incêndio, independentemente do tamanho desse incêndio, correm risco de danos e precisam ser transferidos para outra área. Se um paciente estiver conectado a aparelhos de suporte à vida, mantenha o seu estado respiratório manualmente com uma máscara de bolsa valvulada (p.ex., Ambu com bolsa) (Cap. 41) até esse paciente ser afastado do incêndio. Oriente todos os pacientes ambulatoriais a caminharem por conta própria para uma área segura. Em alguns casos, eles podem ajudar a transferir pacientes em cadeiras de rodas. Remova os pacientes acamados do local de um incêndio usando uma maca, seu leito ou uma cadeira de rodas. Se nenhum desses métodos for conveniente, eles precisam ser carregados da área. Se tiver que carregar um paciente, faça-o corretamente (p.ex., carregue com a ajuda de duas pessoas). Se você ultrapassar seus limites físicos de levantamento de peso, vai se machucar e também o paciente. Se os bombeiros estiverem no local, eles ajudarão a evacuar os pacientes.

Após um incêndio ser notificado e os pacientes serem colocados fora de perigo, a equipe de saúde adota medidas para conter e extinguir o incêndio, como fechar as portas e janelas, colocar toalhas molhadas na base das portas, desligar as fontes de oxigênio e os equipamentos elétricos e usar um extintor de incêndio. Os extintores de incêndio são categorizados como tipo A, utilizado em combustíveis comuns (p.ex., madeira, tecido, papel e muitos itens de plástico); tipo B, utilizado em líquidos inflamáveis (p.ex., gasolina, graxa, tinta e gás anestésico); e tipo C, utilizado em equipamentos elétricos. A Figura 27-9 demonstra o processo de usar um extintor.

A

INSTRUCTIONS / INSTRUCCIONES
ANSUL
sentry
B

C

FIGURA 27-9 Uso correto de um extintor de incêndio. A, *P*uxar o pino. B, *M*irar na base do incêndio. C, *A*pertar as alavancas e *M*over de um lado para o outro para cobrir a área uniformemente.

Riscos Elétricos

Grande parte do equipamento utilizado nos cuidados de saúde é elétrica e deve ter uma boa manutenção. Os departamentos de engenharia clínica dos hospitais inspecionam os equipamentos biomédicos, como os leitos, bombas de infusão ou ventiladores, regularmente. Você sabe que um equipamento é seguro quando vê um adesivo da inspeção de segurança com uma data de validade. Diminua o risco de lesão por eletricidade e incêndio usando equipamentos elétricos adequadamente aterrados e funcionais. O pino de aterramento de uma tomada elétrica leva qualquer corrente elétrica perdida de volta para o solo. Remova o equipamento que não esteja funcionando adequadamente ou que produza centelhas quando conectado na tomada e notifique a equipe do hospital.

Convulsões

Os pacientes que sofreram alguma forma de lesão neurológica ou perturbação metabólica correm risco de convulsão. Uma **convulção** é a hiperexcitação e a descarga desordenada dos neurônios no cérebro, levando a uma série de contrações musculares súbitas, violentas e involuntárias, que é paroxísmica e episódica, ocasionando perda de consciência, queda, tonicidade (rigidez dos músculos) e clonicidade (tremores musculares). Uma convulsão tônico-clônica generalizada, ou grande mal, dura aproximadamente 2 minutos (não mais que 5), sendo caracterizada por um grito e perda de consciência com queda, tonicidade, clonicidade e incontinência. Durante uma queda ou como consequência do espasmo muscular, podem ocorrer lesões musculoesqueléticas. Antes de um episódio convulsivo alguns pacientes relatam uma aura, que serve como um alerta ou sensação de que uma convulsão está prestes a acontecer. Frequentemente a **aura** é uma luz brilhante, um cheiro ou gosto. Durante uma convulsão o

paciente sente falta de ar, cianose e perda de controle da bexiga e intestino. Após a convulsão vem uma fase pós-ictal, durante a qual o paciente tem amnésia ou confusão e cai em um sono profundo. Uma pessoa na comunidade precisa ser levada imediatamente a uma instituição de saúde se tiver convulsões repetidas; se uma única convulsão durar mais de 5 minutos sem qualquer sinal de desaceleração ou se for incomum de alguma forma; se a pessoa tiver problemas para respirar a partir de então ou aparentar lesão ou dor; ou se a recuperação for diferente do usual (Epilepsy Foundation, 2014). Oriente os membros da família sobre as etapas a serem executadas quando um paciente sofrer uma convulsão. Avalie a residência do paciente quanto aos perigos ambientais à luz de uma condição convulsiva.

As convulsões prolongadas ou repetidas indicam **estado epilético**, uma emergência médica que exige monitoramento e tratamento intensivos. É importante observar o paciente atentamente antes, durante e depois de uma convulsão para que você possa registrar o episódio com exatidão. As **precauções contra convulsões** abrangem todas as intervenções de enfermagem para proteger um paciente de lesões traumáticas, posicionar para a ventilação adequada e a drenagem das secreções orais e proporcionar privacidade e suporte após a convulsão (Quadro 27-14).

Quadro 27-14 Dicas para Proteger um Paciente durante uma Convulsão

1. Quando a convulsão começar, anote o horário, fique com o paciente e peça ajuda. Monitore a duração da convulsão. Notifique imediatamente o médico.
2. Posicione o paciente de modo seguro. Se estiver de pé ou sentado, guie o paciente para o chão e proteja a cabeça, aninhando-a no seu colo ou colocando uma almofada sob a mesma.
3. Não erga o paciente do solo para o leito enquanto a convulsão estiver acontecendo. Retire os móveis do entorno do paciente.

Se o paciente estiver no leito, remova os travesseiros e levante as grades laterais.

4. Se for possível, vire o paciente para um lado com a cabeça ligeiramente inclinada para frente.
5. Não use contenção no paciente; segure os membros sem apertar se eles estiverem agitados. Afrouxe as roupas.
6. Nunca tente afastar os dentes cerrados de um paciente. Não coloque objetos na boca do paciente, como dedos, remédios, abaixador de língua ou de vias aéreas quando os dentes estiverem cerrados. **Insira um bloqueador de mordida ou uma via aérea oral antecipadamente somente se você reconhecer a possibilidade de uma convulsão tônico-clônica.**
7. Fique com o paciente, observando a sequência e a duração da atividade convulsiva.
8. À medida que o paciente recuperar a consciência, reoriente e tranquilize esse paciente. Ajude-o a se posicionar confortavelmente no leito com as grades levantadas (uma grade abaixada para facilitar a saída) e o leito na posição mais baixa.
9. Faça uma avaliação da cabeça aos pés, incluindo uma inspeção da cavidade oral em busca de rompimentos nas membranas mucosas como consequência de mordidas ou dentes quebrados; procure contusões na pele ou lesões ósseas e articulares.

Radiação

A radiação e os materiais radioativos utilizados no diagnóstico e tratamento dos pacientes é um risco para a saúde nos ambientes de saúde. Os hospitais têm diretrizes rigorosas para o cuidado dos pacientes que recebem radiação e estão expostos a materiais radioativos. Familiarize-se com os protocolos estabelecidos pela instituição. Para reduzir a sua exposição à radiação, limite o tempo ao lado da fonte, fique o mais distante possível da fonte e use dispositivos de blindagem, como aventais de chumbo. A pessoa que trabalha regularmente perto da radiação usa dispositivos que

rastreiam a exposição acumulativa à radiação.

Desastres

Como profissional de enfermagem, você precisa estar preparado para responder aos cuidados de um afluxo súbito de pacientes durante um desastre. A TJC (2016) exige que os hospitais tenham um plano de gerenciamento de emergência que trate da identificação de possíveis situações de emergência e seu provável impacto; mantenham quantidades adequadas de suprimentos; e um plano de resposta formal que inclua as ações a serem adotadas pela equipe e as etapas para restabelecer os serviços essenciais e retomar as operações normais após a emergência.

As práticas de controle de infecções são críticas no caso de um ataque biológico. Portanto, você gerencia todos os pacientes com doenças suspeitas ou confirmadas relacionadas com o bioterrorismo utilizando precauções-padrão (Cap. 29). Para certas doenças, como a varíola ou a peste pneumônica, são necessárias outras precauções, como o isolamento de ar ou contato. A maioria das infecções associadas a agentes biológicos não é transmissível de um paciente para outro. Transporte e movimente os pacientes somente quando for essencial para o tratamento. Um aspecto importante do cuidado dos pacientes com doenças relacionadas com o bioterrorismo é o gerenciamento pós-exposição.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

O cuidado centrado no paciente envolve uma avaliação completa da perspectiva de um paciente em relação à segurança e se as suas expectativas foram satisfeitas. Faça perguntas ao paciente, como "Você está satisfeito com as mudanças feitas em sua residência? Você se sente mais seguro com essas mudanças? Sofreu alguma queda ou lesão? Ainda está com medo de cair?" Envolva a família na sua avaliação, especialmente se morarem com o paciente e o ajudarem em casa.

Resultados do Paciente

A avaliação envolve monitorar o verdadeiro cuidado prestado pela equipe de saúde com base nos resultados esperados (Fig. 27-10). Para cada diagnóstico de enfermagem, meça se os resultados dos cuidados foram alcançados. Se o seu paciente atende aos objetivos, o diagnóstico está resolvido e as suas intervenções de enfermagem foram eficazes e adequadas. Senão, determine se novos riscos para a segurança do paciente se desenvolveram ou se continuam os riscos anteriores. Por exemplo, se o paciente tem quedas recorrentes, reavalie as condições em torno da queda e determine se os fatores que para ela contribuíram podem ser removidos ou gerenciados. O paciente e a família precisam participar para descobrir maneiras permanentes de reduzir os riscos à segurança. Quando os resultados do paciente não forem alcançados, faça as seguintes perguntas:

- Que fatores levaram à sua queda/lesão?
- Ajude-me a compreender o que faz você se sentir inseguro(a) em seu ambiente.
- Quais dúvidas você tem a respeito da sua segurança?
- Você precisa de ajuda para localizar recursos na comunidade a fim de ajudar a tornar sua casa mais segura?
- Por quais mudanças você passou recentemente que acredita terem

contribuído para o risco de queda ou falta de segurança?

Conhecimento

- Efeito das novas terapias medicamentosas na função cognitiva/motora do paciente
- Características dos comportamentos seguros e inseguros do paciente
- Características de um ambiente seguro

Experiência

- Respostas prévias do paciente às terapias de enfermagem para melhorar a segurança do paciente (p.ex., o que funcionou e o que não funcionou)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avalie se as expectativas do paciente em relação aos cuidados foram atendidas
- Reavalie o paciente quanto à presença de riscos físicos, sociais, ambientais ou evolutivos
- Determine se as mudanças no cuidado do paciente resultaram em mais ameaças à segurança

Padrões

- Use os resultados previstos estabelecidos para avaliar a resposta do paciente aos cuidados prestados (p.ex., redução nos fatores de risco modificáveis)

Atitudes

- Demonstre humildade quando repensar as intervenções malsucedidas concebidas para promover a segurança do paciente
- Demonstre responsabilidade para avaliar com precisão as intervenções de enfermagem concebidas para promover a segurança do paciente

FIGURA 27-10 Modelo de pensamento crítico para avaliação de segurança.

Reavalie continuamente a necessidade do paciente e da família em relação a outros serviços de apoio, como os cuidados domiciliares, fisioterapia, aconselhamento e mais educação em saúde. Um ambiente seguro é essencial para promover, manter e restabelecer a saúde. No geral, seus resultados previstos incluem um ambiente físico seguro e um paciente cujas expectativas foram satisfeitas, que tenha conhecimentos dos fatores de segurança e das precauções, e que não se machuque.

Diretrizes de segurança nos procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança de um paciente é um papel essencial do profissional de enfermagem. Para garantir a segurança do paciente, comunique-se claramente com os membros da equipe de saúde, avalie e incorpore as prioridades do paciente e as suas preferências, e utilize as melhores evidências quando tomar decisões sobre os cuidados do seu paciente. Quando realizar os procedimentos deste capítulo, lembre-se dos pontos a seguir para garantir cuidados seguros e individualizados para o paciente:

- Com base em sua avaliação e conhecimento dos fatores fisiológicos e comportamentais, antecipe os riscos de queda de um paciente quando escolher as estratégias de prevenção de quedas.
- Envolva os pacientes e as famílias na escolha das estratégias de prevenção de quedas.
- Sempre tente alternativas à contenção antes de utilizar uma contenção. Envolva a familiar em sua abordagem.
- Proteja os pacientes de ferimentos. Siga as diretrizes de avaliação enquanto os pacientes estiverem contidos para evitar lesões decorrentes da colocação inadequada.
- Proteja os pacientes de queda pela implementação de protocolos de prevenção de quedas e fornecendo ao paciente e a família

instruções a respeito de prevenção de quedas.

No Brasil, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem N° 472, de 7 de maio de 2012, normatiza os procedimentos da enfermagem na contenção mecânica. Trata-se de um procedimento em que os profissionais da enfermagem podem empregar no paciente sob supervisão direta do enfermeiro, pois sua indicação depende da avaliação e de julgamento clínico; exceto em situações de urgência e emergência, somente contenção mecânica do paciente. Preferencialmente, deve ser realizado em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, onde os profissionais de enfermagem estão vinculados. Contenção é empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais, não devendo ser prolongada para além do período estritamente necessário à finalidade prevista originalmente. Os profissionais da enfermagem não podem empregar contenção mecânica com a intenção de disciplinar, punir e coagir o paciente, ou por conveniência da instituição de saúde ou da própria equipe de saúde.

Quando o procedimento for realizado, o professional de enfermagem deve monitorar o paciente atentamente, para evitar que ocorram eventos adversos ou detectá-los precocemente. O paciente deve ainda ser monitorado clinicamente de hora em hora para o nível de consciência, dados vitais, condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora. A vigilância deve ser mais rigorosa quando se trata de pacientes idosos, crianças e adolescentes sob contenção.

Quando houver prescrição médica de contenção química, os profissionais de enfermagem devem ter maior rigor no monitoramento daqueles pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clinico.

É obrigatório o registro, no prontuário do paciente, das razões da

indicação da contenção, do tempo de uso e da ocorrência de eventos adversos, assim como dos detalhes relativos ao monitoramento clínico.

Fonte: COFEn. Resolução do Conselho Federal de Enfermagem N° 472, de 7 de maio de 2012 normatiza os procedimentos da enfermagem na contenção mecânica. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html. Acesso em 10 de outubro de 2016.

Procedimento 27-1 Prevenção de quedas nos cuidados de saúde

Delegação e colaboração

O Procedimento de avaliação e comunicação do risco de queda de um paciente não pode ser delegado aos profissionais de enfermagem de nível médio (PENM). Os procedimentos utilizados para prevenir quedas podem ser delegados. A enfermeira orienta o PENM a:

- Empregar medidas de prevenção correspondentes às limitações de mobilidade de um paciente.
- Tomar precauções de segurança ambiental específicas (p.ex., leito travado na posição baixa, luz de chamada ao alcance).
- Comunicar ao profissional de enfermagem quaisquer comportamentos do paciente (p.ex., desorientação, perambulação) que sejam precursores de quedas.

Material

- Ferramenta de avaliação do risco de queda
- Leito hospitalar com grades laterais: opção – leito baixo
- Luz de chamada/sistema intercomunicador
- Cinto de marcha
- Cadeira de rodas (se for necessário)
- Outros dispositivos de segurança (p.ex., almofada alarme para o leito, almofada piramidal)

PASSOS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identifique o paciente através de dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e n do prontuário médico) de acordo com a política da instituição.

2. Avalie os riscos de queda do paciente usando uma ferramenta de avalição de risco da instituição. Av idade do paciente (mais de 65 anos), quantidade de comorbidades, comprometimento da memória e cognição, incontinência ou frequência/urgência urinária, redução da audição, redução da visão, hipo ortostática, comprometimento da marcha, extremidades inferiores fracas, equilíbrio deficiente, fadig necessidade de ajuda para transferência, menor sensação periférica (Spoelstra, 2011; Viera et al., 2011

3. Determine se o paciente tem um histórico de quedas recentes ou outros ferimentos dentro de casa. A quedas anteriores usando o acrônimo SQLAHT (Touhy and Jett, 2014).
   - *S*intomas na hora da queda
   - *Q*ueda anterior
   - *L*ocal da queda
   - *A*tividade na hora da queda
   - *H*ora da queda
   - *T*rauma após a queda

4. Faça uma revisão das medicações do paciente (incluindo os medicamentos de venda livre e os fitoter utilizadas como antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, hipnóticos (especialmente os benzodiazepínicos), ansiolíticos, diuréticos, anti-hipertensivos, anti-histamínicos, antiparkinson, hipoglicêmicos, relaxantes musculares, analgésicos e laxantes. Avalie também a polifarmácia (i.e., m seis medicamentos, medicamentos duplicados, medicamentos inadequados para a condição) (Bushar et al., 2008).

DECISÃO CLÍNICA: *Se o paciente toma muitos medicamentos, confira com o profissional de saúde a possibili*

5. Avalie o medo de queda do paciente: os pacientes com maior risco têm mais de 75 anos, são mulhere baixa renda ou solteiras, e têm uma saúde geral percebida ruim ou um histórico de quedas nos últim meses (Boyd and Stevens, 2009).

6. Execute o teste "Levantar e Caminhar" (LEC) se o paciente for capaz de andar. No mínimo observe c paciente caminhar no quarto (com ou sem ajuda). Etapas da dupla avaliação LEC:
   - Forneça orientações verbais ao paciente para se levantar de uma cadeira, caminhar 3 metros da for mais rápida e segura possível, dar a volta, caminhar de volta e sentar.
   - Faça com que o paciente se levante de uma cadeira de costas retas sem usar os braços como apoio.
   - Comece a contar.
   - Procure instabilidades na marcha do paciente.
   - Peça ao paciente para voltar para a cadeira e sentar sem usar os braços como apoio. Confira o temp decorrido.

Por uma questão de exatidão, o paciente deve treinar uma vez sem incluir na pontuação. O paciente deve mesmo dispositivo de auxílio toda vez que for testado para que se possa comparar as pontuações.

7. Avalie os fatores de risco de quedas na instituição de saúde (p.ex., estar ligado a um equipamento co mangueira de compressão sequencial, linha intravenosa [IV] ou tubulação de oxigênio; quarto com iluminação inadequada; aglomeração; caminho até o banheiro obstruído; e itens frequentemente nec

difíceis de alcançar.

8. Avalie as condições do equipamento (i.e., pernas da cadeira higiênica, ponteiras do andador)

9. Avalie a história médica do paciente quanto a osteoporose, terapia anticoagulante, histórico de fratu prévia, câncer e cirurgia torácica ou abdominal recente.

10. Use uma abordagem centrada no paciente. Determine o que o paciente sabe sobre riscos de queda e medidas que ele pode adotar para prevenir as quedas.

11. Se o paciente for avaliado e considerado em risco de queda, aplique a pulseira colorida (ver ilustraç Algumas instituições colocam avisos de sinais de risco de queda nas portas.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna o equipamento e faça a higiene das mãos.

2. Explique o que você planeja fazer. Discuta especificamente as razões pelas quais o paciente corre risc cair. Inclua os cuidadores da família (conforme a conveniência) na discussão. Proporcione privacidad Certifique-se de que o paciente esteja confortável.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Ajuste o leito para a posição baixa com as rodas travadas (ver ilustração). *Opção:* Coloque tapetes antiderrapantes no lado de saída do leito.

2. Incentive o uso de calçados antiderrapantes e bem ajustados.

PASSO 11 O bracelete alerta a equipe quanto ao risco de queda do paciente.

3. Oriente o paciente em relação ao que o cerca, luz de chamada e rotinas previstas no plano de cuidad

a. Forneça o aparelho auditivo e os óculos do paciente. Certifique-se de que o aparelho esteja funci e que os óculos estejam limpos.

b. Certifique-se de que a luz de chamada/sistema de controle do leito esteja em local acessível e ao do paciente. Explique e demonstre como ligar a luz de chamada/sistema intercomunicador na ca e no banheiro (ver ilustração). Faça com que o paciente mostre a você como funciona.

c. Explique ao paciente/cuidador familiar quando e por que usar o sistema de chamada (p.ex., com dor, sair do leito, ir ao banheiro). Forneça instruções claras ao paciente/cuidador familiar sobre a restrições de mobilidade.

4. Uso seguro das grades laterais

a. Explique ao paciente e membros da família a razão para usar as grades laterais: se mexer e virar

b. Verifique a política de uso de grades laterais na instituição.

- Pacientes dependentes, menos móveis: Em um leito com grades nas duas laterais, mantenha a elevadas. (OBS: As grades nos leitos hospitalares mais novos deixam espaço no pé da cama pa paciente sair com segurança.) Em um leito com quatro grades, deixe as duas grades superiore levantadas.
- Paciente capaz de sair do leito independentemente: Em um leito de quatro grades, deixe as du grades superiores levantadas. Em um leito de duas grades, mantenha apenas uma grade leva

5. Torne o ambiente do paciente seguro.

a. Remova o excesso de equipamento, suprimentos e móveis dos quartos e corredores.

b. Mantenha o chão sem aglomerações e obstáculos, particularmente no caminho para o banheiro.

c. Enrole e prenda a fiação elétrica, telefônica e quaisquer outros fios ou tubos.

d. Limpe rapidamente tudo o que for derramado. Coloque um aviso indicando chão molhado. Ren aviso quando o chão estiver seco (normalmente na faxina).

e. Garanta a iluminação adequada e sem ofuscar; use luz noturna à noite.

f. Deixe os dispositivos auxiliares (p.ex., bengala, andador, cadeira higiênica) no lado de saída do l Deixe a cadeira higiênica de costas para a parede do quarto, se possível.

g. Organize os itens pessoais (p.ex., jarro de água, telefone, materiais de leitura, dentadura) ao alca fácil do paciente e de maneira lógica.

h. Acione as travas de segurança nos leitos, macas e cadeiras de rodas.

6. **Outras intervenções para pacientes em risco de queda moderado a alto** (com base na avaliação d de queda)

a. Priorize as respostas à luz de chamada dos pacientes em alto risco usando uma abordagem de e com todo o pessoal sabendo da responsabilidade de responder.

b. Estabeleça um cronograma de eliminação usando a cadeira higiênica quando for conveniente.

PASSO 3B Enfermeiro faz uma demonstração da luz de chamada para o paciente.

DECISÃO CLÍNICA: *Sair do leito para ir ao banheiro é um evento comum que leva à queda do paciente (Tzen está mais escuro.*

c. Fique com o paciente enquanto ele estiver no banheiro (de pé do lado de fora da porta).

d. Coloque o paciente em uma cadeira geriátrica ou cadeira de rodas com almofada piramidal. Use a de rodas somente para transporte, não para sentar por muito tempo.

e. Use leito baixo com pouca altura acima do solo e aplique tapetes no assoalho.

f. Ative um alarme de leito para o paciente. O alarme ativa quando o paciente levanta do sensor.

g. Confira com a fisioterapia a viabilidade de treinar caminhada, atividades de suporte de peso e exe de fortalecimento.

h. Use acompanhantes ou contenções somente quando as alternativas se exaurirem.

7. Quando conduzir um paciente na deambulação, faça com que ele utilize um cinto de marcha e camin seu lado (Cap. 39).

8. **Transporte Seguro usando uma Cadeira de Rodas.**

a. Determine o nível de assistência necessário para transferir o paciente para a cadeira de rodas. Posi
cadeira de rodas no lado do leito correspondente ao lado mais forte ou não afetado do paciente (C

b. Coloque a almofada de amortecimento na cadeira (ver ilustração.)

c. Acione as travas nas duas rodas quando transferir o paciente de/para a cadeira.

d. Eleve os apoios para os pés antes de transferir para a cadeira; depois, abaixe os apoios para os pés
colocando os pés do paciente sobre eles após estar sentado.

e. Faça com que o paciente sente com as nádegas bem para trás no assento. *Opção*: Aplique um cinto
liberação rápida no assento.

f. Apoie a cadeira de rodas ao sair e entrar no elevador, com as rodas traseiras primeiro (ver ilustraçã

9. Remova os suprimentos desnecessários. Faça a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Faça visitas de hora em hora.

2. Avalie a capacidade do paciente para utilizar dispositivos auxiliares, como um andador ou uma cade
higiênica.

3. Avalie as mudanças no *status* motor, sensorial e cognitivo e analise se ocorreram quedas ou feriment

PASSO 8B Cadeira de rodas com os apoios para os pés levantados e uma almofada piramidal.

4. Use o *Ensino de Retorno*: Diga para o paciente e o cuidador, "Quero ter certeza de que expliquei clara
por que você é mais propenso a cair que os outros pacientes. Você pode me dizer alguns dos motivos
Avalie se o paciente/cuidador é capaz de explicar os riscos de queda. Revise agora as suas instruções
desenvolva um plano para ensinar novamente o paciente em um momento apropriado se esse pacie
cuidador não conseguir repetir corretamente as instruções.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O paciente começa a cair quando deambula com um enfermeiro(a).
    - Coloque os dois braços em volta da cintura do paciente ou agarre o cinto de marcha.
    - Fique de pé com os pés afastados para proporcionar uma boa base de apoio (Fig. 39-11, A).
    - Estique uma perna e deixe o paciente deslizar pela sua perna até chegar ao chão (Fig. 39-11, B)
    - Dobre os joelhos e abaixe o corpo à medida que o paciente desliza até o chão (Fig. 39-11, C).
2. O paciente cai.
    - Peça ajuda. Avalie se o paciente se machucou e fique com ele até a ajuda chegar para que você

- Reforce a explicação dos riscos identificados com o paciente e reveja as medidas de segurança
- Monitore atentamente o paciente após a queda, pois as lesões nem sempre são imediatamente

3. O paciente/cuidador familiar é incapaz de explicar os riscos de queda.
   - Ofereça-se para explicar novamente usando linguagem simples e considere o uso de materiais

REGISTRO E RELATO

- Registre no seu plano de cuidados as intervenções específicas para prevenir quedas e promover a s
- Documente a sua avaliação da aprendizagem do paciente.
- Relate os riscos de queda do paciente e as medidas adotadas para reduzir os riscos a toda a equipe
- Comunique imediatamente ao médico ou ao profissional de saúde se o paciente sofreu uma queda
- Faça um relatório de evento ou incidente de segurança da instituição comunicando detalhes objetiv ao tratamento). Não coloque o relatório no prontuário médico do paciente.
- Registre no prontuário do paciente os eventos relacionados com a queda e com o tratamento.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Avalie os perigos no ambiente doméstico do paciente e institua medidas de segurança conforme a decisões.
- Mantenha os itens pessoais em suas posições familiares e dentro de um alcance fácil nos cômodos
- Se o paciente tiver um histórico de quedas e morar sozinho, recomende que ele use um dispositivo dispositivo é ligado pelo usuário para alertar uma central de monitoramento que chama os serviços

Procedimento 27-2 Aplicação de contenção física

Delegação e colaboração

O procedimento de avaliar o comportamento do paciente, sua orientação em relação ao ambiente, sua necessidade de contenção e o uso adequado dessa contenção não pode ser delegado a terceiros. A aplicação e verificação de rotina de uma contenção podem ser delegadas aos auxiliares de enfermagem. A TJC (2009) exige treinamento em primeiros socorros para qualquer um que monitore os pacientes nas contenções. O profissional de enfermagem instrui o PNME sobre:

- A contenção correta a ser utilizada e a sua colocação correta.
- Quando e como mudar a posição do paciente e promover exercícios de intervalo de movimentos, hidratação, higiene, cuidados da pele e hora de socialização.
- Quando relatar sinais e sintomas de que o paciente não tolera a contenção (p.ex., agitação, alteração na integridade da pele, circulação das extremidades ou respiração do paciente) e o que

fazer.

Material

Contenção adequada

Acolchoamento (se for necessário)

PASSOS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identifique o paciente através de dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e n do prontuário do paciente) de acordo com a política da instituição.

2. Avalie o comportamento do paciente (p.ex., confusão, desorientação, agitação, inquietação, combativ incapacidade para seguir instruções ou tentativa repetida de remover os tubos, curativos ou outros dispositivos terapêuticos). O paciente cria risco para os outros pacientes?

3. Determine o fracasso das alternativas de contenção. Reveja as políticas da instituição e as leis estadua relativas às contenções. Verifique se há uma solicitação atual do profissional de saúde. O profissiona saúde licenciado avalia o paciente pessoalmente em até 1 hora do início da aplicação das contenções (TJC, 2009). A solicitação deve incluir a finalidade, o tipo, a localização e o horário ou duração da cor Determine se é necessário um termo de consentimento para uso da contenção (cuidados prolongados solicitações podem ser renovadas de acordo com os limites de tempo por um máximo de 24 horas consecutivas (TJC, 2009).

DECISÃO CLÍNICA: *Um profissional de saúde licenciado independente, responsável pelos cuidados do pacier contenção empregada para gerenciar comportamento violento ou autodestrutivo que ameaça a segurança físic um médico assistente pode fazer a avaliação pessoal se for treinado de acordo com os requisitos e consultas c conforme determinado pela política do hospital (TJC, 2016).*

4. Faça uma revisão das instruções do fabricante quanto à aplicação da contenção antes de entrar no qu paciente. Determine o tamanho mais adequado da contenção.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna o material e faça a higiene das mãos.

2. Explique o que você planeja fazer. Proporcione privacidade. Certifique-se de que o paciente está con e na posição anatômica correta.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Ajuste o leito na altura adequada e abaixa a grade lateral no lado de contato com o paciente. Certifiq de que o paciente está confortável e no alinhamento corporal adequado.

2. Inspecione a área onde a contenção deve ser colocada. Repare se há qualquer tubulação ou dispositiv próximo. Avalie a condição da pele, sensação, adequação da circulação e amplitude de movimento d articulação.

3. Amorteça a pele e as proeminências ósseas (conforme a necessidade) que ficarão sob a contenção.

4. Aplique a contenção de tamanho adequado.

NOTA: Consulte as instruções do fabricante.

a. *Correia de contenção:* Mantenha o paciente sentado no leito. Aplique a correia sobre a roupa, bata ou pijama. Certifique-se de colocar a contenção na cintura, não no tórax ou no abdome. Remova rugas dobras na roupa. Amarre os laços nas ranhuras da correia. Ajude o paciente a deitar no leito. Faça que ele role para o lado e evite aplicar a correia muito apertada (ver ilustrações). *Opção*: *Aplicar um contenção.*

b. *Contenção das extremidades (tornozelo ou pulso):* Contenção feita de material acolchoado ou pele de ca com enchimento de espuma. Passe a contenção de membro em volta do pulso ou tornozelo com a macia voltada para a pele e prenda confortavelmente (não aperte) usando a tira de velcro ou o eng rápido (ver ilustração).

PASSO 4A **A**, Aplique a correia de contenção com o paciente sentado. **B**, Uma correia de contenção aplicada do mo Arcadia, CA.)

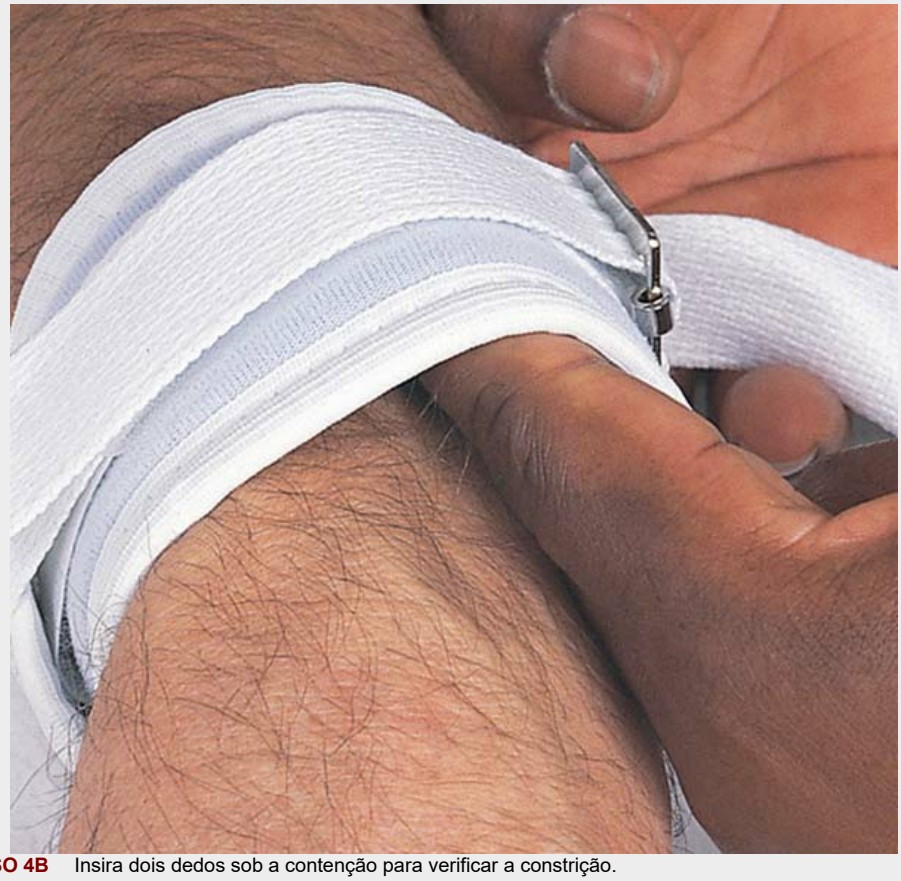
DECISÃO CLÍNICA: *O paciente com contenção no pulso e tornozelo corre risco de aspiração se for mantido e elevada e não na posição supina.*

c. Contenção tipo luva: dispositivos de contenção tipo luva sem o polegar. Colocar as mãos na luva, t certeza de que a fita do Velcro está ajustada no punho e não no antebraço (ver ilustração).

d. Contenção do cotovelo (Sem tipoia): A contenção consiste de um acolchoado rígido de tecido que o braço e é preso com Velcro. A extremidade superior possui uma pinça que prende –se a manga d capote ou a saia da paciente (ver ilustração). Apoiar o braço de modo que a articulação do cotovelo repouse contra a área acolchoada, mantendo a articulação extendida.

DECISÃO CLÍNICA: *Este texto não se aplica a contenção com coletes. Muitos serviços de saúde baniram o us lesões/acidentes fatais.*

5. Prenda as tiras da contenção na parte do estrado do leito que se move quando a cabeceira é levantad abaixada (ver ilustrações). Certifique-se de que as tiras estão presas. *Não prenda nas grades* laterais. Pr contenção na estrutura da cadeira ou da cadeira de rodas, certificando-se de que o laço esteja fora do do paciente.



PASSO 4B Insira dois dedos sob a contenção para verificar a constrição.

PASSO 4D Libere retenção de cotovelo.

6. Prenda as contenções com o engate rápido (ver ilustrações). *Não prenda a tira com um nó.* Certifique-se o engate esteja fora do alcance do paciente.

7. Confira duplamente e insira dois dedos sob a contenção presa. Avalie a colocação adequada da conte incluindo a integridade da pele, a pulsação, temperatura de cor da pele e sensação da parte do corpo contida.

8. Remova a contenção pelo menos a cada 2 horas (TJC, 2016) ou com mais frequência, conforme deterr

pela política da instituição. Reposicione o paciente, proporcione conforto e medidas de higiene pessc avalie a condição do paciente a cada vez. Se o paciente for violento ou desobediente, remova uma co de cada vez e/ou peça ajuda da equipe enquanto remove as contenções.

9. Prenda a luz de chamada ou o sistema de intercomunicação ao alcance do paciente.

10. Deixe o leito ou a cadeira com as rodas travadas. Mantenha o leito na posição mais baixa.

11. Realize a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Após a aplicação, avalie o paciente a cada 15 minutos em busca de sinais de lesão (p.ex., circulação, s vitais, amplitude de movimentos, *status* físico e psicológico e disponibilidade para descontinuação. F verificações visuais se o paciente estiver agitado demais para a abordagem (TJC, 2015).

2. Avalie as necessidades do paciente no que diz respeito ao uso do banheiro, nutrição e fluidos, higien eliminação, e libere a contenção pelo menos a cada 2 horas.

3. Avalie o paciente quanto a quaisquer complicações da imobilidade.

4. O profissional de saúde licenciado ou o profissional de enfermagem registrado e treinado de acordo requisitos do CMS precisa avaliar o paciente em 1 ou 4 horas após o início da aplicação das contençõ dependendo da condição do hospital no Medicare (ver política da instituição).

5. Após 24 horas, antes de fazer uma nova prescrição, o profissional de saúde responsável pelo atendin ao paciente deve vê-lo e avaliá-lo.

6. Observe os cateteres IV, cateteres urinários e sondas de drenagem para determinar se estão posiciona corretamente e se a terapia continua sem interrupções.

7. Observe o comportamento e a reação do paciente à presença da contenção.

PASSO 6 Conectar o engate de liberação rápida.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. A pele sob a contenção fica avermelhada ou danificada.
   - Preste os cuidados adequados à pele/ferida (Cap. 48).
   - Notifique o profissional de saúde e reavalie a necessidade de continuar a usar a contenção ou se pode usa
   - Certifique-se de que a contenção está aplicada corretamente e tem acolchoamento adequado.
   - Remova as contenções com mais frequência. Troque as contenções molhadas ou sujas.
2. O paciente sofreu alteração do *status* neurovascular de uma extremidade, como cianose, palidez e fri
   - Remova imediatamente a contenção e notifique o profissional de saúde. Fique com o paciente.
3. O paciente fica confuso ou agitado.
   - Identifique a razão para a mudança no comportamento e tente eliminar a causa.
   - Use alternativas à contenção.

REGISTRO E RELATO

- Registre as intervenções de enfermagem, incluindo as alternativas de contenção tentadas, nas anota
- Registre o comportamento do paciente antes da aplicação das contenções, nível de orientação e con
- Registre a sua avaliação da aprendizagem do paciente/família.
- Registre a finalidade da contenção, tipo e localização da contenção utilizada, horário de aplicação e de rotina (p.ex., cor da pele, pulsação, sensação, sinais vitais, comportamento) nas anotações de enf
- Registre o nível de orientação do paciente e o comportamento após a aplicação da contenção. Regis alternativas e a resposta do paciente quando a contenção foi removida.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- A contenção física é um dispositivo que requer prescrição médica. Não mande o paciente para casa para protegê-lo de lesões. Se a família do paciente quiser usar a contenção em casa, é necessária a p

correta, cuidados necessários durante a contenção e complicações que devem ser procuradas. Avali
intenção de usar a contenção.

Pontos-chave

- Na comunidade, um ambiente seguro significa que as necessidades básicas são alcançáveis, os riscos físicos são reduzidos, a transmissão de patógenos e parasitas é menor, a poluição é controlada e o saneamento é mantido.
- Um ambiente de cuidados de saúde seguro é aquele que reduz o risco de lesão, incluindo a minimização das quedas, dos acidentes relacionados com os pacientes, acidentes inerentes aos procedimentos e acidentes relacionados com os equipamentos.
- A redução dos riscos físicos no ambiente inclui o fornecimento de iluminação adequada, diminuição da aglomeração e segurança doméstica.
- Reduza a transmissão de patógenos através da assepsia médica e cirúrgica, imunização, saneamento adequado dos alimentos e descarte adequado dos resíduos humanos.
- Cada estágio do desenvolvimento envolve riscos específicos.
- As crianças com menos de 5 anos correm um risco maior de sofrer acidentes domésticos que resultam em lesão grave e morte.
- A segurança do paciente continua a ser um dos maiores desafios de saúde no país.
- Os adolescentes correm risco de lesão decorrente de acidentes de automóvel, tentativa de suicídio e abuso de substâncias.
- As ameaças à segurança de um adulto estão associadas frequentemente ao estilo de vida.
- Os riscos de lesão de idosos estão diretamente relacionados com as mudanças fisiológicas do processo de envelhecimento.
- As intervenções de enfermagem para promover a segurança são individualizadas para o estágio de desenvolvimento do paciente, estilo de vida e ambiente.
- Avalie continuamente o risco para a segurança de um paciente e

atualize adequadamente o plano de cuidado de enfermagem.

- As estratégias de prevenção do risco de queda são implantadas com base nos fatores de risco dos pacientes, histórico médico e condição do seu ambiente.
- Use contenção física somente como um último recurso, quando o comportamento dos pacientes colocar os mesmos ou terceiros em risco de lesão.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Um paciente foi recém-internado em uma unidade médica com um histórico de diabetes e insuficiência cardíaca avançada. A enfermeira está avaliando o risco de queda do paciente. Coloque na ordem correta as seguintes etapas para medir o teste "Levantar e Caminhar (LEC)":
    1. Faça com que o paciente levante da cadeira sem usar os braços como apoio.
    2. Comece a cronometrar.
    3. Diga ao paciente para caminhar 3 metros o mais rapidamente possível e com segurança até uma linha que você marcou no solo, virar, caminhar de volta e sentar.
    4. Verifique o tempo decorrido.
    5. Procure instabilidade na marcha do paciente.
    6. Faça com que o paciente volte para a cadeira e sente sem usar os braços como apoio.
2. A enfermeira sabe que as pessoas com maior risco de hipotermia acidental são: (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Pessoas que vivem em situação de rua.
    2. Pessoas com condições respiratórias.
    3. Pessoas com condições cardiovasculares.
    4. As pessoas mais idosas.
    5. Pessoas com distúrbios renais,

3. Um pai/mãe telefona para o pediatra perguntando sobre as orientações para usar um assento de automóvel para crianças. Qual das seguintes opções reflete as instruções certas que o profissional de enfermagem fornece a esse paciente?
    1. Apenas lactentes e crianças pequenas (*toddlers)* precisam viajar no banco de trás.
    2. Todas as crianças pequenas podem mudar para um assento voltado para a frente do carro quando chegarem aos 2 anos.
    3. As crianças pequenas devem chegar aos 2 anos e alcançar o requisito de altura/peso antes de viajarem viradas para frente.
    4. As crianças pequenas devem chegar aos 2 anos ou alcançar o requisito de altura ou peso antes de viajarem viradas para frente.
4. O histórico de enfermagem de uma mulher de 78 anos revela hipotensão ortostática, fraqueza no lado esquerdo e medo de cair. Com base nos dados do paciente, qual dos seguintes diagnósticos de enfermagem indica uma compreensão dos achados da avaliação?
    1. *Intolerância à atividade*
    2. *Comprometimento da mobilidade no leito*
    3. *Dor aguda*
    4. *Risco de quedas*
5. Um casal que está cuidando de seus pais idosos está preocupado com fatores que os colocam em risco de quedas. Quais fatores são mais propensos a contribuir para um aumento nas quedas em idosos? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Iluminação inadequada
    2. Tapetes soltos
    3. Muitas medicações
    4. Desnível nos portais
    5. Fios cobertos por tapetes
    6. Escadarias com corrimões
6. Você está cuidando de um paciente que tenta frequentemente

remover seu cateter intravenoso e a sonda de alimentação. Você tem uma indicação para aplicar uma contenção mecânica no pulso. Coloque as etapas para aplicar a contenção no pulso na ordem correta.

1. Certifique-se de que o paciente esteja confortável com o braço em alinhamento anatômico.
2. Envolva o pulso com a parte macia do dispositivo de contenção voltada para a pele e prenda sem apertar.
3. Identifique o paciente usando dois identificadores.
4. Apresente-se e pergunte ao paciente a respeito de suas sensações de ficar contido.
5. Avalie a condição da pele onde será colocada a contenção.

7. A família de um paciente confuso e ambulatorial insiste que as quatro grades laterais fiquem levantadas quando o paciente estiver sozinho. Qual é a melhor atitude a ser tomada nessa situação? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Entrar em contato com o supervisor de enfermagem.
   2. Restringir os privilégios de visitação da família.
   3. Pedir à família para ficar com o paciente, se possível.
   4. Informar a família dos riscos associados ao uso de grades laterais.
   5. Agradecer à família por se preocupar e levantar as quatro grades.
   6. Discutir com a família as alternativas adequadas para esse paciente.
8. Você está dando uma aula em um centro local para a terceira idade sobre dicas de direção para idosos. Qual das seguintes opções você deve incluir? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Dirigir distâncias mais curtas.
   2. Dirigir apenas durante o dia.
   3. Usar cuidadosamente os retrovisores laterais e o interno.
   4. Manter uma janela aberta enquanto dirige se tiver problemas auditivos.
   5. Olhar para trás no ponto cego.
   6. Parar de dirigir aos 75 anos.

9. A avaliação de enfermagem de um paciente de 80 anos que demonstra alguma confusão, mas nenhuma ansiedade, revela que esse paciente tem risco de queda, porque continua a sair da cama sem ajuda, apesar dos lembretes frequentes. A intervenção de enfermagem inicial para prevenir quedas desse paciente é:
    1. Colocar um dispositivo de alarme no leito.
    2. Colocar o paciente em uma correia de contenção.
    3. Observar individualmente o paciente.
    4. Aplicar contenções nos pulsos.
10. A enfermeira está avaliando um paciente com contenções nos pulsos. Qual das seguintes atividades a profissional realiza? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Conferir o pulso periférico do paciente na extremidade contida.
    2. Avaliar a necessidade do paciente de ir ao banheiro.
    3. Oferecer fluidos ao paciente, se for conveniente.
    4. Liberar os dois membros ao mesmo tempo para realizar a amplitude de movimento.
    5. Inspecionar a pele sob cada contenção.
11. Você está internando o Sr. Jones, um paciente de 64 anos vítima de um AVC no hemisfério direito e de uma queda recente. Sua mulher afirmou que ele tem um histórico de pressão arterial elevada, que é controlada por um anti-hipertensivo e um diurético. Atualmente, ele exibe desleixo no lado esquerdo e problemas com capacidades espaciais e perceptuais e é impulsivo. Ele tem fraqueza moderada no lado esquerdo que requer assistência de duas pessoas e o uso de uma correia de marcha para ser transferido para uma cadeira. No momento, ele tem um linha endovenosa (EV) e um cateter urinário. Quais fatores aumentam o seu risco de queda nesse momento? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Fuma um maço por dia.
    2. Usa uma bengala para caminhar em casa.
    3. Toma anti-hipertensivos e diuréticos.

4. Histórico de queda recente.
5. Descuido, capacidade espacial e perceptual comprometida, impulsivo.
6. Necessita de ajuda com atividade, marcha instável.
7. Linha IV, cateter urinário.

12. Ao meio-dia, a enfermeira do setor de emergência ouve falar que ocorreu uma explosão em uma fábrica local. Qual atitude a enfermeira toma primeiro?
    1. Preparar-se para uma grande afluência de pacientes
    2. Entrar em contato com a Cruz Vermelha Americana
    3. Determinar como retomar as operações normais
    4. Evacuar os pacientes conforme o plano de catástrofe
13. A enfermeira está cuidando de um paciente que está tendo uma convulsão. Qual das seguintes medidas vai proteger o paciente e ela mesma de lesões? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Se o paciente estiver de pé, tente levá-lo de volta para o leito.
    2. Com o paciente no chão, limpe a área em volta, removendo móveis ou equipamentos.
    3. Se for possível, mantenha o paciente deitado em supino.
    4. Não contenha o paciente; segure os membros sem apertar se estiverem agitados.
    5. Nunca tente abrir os dentes cerrados de um paciente.
14. Qual é o seu papel como profissional de enfermagem durante um incêndio? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Ajudar a evacuar os pacientes
    2. Desligar os gases medicinais
    3. Usar um extintor de incêndio
    4. Levar os pacientes para fora
    5. Conduzir os pacientes ambulatoriais
15. Um profissional de enfermagem está instruindo os pais a procurar pistas em adolescentes quanto ao possível abuso de substâncias. Quais das seguintes pistas ambientais e psicossociais devem ser incluídas pelo profissional de enfermagem? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Manchas de sangue nas roupas
2. Camisas de mangas compridas no clima quente
3. Mudanças nos relacionamentos
4. Usar óculos escuros em lugares fechados
5. Maior uso de computadores

RESPOSTAS: **1.** 3, 1, 2, 5, 6, 4; **2.** 1, 3, 4; **3.** 4; **4.** 4; **5.** 1, 2, 3, 4, 5; **6.** 3, 4, 1, 5, 2; **7.** 3, 4, 6; **8.** 1, 2, 3, 4, 5; **9.** 1; **10.** 1, 2, 3, 5; **11.** 3, 4, 5, 6, 7; **12.** 1; **13.** 2, 4, 5; **14.** 1, 2, 3, 5; **15.** 1, 2, 3, 4.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): *20 tips to help prevent medical errors: a patient fact sheet*, 2014, http://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/index.html. Accessed September 2015.

Agency for Toxic Substances and Disease Registry: *Lead: toxFAQs*, 2014, http://www.atsdr.cdc.gov/toxfaqs/tf.asp?id=93&tid=22. Accessed September 2015.

American Academy of Pediatrics (AAP): *Car safety seats: information for families for 2011, healthy children*, 2011a, http://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/AAP-Updates-Recommendation-on-Car-Seats.aspx. Accessed September 2015.

American Academy of Pediatrics (AAP): *AAP expands guidelines for infant sleep safety and SIDS risk reduction*, 2011b, http://www.aap.org/en-us/about- the-aap/aap-press-room/Pages/AAP-Expands- Guidelines-for-Infant-Sleep-Safety-and-SIDS- Risk-Reduction.aspx. Accessed September, 2015.

American Geriatric Society: *Clinical practice guideline fall prevention in older persons*, 2015, http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/cl Accessed September 2015.

American Hospital Association: *Quality advisory: implementing standardized colors for patient alert wristbands*, 2008, http://www.aha.org/advocacy-issues/tools-resources/advisory/2008/080904-quality-adv.pdf. Accessed September 2015.

Barry E, et al. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2014;14:14.

California Advocates for Nursing Home Reform (CANHR): *Restraint-free care*, 2015, http://www.canhr.org/factsheets/nh_fs/html/fs_RestraintFreeCare.htm. Accessed September 2015.

Capezuti E, et al. Least restrictive or least understood? Waist restraints, provider practices, and risk of harm. *J Aging Soc Policy*. 2008;20(3):305.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C: safe community needle disposal*, 2011, http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/disposal.html. Accessed September 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Percentage distribution of injuries by place of occurrence, among males and females—national health interview survey, United States, 2004-2007, (Morbidity and Mortality Weekly Report*) Atlanta, Ga, 2010, Office of Surveillance, Epidemiology and Laboratory Services, CDC, US Department of Health and Human Services.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Food safety*, 2014a, http://www.cdc.gov/foodsafety/. Accessed September 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Injury prevention and control: motor vehicle safety*, 2014b, http://www.cdc.gov/Motorvehiclesafety/teen_drivers/teendrivers_factsheet.html Accessed September 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Poisoning prevention*, 2014c, http://www.cdc.gov/HealthyHomes/ByTopic/Poisoning.html. Accessed September 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Bioterrorism*, 2014d, http://www.bt.cdc.gov/bioterrorism/factsheets.asp. Accessed September 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Important facts about falls*, 2015a, http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html. Accessed September 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *STEADI older adult fall prevention tests: The Timed Get Up and Go Test (TUG)*, 2015 Available at http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/pdf/steadi-2015.04/TUG_Test-a.pdf. Accessed October 25, 2015.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): *Revisions to Medicare conditions of participation, 482.13*, Bethesda, MD, 2007, US Department of Health and Human Services.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): *Hospital-acquired conditions*, 2015, http://www.cms.gov/HospitalAcqCond/06_Hospital-Acquired_Conditions.asp. Accessed September 2015.

Coalition for Safe Community Needle Disposal: *Safe needle disposal*, 2015, http://www.safeneedledisposal.org/. Accessed September 2015.

Department of Health and Human Services (DHHS), Office of Inspector General *Adverse events in hospitals: overview of key issues*. Washington DC: DHHS; 2008: OEI-06-07-00470.

Department of Health and Human Services (DHHS): *Interpretive guidelines for hospitals*, 482.13(e) *Standard: restraint or seclusion*, 2008, http://cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R37SOMA.pdf. Accessed September 2015.

Edelman CL, Mandle CL. *Health promotion throughout the life span*. ed 8 St Louis: Mosby; 2013.

Energy.gov: *Portable heaters*, 2014, http://energy.gov/energysaver/articles/portable-heaters. Accessed March 28, 2015.

Epilepsy Foundation: *Seizure first aid*, 2014, http://www.epilepsy.com/learn/treating-seizures-and-epilepsy/seizure-first-aid.

Accessed September 2015.

Herdman TH, Kamitsuru S, eds. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2015–2017,*. ed 10 Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's essentials of pediatric nursing*. ed 8 St Louis: Mosby; 2015.

Institute of Medicine (IOM) Committee on Quality of Health Care in America *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.

Institute of Medicine (IOM) *Envisioning the National Health Care Quality Report*. Washington, D.C: National Academies Press; 2001.

Insurance Institute for Highway Safety: *Highway safety topics*, 2015, http://www.iihs.org/research/fatality_facts_2008/olderpeople.html. Accessed September 2015.

Kennedy A, et al. Confidence about vaccines in the United States: understanding parents' perceptions. *Health Aff*. 2011;30(6):1151.

Mathias S, et al. Balance in elderly patients: the "Get-up and Go" test. *Arch Phys Med Rehabil*. 1986;67(6):387.

Mayo Clinic: *Carbon monoxide poisoning*, 2014, http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/carbon-monoxide/basics/definition/con-20025444. Accessed September 2015.

National Alliance for Caregiving: *Research*, 2015, http://www.caregiving.org/research/. Accessed September 2015.

National Center for Injury Prevention and Control: *1999-2007, United States unintentional injuries ages 65-85 + , all races, both sexes*, 2010b, http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html. Accessed September 2014.

National Center for Injury Prevention and Control: *10 leading causes of death, United States 1999-2007*, 2010a, http://webappa.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html. Accessed September 2015.

National Fire Protection Association (NFPA) *Fires and burns involving home medical oxygen*. Quincy, MA: NFPA; 2008: http://www.nfpa.org/~/media/Files/Research/NFPA%20reports/Major%20Causes/osoxygen.pdf. Accessed September 2015.

National Fire Protection Association (NFPA): *Carbon monoxide safety tips*, 2014a, http://www.nfpa.org/safety-information/for-consumers/fire-and-safety-equipment/carbon-monoxide/carbon-monoxide-safety-tips. Accessed September 2015.

National Fire Protection Association (NFPA): *Structure fires*, 2014b, http://www.nfpa.org/research/reports-and-statistics/fires-in-the-us/overall-fire-problem/structure-fires. Accessed September 2015.

National Quality Forum (NQF): *Mission and vision*, Washington DC, 2011a, http://www.qualityforum.org/About_NQF/Mission_and_Vision.aspx. Accessed September 2015.

National Quality Forum (NQF): *National voluntary consensus standards for public reporting of patient safety events*, Washington DC, 2011b. http://www.qualityforum.org/Publications/2011/02/National_Voluntary_Consen Accessed September 2015.

National Quality Forum (NQF): *National Quality Forum safe practices for better healthcare—2010 update*, Washington DC, 2011c, https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_H Accessed September 2015.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Hazard communication*, 2014, https://www.osha.gov/dsg/hazcom/. Accessed September 2015.

Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142.

Quality and Safety Education for Nurses (QSEN): *University of North Carolina at Chapel Hill*, Chapel Hill, NC, 2014, http://www.qsen.org/. Accessed September 2015.

Taylor-Adams S, et al. Safety skills for clinicians: an essential component of patient safety. *J Patient Safety*. 2009;4(3):141.

The Joint Commission (TJC): *Provision of care, treatment and services: restraint /seclusion for hospitals that use The Joint Commission for deemed status purposes*, 2009, http://www.jointcommission.org/mobile/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFAQId=260&StandardsFAQChapterId=78. Accessed September 2015.

The Joint Commission (TJC) *Comprehensive accreditation manual for hospitals*. Chicago: TJC; 2015.

The Joint Commission (TJC): *2016 National Patient Safety Goals*, Oakbrook Terrace, IL, 2016, The Commission. http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Touhy T, Jett K. *Ebersole and Hess' Gerontological nursing & health care*. ed 4 St Louis: Elsevier; 2014.

Tzeng HM. Understanding the prevalence of inpatient falls associated with toileting in adult acute care settings. *J Nurs Care Qual*. 2010;25(1):22.

University of Iowa: *Get-up and Go Test*, n.d., https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/mobility/getUpAndGo.pdf. Accessed October 14, 2015.

US Food and Drug Administration (FDA): *Bed rail safety*, 2014, http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/HomeHea

Accessed September 2015.
US Food and Drug Administration (FDA): *Medical device reporting*, 2015, http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/ReportaProblem/default.htm. Accessed September 2015.

Referências de pesquisa

Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviors. *Age Ageing*. 2009;38(4):423.

Bushardt RL, et al. Polypharmacy: misleading but manageable. *Clin Interv Aging*. 2008;3(2):383.

Castle NG. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Med Care*. 2009;47(11):1164.

Chang CM, et al. Medical conditions and medications as risk factors of falls in inpatient older people: a case-controlled study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(6):602.

Chase CA, et al. Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther*. 2012;66(3):284.

Deandrea S, et al. Risk factors for falls in community dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010;21(5):658.

de Kam D, et al. Exercise interventions to reduce fall-related fractures and their risk factors in individuals with low bone density: a systematic review of randomized controlled trials. *Osteoporos Int*. 2009;20(12):2111.

Ford BM. Hourly rounding: a strategy to improve patient satisfaction scores. *Medsurg Nurs*. 2010;19(3):188.

Geiger-Brown J, et al. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour shift nurses. *Chronobiol Int*. 2012;29(2):211.

Gillespie LD, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(9): CD007146.

Gribbin J, et al. Risk of falls associated with antihypertensive medication: population-based case-control study. *Age Ageing*. 2010;39(5):592.

Grundstrom AC, et al. Risk factors for falls and fall-related in adults 85 years of age and older. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(3):421.

Khazzani H, et al. The relationship between physical performance measures, bone mineral density, falls, and the risk of peripheral fracture: a cross sectional analysis. *BMC Public Health*. 2009;9:297.

Kojima T, et al. Association of polypharmacy with fall risk among geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int*. 2011;11(4):438.

Mitchell MD, et al. Hourly rounding to improve nursing responsiveness: a systematic review. *J Nurs Adm*. 2014;44(9):462.

Olsen CF, Bergland A. The effect of exercise and education on fear of falling in elderly women with osteoporosis and a history of vertebral fracture: results of a

randomized controlled trial. *Osteoporos Int*. 2014;25(8):2017.

Opel DJ, et al. The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatr*. 2013;167(11):1065.

Scheffer AC, et al. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing*. 2008;37(1):19.

Schubert TE. Evidence-based exercise prescription for balance and falls prevention: a current review of the literature. *J Geriatr Phys Ther*. 2011;34(3):100.

Sherrington C, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *N S W Public Health Bull*. 2011;22(3–4):78.

Spoelstra SL, et al. Fall prevention in hospitals: an integrative review. *Clin Nurs Res*. 2011; published online http://cnr.sagepub.com/content/21/1/92. Accessed October 14, 2015.

Viera ER, et al. Risk factors for geriatric patients falls in rehabilitation hospital settings: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2011;25(9):788.

[*] A Figura 27-5 está disponível em http://geriatricscareonline.org/ProductAbstract/updated-american-geriatrics-societybritish-geriatrics-society-clinical-practice-guideline-for-prevention-of-falls-in-older-persons-and-recommendations/CL014. American Geriatrics Society Clinical Practice Guideline Fall Prevention Algorithm 2010. (Extraído de American Geriatrics Society/British Geriatrics Society: *Clinical practice guideline for prevention of falls in older persons*, 2010, http://www.medcats.com/FALLS/frameset.htm. Accessed August 14, 2015.)

28

Imobilidade

OBJETIVOS

- Discutir as influências fisiológicas e patológicas sobre a mobilidade.
- Identificar as mudanças na função fisiológica e psicológica associadas à imobilidade.
- Avaliar o alinhamento e a mobilidade do corpo adequados e prejudicados.
- Formular diagnósticos de enfermagem adequados para pacientes com mobilidade prejudicada.
- Desenvolver plano de cuidados de enfermagem individualizado para pacientes com mobilidade prejudicada.
- Comparar e diferenciar os exercícios ativos e passivos de amplitude de movimento.
- Descrever as intervenções para melhorar ou manter a mobilidade dos pacientes.
- Avaliar os resultados do pacientes como consequência de um plano de enfermagem para melhorar ou manter a mobilidade.

TERMOS-CHAVE

Alçamento, p. 402

Alinhamento corporal, p. 401
Amplitude de movimentos, p. 407
Atelectasia, p. 404
Atividades instrumentais de vida diária (AIVD), p. 422
Atrito, p. 402
Atrofia muscular, p. 403
Barra de trapézio, p. 421
Cálculos renais, p. 406
Cinto de transferência, p. 423
Cisalhamento, p. 402
Contratura articular, p. 405
Êmbolo, p. 412
Equilíbrio nitrogenado negativo, p. 404
Estase urinária, p. 406
Exercício, p. 410
Fisioterapia torácica, p. 417
Fraturas patológicas, p. 402
Hemiparesia, p. 423
Hemiplegia, p. 423
Hipotensão ortostática, p. 404
Imobilidade, p. 403
Lesão por pressão, p. 406
Marcha, p. 410
Mecânica corporal, p. 401
Medidas antropométricas, p. 411
Mobilidade, p. 403
Osteoporose, p. 405
Osteoporose por desuso, p. 405
Pneumonia hipostática, p. 404

Postura, p. 401
Queda plantar, p. 405
Repouso no leito, p. 403
Rolo de trocanter, p. 421
Tolerância à atividade, p. 410
Trombo, p. 404

As pessoas se movem por muitos motivos (p. ex., expressão das emoções com gestos não verbais e para atender necessidades básicas). A mobilidade também é essencial para defesa pessoal, atividades da vida diária (AVD) e atividades recreativas. Muitas funções do corpo dependem da mobilidade. Os sistemas musculoesquelético e nervoso intactos são necessários para a melhor mobilidade física possível e para o funcionamento do corpo. As práticas de enfermagem clínica relacionadas à mobilidade e imobilidade requerem a incorporação de conhecimento científico e de enfermagem, além de habilidades para prestar um cuidado competente.

Base de conhecimento científico

Natureza do Movimento

O movimento é um processo complexo que requer a coordenação entre os sistemas musculoesquelético e nervoso. Como um profissional de enfermagem você vai considerar como a condição física e psicológica de um paciente afeta o movimento do corpo. **Mecânica corporal** é um termo que descreve os esforços coordenados dos sistemas musculoesquelético e nervoso. Conhecer como os pacientes iniciam o movimento e compreender seus próprios movimentos requer uma compreensão básica da física que envolve a mecânica corporal. A mecânica corporal aplicada nas técnicas de levantamento utilizadas historicamente na prática da enfermagem costuma causar lesões debilitantes nos profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde (Burnfield et al., 2013; Griffis, 2012). Os profissionais de enfermagem de hoje usam informações baseadas em evidências sobre alinhamento corporal, equilíbrio, gravidade e atrito quando implementam intervenções de enfermagem, como posicionar os pacientes, determinar o risco de queda do paciente e escolher a maneira mais segura para mover ou transferir pacientes (Healey e Darowski, 2012).

Alinhamento e Equilíbrio

Os termos *alinhamento corporal* e **postura** são similares e se referem ao posicionamento das articulações, tendões e músculos quando a pessoa está de pé, sentada e deitada. **Alinhamento corporal** significa que o centro de gravidade de um indivíduo está estável. O alinhamento corporal correto reduz a tensão nas estruturas musculoesqueléticas, ajuda a manter o tônus muscular adequado, promove conforto e contribui para o equilíbrio e a conservação da energia. Sem controle de equilíbrio o centro de gravidade se desloca.

Os indivíduos necessitam de equilíbrio para manter uma posição estática (p. ex., sentar) e se mover (p. ex., caminhar). Doença, lesão,

dor, desenvolvimento físico (p. ex., idade) e mudanças de vida (p. ex., gravidez) comprometem a capacidade para continuar em equilíbrio. As medicações que causam vertigem e imobilidade prolongada afetam o equilíbrio. O equilíbrio comprometido é uma grande ameaça à mobilidade e segurança física, contribuindo para um medo de cair e para restrições de atividade autoimpostas (McMahon e Fleury, 2012) (Cap. 39).

Gravidade e Atrito

Peso é a força exercida em um corpo pela gravidade. A força do peso é sempre direcionada para baixo, que é a razão para um objeto desequilibrado cair. Os pacientes instáveis caem se o seu centro de gravidade se desequilibrar em virtude da força gravitacional sobre o seu peso.

Para erguer com segurança, quem levanta alguma coisa ou alguém tem que superar o peso do objeto e conhecer o seu centro de gravidade. Nos objetos inanimados simétricos o centro de gravidade é o centro exato do objeto. No entanto, as pessoas não são geometricamente perfeitas; seus centros de gravidade geralmente estão entre 55% e 57% da altura em pé e não na linha média, sendo por isso que simplesmente usar os princípios de mecânica corporal ao erguer os pacientes costuma levar a lesões de um profissional de enfermagem ou de outro profissional de saúde (Cap. 39).

Atrito é uma força que ocorre em um sentido oposto ao do movimento. Quanto maior a área de superfície do objeto movido, maior é o atrito. Um objeto maior produz mais resistência ao movimento. Além disso, a força exercida contra a pele enquanto ela permanece estacionária e as estruturas ósseas se movem é denominada **cisalhamento**. Infelizmente, um exemplo comum é quando a cabeceira de um leito hospitalar é elevada para mais de 60 graus e a gravidade puxa o paciente tal que o esqueleto ósseo se move na direção do pé do leito, enquanto a pele continua pressionando os lençóis. Os vasos sanguíneos no tecido subjacente são esticados e danificados, resultando no comprometimento do fluxo sanguíneo para os tecidos profundos. Em última análise, frequentemente se

desenvolvem lesões por pressão do tecido debilitado; o tecido superficial parece menos afetado (Cap. 48). Para reduzir a área de superfície e o atrito quando os pacientes não conseguem se mexer sozinhos na cama, os profissionais de enfermagem usam um dispositivo de apoio ergonômico, como uma tipoia de corpo inteiro. Essa tipoia ergue mecanicamente um paciente da superfície de um leito, impedindo com isso o atrito, laceração ou cisalhamento de sua pele delicada, protegendo o profissional de enfermagem e outros membros da equipe de lesões (Burnfield et al., 2013).

Sistema Esquelético

O sistema esquelético proporciona inserções para músculos e ligamentos e o **alçamento** necessário para a mobilidade. Desse modo, o esqueleto é o arcabouço de suporte do corpo, sendo feito de quatro tipos de ossos: longos, curtos, planos e irregulares. Os ossos são importantes para a mobilização porque são firmes, rígidos e elásticos. O processo de envelhecimento muda os componentes do osso, impactando a mobilidade.

A firmeza resulta de sais inorgânicos como o cálcio e o fosfato que estão na matriz óssea. Está relacionada à rigidez do osso, que é necessária para manter os ossos longos retos, e permite que os ossos resistam à sustentação do peso. A elasticidade e a flexibilidade esquelética mudam com a idade. Por exemplo, um recém-nascido tem uma grande quantidade de cartilagem e é altamente flexível, mas incapaz de sustentar peso. Os ossos de uma criança que está aprendendo a andar são mais flexíveis que os de uma pessoa mais velha e são mais capazes de suportar quedas. Os idosos, especialmente as mulheres, são mais susceptíveis à perda óssea (reabsorção) e osteoporose, que aumentam o risco de fraturas.

O sistema esquelético tem várias funções. Ele protege órgãos vitais (p. ex., o crânio em volta do cérebro e as costelas em volta do coração e pulmões) e ajuda na regulação do cálcio. Os ossos armazenam cálcio e o liberam na circulação conforme a necessidade. Os pacientes que têm uma menor regulação e metabolismo do cálcio e que estão imóveis correm risco de desenvolver osteoporose e **fraturas patológicas**

(fraturas causadas por tecido ósseo enfraquecido) (Cap. 39).

Além disso, a estrutura interna dos ossos longos contém medula óssea, participa na produção de hemácias e age como um reservatório para o sangue. Os pacientes com função alterada da medula óssea ou menos produção de hemácias cansam facilmente devido à menor capacidade de hemoglobina e oxigênio. Essa fadiga diminui sua mobilidade e aumenta o risco de queda.

Articulações

As articulações são conexões entre os ossos. Cada articulação é classificada de acordo com sua estrutura e grau de mobilidade. Existem três classificações das articulações: cartilaginosas, fibrosas e sinoviais (McCance e Huether, 2014) (Cap. 39).

Ligamentos, Tendões e Cartilagens

Os ligamentos são faixas brancas, brilhantes e flexíveis de tecido fibroso que unem as articulações, conectam ossos e cartilagens, e ajudam na flexibilidade e suporte articular. Os tendões são faixas brancas, brilhantes e fibrosas de tecido que conectam o músculo ao osso e que são fortes, flexíveis e inelásticas. A cartilagem é um tecido conjuntivo não vascular (sem vasos sanguíneos) de suporte situado principalmente nas articulações e no tórax, traqueia, laringe, nariz e orelhas. As características da cartilagem mudam com o processo de envelhecimento (Cap. 39).

Músculo Esquelético

O movimento dos ossos e articulações envolve processos cuidadosamente integrados para atingir coordenação. Os músculos esqueléticos, devido à sua capacidade para contrair e relaxar, são os elementos de esforço empregado no movimento. A estrutura anatômica e a inserção no esqueleto aprimoram os elementos contráteis do músculo esquelético (Cap. 39).

Sistema Nervoso

O sistema nervoso regula o movimento e a postura. O giro pré-central, ou faixa motora, é a principal área motora voluntária e está no córtex cerebral. A maioria das fibras motoras desce da faixa motora e atravessa no nível da medula. O movimento é prejudicado por distúrbios que alteram a produção de neurotransmissores, transferem impulsos do nervo para o músculo ou pela ativação da atividade muscular (Cap. 39).

Influências Patológicas na Mobilidade

Muitas condições patológicas afetam a mobilidade. Embora uma descrição completa de cada uma delas esteja além do escopo deste capítulo, é apresentada uma visão global das quatro influências patológicas.

Anomalias Posturais

As anomalias congênitas ou adquiridas afetam a eficiência do sistema musculoesquelético e o alinhamento, equilíbrio e aparência do corpo. Durante a avaliação, observe o alinhamento do corpo e a amplitude dos movimentos (Cap. 39). As anomalias posturais podem causar dor, prejudicar o alinhamento ou a mobilidade, ou ambos. É necessário o conhecimento das características, causa e tratamento das anomalias posturais comuns para erguer, transferir e posicionar (Tabela 28-1). Algumas anomalias posturais limitam a amplitude dos movimentos. Os profissionais de enfermagem intervêm para manter a amplitude máxima dos movimentos nas articulações intactas e depois costumam colaborar com os fisioterapeutas para determinar intervenções que reforcem os músculos e articulações afetados, melhorem a postura do paciente e usem adequadamente os grupos musculares afetados e intactos. O encaminhamento e/ou colaboração para/com o fisioterapeuta aperfeiçoam as intervenções de enfermagem em um paciente com anomalia postural.

Tabela 28-1

Anomalias Posturais

Anomalia	Descrição	Causa	Tratamentos Possíveis* (McCance e Huether, 2014)
Torcicolo	Inclinação da cabeça para o lado afetado no qual o músculo esternocleidomastóideo está contraído	Condição congênita ou adquirida	Cirurgia, calor, suporte ou imobilização, dependendo da causa e gravidade; amplitude de movimentos leve
Lordose	Exagero da curva convexa anterior da coluna lombar	Condição congênita; temporária (p. ex., gravidez)	Exercícios de alongamento da coluna (de acordo com a causa)
Cifose	Maior convexidade na curvatura da coluna torácica	Condição congênita; raquitismo, osteoporose; tuberculose da coluna	Exercícios de alongamento da coluna, dormir sem travesseiros, usar uma prancha no leito, cinta, fusão cirúrgica da coluna (de acordo com a causa e a gravidade)
Escoliose	Coluna espinhal lateral em forma de S ou C, com rotação vertebral, alturas desiguais dos quadris e ombros	Às vezes é uma consequência de muitos distúrbios congênitos, do tecido conjuntivo e neuromusculares	Aproximadamente metade das crianças com escoliose necessita de cirurgia O tratamento não cirúrgico é com cintas e acessórios
Displasia congênita de quadril	Instabilidade do quadril com abdução limitada dos quadris e às vezes contraturas por adução (a cabeça do fêmur não articula com o acetábulo por ser anormalmente raso)	Condição congênita (mais comum com partos pélvicos)	Manutenção da abdução contínua da coxa para que a cabeça do fêmur pressione o centro do acetábulo; órteses de abdução, gesso, cirurgia
Joelho valgo (geno valgo)	Pernas curvadas para dentro a ponto de os joelhos se juntarem quando a pessoa caminha	Condição congênita; raquitismo	Joelheiras; cirurgia se a condição não for corrigida pelo crescimento
Pernas arqueadas (geno varo)	Uma ou as duas pernas dobradas para fora na altura do joelho, o que é normal até os 2 a 3 anos de idade	Condição congênita; raquitismo	Diminuir a taxa de arqueamento se a condição não for corrigida pelo crescimento; com raquitismo, aumentar a ingestão de vitamina D, cálcio e fósforo para a faixa normal
Pé torto	95%: desvio medial e flexão plantar do pé (equinovaro) 5%: desvio lateral e dorsiflexão (calcâneo valgo)	Condição congênita	Gessos, órteses como a Denis Browne, e cirurgia (de acordo com o grau de rigidez da deformidade)
Queda plantar	Incapacidade para dorsiflexionar e inverter o pé devido a dano no nervo peroneal	Condição congênita; trauma; posição inadequada do paciente imobilizado	Nenhum (a condição não pode ser corrigida); prevenção pela fisioterapia; órtese tornozelo-pé
Dedos de	Rotação interna do antepé ou do	Condição congênita;	Crescimento; usar sapatos

pombo	pé inteiro; comum em bebês	hábito.	invertidos (com os pés trocados)

* A gravidade da condição e a causa ditam o tratamento, que é individualizado para as necessidades do paciente.

Anomalias Musculares

Lesão e doença levam a muitas alterações na função musculoesquelética. Por exemplo, as distrofias musculares são um grupo de distúrbios familiares que causam degeneração das fibras musculares esqueléticas. São as mais prevalentes dentre as doenças musculares na infância. Os pacientes com distrofia muscular sofrem fraqueza progressiva, simétrica e atrofia dos grupos musculares esqueléticos, com crescente incapacidade e deformidade (MCCance e Huether, 2014).

Danos ao Sistema Nervoso Central

Os danos a qualquer componente do sistema nervoso central que regula o movimento voluntário resultam no comprometimento do alinhamento corporal, equilíbrio e mobilidade. O trauma decorrente de uma lesão craniana, isquemia por AVC (acidente vascular cerebral) ou infecção bacteriana como a meningite pode danificar o cerebelo ou a faixa motora no córtex cerebral. O dano ao cerebelo causa problemas com o equilíbrio e o comprometimento motor está diretamente relacionado com a quantidade de destruição da faixa motora. Por exemplo, uma pessoa com hemorragia cerebral direita e necrose tem destruição da faixa motora que resulta em hemiplegia do lado esquerdo. O trauma à medula espinhal também prejudica a mobilidade. Por exemplo, uma transecção completa da medula espinhal resulta em uma perda bilateral do controle motor voluntário no nível do trauma, pois as fibras motoras são cortadas.

Trauma Direto no Sistema Musculoesquelético

O trauma direto no sistema musculoesquelético resulta em contusões,

mau jeito e fraturas. Uma fratura é um rompimento da continuidade do tecido ósseo. As fraturas resultam na maioria das vezes de trauma externo direto, mas também ocorrem como uma consequência de alguma deformidade do osso (p. ex., fraturas patológicas da osteoporose, doença de Paget ou osteogênese imperfeita). As crianças mais novas normalmente são capazes de formar novo osso com mais facilidade que os adultos e, como consequência, têm poucas complicações após uma fratura. O tratamento inclui frequentemente o posicionamento do osso fraturado no alinhamento adequado e a sua imobilização para promover a cicatrização e restaurar a função. Mesmo essa imobilização temporária resulta em alguma **atrofia muscular**, perda de tônus muscular e rigidez articular.

Base de conhecimento em enfermagem

Compreender plenamente o movimento e a mobilidade requer mais que uma visão global do movimento e da fisiologia e regulação do movimento pelos sistemas musculoesquelético e nervoso. Você precisa saber como aplicar esses princípios científicos no ambiente clínico para determinar a maneira mais segura de mover os pacientes e compreender o efeito da imobilidade do cuidado do paciente sobre os aspectos fisiológicos, psicossociais e de desenvolvimento.

Fatores que Influenciam a Mobilidade-Imobilidade

Para determinar como mover os pacientes com segurança, você vai avaliar sua capacidade para mover. **Mobilidade** se refere à capacidade de uma pessoa para se mover livremente e **imobilidade** se refere à incapacidade para fazê-lo. Pensa em mobilidade como um espectro, com a mobilidade em uma extremidade e a imobilidade na outra, e graus variados de imobilidade parcial entre essas extremidades. Alguns pacientes oscilam entre a mobilidade e a imobilidade, mas para outros a imobilidade é absoluta e continua indefinidamente. Os termos *repouso no leito* e *comprometimento da mobilidade física* são utilizados frequentemente quando discutimos os pacientes no espectro que vai da mobilidade à imobilidade.

O **repouso no leito** é uma intervenção que restringe os pacientes no leito por razões terapêuticas. Embora seja utilizado com muito menos frequência, os profissionais de saúde prescrevem mais frequentemente essa intervenção. O repouso no leito tem muitas interpretações diferentes entre os profissionais de saúde. A duração do repouso no leito depende da doença ou lesão e do estado de saúde prévio de um paciente. Os efeitos do mau condicionamento muscular associados à falta de atividade física frequentemente são aparentes em uma questão de dias. Esse grupo de sintomas é chamado frequentemente de "perigos da imobilidade". O indivíduo de peso e altura médios sem uma condição crônica em repouso no leito perde força muscular

em relação aos níveis basais a um ritmo de 3% ao dia. A imobilidade também está associada a alterações cardiovasculares, esqueléticas e em outros órgãos. O termo *atrofia por desuso* descreve a tendência das células e dos tecidos para diminuir em tamanho e função em resposta à inatividade prolongada resultante do repouso no leito, trauma, imobilização de uma parte do corpo ou dano nervoso local (McCance e Huether, 2014).

Períodos de imobilidade devido a deficiência ou lesão ou repouso prolongado no leito durante a hospitalização causam efeitos fisiológicos, psicológicos e sociais importantes. Esses efeitos são graduais ou imediatos e variam de paciente para paciente. Quanto maior a extensão e a duração da imobilidade, maiores são as consequências. O paciente com restrições de mobilidade completas está permanentemente sujeito aos perigos da imobilidade. Quando possível, é imperativo que os pacientes, especialmente os idosos, tenham um repouso no leito limitado e que sua atividade vá além da passagem do leito para a cadeira. A perda de independência para caminhar aumenta as estadias hospitalares, a necessidade de serviços de reabilitação ou a contratação de um profissional de enfermagem domiciliar. Além disso, o mau condicionamento relacionado à menor frequência das caminhadas aumenta o risco de quedas do paciente (AAN, 2015; Pashikanti e Von Ah, 2012).

Efeitos Sistêmicos

Todos os sistemas corporais funcionam de modo mais eficiente com alguma forma de movimento. O exercício tem resultados positivos para todos os principais sistemas do corpo. Quando há uma alteração na mobilidade, cada sistema corporal corre o risco de ficar comprometido. A gravidade do comprometimento depende da saúde global do paciente, do grau e duração da imobilidade e da idade. Por exemplo, os idosos com condições crônicas desenvolvem efeitos acentuados de imobilidade com mais rapidez do que os pacientes mais novos com o mesmo problema de imobilidade.

Alterações Metabólicas

As alterações na mobilidade afetam o metabolismo endócrino, a reabsorção do cálcio e o funcionamento do sistema gastrointestinal. O sistema endócrino, composto de glândulas secretoras de hormônios, mantém e regula as funções vitais como (1) resposta ao estresse e lesão; (2) crescimento e desenvolvimento; (3) reprodução; (4) manutenção do ambiente interno; e (5) produção, uso e armazenamento de energia.Quando ocorre lesão ou estresse, o sistema endócrino desencadeia uma série de respostas voltadas para a manutenção da pressão arterial e preservação da vida. É importante na manutenção da homeostase. Os tecidos e células vivem em um ambiente interno que o sistema endócrino ajuda a regular através da manutenção do sódio, potássio, água e equilíbrio ácido-base. Ele também regula o metabolismo da energia. O hormônio da tireoide aumenta a taxa metabólica basal (TMB) e a energia fica disponível para as células através da ação integrada dos hormônios gastrointestinais e pancreáticos (McCance e Huether, 2014).

A imobilidade perturba o funcionamento metabólico normal, diminuindo a taxa metabólica; alterando o metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas; causando desequilíbrios hídricos, eletrolíticos e de cálcio; e causando perturbações gastrointestinais, como a diminuição do apetite e o retardamento da peristalse. No entanto, na presença de um processo infeccioso, os pacientes imobilizados costumam ter uma maior TMB como consequência de febre ou cicatrização de ferida, pois aumentam a necessidade de oxigênio celular (McCance e Huether, 2014).

Uma deficiência em calorias e proteína é característica dos pacientes com redução no apetite secundária à imobilidade. O corpo está constantemente sintetizando proteínas e decompondo-as em aminoácidos para formar outras proteínas (Cap. 45). Quando o paciente está imóvel, frequentemente seu corpo excreta mais nitrogênio (o produto final da quebra dos aminoácidos) do que ingere nas proteínas, resultando em **equilíbrio nitrogenado negativo**. A perda de peso, a menor massa muscular e a fraqueza resultam do catabolismo tecidual (decomposição dos tecidos) (McCance e Huether,2014).

Outra alteração metabólica associada à imobilidade é a reabsorção de cálcio (perda) dos ossos. A imobilidade causa a liberação de cálcio na circulação. Normalmente os rins excretam o excesso de cálcio. No entanto, se não conseguirem responder adequadamente, o resultado é a hipercalcemia. As fraturas patológicas ocorrem se a reabsorção de cálcio continuar enquanto o paciente permanecer em repouso no leito ou continuar imóvel (McCance e Huether, 2014).

As deficiências do funcionamento gastrointestinal causadas pela menor mobilidade variam. A dificuldade na defecação (constipação) é um sintoma comum, embora a pseudodiarreia resulte frequentemente de uma impactação fecal (acúmulo de fezes endurecidas). Saiba que esse achado não é a diarreia normal, mas sim fezes líquidas passando em volta da área de impactação (Cap. 47). Se não for tratada, a impactação fecal resulta em uma obstrução mecânica do intestino que oclui parcial ou completamente o lúmen intestinal, bloqueando a propulsão normal de líquidos e gases. O líquido resultante no intestino produz distensão e aumenta a pressão intraluminal. Com o tempo, a função intestinal fica deprimida, ocorre a desidratação, cessa a absorção e pioram as perturbações hidroeletrolíticas.

Alterações Respiratórias

O exercício aeróbico regular melhora o funcionamento respiratório. Por outro lado, a falta de movimento e de exercício coloca os pacientes em risco de complicações respiratórias. Os pacientes imóveis correm um alto risco de desenvolver complicações pulmonares, como **atelectasia** (colapso dos alvéolos) e **pneumonia hipostática** (inflamação do pulmão decorrente de estase ou acúmulo de secreções). Tanto a diminuição da oxigenação quanto a recuperação prolongada contribuem para o desconforto do paciente (Lewis et al., 2013). Na atelectasia as secreções bloqueiam um bronquíolo ou um brônquio; e o tecido pulmonar distal (alvéolos) colapsa à medida que o ar existente é absorvido, produzindo hipoventilação. O sítio de bloqueio afeta a gravidade da atelectasia. Às vezes um lobo pulmonar inteiro ou um pulmão inteiro colapsa. No mesmo ponto no desenvolvimento dessas complicações há um declínio proporcional na

capacidade do paciente para tossir produtivamente. No final das contas, a distribuição do muco nos brônquios aumenta, particularmente quando o paciente está na posição supina, prona ou lateral. O muco acumula nas regiões pendentes das vias aéreas (Fig. 28-1). A pneumonia hipostática resulta frequentemente, pois o muco é um meio excelente para o crescimento das bactérias.

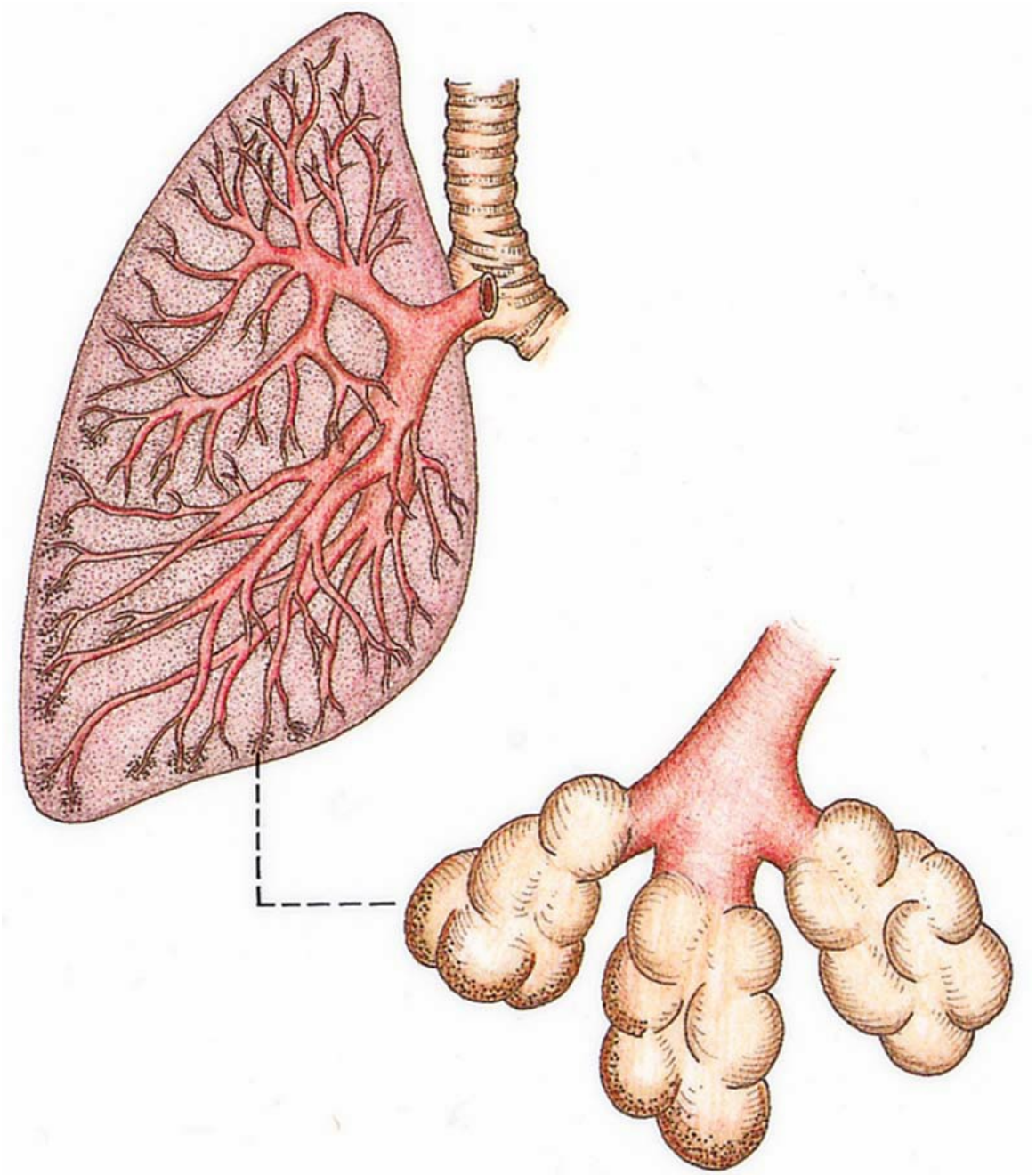


FIGURA 28-1 Acúmulo de secreções nas regiões pendentes dos pulmões na posição de decúbito dorsal.

Alterações Cardiovasculares

A imobilização também afeta o sistema cardiovascular, resultando frequentemente em hipotensão ortostática, maior carga de trabalho cardíaco e formação de trombo. A **hipotensão ortostática** é uma queda

da pressão arterial acima de 20 mmHg na pressão sistólica ou 10 mmHg na pressão diastólica e sintomas de tontura, vertigens, náusea, taquicardia, palidez ou desmaio quando o paciente passa da posição em decúbito dorsal para a posição em pé (Ball et al., 2015). No paciente imobilizado ocorre a diminuição do volume de líquido circulante, o acúmulo de sangue nas extremidades inferiores e a menor resposta autônoma. Essas condições são especialmente evidentes no idoso.

À medida que a carga de trabalho do coração aumenta, também aumenta o seu consumo de oxigênio. Portanto, o coração trabalha mais intensamente e com menos eficiência durante os períodos de repouso prolongado. À medida que a imobilização aumenta, o débito cardíaco cai, diminuindo ainda mais a eficiência cardíaca e aumentando a carga de trabalho.

Os pacientes imóveis também correm risco de formação de trombos. O **trombo** é um acúmulo de plaquetas, fibrina, fatores de coagulação e elementos celulares do sangue presos à parede interna de uma veia ou artéria que às vezes obstrui o lúmen do vaso (Fig. 28-2). Três fatores contribuem para a formação de trombo venoso: (1) dano à parede do vaso (p. ex., lesão durante os procedimentos cirúrgicos), (2) alterações do fluxo sanguíneo (p. ex., fluxo sanguíneo lento nas veias da panturrilha associado ao repouso no leito) e (3) alterações nos constituintes do sangue (p. ex., uma mudança nos fatores de coagulação ou maior atividade plaquetária). Esses três fatores são denominados frequentemente como *tríade de Virchow* (McCance e Huether, 2014). Como um profissional de enfermagem você irá praticar em muitas situações em que a trombose venosa profunda (TVP) deve ser evitada, especialmente durante os cuidados pré-operatórios (Cap. 50).

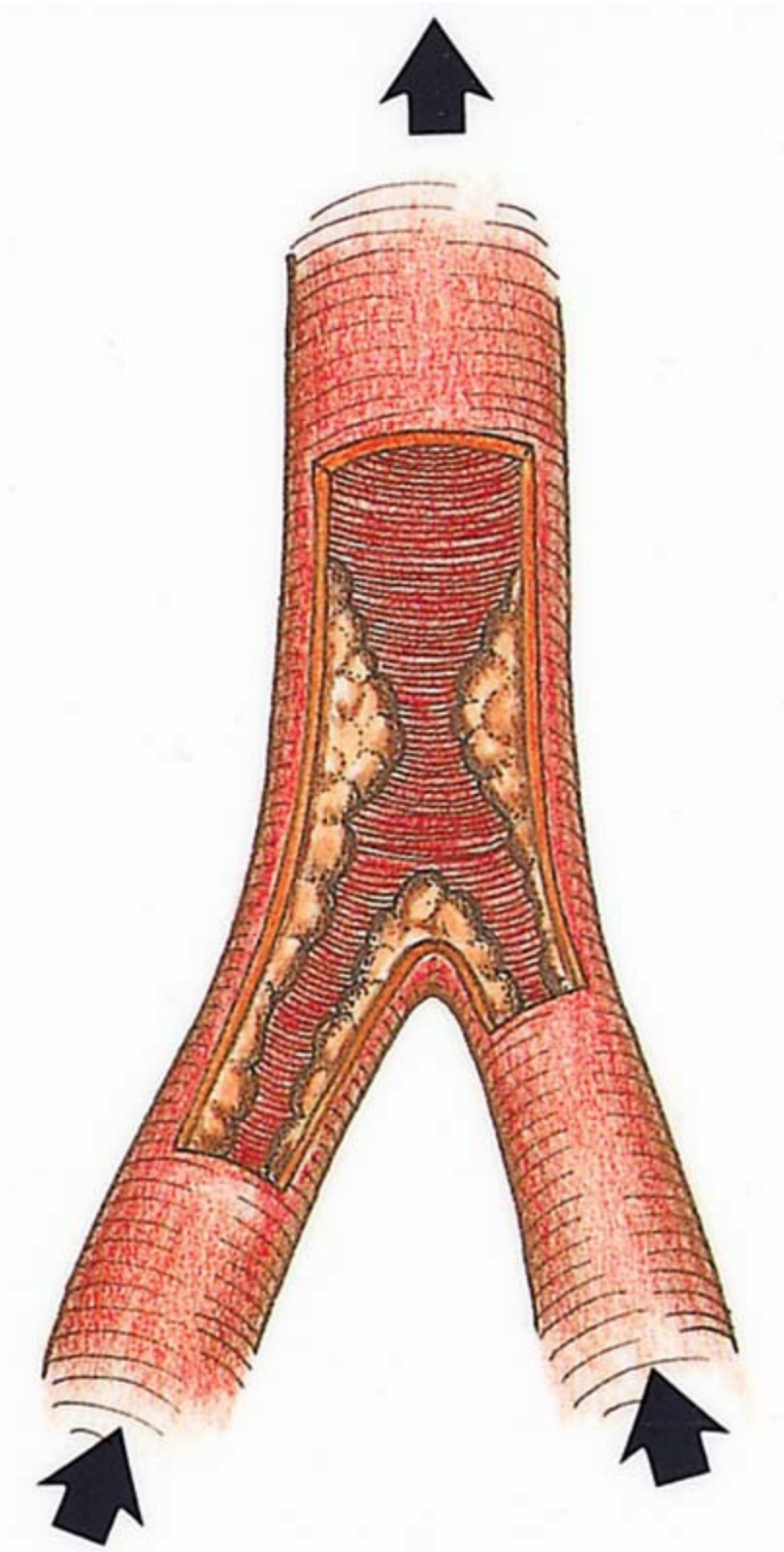


FIGURA 28-2 Formação de trombo em um vaso.

Alterações Musculoesqueléticas

A imobilidade afeta o sistema musculoesquelético ocasionando o comprometimento temporário ou permanente ou incapacidade permanente. A mobilidade restrita às vezes resulta na perda de resistência, força e massa muscular e na menor estabilidade e equilíbrio. Outros efeitos da mobilidade restrita que afetam o sistema esquelético são o comprometimento do metabolismo do cálcio e a mobilidade articular.

Efeitos Musculares

Devido à decomposição da proteína, um paciente perde massa corporal magra durante a imobilidade. A massa muscular reduzida faz com que os pacientes tenham dificuldade para sustentar atividade sem aumentar a fadiga. Se a imobilidade continuar e o paciente não se exercitar, há mais perda de massa muscular. A imobilidade prolongada leva frequentemente à atrofia por desuso. A perda de resistência, menor massa e força muscular e instabilidade articular (ver Efeitos Esqueléticos) coloca os pacientes em risco de quedas (Cap. 39).

Efeitos Esqueléticos

A imobilização provoca duas mudanças esqueléticas: deficiência do metabolismo do cálcio e anomalias articulares. Como a imobilização resulta em reabsorção óssea, o tecido ósseo é menos denso ou atrofiado, resultando em **osteoporose por desuso**. Quando ocorre a osteoporose por desuso, um paciente corre risco de fraturas patológicas.

Osteoporose é uma importante preocupação de saúde nos Estados Unidos. Prevê-se que em 2025 ela será responsável por aproximadamente três milhões de fraturas e US$25,3 bilhões em custos por ano. Além do mais, a National Osteoporosis Foundation (2014) comunica que aproximadamente 54 milhões de americanos têm osteoporose e pouca massa óssea. Estudos sugerem que aproximadamente uma em cada duas mulheres e até um em cada quatro homens de 50 anos de idade ou mais vai quebrar um osso em

consequência da osteoporose. Embora a osteoporose primária tenha uma origem diferente da osteoporose que resulta da imobilidade, é imperativo que os profissionais de enfermagem reconheçam que os pacientes imobilizados correm um alto risco de perda óssea acelerada se tiverem osteoporose primária.

A imobilidade pode levar a contraturas articulares. Uma **contratura articular** é uma condição anormal e possivelmente permanente, caracterizada pela fixação de uma articulação. É importante observar que os músculos flexores são mais fortes que os músculos extensores e, portanto, contribuem para a formação de contraturas. O desuso, a atrofia e o encurtamento das fibras musculares causam contraturas articulares. Quando ocorre uma contratura, a articulação não consegue alcançar a amplitude total do movimento. Às vezes as contraturas deixam uma ou mais articulações em uma posição não funcional, como se vê nos pacientes permanentemente curvos em uma posição fetal. A prevenção precoce das contraturas é essencial (Quadro 28-1)(Clavet et al., 2011).

Quadro 28-1

Prática baseada em evidências

Contraturas do Paciente e Tratamentos para Reduzir as Futuras Contraturas em Pacientes sob Risco

Questão PICO: O uso precoce do posicionamento correto, dos exercícios de amplitude de movimentos (ADM) e das modalidades de tratamento mecânico, como as talas dinâmicas e estáticas, pode reduzir as contraturas articulares nas extremidades inferiores em pacientes com condições de risco, comparados com os pacientes que não foram submetidos a nenhuma intervenção inicial?

Resumo das Evidências

As contraturas articulares são distúrbios evitáveis comuns que

podem resultar em morbidade significativa no longo prazo e menor independência do paciente. A contratura é o encurtamento do tecido conjuntivo e é uma condição anormal e possivelmente permanente, caracterizada pela menor amplitude do movimento articular e/ou fixação da articulação. As contraturas ocorrem após o posicionamento articular prolongado (imobilidade), distúrbios neurológicos e manipulação cirúrgica da articulação (Furia et al., 2013). As evidências mostram que a prevenção precoce das contraturas é essencial (Furia et al., 2013; Clavet et al., 2011). Uma análise sistemática da redução da contratura realizada por Furia et al (2013) relatou o sucesso da intervenção precoce com procedimentos de aplicação de órtese. Eles observaram que o uso rápido das órteses com os exercícios de amplitude de movimentos prescritos reduziu as contraturas e melhorou a amplitude do movimento articular ativo nas extremidades inferiores afetadas.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Junto com uma equipe de saúde interprofissional, desenvolva um protocolo de intervenção inicial usando o posicionamento prescrito, exercícios de amplitude de movimentos e/ou órteses para diminuir o risco de formação de contraturas (Furia et al., 2013).
- As instituições de saúde precisam fornecer equipamentos (p. ex., órteses) e instruções adequadas para a equipe a fim de diminuir o risco de contraturas.
- Um plano de cuidados colaborativo, incluindo o plano de alta, com um protocolo de prevenção de contraturas e reforço muscular, deve ser desenvolvido na internação do paciente (Clavet et 1l., 2011).
- Use o posicionamento, exercícios e dispositivo de ADM, conforme a necessidade de cada paciente e a prescrição (Furia et al., 2013).

Uma contratura comum e debilitante é a queda plantar (Fig. 28-3). Quando ocorre a **queda plantar**, o pé fica permanentemente preso em

flexão plantar. A deambulação é difícil com o pé nessa posição porque o paciente não consegue dorsiflexionar o pé. Um paciente com queda plantar é incapaz de erguer os dedos do pé fora do chão. Os pacientes que sofreram AVC com resultante paralisia direita ou esquerda (hemiplegia) correm risco de ter queda plantar.

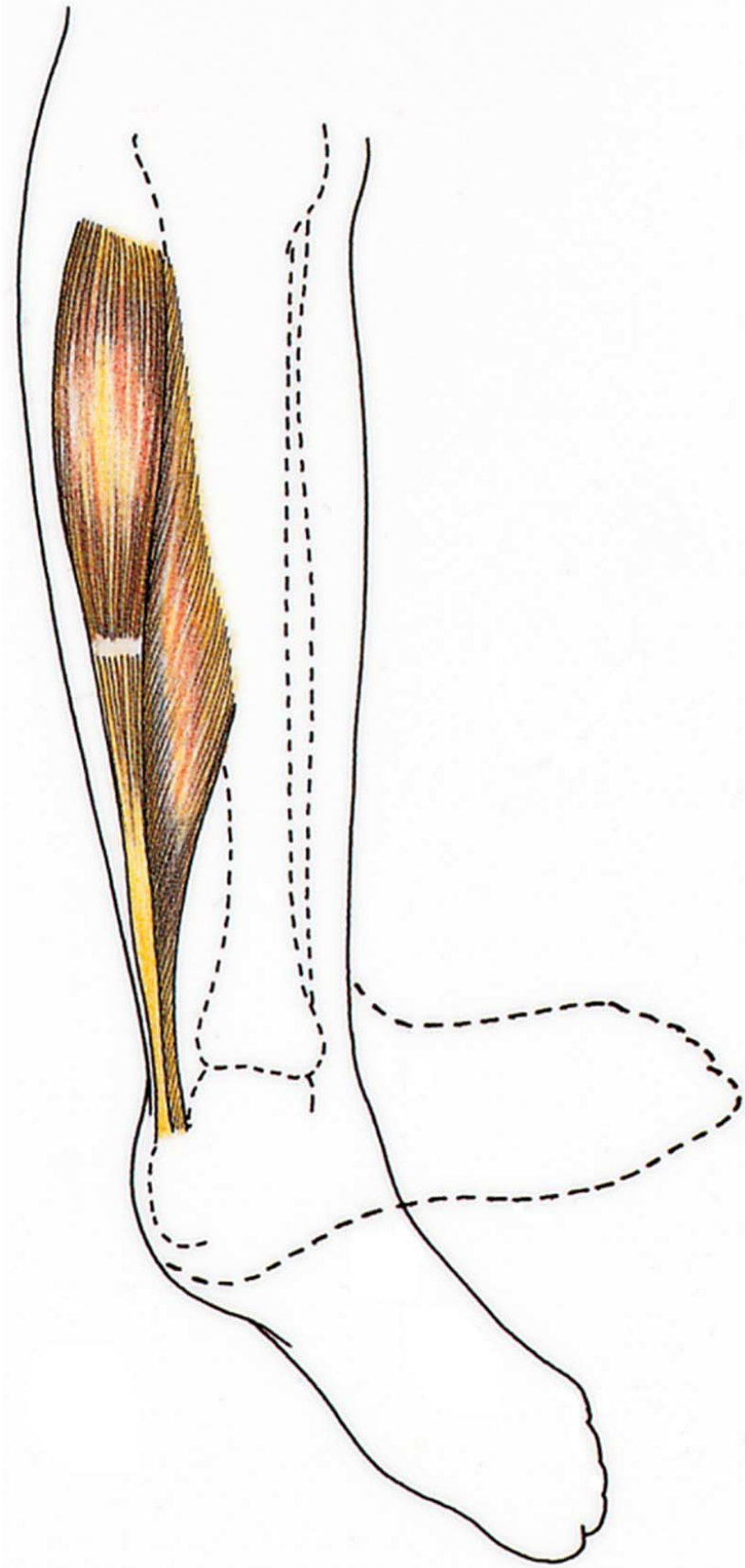


FIGURA 28-3 Queda plantar. O tornozelo fica preso em flexão plantar. Normalmente o tornozelo é capaz de flexionar (*linha pontilhada*), facilitando caminhar.

Alterações na Eliminação Urinária

A imobilidade altera a eliminação urinária de um paciente. Na posição ereta a urina flui para fora da pelve renal e entra nos ureteres e na bexiga em virtude das forças gravitacionais. Quando um paciente está em decúbito ou na horizontal, os rins e os ureteres se movem para um plano mais nivelado. A urina formada pelo rim precisa entrar na bexiga sem ajuda da gravidade. Como as contrações peristálticas dos ureteres são insuficientes para superar a gravidade, a pelve renal enche antes de a urina entrar nos ureteres (Fig. 28-4). Essa condição se chama **estase urinária** e aumenta o risco de infecção do trato urinário e cálculos renais (Cap. 46). Os **cálculos renais** são pedras de cálcio que se alojam na pelve renal ou passam pelos ureteres. Os pacientes imobilizados correm risco de formação de cálculos porque frequentemente sofrem de hipercalcemia.

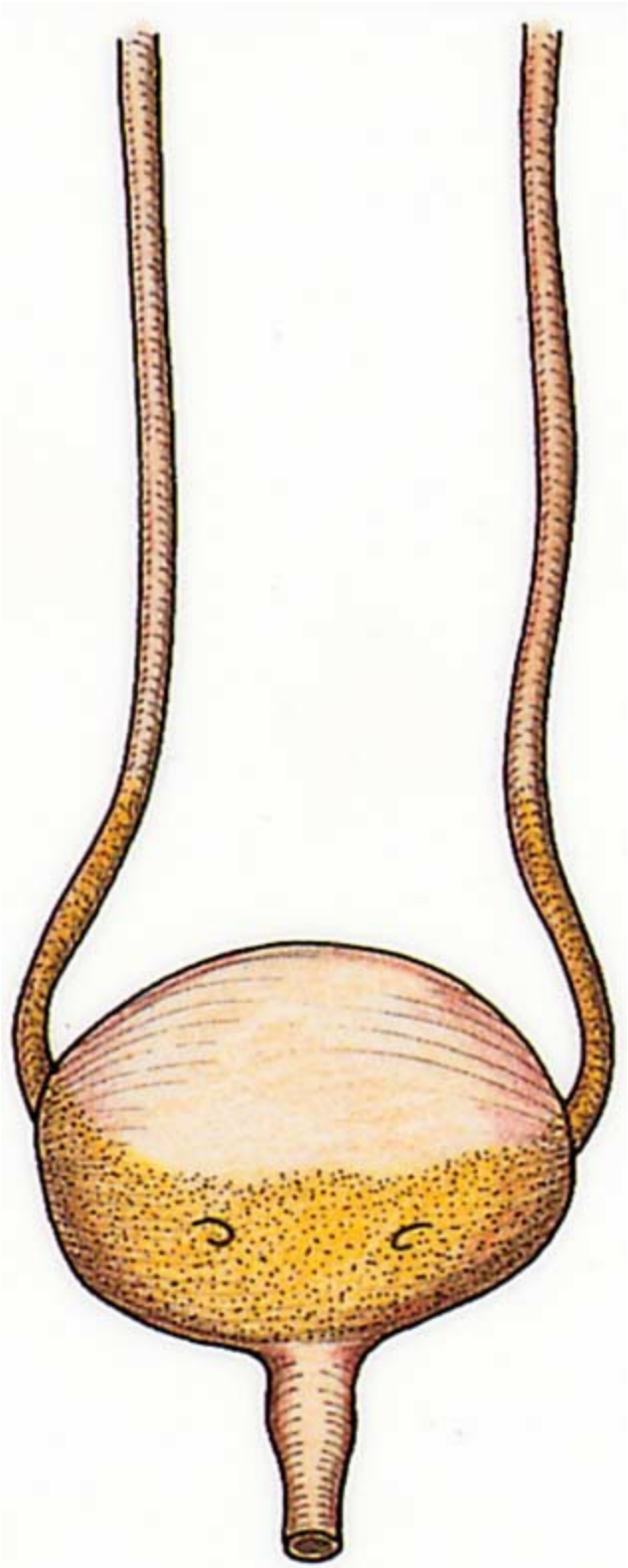


FIGURA 28-4 Estase da urina com refluxo para os ureteres.

À medida que o período de imobilidade continua, a ingestão hídrica costuma diminuir. Quando combinada com outros problemas como a febre, o risco de desidratação aumenta. Consequentemente, o débito urinário diminui aproximadamente no quinto ou sexto dia após a imobilização e a urina fica concentrada. Essa urina concentrada aumenta o risco de formação de cálculos e infecções. Outra causa das infecções do trato urinário nos pacientes imobilizados é o uso de um cateter vesical de demora.

Alterações Tegumentares

As mudanças no metabolismo que acompanham a imobilidade se somam aos efeitos dos riscos da pressão sobre a pele de pacientes imobilizados. Isso transforma a imobilidade em um fator de risco importante para as lesões por pressão. Qualquer quebra na integridade da pele é difícil de cicatrizar. É muito mais barato prevenir lesão por pressão do que tratá-la; portanto, as intervenções de enfermagem preventivas são imperativas (WOCN. 2010).

Uma **lesão por pressão** é um comprometimento da pele resultante de isquemia prolongada (menor suprimento sanguíneo) nos tecidos (Cap. 48). Uma ulceração é caracterizada inicialmente por inflamação e geralmente se forma sobre uma proeminência óssea. A isquemia se desenvolve quando a pressão sobre a pele é maior que a pressão interna aos pequenos vasos sanguíneos periféricos.

O metabolismo tecidual depende do suprimento de oxigênio e nutrientes para o sangue e da eliminação dos resíduos metabólicos do sangue. A pressão afeta o metabolismo celular diminuindo ou eliminando totalmente a circulação tecidual. Quando um paciente deita no leito ou senta em uma cadeira, o peso do corpo está nas proeminências ósseas. Quanto mais tempo durar a aplicação da pressão, maior será o período de isquemia e, portanto, maior o risco de rompimento da pele. A prevalência das lesões por pressão é maior nas instalações de cuidados prolongados, enquanto as lesões por pressão adquiridas no hospital são as piores nas unidades de cuidados intensivos de adultos (Peterson et al., 2013).

Efeitos Psicossociais

A imobilização leva frequentemente a respostas emocionais e comportamentais, alterações sensoriais e mudanças no modo de enfrentamento da condição. As doenças que resultam em limitação ou comprometimento da mobilidade podem causar isolamento social e solidão (Parker, 2012). Cada paciente responde à imobilidade de maneira diferente.

Os pacientes com restrição de mobilidade podem ter alguma depressão. A depressão é um distúrbio afetivo caracterizado por sensações exageradas de tristeza, melancolia, inutilidade, vazio e desesperança, desproporcionais à realidade. Ela resulta de preocupações com os níveis atuais e futuros de saúde, finanças e necessidades familiares. Como a imobilização retira um paciente da rotina diária, ele tem mais tempo para se preocupar com a deficiência. A preocupação aumenta rapidamente a depressão de um paciente, provocando o retraimento. Pacientes retraídos raramente querem participar do próprio cuidado.

Alterações do Desenvolvimento

A imobilidade leva a mudanças no desenvolvimento nos adultos muito jovens e mais velhos. O jovem imobilizado ou o adulto de meia-idade que tem sido saudável sofre poucas mudanças no desenvolvimento, se ocorrerem. No entanto, há exceções. Por exemplo, uma mãe com complicações após o parto tem que fazer repouso no leito e, consequentemente, não pode interagir com seu recém-nascido conforme esperava.

Lactentes, *Toddlers* e Pré-escolares

A coluna do recém-nascido é flexível e não tem as curvas anteroposteriores do adulto (Cap. 12). À medida que o lactente cresce, o desenvolvimento musculoesquelético permite a sustentação do peso ao ficar em pé e caminhar. A postura é desajeitada porque a cabeça e a parte superior do tronco são levadas para frente. Como o peso corporal não é distribuído igualmente ao longo de uma linha de

gravidade, a postura está fora de equilíbrio, ocorrendo frequentemente as quedas. Quando um lactente, *toddler* ou pré-escolar fica imobilizado, normalmente isso acontece em consequência de trauma ou da necessidade de corrigir uma anomalia esquelética congênita. A imobilização prolongada atrasa as habilidades motoras macroscópicas de uma criança, o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento musculoesquelético.

Adolescentes

O estágio adolescente começa normalmente com um tremendo aumento no crescimento (Cap. 12). Quando o nível de atividade é reduzido em virtude de trauma, doença ou cirurgia, o adolescente frequentemente fica atrás dos seus pares quanto a conquistar independência e alcançar certas habilidades, como obter uma carteira de motorista. O isolamento social é uma preocupação nessa faixa etária quando ocorre a imobilização.

Adultos

Um adulto com a postura e o alinhamento corporal correto se sente bem, parece bem e geralmente aparenta autoconfiança. O adulto saudável também tem o desenvolvimento musculoesquelético e a coordenação necessários para realizar as atividades diárias (Cap. 13). Quando ocorrem períodos de imobilidade prolongada, todos os sistemas fisiológicos correm risco. Além disso, o papel do adulto muda frequentemente em relação à família ou estrutura social. Alguns adultos perdem seus empregos, o que afeta o conceito que têm de si mesmos (Cap. 34).

Idosos

Nos idosos ocorre uma perda progressiva da massa óssea total. Algumas das causas possíveis dessa perda incluem a menor atividade física, alterações hormonais e reabsorção óssea. O efeito da perda óssea são os ossos mais fracos. Os idosos costumam andar mais

lentamente, dar passos menores e parecem menos coordenados. As medicações prescritas alteram sua sensação de equilíbrio ou afetam sua pressão arterial quando mudam de posição rápido demais, aumentando seu risco de quedas e lesões (Cap. 14). Os resultados de uma queda incluem não só a possível lesão, mas também a internação hospitalar, perda da independência, efeitos psicológicos e bem possivelmente a morte (McMahon e Fleury, 2012).

Os idosos sofrem frequentemente alterações de estado funcional secundárias à hospitalização e alterações na mobilidade (Quadro 28-2). A imobilização dos idosos aumenta sua dependência física em relação às outras pessoas e acelera as perdas funcionais (Padula et al., 2009). A imobilização de alguns idosos resulta de uma doença degenerativa, trauma neurológico ou condição crônica. Em alguns idosos, isso ocorre de maneira gradual e progressiva: em outros, especialmente nos que sofreram um AVC, é repentino. Quando prestar cuidados a um idoso, incentive esse paciente a realizar seus cuidados pessoais conforme a possibilidade, mantendo com isso o nível mais alto de mobilidade. Às vezes os profissionais de enfermagem contribuem inadvertidamente para a imobilidade de um paciente fornecendo a ajuda necessária durante as atividades, como tomar banho e transferência.

Quadro 28-2

Foco nos idosos

Declínio Funcional nos Idosos com Imobilidade ou Hospitalizados

Para muitos idosos a internação hospitalar resulta frequentemente em declínio funcional apesar do tratamento para o qual foram internados. Alguns idosos têm problemas relacionados com a mobilidade e voltam rapidamente a um estado de dependência. O envelhecimento comum está associado a menor resistência muscular e a capacidade aeróbica, que ficam exacerbados se o

estado nutricional de um paciente for ruim.

- É preciso incluir uma avaliação nutricional no plano de cuidados de um idoso submetido à imobilidade.
- A anorexia e a assistência insuficiente com a alimentação levam à desnutrição, que contribui para os problemas conhecidos associados à imobilidade.
- A melhor nutrição aumenta a capacidade do paciente para desempenhar exercícios de recondicionamento físico (Padula et al., 2009).
- Há uma relação direta entre o sucesso da reabilitação dos idosos e seu estado nutricional.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado dos pacientes. O processo de enfermagem proporciona uma abordagem de tomada de decisão clínica para que você possa desenvolver e implementar um plano de cuidados. Os pacientes com comprometimentos de mobilidade preexistentes e aqueles em risco de imobilidade vão se beneficiar bastante de um plano de cuidados que melhore o estado funcional do paciente, promova o autocuidado, mantenha o bem- estar psicológico e reduza os perigos da imobilidade.

Histórico de Enfermagem

Sua coleta de dados do paciente deve considerar seu estado de mobilidade, os efeitos de quaisquer doenças ou condições sobre a mobilidade e os riscos do paciente quanto às alterações na mobilidade resultantes dos tratamentos. Analise criticamente os achados para assegurar a tomada de decisão centrada no paciente necessária para os cuidados de enfermagem seguros.

Pela Ótica do Paciente

Normalmente você vai avaliar o grau de mobilidade e imobilidade de um paciente durante a entrevista história de saúde e o exame físico (Quadro 28-3). Tenha em mente que o paciente é um parceiro no fornecimento de informações e na concepção do plano de cuidados. É importante compreender como as limitações na mobilidade são percebidas pelo paciente. O paciente tem uma deficiência há muito tempo e está bem adaptado ao uso de um dispositivo de assistência ou até mesmo uma cadeira de rodas? A limitação na mobilidade é súbita e inesperada, fazendo com que o paciente fique com medo ou cheio de dúvidas? Transmita sempre respeito pelas preferências, valores e necessidades do paciente durante a avaliação e quando conceber um plano de cuidados (Ackley e Ladwig, 2014).

Quadro 28-3 Perguntas do Histórico de Enfermagem

Mobilidade

- Descreva quaisquer mudanças que você observou em sua capacidade para caminhar e cuidar de si mesmo diariamente.
- Você sentiu qualquer rigidez, inchaço de uma articulação, dor muscular ou articular, ou dificuldade para se movimentar? Se a resposta for sim, descreva como você é afetado.
- Você notou qualquer falta de ar; se sim, piora quando você caminha?

Imobilidade

- Descreva a sua atividade diária normal. Ela mudou recentemente?
- Em que o seu apetite e dieta mudaram desde que você teve problemas de locomoção?
- Descreva o que você come em um dia normal.
- O seu dia parece muito longo?
- Você está dormindo bem à noite?
- Você percebeu algum lugar na sua pele que esteja avermelhado ou com feridas abertas?
- Descreva quaisquer mudanças que você tenha notado na hora de urinar e/ou defecar.

Mobilidade

A avaliação da mobilidade do paciente se concentra na amplitude de movimentos, marcha, tolerância ao exercício e atividades e alinhamento corporal. Quando em dúvida quanto à capacidade de um paciente, comece a avaliação da mobilidade com o paciente na posição mais apoiada possível e passe para níveis mais altos, de acordo com a tolerância desse paciente. Geralmente a avaliação do movimento começa enquanto o paciente está deitado e passa para a sentada, e

finalmente em caminhada. Isso ajuda a proteger a segurança do paciente.

Amplitude de Movimentos

A **amplitude de movimentos (ADM)** é a quantidade máxima de movimento disponível em uma articulação em um dos três planos do corpo: sagital, transversal ou frontal (Fig. 28-5). O plano sagital é uma linha que passa pelo corpo, da frente para trás, dividindo-o em um lado esquerdo e um lado direito. O plano frontal passa pelo corpo de um lado a outro e o divide em frente e costas. O plano transversal é uma linha horizontal que divide o corpo em superior e inferior.

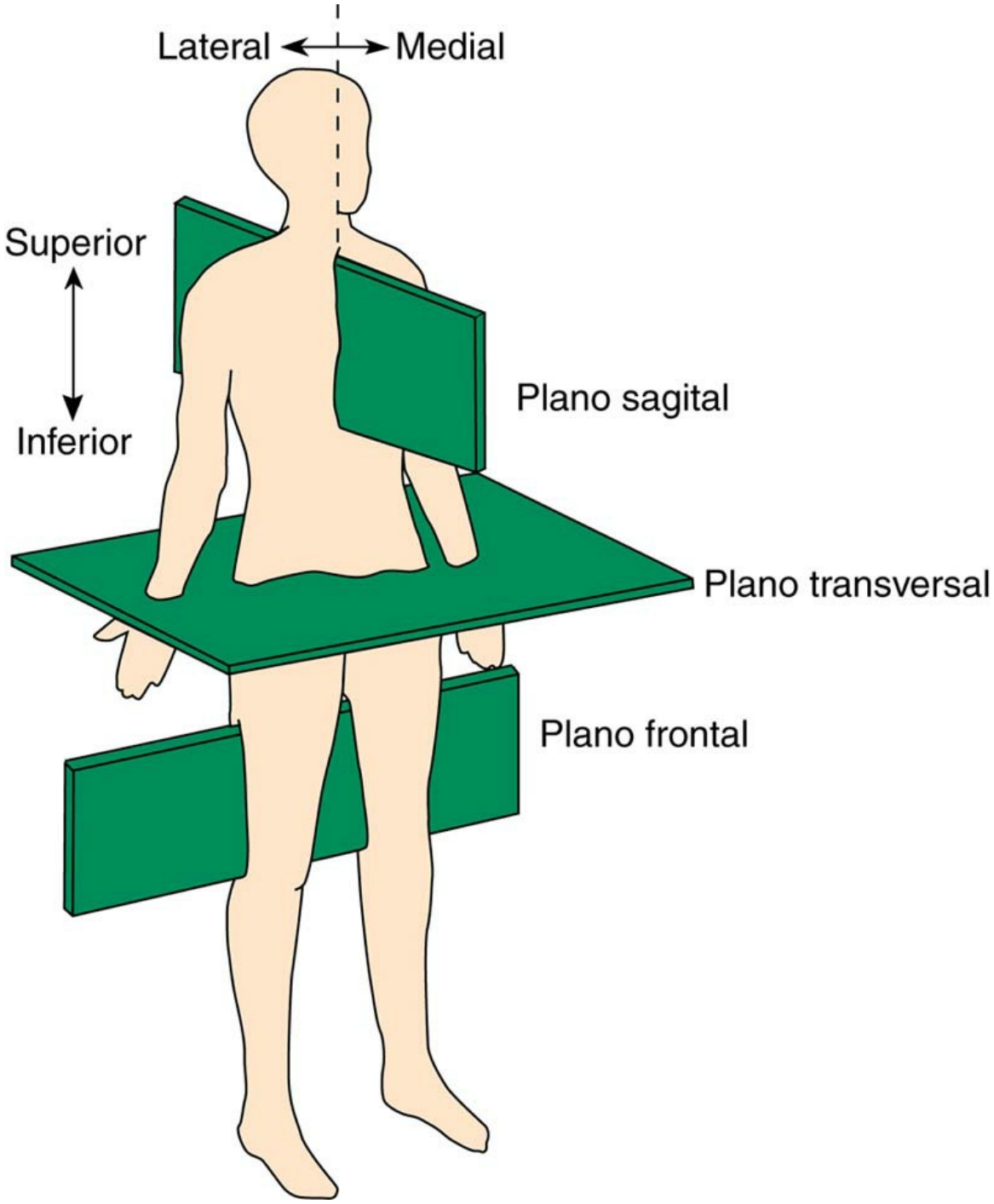


FIGURA 28-5 Planos do corpo.

Ligamentos, músculos e a natureza da articulação limitam a mobilidade articular de cada um dos planos. No entanto, alguns movimentos ligamentares são específicos de cada plano. No plano sagital, os movimentos são flexão e extensão (p. ex., dedos e

cotovelos), dorsiflexão e flexão plantar (pés) e extensão (p. ex., quadril). Os movimentos no plano frontal são abdução e adução (p. ex., braços e pernas) e eversão e inversão (pés). No plano transversal os movimentos são em posição prona e supina (mãos) e rotação interna e externa (quadris).

A avaliação da amplitude de movimentos é importante como uma medida basal para determinar as condições de mobilidade de um paciente e posteriormente comparar e avaliar se ocorreu uma perda na mobilidade articular em consequência de alterações clínicas ou tratamentos. Quando avaliar a amplitude de movimentos, faça perguntas sobre o paciente e examine-o fisicamente quanto a rigidez, inchaço, dor, limitação de movimentos e movimentos descoordenados. O Capítulo 31 descreve técnicas específicas para medir os graus de movimento em uma articulação. Os pacientes cuja mobilidade é restrita necessitam de exercícios de amplitude dos movimentos para diminuir os perigos da imobilidade. A amplitude de movimentos limitada indica frequentemente inflamação, como artrite, líquido na articulação, suprimento nervoso alterado ou contraturas. A maior mobilidade (além do normal) de uma articulação às vezes indica distúrbios de tecido conjuntivo, lacerações ligamentares ou possíveis fraturas articulares.

Avalie o tipo de exercício de amplitude de movimentos que um paciente consegue realizar. Primeiro, considere o plano de cuidados médicos e se os exercícios ativos de amplitude de movimentos são adequados; depois, avalie a capacidade do paciente para aderir aos exercícios ativos de amplitude de movimentos. Esses exercícios são ativos (o paciente movimenta todas as articulações sem ajuda pela amplitude de movimentos), passivos (o paciente não consegue se mexer sozinho e o profissional de enfermagem movimenta cada articulação pela amplitude de movimentos) ou em algum ponto entre os dois (Tabela 28-2). Por exemplo, pode ser que você precise ajudar um paciente fraco enquanto ele realiza a maior parte do movimento articular. Alguns pacientes conseguem mover algumas articulações ativamente, enquanto você vai mover passivamente as outras. Sua avaliação vai ajudar a determinar a necessidade do paciente no que

diz respeito à ajuda, orientação ou reforço. Em geral, os exercícios precisam ser tão ativos quanto a saúde e a mobilidade permitirem. As contraturas se desenvolvem nas articulações que não são movimentadas periodicamente através de sua amplitude de movimentos completa. A avaliação dos pacientes com movimentos articulares limitados varia com base na área afetada.

Tabela 28-2

Exercícios de Amplitude de Movimentos (ADM)

Parte do Corpo	Tipo de Articulação	Tipo de Movimento	Amplitude (Graus)	Músculos Principais
Pescoço, coluna cervical	Pivô	*Flexão:* Traga o queixo sobre o peito.	45	Esternocleidomastóideo
		Extensão: Volte a cabeça para a posição ereta.	45	Trapézio
		Hiperextensão: Incline a cabeça para trás o mais longe possível.	10	Trapézio
		Flexão lateral: Incline a cabeça o máximo possível na direção de cada ombro.	40-45	Esternocleidomastóideo
		Rotação: Gire a cabeça o máximo possível em movimento circular.	180	Esternocleidomastóideo, trapézio
Ombro	Esfera e soquete	*Flexão:* Levante o braço da posição lateral para a posição acima da cabeça.	180 45-60	Coracobraquial, bíceps braquial, deltoide, peitoral maior
		Extensão: Retorne o braço para a posição ao lado do corpo.	180	Latíssimo do dorso, teres maior, tríceps braquial
		Hiperextensão: Mova o braço para trás do corpo, mantendo o cotovelo reto.	45-60	Latíssimo do dorso, teres maior, deltoide
		Abdução: Levante o braço lateralmente, posicionando acima da cabeça com a palma afastada da cabeça.	180	Deltoide, supraespinhal
		Adução: Abaixe o braço lateralmente e cruze o corpo o mais longe possível.	320	Peitoral maior
		Rotação interna: Com o cotovelo flexionado, gire o ombro movendo o braço até o	90	Peitoral maior, latíssimo do dorso, teres maior, subescapular

		polegar ficar virado para dentro e para trás.		
		Rotação externa: Com o cotovelo flexionado, mova o braço até o polegar ficar para cima e lateral à cabeça.	90	Infraespinhal, teres maior, deltoide
		Circundação: Mova o braço em um círculo completo (circundação é uma combinação de todos os movimentos articulação-esfera- soquete).	360	Deltoide, coracobraquial, latíssimo do dorso, teres maior
Cotovelo	Dobradiça	*Flexão:* Dobre o cotovelo para que a parte inferior do braço se mova para a articulação do ombro e a mão fique nivelada com o ombro.	150	Bíceps braquial, braquial, braquiorradial
		Extensão: Endireite o cotovelo baixando a mão.	150	Tríceps braquial
Antebraço	Pivô	*Supinação:* Gire a parte inferior do braço e a mão para que a palma fique para cima.	70-90	Supinador, bíceps braquial
		Pronação: Gire a parte inferior do braço para que a palma fique para baixo.	70-90	Pronador teres, pronador quadrado
Pulso	Condiloide	*Flexão:* Mova a palma para o aspecto interno do antebraço.	80-90	Flexor carpo ulnar, flexor carpo radial
		Extensão: Mova os dedos e a parte posterior da mão para a linha média.	80-90	Extensor curto radial do carpo, extensor longo radial do carpo, extensor ulnar do carpo
		Hiperextensão: Leve a superfície dorsal da mão para trás o máximo possível.	80-90	Extensor curto radial do carpo, extensor longo radial do carpo, extensor ulnar do carpo
		Abdução: Coloque a mão com a palma para baixo e estenda o pulso lateralmente para o quinto dedo.	Até 30	Flexor radial do carpo, extensor curto radial do carpo, extensor longo radial do carpo
		Adução: Coloque a mão com a palma para baixo e estenda o pulso medialmente para o polegar.	30-50	Flexor ulnar do carpo, extensor ulnar do carpo
Dedos das mãos	Dobradiça condiloide	*Flexão:* Forme um punho.	90	Lumbricais, interósseos volares, interósseos dorsais
		Extensão: Endireite os dedos.	90	Extensor próprio do dedo mínimo, extensor comum dos dedos,

				extensor próprio do indicador
		Hiperextensão: Dobre os dedos para trás o máximo possível.	30-60	Extensor dos dedos
		Abdução: Separe os dedos.	30	Interósseo dorsal
		Adução: Junte os dedos.	30	Interósseo volar
Polegar	Sela	*Flexão:* Mova o polegar através da superfície palmar da mão.	90	Flexor curto do polegar
		Extensão: Mova o polegar em linha reta para longe da mão.	90	Extensor longo do polegar, extensor curto do polegar
		Abdução: Estenda o polegar lateralmente (normalmente quando os dedos estão em abdução e adução).	30	Abdutor curto do polegar
		Adução: Mova o polegar para trás na direção da mão.	30	Adutor oblíquo do polegar, adutor transversal do polegar
		Oposição: Toque o polegar com cada dedo da mesma mão.		Opositor do polegar, opositor do dedo mínimo
Quadril	Esfera e soquete	*Flexão:* Mova a perna para frente e para cima.	90-120	Psoas maior, ilíaco, sartório
		Extensão: Mova para trás ao lado da outra perna.	90-120	Glúteo máximo, semitendinoso, semimembranoso
		Hiperextensão: Mova a perna atrás do corpo.	30-50	Glúteo máximo, semitendinoso, semimembranoso
		Abdução: Mova a perna lateralmente afastando do corpo.	30-50	Glúteo médio, glúteo mínimo
		Adução: Mova a perna para trás na direção da posição medial e para além, se for possível.	30-50	Adutor longo, adutor curto, adutor magno
		Rotação interna: Gire o pé e a perna na direção da outra perna.	90	Glúteo médio, glúteo mínimo, tensor da fáscia lata
		Rotação externa: Gire o pé e a perna para longe da outra perna.	90	Obturador interno, obturador externo
		Circundação: Mova a perna em círculos.		Psoas maior, glúteo máximo, glúteo médio, adutor magno.
Joelho	Dobradiça	*Flexão*: Leve o calcanhar para	120-130	Bíceps femoral,

		trás na direção da coxa.		semitendinoso, semimembranoso, sartório
		Extensão: Retorne a perna para o chão.	123-130	Reto femoral, vasto lateral, vasto medial, vasto intermediário
Tornozelo	Dobradiça	*Flexão dorsal:* Mova o pé de modo que os dedos fiquem apontados para cima.	20-30	Tibial anterior
		Flexão plantar: Mova o pé de modo que os dedos fiquem apontados para baixo.	45-50	Gastrocnêmio, sóleo
Pé	Deslizante	*Inversão:* Vire a sola do pé medialmente.	10 ou menos	Tibial anterior, tibial posterior
		Eversão: Vire a sola do pé lateralmente.	10 ou menos	Longo perônio, curto perônio
Dedos dos pés	Condiloide	*Flexão:* Curve os dedos dos pés para baixo.	30-60	Flexor dos dedos, lumbricais do pé, flexor curto do hálux
		Extensão: Endireite os dedos dos pés.	30-60	Extensor longo dos dedos, extensor curto dos dedos, extensor longo do hálux
		Abdução: Afaste os dedos do pé.	15 ou menos	Abdutor do hálux, interósseo dorsal
		Adução: Junte os dedos do pé.	15 ou menos	Adutor do hálux, interósseo plantar

Pescoço

Uma contratura por flexão do pescoço é uma deficiência grave porque o pescoço do paciente fica permanentemente flexionado com o queixo próximo ou tocando o tórax. A avaliação revela alteração no alinhamento corporal, mudanças no campo visual e menor nível de funcionamento independente.

Ombros

Uma característica do ombro que o separa das demais articulações no corpo é que o músculo mais forte que o controla, o deltoide, fica completamente alongado na posição normal. Nenhum outro músculo exerce a sua força total quando em alongamento completo. Os pacientes com limitação dos movimentos no ombro têm dificuldade para mexer seus braços.

Cotovelo

O cotovelo funciona melhor em um ângulo de aproximadamente 90 graus. Um cotovelo fixo em extensão completa é incapacitante e limita a independência dos pacientes.

Antebraço

A maioria das funções da mão é mais bem executada com o antebraço em posição prona moderada. Quando o antebraço está preso em uma posição supina total, o uso que o paciente faz de sua mão é limitado.

Pulso

A função principal do pulso é colocar a mão em ligeira dorsiflexão, a posição de funcionamento. Quando o pulso está preso mesmo em uma posição levemente flexionada, a pega fica mais fraca.

Dedos e Polegar das Mãos

A ADM nos dedos e polegar permite que o paciente realize atividades diárias e outras que requeiram habilidades motoras finas, como carpintaria, bordado, desenho e pintura. A posição funcional dos dedos e do polegar das mãos é a ligeira flexão do polegar em oposição aos dedos.

Quadril

Como as extremidades inferiores estão concentradas principalmente na locomoção e sustentação do peso corporal, a estabilidade da articulação do quadril é mais importante que a mobilidade. Por exemplo, se um quadril não tiver mobilidade, mas estiver preso em uma posição neutra e plenamente estendido, é possível caminhar sem mancar significativamente. No entanto, as contraturas frequentemente prendem o quadril em posições de deformidade. A abdução excessiva faz com que a perna afetada pareça curta demais, enquanto a adução excessiva faz com que pareça comprida demais. Em ambos os casos o paciente tem locomoção limitada e caminha mancando de maneira evidente. As contraturas por rotação interna e externa provocam uma marcha anormal e sem equilíbrio.

Joelho

Uma função principal do joelho é a estabilidade, que é alcançada pelos ligamentos e músculos que sustentam a articulação. No entanto, os joelhos não podem se manter estáveis em condições de sustentação de peso, a menos que haja potência de quadríceps adequada para mantê-los em extensão total. Uma articulação do joelho imóvel resulta em deficiência grave. O grau de deficiência depende da posição em que o joelho está enrijecido. Se estiver preso em extensão completa, a pessoa precisa sentar com a perna esticada para frente. Quando o joelho está flexionado, a pessoa manca enquanto caminha. Quanto maior a flexão, mais a pessoa manca.

Tornozelo e Pé

Sem a amplitude de movimentos total do tornozelo ocorrem desvios da marcha. Se a articulação não estiver estável, a pessoa cai. Quando a pessoa relaxa no sono ou coma, o pé relaxa e assume uma posição de flexão plantar. Consequentemente, fica preso em flexão plantar (queda plantar), prejudicando a capacidade para caminhar de maneira independente e aumentando o risco de quedas.

Dedos dos Pés

A flexão excessiva dos dedos dos pés resulta em arranhadura. Quando se trata de uma deformidade permanente, o pé é incapaz de se manter na horizontal no chão e o paciente não consegue caminhar corretamente. As contraturas por flexão são a deformidade mais comum dos pés associadas à menor mobilidade articular.

Marcha

O termo **marcha** descreve uma maneira ou estilo particular de caminhar. É uma ação coordenada que exige a integração da função sensorial, força muscular, propriocepção, equilíbrio e um SNC funcionado corretamente (sistema vestibular e cerebelo). Um ciclo de marcha começa com o apoio do calcanhar de uma das pernas e continua com o apoio do calcanhar da outra perna. Avaliar a marcha de um paciente requer que você tire conclusões sobre equilíbrio,

postura e capacidade para caminhar sem ajuda, todos fatores que afetam o risco de queda. Seguem aqui algumas maneiras de avaliar a marcha de um paciente:

1. Observe o paciente entrar no quarto e repare na velocidade, nos passos e no equilíbrio.
2. Peça ao paciente para caminhar pelo quarto, virar e voltar.
3. Peça ao paciente para caminhar em linha reta com os dedos de um dos pés tocando o calcanhar do outro pé. Isso pode ser difícil para os idosos, mesmo na ausência de doença, então fique ao lado do paciente durante a caminhada.

Tolerância ao Exercício e à Atividade

Exercício é a atividade física para condicionar o corpo, melhorando a saúde e mantendo a forma física. As enfermeiras usam o exercício como tratamento para corrigir uma deformidade ou restabelecer o estado de saúde global do corpo a um nível máximo. Quando uma pessoa se exercita, ocorrem alterações fisiológicas benéficas em muitos sistemas corporais (Cap. 39). Você vai avaliar a história de exercício de um paciente perguntando qual exercício ele faz normalmente e a quantidade normal de exercício realizada diariamente ou semanalmente. Por exemplo, se um paciente caminha, qual a distância normalmente percorrida por ele e com que frequência ele faz isso? Se um paciente não se exercitar regularmente, você vai querer se concentrar na tolerância à atividade desse paciente.

Tolerância à atividade é o tipo e quantidade de exercício ou trabalho que uma pessoa é capaz de realizar sem esforço indevido ou possíveis lesões. A avaliação da tolerância à atividade é necessária quando planejar atividades como caminhar, exercícios de amplitude de movimentos ou atividades da vida diária (AVD). A avaliação da tolerância à atividade inclui dados dos domínios fisiológico, emocional e evolutivo (Cap. 39).

Quando um paciente começa a caminhar, monitore os sintomas como a dispneia, fadiga ou dor torácica. Se esses sintomas se desenvolverem, avalie a mudança nos sinais vitais (frequência cardíaca e pressão arterial). Um paciente fraco ou debilitado é incapaz

de sustentar até mesmo ligeiras mudanças na atividade devido à maior demanda de energia. Tarefas aparentemente simples, como comer e se mexer na cama, resultam frequentemente em fadiga extrema. Quando um paciente sofre redução na tolerância à atividade, avalie cuidadosamente de quanto tempo esse paciente necessita para se recuperar. A diminuição do tempo de recuperação indica melhoria da tolerância à atividade.

Pessoas deprimidas, preocupadas ou ansiosas frequentemente são incapazes de tolerar exercícios. Os pacientes deprimidos tendem a se retrair em vez de participar. Os pacientes preocupados ou frequentemente ansiosos gastam uma tremenda quantidade de energia mental e relatam sensação de cansaço. Em virtude disso, eles também sofrem exaustão física e emocional.

As alterações no desenvolvimento também afetam a tolerância à atividade. À medida que um lactente passa para o estágio de andar, o nível de atividade aumenta e a necessidade de sono diminui. A criança entrando na fase pré-escolar ou nos primeiros anos do primário gasta energia mental na aprendizagem e requer frequentemente mais descanso após a escolha ou antes de uma brincadeira extenuante. O adolescente que passa pela puberdade requer mais descanso, já que muita energia corporal é gasta nas alterações do crescimento ou nas mudanças hormonais (Cap. 43).

Ainda ocorrem alterações na vida adulta, mas muitas delas estão relacionadas com as escolhas profissionais ou de estilo de vida. A gravidez provoca flutuações na tolerância à atividade de uma mulher, especialmente durante o primeiro e terceiro trimestres, quando ela sente mais fadiga. As alterações hormonais e o desenvolvimento fetal usam energia do corpo e a mulher às vezes é incapaz ou não está motivada para desempenhar atividades físicas. Durante o último trimestre o desenvolvimento fetal consome uma grande quantidade de energia da mãe; e o tamanho e localização do feto limitam a capacidade para respirar profundamente, resultando em menos oxigênio disponível para as atividades físicas.

À medida que uma pessoa envelhece a tolerância à atividade muda. A massa muscular diminui e a postura e composição óssea mudam.

As mudanças no sistema cardiorrespiratório, como a menor frequência cardíaca máxima e a complacência pulmonar, que afetam a intensidade do exercício, ocorrem frequentemente. Com o avanço da idade alguns indivíduos mais velhos ainda se exercitam, mas em uma intensidade menor. Quanto mais inativo o paciente, mais acentuadas são essas mudanças na atividade.

Alinhamento Corporal

Faça a avaliação do alinhamento corporal com o paciente em pé, sentado ou deitado. Essa avaliação tem os seguintes objetivos:

- Determinar as alterações fisiológicas normais no alinhamento corporal resultantes do crescimento e desenvolvimento de cada paciente
- Identificar os desvios no alinhamento corporal causados pela postura incorreta
- Proporcionar oportunidades para os pacientes observarem sua postura
- Identificar as necessidades de aprendizagem dos pacientes para manter o alinhamento corporal correto
- Identificar trauma, dano muscular ou disfunção nervosa
- Obter informações pertinentes a outros fatores que contribuem para o alinhamento incorreto, como fadiga, desnutrição e problemas psicológicos

A primeira etapa na avaliação do alinhamento corporal é colocar os pacientes à vontade de modo que não assumam posições antinaturais ou rígidas. Quando avaliar o alinhamento corporal de um paciente imobilizado ou inconsciente, remova os travesseiros e posicione os apoios do leito e coloque o paciente em decúbito dorsal.

De Pé

As características do alinhamento corporal de um paciente de pé incluem:

1. A cabeça ereta e na linha média.
2. Quando observados posteriormente, os ombros e quadris estão retos e paralelos.

3. Quando observada posteriormente, a coluna vertebral está reta.
4. Quando observada lateralmente, a cabeça está ereta e as curvas espinhais estão alinhadas em um S invertido. As vértebras cervicais estão anteriormente convexas, as vértebras torácicas estão posteriormente convexas e as vértebras lombares estão anteriormente convexas.
5. Quando observado lateralmente, o abdômen está confortavelmente curvado para dentro e os joelhos e tornozelos estão ligeiramente flexionados. A pessoa parece confortável e não aparenta ter consciência da flexão dos joelhos ou tornozelos.
6. Os braços pendem confortavelmente nos lados.
7. Os pés estão ligeiramente afastados para alcançar uma base de apoio e os dedos estão apontados para frente.
8. Quando se visualiza o paciente de trás, o centro de gravidade está na linha média e a linha de gravidade vai do meio da testa até um ponto médio entre os pés. Lateralmente, a linha de gravidade segue verticalmente do meio do crânio até o terço posterior do pé (Fig. 28-6).

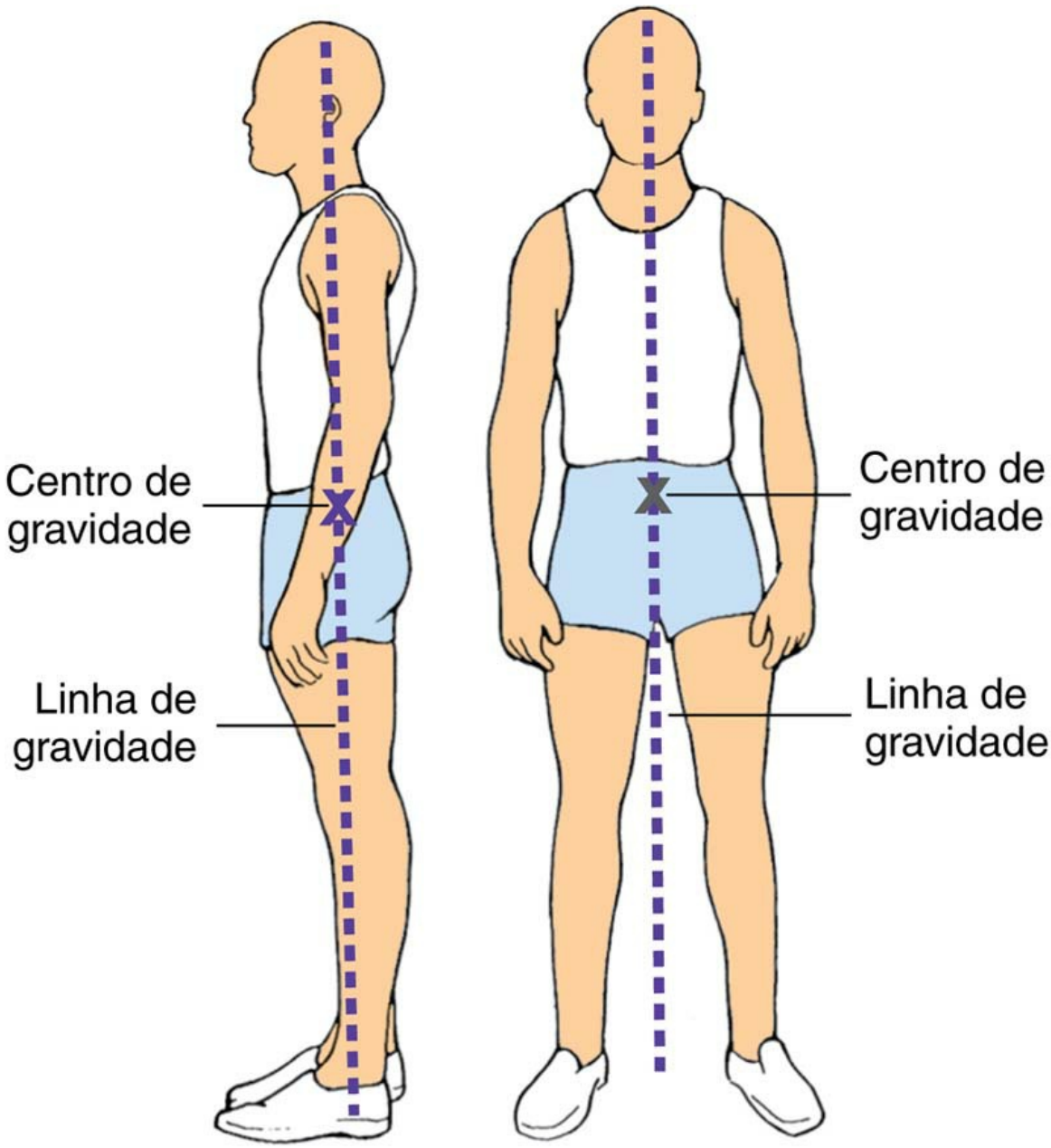


FIGURA 28-6 Alinhamento corporal correto em pé.

Sentado

As características do alinhamento correto do paciente sentado incluem:

1. A cabeça ereta e o pescoço e a coluna vertebral estão em alinhamento reto.
2. O peso corporal está distribuído igualmente nas nádegas e coxas.

3. As coxas estão paralelas e em um plano horizontal.
4. Os dois pés estão apoiados no chão (Fig. 28-7) e os tornozelos estão flexionados confortavelmente. Com os pacientes de baixa estatura, use um estrado para garantir que os tornozelos estejam flexionados confortavelmente.
5. Um espaço de 2,5 a 5 cm é mantido entre a borda do assento e o espaço poplíteo na superfície posterior do joelho. Esse espaço assegura que não haja pressão na artéria poplítea ou nervo diminuindo a circulação ou prejudicando a função nervosa.
6. Os antebraços do paciente estão apoiados no apoio de braço, no colo ou em uma mesa na frente da cadeira.

FIGURA 28-7 Alinhamento corporal correto sentado.

É particularmente importante avaliar o alinhamento quando sentar se o paciente tiver fraqueza muscular, paralisia muscular ou dano nervoso. Os pacientes que têm esses problemas também têm menos sensação na área afetada e são incapazes de perceber pressão ou diminuição da circulação. O alinhamento adequado enquanto sentado reduz o risco de danos ao sistema musculoesquelético nesse tipo de paciente. O paciente com doença respiratória grave às vezes assume uma postura de se inclinar sobre a mesa na frente da cadeira em uma tentativa de respirar com mais facilidade. Isso se chama *ortopneia.*

Deitado

As pessoas conscientes têm controle muscular voluntário e percepção normal da pressão. Consequentemente, normalmente elas assumem uma posição de conforto quando se deitam. Como a sua amplitude de movimentos, sensação e circulação estão dentro dos limites normais, elas mudam de posição quando percebem tensão muscular e menor circulação.

Avalie o alinhamento corporal de um paciente imobilizado ou acamado com esse paciente na posição lateral. Remova todos os apoios de posicionamento do leito, exceto o travesseiro sob a cabeça, e apoie o corpo com um colchão adequado (Fig. 28-8). Essa posição permite a visão completa da coluna e das costas, ajudando a fornecer outros dados basais de alinhamento corporal, como a capacidade/incapacidade do paciente para permanecer posicionado sem ajuda. As vértebras estão alinhadas e a posição não provoca desconforto. Os pacientes com mobilidade comprometida (p. ex., tração ou artrite), menor sensação (p. ex., hemiparesia após um AVC), comprometimento da circulação (p. ex., diabetes) e falta de controle muscular voluntário (p. ex., lesão da medula espinhal) corem risco de danos quando se deitam.

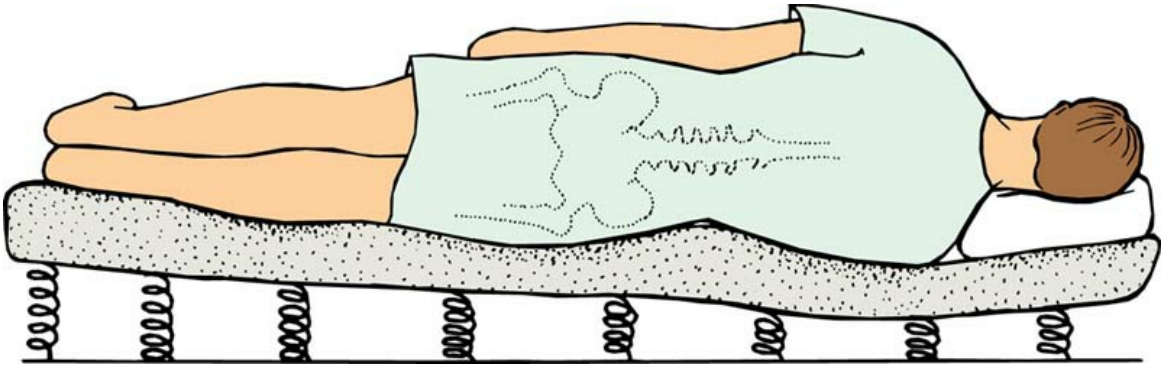


FIGURA 28-8 Alinhamento corporal correto deitado.

Imobilidade

Avalie o paciente quanto aos perigos fisiológicos da imobilidade enquanto realiza uma avaliação física da cabeça aos pés (Tabela 28-3) (Cap. 31). Além disso, concentre-se nas dimensões psicossociais e no desenvolvimento do paciente.

Tabela 28-3
Avaliação dos Perigos Fisiológicos da Imobilidade

Sistema	Técnicas de Avaliação	Achados Anormais
Metabólico	Inspeção	Cicatrização da ferida retardada, dados laboratoriais anormais
	Inspeção	Atrofia muscular
	Medições antropométricas (circunferência da parte média do braço superior, medição da prega cutânea do tríceps)	Menor quantidade de gordura subcutânea
	Palpação	Edema generalizado
Respiratório	Inspeção	Movimento assimétrico da parede torácica, dispneia, maior frequência respiratória
	Ausculta	crepitação, sibilos
Cardiovascular	Ausculta	Hipotensão ortostática
	Ausculta, palpação	Maior frequência cardíaca, terceiro som cardíaco, pulsos periféricos fracos, edema periférico
Musculoesquelético	Inspeção, palpação	Menor amplitude de movimentos eritema, maior diâmetro na

		panturrilha ou coxa
	Palpação	Contratura articular
	Inspeção	Intolerância à atividade, atrofia muscular, contratura articular
Pele	Inspeção, palpação	Ruptura na integridade da pele
Eliminação	Inspeção	Diminuição do débito urinário, urina turva ou concentrada, menor frequência de movimentos intestinais
	Palpação	Bexiga e abdômen distendidos
	Ausculta	Menos sons intestinais

Sistema Metabólico

Quando avaliar o funcionamento metabólico, use **medidas antropométricas** (medidas de altura, peso e espessura das pregas cutâneas) para avaliar a atrofia muscular. Além disso, avalie os registros de ingestão e eliminação para o equilíbrio hídrico. A ingestão é igual à eliminação? As medições de ingestão e eliminação ajudam a determinar se há um desequilíbrio hídrico (Cap. 42). A desidratação e o edema aumentam a velocidade de rompimento da pele em um paciente imobilizado. Monitorar os dados laboratoriais como os níveis de eletrólitos, proteína sérica (albumina e proteínas totais) e nitrogênio úrico no sangue (BUN) ajuda você a determinar o funcionamento metabólico.

Monitorar os padrões de ingestão alimentar e eliminação e avaliar a cicatrização de feridas ajuda a determinar o funcionamento gastrointestinal alterado e os possíveis problemas metabólicos. Se o paciente tiver uma ferida, a velocidade de cicatrização é afetada pela ingestão nutricional e pela absorção dos nutrientes. A progressão normal da cicatrização indica que as necessidades metabólicas dos tecidos lesionados estão sendo satisfeitas. A anorexia ocorre frequentemente em pacientes imobilizados. Avalie a ingestão alimentar do paciente antes de remover a bandeja de refeição para determinar a quantidade ingerida. Avalie seus padrões e preferências alimentares no início da imobilização para ajudar a prevenir desequilíbrios nutricionais (Cap. 45).

Sistema Respiratório

Faça uma avaliação respiratória pelo menos a cada 2 horas nos pacientes com atividade restrita. Inspecione os movimentos da parede torácica durante o ciclo inspiratório-expiratório completo. Se um paciente tiver uma área atelectásica, o movimento frequentemente é assimétrico. Ausculte toda a região pulmonar para identificar sons respiratórios reduzidos, crepitação ou sibilos. Foque a ausculta nos campos pulmonares pendentes, já que as secreções pulmonares tendem a acumular nessas regiões mais baixas. Os achados da avaliação que indicam pneumonia incluem tosse produtiva com escarro amarelo esverdeado; febre; dor ao respirar; e crepitação, sibilos e dispneia.

Sistema Cardiovascular

A avaliação de enfermagem cardiovascular de um paciente imobilizado inclui o monitoramento da pressão arterial, avaliação do pulso apical e periférico e a observação dos sinais de estase venosa (p. ex., edema e demora na cicatrização da ferida).

Embora nem todos os pacientes sofram hipotensão ortostática, os profissionais de enfermagem monitoram seus sinais vitais durante as primeiras tentativas de sentar ou ficar de pé (Cap. 30), especialmente após os períodos de imobilização. Mova um paciente gradualmente durante as trocas de posição e monitore atentamente a vertigem enquanto verifica as pressões arteriais ortostáticas. Quanto maior o período de imobilidade, maior o risco de hipotensão quando o paciente fica de pé (McCance e Huether, 2014). Avalie também os pulsos apical e periférico (Cap. 31). As posições reclinadas aumentam a carga de trabalho do coração e resultam em uma maior pulsação. Em alguns pacientes, particularmente os idosos, o coração não tolera a maior carga de esforço e se desenvolve uma forma de insuficiência cardíaca. Um terceiro som cardíaco, ouvido no ápice, é uma indicação inicial de insuficiência cardíaca congestiva. O monitoramento dos pulsos periféricos permite que você avalie a capacidade do coração para bombear sangue. Registre imediatamente e relate a ausência de um pulso periférico nas extremidades inferiores para o profissional de

saúde, especialmente se o pulso estava presente anteriormente.

Às vezes o edema se desenvolve nos pacientes que sofreram lesão ou cujo coração é incapaz de lidar com a maior carga de esforço do repouso no leito. Como o edema passa para as regiões pendentes do corpo, a avaliação do paciente com imobilidade inclui a inspeção do sacro, pernas e pés. Se o coração não for capaz de tolerar a maior carga de trabalho, as regiões periféricas do corpo, como as mãos, pés, nariz e lóbulos da orelha, ficam mais frias que as regiões centrais do corpo. Para avaliar uma trombose venosa profunda (TVP), remova as meias elásticas e/ou os dispositivos de compressão sequencial (DCS) do paciente a cada 8 horas (ou de acordo com a política da instituição) e observe as panturrilhas quanto a vermelhidão, calor e sensibilidade. O sinal de Homan, ou dor na panturrilha na dorsiflexão do pé, é contraindicado nos pacientes quando há suspeita de TVP e esse sinal não é mais considerado um indicador confiável na avaliação dessa condição.

Meça a circunferência da panturrilha bilateral e registre diariamente como uma avaliação alternativa da TVP. Para isso, marque um ponto em cada panturrilha 10 cm abaixo do meio da patela. Meça a circunferência todos os dias usando a marca para colocação da fita métrica. Aumentos unilaterais na circunferência da panturrilha são uma indicação inicial de trombose. Como as TVP também ocorrem nas coxas, meça-as diariamente se o paciente for propenso à trombose. Um trombo venoso desalojado, chamado **êmbolo**, pode viajar pelo sistema circulatório para os pulmões e prejudicar a circulação e a oxigenação, resultando em taquicardia e falta de ar. Os êmbolos venosos que viajam para os pulmões são potencialmente fatais. Mais de 90% de todas as embolias pulmonares começam nas veias profundas das extremidades inferiores (McCance e Huether, 2014).

Sistema Musculoesquelético

As principais anomalias musculoesqueléticas a serem identificadas durante a avaliação da enfermagem incluem menor tônus e força muscular, perda de massa muscular, amplitude de movimentos reduzida e contraturas. As medições antropométricas descritas

previamente indicam perdas na massa muscular. Durante a avaliação da amplitude de movimentos (descrita anteriormente) você pode detectar o tônus muscular pedindo ao paciente para relaxar e depois mover passivamente cada membro em várias articulações para sentir qualquer resistência ou rigidez que possa haver. Você avalia a resistência muscular fazendo com que o paciente assuma uma posição estável e depois realizando manobras para demonstrar a força dos principais grupos musculares (Cap. 31).

A avaliação física não consegue identificar a osteoporose por desuso. No entanto, os pacientes com repouso no leito prolongado, as mulheres pós- menopáusicas, pacientes que tomam esteroides e pessoas com níveis elevados de cálcio sérico e urinário correm um risco maior de desmineralização óssea. Considere o risco de osteoporose por desuso quando planejar as intervenções de enfermagem. Embora algumas quedas resultem em lesão, outras ocorrem devido a fraturas patológicas secundárias à osteoporose.

Sistema Tegumentar

Avalie continuamente a pele do paciente em busca de rupturas e alterações de cor, como palidez ou vermelhidão. Use consistentemente uma ferramenta padronizada, como a escala de Braden. A ferramenta de triagem identifica os pacientes com um alto risco de comprometimento da integridade da pele ou alterações iniciais na condição da pele do paciente. A identificação precoce permite a intervenção precoce. Observe a pele frequentemente durante o cuidado de rotina (p. ex., quando o paciente é virado, durante as medidas de higiene e quando satisfizer as necessidades de eliminação). A avaliação frequente da pele, que pode ser de hora em hora e se baseia na mobilidade, hidratação e estado fisiológico do paciente, é essencial para identificar imediatamente as mudanças em sua pele e nos tecidos subjacentes (Cap. 48).

Sistema de Eliminação

Para determinar os efeitos da imobilidade na eliminação, avalie a ingestão e eliminação totais do paciente em cada turno e a cada 24

horas. Compare as quantidades ao longo do tempo. determine se o paciente está recebendo a quantidade correta e o tipo de líquido por via oral ou parenteral (Cap. 42). A ingestão e eliminação inadequada ou os desequilíbrios hidroeletrolíticos aumentam o risco de comprometimento renal, variando de infecções recorrentes à insuficiência renal. A desidratação também aumenta o risco de rompimento da pele, formação de trombo, infecções respiratórias e constipação.

A imobilidade prejudica a peristalse gastrointestinal. A avaliação do estado de eliminação intestinal inclui a adequação das escolhas alimentares de um paciente, ruídos intestinais e frequência e consistência dos movimentos intestinais (Cap. 47). A avaliação precisa lhe permite intervir antes da ocorrência de constipação e impactação fecal.

Avalição Psicossocial

Muitas alterações no funcionamento evolutivo estão relacionadas com a imobilidade. Frequentemente esses problemas estão inter-relacionados e é imperativo que o cuidado de enfermagem esteja focado em todas as dimensões. Frequentemente o foco da imobilidade está nos problemas físicos facilmente visíveis, como o comprometimento da pele, nas não despreze seus aspectos psicossociais e evolutivos.

As mudanças abruptas na personalidade frequentemente têm uma causa fisiológica, como cirurgia, reação à medicação, embolia pulmonar ou infecção aguda. Por exemplo, o sintoma primário dos pacientes idosos comprometidos com uma infecção aguda do trato urinário ou febre é a confusão. Identificar a confusão é um componente importante da avaliação da enfermeira. A confusão aguda nos idosos não é normal; uma avaliação de enfermagem completa é a prioridade (Touhy e Jett, 2012).

As reações comuns à imobilização incluem o tédio e sensação de isolamento, depressão e raiva. Observe mudanças no estado emocional de um paciente e ouça atentamente a família se eles relatarem mudanças emocionais. Os exemplos de mudanças que

indicam preocupações psicossociais são um paciente cooperativo que passa a colaborar menos ou um paciente independente que pede mais ajuda do que o necessário. Investigue as razões para essas alterações. Identificar como o paciente costuma lidar com a perda é vital (Caps. 36 e 37). Uma mudança no estado da mobilidade, seja ela permanente ou não, provoca uma reação de luto. As famílias são um recurso-chave para informações a respeito de mudanças comportamentais.

Identifique e corrija as mudanças inexplicadas no ciclo de sono-vigília. Os profissionais de enfermagem previnem ou minimizam a maioria dos estímulos que interrompem o ciclo de sono-vigília (p. ex., atividades de enfermagem, um ambiente ruidoso ou desconforto). No entanto, algumas medicações como analgésicos, comprimidos para dormir ou medicamentos cardiovasculares provocam perturbações do sono (Cap. 43).

Como as alterações psicossociais ocorrem geralmente de maneira gradual, observe o comportamento do paciente diariamente. Se ocorrerem alterações comportamentais, determine a(s) causa(s) e avalie as mudanças. Identificar a causa ajuda você a conceber as intervenções de enfermagem adequadas.

Avaliação do Desenvolvimento

Inclua uma avaliação do desenvolvimento dos pacientes imobilizados. Quando cuidar de uma criança pequena, determine se ela é capaz de cumprir as tarefas do desenvolvimento e se está progredindo normalmente. O desenvolvimento da criança às vezes regride ou desacelera pelo fato de ela estar imobilizada. Realize intervenções de enfermagem que mantenham o desenvolvimento normal e proporcionem estímulos físicos e psicossociais após identificar as necessidades de desenvolvimento de uma criança e tranquilizar os pais de que o atraso no desenvolvimento geralmente é temporário (Cap. 12).

A imobilização de um membro da família muda o funcionamento dessa família. A resposta da família a essa mudança leva frequentemente a problemas, estresse e ansiedades. Quando as crianças veem pais imóveis, às vezes elas têm dificuldade para

compreender e lidar com o que está acontecendo.

A imobilidade tem um efeito importante nos níveis de saúde, independência e estado funcional de um idoso. A avaliação de enfermagem permite que o profissional determine a capacidade do paciente para satisfazer as necessidades de maneira independente e se adaptar às mudanças no desenvolvimento, como a queda no funcionamento físico e as mudanças nas relações com a família e os amigos. Um declínio no funcionamento evolutivo necessita de investigação rápida para determinar por que essa mudança ocorreu e as intervenções que podem devolver ao paciente um nível ideal de funcionamento o mais rápido possível.

As atividades que reduzem a imobilidade e promovem a participação nas atividades de vida diária são vitais para prevenir um declínio funcional (Nagarkar et al., 2014).

Diagnóstico de Enfermagem

Um paciente passando por uma alteração na mobilidade frequentemente tem um ou mais diagnósticos de enfermagem. Os dois diagnósticos mais diretamente relacionados com problemas de mobilidade são a *Mobilidade Física Comprometida* e o *Risco de Síndrome por Desuso*. O diagnóstico de *Mobilidade Física Comprometida* se aplica ao paciente que tem alguma limitação, mas que não está completamente imóvel. O diagnóstico de *Risco de Síndrome por Desuso* se aplica ao paciente imóvel e em risco de problemas multissistêmicos devido à inatividade. Além desses diagnósticos, a lista de possíveis diagnósticos é ampla, pois a imobilidade afeta vários sistemas corporais. Os possíveis diagnósticos de enfermagem incluem:

- *Desobstrução ineficaz das vias aéreas*
- *Enfrentamento ineficaz*
- *Mobilidade física comprometida*
- *Eliminação urinária comprometida*
- *Risco de comprometimento da integridade cutânea*
- *Risco de síndrome por desuso*
- *Isolamento social*

A avaliação revela grupos de dados que indicam se um paciente

corre risco ou se existe um diagnóstico focado no problema. Os grupos de dados revelam fatores de risco ou características definidoras que são pistas de avaliação observáveis para apoiar um rótulo de diagnóstico focado no problema. No caso de um diagnóstico focado no problema, os dados da avaliação vão revelar um fator relacionado ou fator causador do diagnóstico. Identificar o fator relacionado lhe permite identificar as intervenções mais adequadas para gerenciar ou eliminar o fator relacionado. A identificação exata do diagnóstico de enfermagem é importante para planejar os objetivos centrados no paciente e as intervenções de enfermagem subsequentes que vão ajudar mais o paciente.

A *Mobilidade Física Comprometida* relacionada à relutância para iniciar o movimento exige intervenções ligeiramente diferentes das demandadas pela *Mobilidade Física Comprometida* relacionada à dor no ombro esquerdo. Desse modo, é crítico que as atividades de avaliação da enfermagem identifiquem e agrupem as características definidoras que, no final das contas, sustentam o diagnóstico de enfermagem escolhido (Quadro 28-4). O diagnóstico relacionado à relutância para iniciar o movimento requer intervenções voltadas para manter a maior mobilidade possível do paciente e incentivá-lo a realizar o autocuidado e a ADM. O diagnóstico relacionado à dor requer que o profissional de enfermagem ajude o paciente com medidas de conforto para que ele se disponha e capacite a se mover. Nas duas situações o profissional de enfermagem explica como a atividade melhora o funcionamento saudável do corpo.

Quadro 28-4

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Comprometimento da Mobilidade Física Relacionado à Dor no Quadril/Perna Esquerda

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Medir a ADM durante a extensão e	O paciente tem ADM limitada na perna/quadril esquerdo.

flexão do quadril.	
Observe a tentativa do paciente para mover a perna esquerda.	O paciente tem o movimento prejudicado ao tentar mover o quadril e a perna esquerda.
Pergunte ao paciente sobre a percepção de dor.	O paciente se queixa de dor aguda (8 em uma escala de 0 a 10) no quadril e na perna quando tenta movê-los.
Pergunte ao paciente sobre a tolerância a atividades de resistência.	O paciente relata que não tem força muscular na perna esquerda. "Não consigo movê-la sozinho."

Muitas vezes a dimensão fisiológica é o foco principal do cuidado de enfermagem para os pacientes com mobilidade comprometida. Desse modo, as dimensões psicossocial e evolutiva são negligenciadas. Contudo, todas as dimensões são importantes para a saúde. Durante a imobilização alguns pacientes sofrem menos interação social e estímulos. Esses pacientes usam frequentemente a campainha de chamada da enfermagem para solicitar uma pequena atenção física quando sua real necessidade é a maior socialização. Os diagnósticos de enfermagem para as necessidades de saúde nas áreas do desenvolvimento refletem mudanças em relação às atividades normais do paciente. A imobilidade leva a uma crise do desenvolvimento se o paciente não conseguir resolver problemas e continuar a amadurecer.

A imobilidade também leva a muitas complicações (p. ex., cálculos renais, TVP, embolia pulmonar ou pneumonia). Se essas condições se desenvolverem, colabore com o profissional de saúde ou profissional de enfermagem para intervir na terapia prescrita. Fique alerta e previna essas possíveis complicações quando possível.

◆ Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento, um profissional de enfermagem sintetiza as informações dos recursos como o conhecimento do papel da terapia respiratória e fisioterapia, padrões como as diretrizes de cuidados com a pele da Agency for Healthcare Research and Quality (Chou et al., 2013) e da Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN, 2010), protocolos para os pacientes em risco de quedas (AACN, 2014), atitudes como criatividade e perseverança, e

experiências pregressas com pacientes imobilizados. O pensamento crítico garante que o plano de cuidados do paciente integre tudo o que você sabe sobre o indivíduo e os elementos fundamentais do pensamento crítico. É especialmente importante considerar os padrões profissionais quando você desenvolve um plano de cuidados. Esses padrões estabelecem frequentemente diretrizes comprovadas cientificamente para selecionar intervenções de enfermagem eficazes. Finalmente, como foi dito anteriormente, o paciente é totalmente parceiro na formulação do plano de cuidados e as opiniões do paciente devem ser refletidas quando se estabelece os objetivos e resultados.

Objetivos e Resultados

Desenvolva um plano de cuidados individualizado para cada diagnóstico de enfermagem (ver o Plano de Cuidados de Enfermagem). Estabeleça expectativas realistas para o cuidado e inclua o paciente e a família quando for possível. Estabeleça objetivos individualizados, realistas e mensuráveis. Os objetivos se concentram em prevenir problemas ou riscos ao alinhamento ou mobilidade corporal prejudicada.

Desenvolva objetivos e resultados esperados para ajudar os pacientes a alcançarem seu nível mais alto de mobilidade e reduzir os riscos de imobilidade. Por exemplo, um paciente com paralisia no lado esquerdo após um AVC tem dois objetivos de longo prazo. O primeiro, voltado para melhorar a mobilidade, é que "O paciente vai usar um andador para deambular com segurança em casa." Um objetivo paralelo voltado para os perigos da imobilidade é "A pele do paciente vai continuar intacta." Esses dois objetivos são essenciais para restaurar a mobilidade máxima do paciente.

Como o paciente tem uma sensação prejudicada, tanto ele quanto os cuidadores precisam ter consciência da necessidade de o paciente não pressionar a pele. Os resultados esperados para o objetivo de a pele permanecer intacta incluem:

- A cor e a temperatura da pele do paciente voltam ao valor basal normal em 20 minutos após a mudança de posição.

- O paciente muda de posição a cada 2 horas, pelo menos.

Estabelecimento de Prioridades

O efeito que os problemas têm na saúde mental e física de um paciente determina a urgência de qualquer problema. Estabeleça prioridades quando planejar o cuidado para garantir que as necessidades imediatas sejam satisfeitas primeiro. Isso é particularmente importante quando os pacientes têm vários diagnósticos. Planeje as terapias de acordo com a gravidade dos riscos para o paciente; e individualize o plano de acordo com o estágio de desenvolvimento do paciente, nível de saúde e estilo de vida.

É particularmente importante no estabelecimento das prioridades se certificar de que você não negligenciou as possíveis complicações. Muitas vezes os problemas reais, como as lesões por pressão e a síndrome por desuso, são tratados somente após o seu desenvolvimento. Portanto monitore o paciente frequentemente, reforçando as técnicas de prevenção tanto para o paciente quanto para outros cuidadores e supervisione o pessoal de enfermagem de nível médio durante a execução das atividades voltadas para prevenir complicações da mobilidade comprometida.

Trabalho em Equipe e Colaboração

O cuidado do paciente que sofre alterações na mobilidade requer uma abordagem de equipe. As enfermeiras costumam delegar intervenções selecionadas que podem ser executadas pelos demais profissionais de enfermagem. Por exemplo, no caso de pacientes pós-operatórios em risco de problemas respiratórios decorrentes da imobilidade temporária, os técnicos/auxiliares de enfermagem podem incentivar o paciente a fazer exercícios com a perna, usar o inspirômetro de incentivo e tossir e respirar profundamente (Cap. 41). Quando os pacientes têm mobilidade limitada em consequência de paralisia, o auxiliar de enfermagem pode virar e posicionar os pacientes e aplicar meias elásticas. Eles também podem ajudar o profissional de enfermagem a medir a circunferência da perna, além da altura e peso.

Colabore com outros membros da equipe de saúde, como os fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais, quando for essencial considerar as necessidades de mobilidade. Compreender a necessidade e manter uma comunicação aberta com outros membros da equipe de cuidados interdisciplinar resulta em melhores resultados para o paciente e, com sorte, previne os perigos da imobilidade. É através desses esforços colaborativos e desse trabalho em equipe que os pacientes mais se beneficiam. Por exemplo, os fisioterapeutas são uma fonte de planejamento dos exercícios de amplitude de movimentos ou de fortalecimento e os terapeutas ocupacionais são uma fonte de planejamento das atividades da vida diária que os pacientes precisam modificar ou reaprender. Os especialistas de cuidados com feridas e os terapeutas respiratórios frequentemente estão envolvidos no cuidado de um paciente, especialmente daqueles que sofrem complicações relacionadas com a sua imobilidade. Consulte um nutricionista quando o paciente estiver passando por problemas nutricionais; e encaminhe-o para um profissional de enfermagem de saúde mental avançada, assistente social ou psicólogo, para ajudar a lidar com o problema ou com outras questões psicossociais.

O plano de alta começa quando um paciente entra no sistema de saúde. Na expectativa de alta de um paciente de uma instituição, faça os encaminhamentos apropriados ou consulte um gestor de casos ou um planejador de alta para garantir que as necessidades do paciente sejam satisfeitas em casa. Considere o ambiente domiciliar do paciente quando planejar as terapias para manter ou melhorar o alinhamento corporal e a mobilidade. Frequentemente são necessários os encaminhamentos para os cuidados domiciliares ou para a terapia ambulatorial.

◆ Implementação

Promoção da Saúde

As atividades de promoção da saúde incluem uma série de

intervenções como educação, prevenção e detecção precoce. Os exemplos de atividades de promoção da saúde que tratam de mobilidade e imobilidade incluem prevenção de lesão relacionada ao trabalho, prevenção de quedas, exercício e detecção precoce da escoliose.

Prevenção de Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas ao Trabalho

As taxas de lesões relacionadas ao trabalho nos ambientes de cuidados de saúde aumentaram nos últimos anos. Em 2006, havia 4,4 casos por cada 100 trabalhadores em tempo integral que sofreram lesão ocupacional e doença em comparação com 5 casos por 100 no setor privado em geral. A taxa nos lares de idosos era de 10,1 casos por 100 trabalhadores (USDL, 2014). A maioria dessas lesões ocorreu em virtude de esgotamento físico, que resultou em lesões lombares e outros problemas musculoesqueléticos. As lesões lombares costumam ser o resultado direto do levantamento impróprio e da flexão. A lesão lombar mais comum é a tensão sobre o grupo muscular lombar, que inclui os músculos em volta das vértebras lombares. A lesão nessas áreas afeta a capacidade para se inclinar para frente, para trás e de um lado para o outro, limitando a capacidade para girar os quadris e a parte inferior das costas. Pesquisa demonstrou que os programas ergonômicos nos serviços de saúde reduzem custos, lesões nos empregados e dias de trabalho perdidos (Hunter et al., 2010).

Os profissionais de enfermagem e outros integrantes da equipe de saúde correm um risco particular de lesão nos músculos lombares quando erguem, transferem ou posicionam pacientes imobilizados. Portanto, esteja a par das políticas e protocolos da instituição que protegem a equipe e os pacientes de lesões. Quando erguer um paciente, avalie o peso que vai levantar e determine a ajuda da qual vai precisar. A evidência atual suporta que usar dispositivos mecânicos ou outros dispositivos de assistência ergonômica é a maneira mais segura de reposicionar e erguer pacientes incapazes de realizar essas atividades sem ajuda. Muitas instituições desenvolveram equipes especiais de elevação dos pacientes e

instituíram uma política de não elevação (Cap. 39).

Plano de cuidado de enfermagem

Comprometimento da Mobilidade Física

Histórico de Enfermagem

A Sra. Carmella Cavallo, uma paciente de 97 anos de idade, é internada em uma unidade de cuidados especializados para reabilitação 10 dias após o procedimento cirúrgico de fixação de um quadril esquerdo fraturado. Ela tem um histórico de tabagismo, mas parou 40 anos atrás. Ela não tem problemas cardíacos e nem hipertensão. Sofre "dores" e "rigidez" nos joelhos, mas geralmente diz que "não tem dor" quando perguntada. As três pequenas incisões estão limpas, secas e intactas. Os grampos foram removidos ontem.

Atividades de Avaliação	*Achados/Características Definidoras*[*]
Peça à Sra. Cavallo para classificar a dor em uma escala de 0 a 10.	Ela classifica a dor em nível 2 na escala de 0 a 10 em repouso, mas **aumenta para 8** com qualquer movimento em sua perna esquerda.
Avalie a capacidade de transferência da Sra. Cavallo.	Ela **não consegue se transferir**, **mesmo** com ajuda, da cadeira para a cama.
Pergunte à Sra. Cavallo como a cirurgia afetou a sua mobilidade.	Ela responde que deseja sair da cama, mas quando mexe a perna esquerda seus sinais não verbais indicam que sente dor grave. Ela diz que é uma "**dor aguda, penetrante**".

[*] **Características definidoras** são exibidas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Mobilidade física comprometida, relacionado ao comprometimento musculoesquelético pela cirurgia e pela dor com o movimento

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	*Resultados Esperados*[†]
	Controle da Dor
A Sra. Cavallo terá mais alívio da dor durante a atividade.	A dor da Sra. Cavallo está em um nível abaixo de 6 durante a atividade.

	Posicionamento corporal iniciado pela paciente.
A Sra. Cavallo conseguirá se transferir com dispositivo de auxílio na época da alta.	A Sra. Cavallo consegue passar da cama para a cadeira e voltar usando seu andador e auxilio x1 em 5 dias A Sra. Cavallo consegue passar da cadeira para a cadeira higiênica usando seu andador em 5 dias.
	Deambulação
A Sra. Cavallo vai caminhar 30 metros usando seu andador na época da alta.	A Sra. Cavallo caminha 30 metros em ritmo lento usando seu andador 3 vezes ao dia em 14 dias e aumenta a distância em 30 metros cada dia na sequência.

† Classificação dos resultados de enfermagem de Moorhead S et al., editors: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES‡	**JUSTIFICATIVA**
Fisioterapia: Deambulação	
Consulte o fisioterapeuta sobre a escolha da técnica de transferência.	Assegurar a técnica de transferência segura com menos risco de lesão ao paciente.
Instruir a Sra. Cavallo sobre a transferência segura e as técnicas de deambulação em um ambiente com poucas distrações. Fornecer materiais impressos e o uso do método de Repetir o que foi Ensinado para reforçar as instruções verbais.	Fornecer instruções em um ambiente tranquilo e o uso do método de Repetir o que foi Ensinado melhoram a aprendizagem (Winifred, 2013).
Estabelecer incrementos realistas para transferir e aumentar a distância de deambulação	Exercícios de fisioterapia, atividade física e estabelecimento de metas realistas para deambulação incentiva a atividade nos idosos (Schiller et al., 2015).
Gerenciamento da Dor	
Administrar medicação para dor com base em sua avaliação das necessidades da Sra. Cavallo e em um cronograma, em vez de SOS se a paciente exibir sinais de estar sentindo dor, mas não pedir medicação para a dor e a dose não estiver aliviando a sua dor.	Obter uma requisição para ajustar (aumentar ou diminuir a dose) com base em seu relato de gravidade da dor ou sua capacidade para realizar atividades de vida diária (AVD) (Botti et al., 2014).
Observe sinais de dor aparentes e ocultos quando ela estiver se movendo ou tentando implementar o plano de fisioterapia (PF) e tiver dose SOS de medicação para dor requisitada se outra medicação para dor for necessária para as atividades do PF.	É importante que você tenha a dose de medicação "conforme o necessário" para a paciente, caso seja necessária uma dose suplementar.

‡ Legendas de classificação da intervenção por Bulechek GM et al., editors: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Realização do Resultado***
Peça a Sra. Cavallo para classificar	A Sra. Cavallo relata dor em nível 5	A Sra. Cavallo alcançou

o seu nível de dor.	durante a atividade.	um maior controle da dor.
Pergunte à Sra. Cavallo se a sua mobilidade melhorou após a terapia. Observe a sua transferência da cama para a cadeira.	A Sra. Cavallo consegue se transferir da cama para a cadeira usando o andador e a ajuda em espera do profissional de enfermagem.	A Sra. Cavallo atingiu o objetivo de se transferir com andador e ajuda.
Avalie a Sra. Cavallo à medida que ela caminha no corredor, medindo a distância que ela caminha.	A Sra. Cavallo consegue caminhar 60 metros no corredor com o seu andador.	O nível de atividade está aumentando. Continue as intervenções e incentive a deambulação.

Exercício

Embora muitas doenças e problemas físicos causem ou contribuam para a imobilidade, é importante lembrar que os programas de exercício melhoram a sensação de bem-estar e a resistência e saúde. O exercício reduz o risco de muitos problemas de saúde, como a doença cardiovascular, o diabetes e a osteoporose. É importante dar aos pacientes opções para permanecerem ativos e como mudar o seu comportamento se o exercício não fizer parte de sua rotina. O programa de autogerenciamento de condições crônicas Stanford Medicine (2015) incentiva o exercício apropriado para manter e melhorar a força, flexibilidade e resistência. Como um profissional de enfermagem você pode incentivar todos os pacientes a encontrar um tipo de exercício que satisfaça seu estilo de vida, em particular as necessidades relacionadas à saúde. Por exemplo, um paciente com artrite grave dos joelhos poderia se beneficiar da hidroterapia (exercício em uma piscina) em vez de caminhar. Incentive os pacientes hospitalizados a fazer alongamento, exercícios de ADM e caminhada leve dentro dos limites de sua condição (Cap. 39). A colaboração com um fisioterapeuta é recomendada.

Os profissionais de enfermagem contribuem para promover a saúde de muitos pacientes incentivando ou iniciando programas de exercício gerenciados. O exercício é uma prescrição fundamental para a promoção da saúde de todos os pacientes, independentemente de sua idade. Nos idosos, o exercício ou atividades de rotina ajudam a manter a ADM e a mobilidade funcional, melhorando o equilíbrio

(Touhy e Jett, 2012; Edelman et al., 2013; Elliott, 2011). Leve em consideração as diferenças culturais quando ajudar os pacientes a conceber planos de exercício (Quadro 28-5).

Quadro 28-5

Aspectos culturais do cuidado

Influências Culturais na Mobilidade

Muitas atividades estão ligadas especificamente à cultura de um indivíduo, como a orientação sobre os horários, as práticas de cuidados de saúde, os hábitos nutricionais, rituais religiosos e sistemas familiares. Menos atenção tem sido dedicada ao impacto da cultura sobre a mobilidade. No entanto, as influências culturais têm um papel importante no exercício e na atividade física.

A cultura influencia as preferências de um indivíduo por atividade e exercício. Certas culturas desestimulam o envolvimento em atividades físicas recreativas organizadas, como basquetebol, corrida e aeróbica. A dança étnica é uma atividade eficaz aceitável em muitos países. Outras culturas enfatizam o exercício em termos das atividades da vida diária, como caminhar, cuidar do jardim e rezar/meditar.

Um estilo de vida sedentário coloca um indivíduo em risco de ficar acima do peso. As crianças de muitas culturas que moram nos Estados Unidos estão se tornando mais sedentárias. Portanto, é necessária uma abordagem de saúde nacional para as comunidades promoverem ambientes sociais e físicos que promovam escolhas saudáveis. Desde a idade mais tenra as práticas de saúde preventiva devem ser incluídas no processo de educação.

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Avalie os padrões da vida diária e as atividades prescritas culturalmente antes de sugerir formas de exercício específicas para os pacientes.

- Ajude os pacientes a planejarem as atividades físicas culturalmente aceitáveis.
- Os programas de exercício precisam ser flexíveis e acomodar as responsabilidades da cultura com a família e a comunidade.
- Incentive as intervenções específicas culturalmente e individualmente adaptadas para facilitar o comprometimento com o exercício.
- Eduque os pacientes de todas as idades sobre a importância do exercício na preservação da saúde e corrija quaisquer equívocos.

Saúde Óssea de Pacientes com Osteoporose

Os pacientes em risco ou diagnosticados com osteoporose têm necessidades especiais de promoção da saúde. Incentive os pacientes em risco a serem avaliados quanto à osteoporose e avalie a ingestão de cálcio e vitamina D de suas dietas. Os pacientes com intolerância à lactose precisam de educação alimentar sobre as fontes alternativas de cálcio.

Para os pacientes diagnosticados com osteoporose, a avaliação inicial, a consulta/encaminhamento a profissionais de saúde, nutricionistas e fisioterapeutas são intervenções importantes, especialmente quando os pacientes ficam imobilizados. O objetivo do paciente com osteoporose é manter a independência nas atividades de vida diária. Os dispositivos de auxilio à deambulação, as roupas adaptáveis e as barras de segurança ajudam o paciente a manter a independência. O treinamento do paciente precisa se concentrar em limitar a gravidade da doença através da dieta e atividade (Quadro 28-6).

Quadro 28-6

Educação em saúde do paciente

Instruindo o Paciente com Osteoporose

Objetivo

- O paciente irá verbalizar as estratégias para prevenir ou limitar a gravidade da osteoporose.

Estratégias de Educação do Paciente

- Oriente o paciente e/ou o cuidador da família a respeito dos fatores de risco comuns e como modificar o estilo de vida (p. ex., fumo, cafeína, álcool, reposição hormonal, conforme recomendado pelo profissional de saúde).
- Ensine ao paciente e/ou cuidador as tolerâncias alimentares atuais de cálcio recomendadas e faça uma revisão dos alimentos ricos em cálcio (p. ex., leite fortificado com vitamina D, vegetais de folhas verdes, iogurte e queijo).
- Oriente o paciente e/ou cuidador sobre os tipos apropriados de exercícios de levantamento de peso, conforme a recomendação do profissional de saúde ou do fisioterapeuta para prevenir lesões ou fraturas.
- Ensine o paciente e/ou cuidador a respeito de segurança, prevenção de quedas e estratégias para criar um ambiente doméstico seguro (p. ex., remover tapetes espalhados; garantir que os corredores, escadas e cômodos estejam bem iluminados) (McMahon e Fleury, 2012).
- Oriente o paciente e/ou cuidador sobre a autoadministração da medicação prescrita utilizada para tratar osteoporose.
- Promova a autoimagem positiva no paciente fornecendo opiniões otimistas e positivas sobre as mudanças na aparência e na mobilidade.

Avaliação

- O paciente e/ou cuidador conseguem verbalizar *três modificações do estilo de vida*, como parar de fumar, diminuir a ingestão de cafeína ou álcool, ou aumentar o cálcio alimentar.
- O paciente e/ou cuidador conseguem verbalizar *pelo menos quatro* alimentos ricos em cálcio e vitamina D.

- O paciente e/ou cuidador conseguem *demonstrar exercícios de suporte de peso apropriados* e planejar os horários de exercício.
- O paciente e/ou cuidador verbalizam *três estratégias de segurança* que conseguem implementar em casa para prevenir quedas.
- O paciente e/ou cuidador verbalizam *conhecimento* sobre o cronograma de dosagem e os efeitos colaterais das medicações para osteoporose.
- O paciente e/ou cuidador expressam opinião positiva, porém realista, a respeito dos efeitos da doença.

Cuidado Agudo

Os pacientes em ambientes de cuidados agudos que sofrem alteração da mobilidade física normalmente têm os mesmos problemas associados aos perigos da imobilidade, como o comprometimento do estado respiratório, hipotensão ortostática e comprometimento da integridade da pele. Portanto, projete as intervenções para reduzir o impacto da mobilidade nos sistemas corporais e prepare o paciente para a fase do cuidado restaurador.

Sistema Metabólico

Como o corpo precisa de proteína para reparar o tecido lesionado e reconstruir os estoques de proteína esgotados, forneça para o paciente uma alimentação rica em proteínas e calorias. Uma ingestão rica em calorias fornece combustível suficiente para atender às necessidades metabólicas e repor o tecido subcutâneo. Assegure também que o paciente esteja tomando suplementos de vitamina B e C quando for necessário. A suplementação com vitamina C é necessária para a integridade da pele e a cicatrização de feridas; o complexo de vitamina B ajuda no metabolismo da energia.

Se o paciente for incapaz de comer, a nutrição deve ser administrada por via parenteral ou enteral. A nutrição parenteral total se refere ao fornecimento de suplementos nutricionais através de um cateter intravenoso central ou periférico. As alimentações enterais incluem o fornecimento de alimento através de uma sonda

nasogástrica, sonda de gastrostomia ou de jejunostomia, consistindo em soluções ricas em proteína e calorias com requisitos completos de vitaminas, minerais e eletrólitos (Cap. 45).

Sistema Respiratório

Os pacientes imobilizados e com ventilação reduzida podem se beneficiar de uma série de intervenções de enfermagem que promovem a expansão pulmonar e a remoção de secreções pulmonares. Os pacientes precisam expandir totalmente seus pulmões para manter sua propriedade elástica. Além disso, as secreções acumulam nas áreas pendentes dos pulmões. Frequentemente os pacientes com mobilidade restrita sofrem fraqueza e à medida que ela evolui o reflexo de tosse gradualmente se torna ineficiente. Todos esses fatores colocam o paciente em risco de desenvolver pneumonia. A estase das secreções nos pulmões é potencialmente fatal para um paciente imobilizado.

Exercícios de respiração profunda, inspirômetro de incentivo, tosse controlada e fisioterapia torácica estão entre as intervenções de enfermagem disponíveis para expandir os pulmões, desalojar e mobilizar as secreções estagnadas e limpar os pulmões (Caps. 41 e 50). Todas essas intervenções ajudam a reduzir o risco de pneumonia. É essencial implementar intervenções pulmonares precocemente em todos os pacientes com mobilidade limitada, mesmo os que não têm pneumonia.

Incentive um paciente imóvel a respirar profundamente e tossir a cada 1 a 2 horas. Ensine os pacientes alertas a respirarem profundamente ou a bocejarem a cada hora, ou a usarem um inspirômetro de incentivo (quando for prescrito). A tosse controlada, um tratamento comum para os pacientes pós-operatórios, envolve respirar profundamente três vezes e depois tossir na terceira exalação.

Fisioterapia Torácica (FT) (percussão e drenagem postural) é outro método eficaz para prevenir a pneumonia e manter as vias aéreas limpas (Cap. 41). Ela ajuda o paciente a drenar as secreções de segmentos específicos dos brônquios e pulmões para a traqueia para que ele seja capaz de tossir e expelir essas secreções. Os achados da

avaliação respiratória identificam áreas dos pulmões que necessitam de FT.

Assegure que os pacientes imóveis tenham uma ingestão hídrica adequada. A menos que haja contraindicação médica, um adulto precisa beber pelo menos 1.100 a 1.400 mL de líquidos diários sem cafeína. Isso ajuda a manter normal a depuração mucociliar. As secreções pulmonares devem ser removidas facilmente com a tosse e devem parecer finas, aquosas e claras. Sem a hidratação adequada, as secreções pulmonares ficam grossas, tenazes e difíceis de remover. Oferecer líquidos que os pacientes preferem em uma programação regular também ajuda na eliminação intestinal e urinária, ajudando também a manter a circulação e a integridade da pele.

Sistema Cardiovascular

Os efeitos do repouso no leito ou da imobilização no sistema cardiovascular incluem hipotensão ortostática, maior carga de trabalho cardíaco e formação de trombo. Conceba terapias de enfermagem para minimizar ou prevenir essas alterações.

Reduzir a Hipotensão Ortostática

Quando os pacientes que estão em repouso no leito ou que estavam imóveis passam para uma posição sentada ou de pé, frequentemente eles sofrem de hipotensão ortostática. Eles têm uma maior pulsação, menor pressão de pulso e uma queda na pressão arterial. Se os sintomas ficarem suficientemente graves, o paciente pode desmaiar (McCance e Huether, 2014). Para prevenir lesões os(as) enfermeiros(as) implementam intervenções que reduzem ou eliminam os efeitos da hipotensão ortostática. Mobilize o paciente logo que a condição física permitir, mesmo que isso envolva se pendurar na cabeceira ou passar para uma cadeira. Essa atividade mantém o tônus muscular e aumenta o retorno venoso. Os exercícios isométricos (ou seja, atividades que envolvem tensão muscular sem encurtamento muscular) não têm efeitos benéficos na prevenção da hipotensão ortostática, mas melhoram a tolerância à atividade. Quando levantar um paciente imóvel pela primeira vez, avalie a situação usando um

algoritmo de manejo seguro do paciente (VISN8, 2015). É uma precaução que protege o profissional de enfermagem e o paciente de lesões e também permite que o paciente participe o máximo possível da transferência.

Reduzir a Carga de Trabalho Cardíaco

Uma intervenção de enfermagem que reduz a carga de trabalho cardíaco envolve instruir os pacientes a evitarem o uso da manobra de Valsalva quando se levantarem da cama, defecarem ou erguerem objetos domésticos. Durante uma manobra de Valsalva, um paciente prende a respiração e faz força, aumentando a pressão intratorácica e, por sua vez, diminuindo o retorno venoso e o débito cardíaco. Quando a força é aliviada, o retorno venoso e o débito cardíaco aumentam imediatamente e a pressão arterial sistólica e a pressão do pulso aumentam. Essas mudanças na pressão produzem uma bradicardia reflexa e uma possível diminuição na pressão arterial que pode resultar em morte cardíaca súbita em pacientes com doença cardíaca. Ensine os pacientes a expirar enquanto defecam, se levantam ou se movem de um lado para outro ou levantam da cama, e a não prenderem a respiração e fazerem força ao mesmo tempo.

Prevenir a Formação de Trombo

Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid identificaram dez "Eventos que Nunca Devem Ocorrer" em 2008. Um Evento que Nunca Deve Ocorrer é um evento adquirido no hospital para o qual o Medicare e outros terceirizados não vão mais pagar os hospitais com uma taxa mais alta pelos custos maiores dos cuidados. A trombose venosa profunda (TVP) é um desses Eventos que Nunca Devem Acontecer. A maneira mais econômica de tratar a TVP é através de um programa agressivo de profilaxia. A prevenção da TVP é crítica para reduzir o risco de embolia pulmonar fatal e não fatal. Um programa de profilaxia começa com a identificação dos pacientes em risco e continua durante toda a sua imobilização. Isso requer um papel colaborativo entre os profissionais de enfermagem e os profissionais de saúde. Você vai identificar os fatores de risco do paciente a partir

da avaliação da enfermagem. Existem intervenções de enfermagem que você pode empregar para reduzir o risco de formação de trombo em pacientes imobilizados. A deambulação inicial, os exercícios de perna, pé e tornozelo, os líquidos fornecidos regularmente, as mudanças frequentes de posição e a educação em saúde do paciente precisam começar quando esse paciente ficar imóvel (Cap. 50).

A profilaxia também inclui anticoagulação, prevenção mecânica com meias de compressão gradual, dispositivos de compressão pneumática intermitente e bombas plantares. A anticoagulação pode incluir o uso de aspirina, embora seja um pouco controverso. Os anticoagulantes mais utilizados incluem a heparina não fracionada (HNF) (administrada normalmente em 5.000 unidades duas ou três vezes ao dia), heparinas de baixo peso molecular (HBPM) (p. ex., enoxaparina ou dalteparina), antagonistas da vitamina K (p. ex., varfarina, mas também o acenocoumarol, fenindiona e dicumarol) e fondaparinux (um inibidor seletivo do fator Xa) (Cayley, 2007). Como o sangramento é um possível efeito colateral das medicações anticoagulantes, avalie continuamente o paciente quanto a sinais de sangramento como hematúria, contusões, vômito parecido com pó de café ou aspirado gastrointestinal, fezes guáiacas positivas e gengivas sangrando.

As DCS e a compressão pneumática intermitente (CPI) são utilizadas para prevenir coágulos sanguíneos nas extremidades inferiores. Elas consistem em manguitos e meias, feitos de tecido ou plástico, envolvidas na perna e presas com Velcro® (Quadro 28-7). Uma vez aplicadas, ligue os manguitos a uma bomba que infla e desinfla alternadamente a meia em volta da perna. Um ciclo típico é a inflação por 10 a 15 segundos e a deflação por 45 a 60 segundos. As pressões de inflação são, em média, 40 mmHg. O uso de DCS/CPI nas pernas diminui a estase venosa aumentando o retorno venoso através das veias profundas das pernas. Para melhores resultados, comece a usar as DCS/CPI o mais breve possível e mantenha-as até o paciente deambular totalmente.

Quadro 28-7

Diretrizes para o procedimento

Aplicação de Dispositivos de Compressão Sequencial (DCS) e Meias Elásticas

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de aplicação das meias elásticas e os dispositivos de compressão sequencial (DCS) podem ser delegados ao pessoal de enfermagem. O profissional de enfermagem determina inicialmente o tamanho das meias elásticas e avalia as extremidades inferiores do paciente quanto a sinais e sintomas de TVP ou comprometimento da circulação. Instrua o pessoal de enfermagem a:

- Remover as mangas do DCS antes de deixar o paciente sair do leito.
- Notificar a enfermeira se o paciente se queixar de dor na perna ou se houver descoloração nas extremidades.
- Quando aplicar meias elásticas, instrua o paciente a evitar atividades que promovam estase venosa (p. ex., cruzar as pernas, usar cinta-liga).
- Elevar as pernas enquanto o paciente estiver sentado e antes de aplicar as meias para melhorar o retorno venoso.
- Evitar o enrrugamento nas meias elásticas.

Equipamento

Fita métrica, talco ou amido de milho (opcional), meias elásticas ou de compressão, insuflador de DCS com mangueiras de ar presas, meias de compressão/mangas descartáveis ajustáveis por Velcro®, artigos de higiene

Passos

1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome

e data de nascimento ou nome e número do prontuário do paciente), de acordo com a política da instituição.

2. Avaliar os fatores de risco na tríade de Virchow:
    a. Hipercoagulabilidade (p. ex., distúrbios de coagulação [resultados de exames laboratoriais], febre, desidratação)
    b. Anomalias da parede venosa encontradas no histórico do paciente (ou seja, histórico e cirurgia ortopédica, aterosclerose)
    c. Estase sanguínea (p. ex., imobilidade, obesidade, gravidez)

DECISÃO CLÍNICA: *Os sinais clínicos de tromboflebite variam de acordo com o tamanho e a localização do trombo. Os sinais e sintomas de trombose superficial incluem veias palpáveis e áreas circundantes sensíveis ao toque, avermelhadas e quentes. A elevação da temperatura e o edema podem ou não estar presentes. Sinais e sintomas de trombose venosa profunda (TVP) incluem extremidade inchada; dor; calor, pele cianótica; e elevação da temperatura. O sinal de Homans (dor na panturrilha na dorsiflexão do pé) não é mais considerado um indicador confiável (Ball et al., 2015; Grinage e Werner, 2013).*

PASSO 11D Posicione a parte de trás do joelho do paciente na abertura poplítea.

3. Avaliar a condição da pele e da circulação para as pernas do paciente (p. ex., presença de pulsos pedais, edema, descoloração da pele, temperatura da pele, enchimento capilar, presença de lesões ou cortes). Avaliar as contraindicações ao uso de meias elásticas ou DCS:
   a. Dermatite ou lesões cutâneas abertas
   b. Enxerto cutâneo recente
   c. Menor circulação arterial nas extremidades inferiores, conforme evidenciado pelas extremidades cianóticas, frias.
4. Obter requisição do profissional de saúde.
5. Quando aplicar meias elásticas, usar fita métrica para medir as pernas do paciente e determinar o tamanho correto da meia.
6. Realizar a higiene das mãos. Proporcionar também a higiene das extremidades inferiores do paciente, conforme a necessidade.
7. Montar e preparar o equipamento.
8. Explicar o procedimento e a razão para aplicar DCS ou meias

elásticas.

9. Posicionar o paciente na posição de decúbito dorsal. Elevar a cabeceira da cama até um nível confortável.
10. *Opção:* Quando aplicar meias elásticas, aplique uma pequena quantidade de talco ou amido de milho nas pernas, contanto que o paciente não tenha sensibilidade a esses produtos. O talco facilita a aplicação das meias.
11. Aplicar as mangas do DCS:
    a. Remova as mangas do DCS da capa plástica; desdobrar e aplainar.
    b. Coloque a manga sob a perna do paciente, de acordo com a posição da perna indicada no revestimento interno da manga.
    c. Coloque a perna do paciente na manga do DCS. A parte de trás do tornozelo deve ficar alinhada com a marca de tornozelo no revestimento interno da manga.
    d. Posicione a parte de trás do joelho na abertura poplítea na manga (ver ilustração).
    e. Envolva a manga do DCS firmemente em volta da perna do paciente. Confira o ajuste da manga do DCS colocando dois dedos entre a perna do paciente e a manga (ver ilustração).

PASSO 11E Confira o ajuste da manga do DCS.

f. Prenda o conector da manga do DCS na tomada da unidade mecânica. As setas no conector se alinham com as setas na tomada da unidade (ver ilustração).

g. Ligue a unidade mecânica. A luz verde indica que a unidade está funcionando. Monitore o funcionamento do DCS através de um ciclo inteiro de inflação e deflação. Um ciclo típico é a inflação por 10 a 15 segundos e deflação por 45 a 60 segundos. As pressões de inflação são, em média, de 40 mmHg.

h. Reposicione o paciente de modo confortável e realize a higiene das mãos.

i. Remova as meias de compressão pelo menos uma vez por turno.

j. Monitore a integridade da pele e a circulação do paciente para as extremidades inferiores, conforme requisitado ou recomendado pelo fabricante do DCS.

12. Aplicar Meias Elásticas:

a. Vire a meia elástica do avesso colocando uma mão dentro

da meia, segurando a meia com o polegar da mão. Usando a outra mão, puxe a meia sobre a mão até chegar ao calcanhar (ver ilustração).

b. Coloque os dedos do pé do paciente na meia elástica, certificando-se de que a meia esteja lisa (ver ilustração).

c. Deslize a porção restante da meia sobre o pé do paciente, certificando-se de que os dedos estejam cobertos. Confira se o pé está ajustado aos dedos e ao calcanhar da meia (ver ilustração).

d. Deslize a meia até a panturrilha do paciente, deixando a meia completamente estendida. Certifique-se de que a meia esteja lisa e sem vincos ou rugas, particularmente atrás do joelho (ver ilustração).

PASSO 12A Vire a meia do avesso: segure o dedo e puxe.

PASSO 12C Deslize a porção restante da meia sobre o pé.

e. Oriente o paciente a não enrolar as meias parcialmente para baixo, pois o anel constritor em volta da perna pode impedir a circulação.
f. Oriente o paciente a não massagear as pernas.
g. Reposicione o paciente para deixá-lo confortável e faça a higiene das mãos.
h. Remova as meias uma vez por turno.
i. Inspecione as meias quanto a rugas ou constrição.
j. Inspecione as meias elásticas para determinar se não há rugas, vincos ou dobraduras.

PASSO 11F Alinhe as setas quando conectar o DCS à unidade mecânica.

PASSO 12B Coloque os dedos no pé da meia.

PASSO 12D Deslize a meia para cima até ficar completamente estendida.

As meias elásticas (às vezes chamadas *meias antiembólicas*) também ajudam a manter a pressão externa nos músculos das extremidades inferiores e, assim, promovem o retorno venoso (Quadro 28-7). Para obter o tamanho correto, meça a panturrilha, coxa e comprimento da perna do paciente com precisão. Quando considerar a aplicação de meias de compressão gradual, avalie primeiro a adequabilidade do paciente para utilizá-las. Não as aplique se ele tiver uma condição local afetando a perna (p. ex., qualquer lesão de pele, condição gangrenosa ou ligação venosa recente), pois a aplicação compromete a circulação. Aplique-as corretamente e remova-as pelo menos uma vez por turno. Certifique-se de avaliar a circulação nos dedos dos pés para assegurar que as meias não estejam apertadas demais. Outro dispositivo para prevenir a TVP é a bomba plantar de plexo venoso. Ela promove a circulação simulando a ação natural de caminhar.

O posicionamento adequado reduz o risco de formação de trombo de um paciente, já que a compressão das veias da perna é minimizada. Portanto, quando posicionar os pacientes, tenha cuidado para impedir a pressão sobre o joelho posterior e as veias profundas nas extremidades inferiores. Ensine os pacientes a evitarem o seguinte: cruzar as pernas, sentar por muito tempo, usar roupas que apertem as pernas ou a cintura, e massagear as pernas. Comunique imediatamente a TVP para o profissional de saúde do paciente. Eleve a perna, mas evite pressão sobre a área com suspeita de trombo. Oriente o familiar, o paciente e os profissionais de saúde a não massagearem a área devido ao perigo de desalojar o trombo.

Os exercícios de amplitude de movimentos diminuem o risco de contraturas e ajudam a prevenir os trombos. A atividade causa contração dos músculos esqueléticos, que por sua vez exercem pressão nas veias para promover o retorno venoso, reduzindo assim a estase venosa. Os exercícios específicos que ajudam a evitar a tromboflebite são o bombeamento com o tornozelo, os círculos com os

pés e a flexão dos joelhos. O bombeamento com o tornozelo, às vezes chamado *bombeamento da panturrilha*, inclui alternar a flexão plantar e a dorsiflexão. A circundação dos pés requer que o paciente gire o tornozelo. Incentive os pacientes a fazerem as letras do alfabeto com seus pés a cada 1 a 2 horas. A flexão do joelho envolve estender e flexionar o joelho alternadamente. Esses exercícios às vezes são chamados *antiembólicos* e precisam ser feitos de hora em hora enquanto o paciente estiver acordado.

Sistema Musculoesquelético

Os exercícios para prevenir a atrofia muscular excessiva e as contraturas articulares ajudam a manter a função musculoesquelética. Se um paciente for incapaz de mover uma parte ou todo o seu corpo, faça exercícios passivos de amplitude de movimentos em todas as articulações imobilizadas enquanto banha o paciente e ao menos 2 ou 3 vezes ao dia. Se uma extremidade estiver paralisada, oriente o paciente a colocar cada articulação independentemente através de sua ADM. Os pacientes em repouso no leito precisam fazer exercícios ativos de amplitude de movimentos, incorporados às suas programações diárias. Ensine os pacientes a também integrarem os exercícios em suas atividades de vida diária.

Algumas condições ortopédicas requerem exercícios de ADM mais passivos para restabelecer a função da articulação lesionada após a cirurgia. Os pacientes com essas condições podem usar equipamentos automáticos (movimento passivo contínuo [MPC] nos exercícios passivos de ADM) (Fig. 28-9). A máquina de MPC move uma extremidade para um ângulo prescrito por um período igualmente prescrito. Os pesquisadores investigavam continuamente os usos do MPC. Os pacientes que sofreram reparo do manguito rotador e receberam terapia de MPC em seu ombro afetado relataram uma redução na dor em um estudo e melhoraram a força muscular em outro (DuPleiss et at., 2011). No entanto, em uma análise sistemática recente, o MPC não exibiu efeitos clinicamente importantes na flexão ativa do joelho, ADM, dor, função ou qualidade de vida para justificar seu uso rotineiro em pacientes submetidos à artroplastia total do

joelho (Harvey et al. 2014).

FIGURA 28-9 Máquina de amplitude de movimentos passivos contínuos.

Sistema Tegumentar

O principal risco para a pele decorrente das restrições de mobilidade é a formação de lesões por pressão. A identificação precoce dos pacientes de alto risco ajuda a prevenir as lesões por pressão (Cap. 48). As intervenções voltadas para a prevenção incluem virar e posicionar e o uso de superfícies de apoio terapêutico para aliviar a pressão. O cuidado regular da pele (limpeza das áreas sujas e uso de umectantes) visa manter a condição da pele. Mude o paciente imobilizado de posição de acordo com o seu nível de atividade, capacidade de percepção, protocolos de tratamento e rotinas diárias. Por exemplo, um paciente obeso ou um paciente muito magro, ambos com incontinência intestinal, vão exigir viradas mais frequentes do que a

prática padrão. Embora virar a cada duas horas seja a prática padrão para prevenir úlceras, às vezes é necessário usar superfícies de apoio (p. ex., colchões pneumáticos, botas, colchoes d'água) para aliviar a pressão.

Geralmente o tempo que um paciente fica sentado ininterruptamente em uma cadeira se limita a 1 hora. Esse intervalo é reduzido nos pacientes com risco muito alto de rompimento da pele. Ensine-os a deslocarem seu peso na cadeira a cada 15 minutos. Os pacientes presos à cadeira precisam ter um dispositivo que reduz a pressão nessa cadeira (Chou et al., 2013).

Sistema de Eliminação

As intervenções de enfermagem para manter o melhor funcionamento urinário possível estão voltadas para manter o paciente bem hidratado e impedir a estase urinária, cálculos e infecções sem causar distensão da bexiga. A hidratação adequada (p. ex., pelo menos 1.100 a 1.400 mL de líquidos diários sem cafeína) ajuda a prevenir cálculos renais e infecções do trato urinário. O paciente bem hidratado precisa urinar grandes quantidades de urina diluída, aproximadamente iguais à ingestão hídrica. Registre também a frequência e a consistência das defecações. Forneça uma dieta rica em líquidos, frutas, vegetais e fibras para facilitar a peristalse normal. Se um paciente for incapaz de manter padrões intestinais regulares, às vezes são necessários os amolecedores de fezes, catárticos ou enemas. Se o paciente for incontinente, modifique o plano de cuidados para incluir auxílio para ir ao banheiro e um cronograma de higiene para que o maior débito urinário não provoque rompimento da pele.

Alterações Psicossociais

Use dados de avaliação para identificar os efeitos psicossociais da imobilização prolongada. As pessoas que têm uma tendência para a depressão ou oscilações de humor correm um risco maior de desenvolver efeitos psicossociais durante o repouso no leito ou a imobilização.

Antecipe as mudanças no estado psicossocial do paciente e

promova a socialização rotineira e informal. Observe a capacidade do paciente para lidar com a mobilidade restrita. Nos contextos das instituições de saúde, não agende cuidados de enfermagem entre 22:00 h e 7:00 h para minimizar as interrupções do sono. Por exemplo, administre medicações e avalie os sinais vitais quando entrar no quarto para virar o paciente ou prestar os cuidados especiais com a pele. Se o plano de cuidados de enfermagem não estiver melhorando os padrões de enfrentamento, consulte uma enfermeira especialista clínica, psicoterapeuta, assistente social, conselheiro espiritual ou outro profissional de saúde. Incorpore suas recomendações no plano de cuidados.

As enfermeiras fornecem estímulos significantes para manter a orientação de um paciente. Planeje as atividades de enfermagem para que o paciente seja capaz de falar e interagir com a equipe. Se possível, coloque o paciente em um quarto com outros que se movam e interajam. Se for necessário um quarto particular, peça aos membros da equipe que visitem durante o turno para promover uma interação significativa. Um jornal diário ajuda o paciente a acompanhar os acontecimentos e o tempo. As conversas de cabeceira nos momentos apropriados familiarizam o paciente com as atividades de enfermagem, refeições e horários de visita. Os livros ajudam a ocupar o paciente quando ele está sozinho. O paciente pode participar de atividades de artesanato. iPods, MP3, rádio, televisão e fitas de vídeo fornecem estímulos e ajudam a passar o tempo.

Envolva os pacientes sempre que possível em seu próprio cuidado. Por exemplo, incentive o paciente a determinar quando a cama deve ser feita. Alguns pacientes repousam melhor durante a noite, quando são colocados lençóis novos, do que pela manhã. O paciente precisa fornecer o máximo possível de autocuidado. Mantenha os artigos de higiene e beleza dentro do alcance fácil do paciente. Incentive os pacientes a usarem seus óculos ou dentaduras e a se barbear ou maquiar. As pessoas usam essas atividades para manter a sua boa imagem, melhorando assim a sua perspectiva.

Alterações do Desenvolvimento

Os pacientes imobilizados em condições ideais continuam o desenvolvimento normal. As intervenções de enfermagem podem ajudar. Os cuidados de enfermagem precisam fornecer estímulo mental e físico, particularmente para uma criança mais nova. Incorpore atividades lúdicas no plano de cuidados. Por exemplo, os quebra-cabeças ajudam uma criança a desenvolver habilidades motoras finas e a leitura ajuda no seu desenvolvimento cognitivo. Incentive os pais a ficarem juntos com a criança hospitalizada. Coloque uma criança imobilizada com outras crianças de mesma idade e que não estejam imobilizadas, a menos que haja uma doença contagiosa. Deixe a criança participar das intervenções de enfermagem, como as trocas de curativo, cuidados com gesso e tração. O profissional de enfermagem precisa reconhecer mudanças significativas em relação aos padrões comportamentais normais e consultar um uma enfermeira pediátrica, conselheiro ou outro profissional de saúde.

A mobilidade restrita dos pacientes idosos apresenta problemas de enfermagem únicos. Os pacientes idosos que são frágeis ou que têm condições crônicas frequentemente correm mais risco de se submeter aos perigos psicossociais da imobilidade. A manutenção de um calendário e um relógio com letras e números grandes, as conversas sobre os eventos atuais e os membros da família e o incentivo às visitas de outros parentes reduzem o risco de isolamento social. Passar um tempo no quarto falando e ouvindo o paciente também ajuda a reduzir o risco de isolamento social.

As enfermeiras precisam incentivar os idosos imobilizados a realizarem as suas atividades de vida diária de modo mais independente possível. Os pacientes precisam continuar a se cuidar como faziam antes de terem a sua mobilidade restringida. Esse tipo de atividade preserva a dignidade do paciente e lhe confere um sentimento de realização.

Técnicas de Posicionamento

Os pacientes com comprometimento do funcionamento do sistema nervoso, esquelético ou muscular e maior fraqueza e fadiga costumam

precisar de ajuda dos profissionais de enfermagem para se posicionar e manter o alinhamento corporal adequado enquanto estão deitados ou sentados (Procedimento 28-1 mais adiante). Existem vários dispositivos de posicionamento para manter um bom alinhamento corporal nos pacientes. Os travesseiros são auxílios de posicionamento e às vezes estão prontamente disponíveis. Antes de usar um travesseiro, determine se é do tamanho adequado. Um travesseiro grosso sob a cabeça de um paciente aumenta a flexão cervical, que não é desejável. Um travesseiro fino sob as proeminências ósseas não protege a pele e os tecidos dos danos ocasionados pela pressão. Quando não há mais travesseiros ou se o seu tamanho não for o adequado, use lençóis dobrados, cobertores ou toalhas como auxílios de posicionamento.

Aplique botas de posicionamento para prevenir a queda plantar, mantendo os pés em dorsiflexão. Os dispositivos ortóticos tornozelo-pé (OTP) também ajudam a manter a dorsiflexão. Os pacientes que usam botas de posicionamento ou OTP precisam que essas botas sejam removidas periodicamente (p. ex., 2 horas com, 2 horas sem).

Um **rolo de trocanter** impede a rotação externa dos quadris quando um paciente está em decúbito dorsal. Para formar um rolo de trocanter, dobre uma manta de algodão no sentido do comprimento em uma largura que se estenda do trocanter maior do fêmur até a borda inferior do espaço poplíteo (Fig. 28-10). Coloque a manta sob as nádegas e role-a no sentido anti-horário até a coxa ficar em posição neutra ou girada para dentro. Quando o quadril estiver alinhado corretamente, a patela fica voltada diretamente para cima. Use sacos de areia no lugar dos rolos de trocanter, ou além deles. Os sacos de areia são sacos plásticos cheios de areia moldados de acordo com o contorno do corpo. Os rolos de mão mantêm o polegar em ligeira adução e em oposição aos dedos, mantendo uma posição funcional. Avalie o rolo de mão para se certificar de que a mão esteja realmente em uma posição funcional. Os rolos de mão são utilizados com mais frequência nos pacientes cujos braços estão paralisados ou nos pacientes inconscientes. Não use panos como rolos de mão porque eles não mantêm o polegar bem abduzido, especialmente nos

pacientes com paralisia espástica. As talas de mão-pulso são moldadas individualmente para um paciente para manter o alinhamento correto do polegar (ligeira adução) e pulso (ligeira dorsiflexão). Use as talas somente no paciente para o qual foram feitas e siga o cronograma de aplicação (p. ex., usar por 2 horas, remover por 2 horas).

FIGURA 28-10 Rolo de trocanter.

A **barra de trapézio** é um dispositivo triangular que pende de uma barra suspensa bem presa à estrutura da cama. Ela permite que um paciente puxe as extremidades superiores para elevar o tronco da

cama, ajuda na transferência da cama para a cadeira de rodas ou na realização de exercícios para o braço (Fig. 28-11). Ela aumenta a independência, mantém a parte superior do corpo forte e diminui a ação de cisalhamento do deslizar para cima e para baixo na cama.

FIGURA 28-11 Paciente usando barra de trapézio.

Embora cada procedimento para posicionamento tenha diretrizes

específicas, existem passos universais a serem seguidos no caso de pacientes que necessitam de ajuda para se posicionar. As diretrizes a seguir reduzem o risco de lesão ao sistema musculoesquelético quando um paciente está sentado ou deitado. Quando as articulações não estão sustentadas, seu alinhamento fica prejudicado. Do mesmo modo, se as articulações não estiverem organizadas em uma posição ligeiramente flexionada, sua mobilidade é menor. Durante o posicionamento, avalie também os pontos de pressão. Quando existem áreas de pressão real ou potencial, as intervenções de enfermagem envolvem a remoção da pressão, diminuindo assim o risco de desenvolvimento de lesões por pressão e mais trauma ao sistema musculoesquelético. Nesses pacientes, use a posição de 30 graus laterais.

Posição de Fowler com Apoio

Na posição de Fowler com apoio a cabeceira do leito é elevada 45 a 60 graus e os joelhos do paciente são ligeiramente elevados sem pressão restringindo a circulação na parte inferior das pernas. A doença e a condição global do paciente influenciam o ângulo da cabeça e a elevação do joelho, além do tempo que o paciente precisa permanecer na posição de Fowler com apoio. O apoio precisa permitir a flexão dos quadris e joelhos e o alinhamento adequado das curvas normais nas vértebras cervicais, torácicas e lombares. A seguir temos as áreas problemáticas comuns de um paciente na posição de Fowler com apoio:

- Maior flexão cervical, pois o travesseiro na cabeceira é espesso demais e a cabeça é empurrada para frente
- Extensão dos joelhos, permitindo que o paciente escorregue para o pé da cama
- Pressão do aspecto posterior dos joelhos, diminuindo a circulação para os pés
- Rotação externa dos quadris
- Braços pendurados sem suporte nos lados do paciente
- Pés sem apoio ou pressão nos calcanhares
- Pontos de pressão desprotegidos no sacro e calcanhares

- Maior força de cisalhamento nas costas e calcanhares quando a cabeceira do leito está elevada acima de 60 graus

Posição de Decúbito Dorsal

Os pacientes na posição de decúbito dorsal repousam sobre suas costas. Na mesma posição de decúbito dorsal a relação das partes do corpo é essencialmente a mesma do alinhamento em pé, exceto que o corpo está no plano horizontal. Use travesseiros, rolos de trocanter e rolos de mão ou talas de braço para aumentar o conforto e reduzir as lesões à pele ou ao sistema musculoesquelético. O colchão precisa estar firme o bastante para suportar as vértebras cervicais, torácicas e lombares. Os ombros são apoiados e os cotovelos ligeiramente flexionados para controlar a rotação do ombro. Um suporte de pé impede a queda plantar e mantém o alinhamento correto. A seguir temos algumas áreas problemáticas comuns aos pacientes na posição de decúbito dorsal:

- O travesseiro na cabeceira é espesso demais, aumentando a flexão cervical
- Cabeça na horizontal no colchão
- Ombros sem apoio e girados internamente
- Cotovelos estendidos
- Polegar não em oposição aos dedos
- Quadris girados para fora
- Pés sem apoio
- Pontos de pressão na região occipital da cabeça, vértebras, cóccix, cotovelos e calcanhares

Paciente em Posição de Decúbito Ventral

O paciente na posição de decúbito ventral se deita com a face ou tórax para baixo. Muitas vezes a sua cabeça é virada para o lado; mas, se houver um travesseiro sob a cabeça, ele deve ser fino o bastante para prevenir a flexão ou extensão cervical e manter o alinhamento da coluna lombar. Colocar um travesseiro sob a parte inferior da perna permite a dorsiflexão dos tornozelos e alguma flexão do joelho, promovendo relaxamento. Se houver um travesseiro, os tornozelos

precisam estar em dorsiflexão sobre a extremidade do colchão. Embora a posição de decúbito ventral raramente seja utilizada na prática, considere-a como uma alternativa, especialmente nos pacientes que normalmente dormem nessa posição. A posição de decúbito ventral também pode ter alguns benefícios nos pacientes com síndrome da angústia respiratória aguda e lesão pulmonar aguda (Barbas et al., 2012). Existem leitos especiais que posicionam os pacientes gravemente doentes com segurança na posição de decúbito ventral. Avalie e corrija qualquer um dos seguintes pontos problemáticos com pacientes na posição de decúbito ventral:

- Hiperextensão do pescoço
- Hiperextensão da coluna lombar
- Flexão plantar dos tornozelos
- Pontos de pressão desprotegidos no queixo, cotovelos, mamas femininas, quadris, joelhos e dedos dos pés

Posição de Decúbito Lateral

Na posição de decúbito lateral o paciente deita de lado com a maior parte do peso corporal no quadril e ombro encostados na cama. Uma posição lateral de 30 graus é recomendada para pacientes em risco de lesões por pressão (Cap. 48) (Choue et al., 2013). O alinhamento do tronco precisa ser o mesmo que na posição de pé. O paciente precisa manter as curvas estruturais da coluna, a cabeça precisa estar apoiada no alinhamento da linha média do tronco e a rotação da coluna precisa ser evitada. Os seguintes pontos problemáticos são comuns na posição de decúbito lateral:

- Flexão lateral do pescoço
- Curvas espinhais fora do alinhamento normal
- Articulações do ombro e quadril giradas para dentro, aduzidas ou sem apoio
- Falta de apoio no pé
- Falta de proteção dos pontos de pressão na orelha, ombro, espinha ilíaca anterior, trocanter e tornozelos
- Flexão lateral excessiva da coluna se o paciente tiver quadris largos e não for colocado um travesseiro acima dos quadris, na cintura

Posição de Sims

A posição de Sims é diferente do decúbito lateral na distribuição do peso do paciente. Na posição de Sims, o paciente coloca o peso no íleo anterior, úmero e clavícula. Pontos problemáticos comuns na posição de Sims incluem:

- Flexão lateral do pescoço
- Rotação interna, adução ou falta de apoio nos ombros e quadris
- Falta de apoio no pé
- Falta de proteção dos pontos de pressão no íleo, úmero, clavícula, joelhos e tornozelos

Movimentação dos Pacientes

Quando mover um paciente durante o reposicionamento, a primeira prioridade é uma transferência segura. Os pacientes necessitam de vários níveis de assistência para se levantar na cama, passar para uma posição lateral ou sentar na lateral da cama. Por exemplo, uma mulher jovem e saudável pode precisar de apoio enquanto senta na lateral da cama pela primeira vez após o parto, enquanto um idoso pode precisar de ajuda de dois ou três enfermeiros para fazer a mesma coisa 1 a 2 dias após uma cirurgia.

Sempre peça aos pacientes para ajudarem o máximo que puderem. Para determinar o que um paciente é capaz de fazer sozinho e quantas pessoas são necessárias para ajudar a movê-lo na cama, avalie-o para determinar se a doença contraindica esforço (p. ex., doença cardiovascular). Em seguida, determine se o paciente compreende o que se espera dele. Por exemplo, um paciente medicado recentemente para dor pós-operatória é letárgico demais para compreender instruções; desse modo, para garantir a segurança são necessários dois profissionais de enfermagem para movê-lo. Depois, determine o seu nível de conforto. É importante avaliar a sua força pessoal e o conhecimento do procedimento. Finalmente, determine se o paciente é pesado demais ou imóvel para você movê-lo sozinho (VISN8, 2015) (Cap. 39).

Cuidado Restaurador e Contínuo

O objetivo do cuidado restaurador para o paciente imóvel é maximizar a mobilidade funcional e a independência, além de reduzir os déficits funcionais residuais, como o comprometimento da marcha e a menor resistência. O foco no cuidado restaurador não está só nas atividades de vida diária (AVD) relacionadas ao autocuidado físico, mas também nas **atividades instrumentais de vida diária (AIVD)**. As AIVD são atividades necessárias para ser independente na sociedade, além de comer, se arrumar, transferir e ir ao banheiro, e incluem habilidades como ir às compras, preparar refeições, ir ao banco e tomar medicamentos.

As enfermeiras usam muitas das mesmas intervenções descritas nas seções de promoção da saúde e cuidados agudos, mas a ênfase está em trabalhar de forma colaborativa com pacientes e seus parentes e com outros profissionais de saúde a fim de facilitar o retorno do paciente à capacidade funcional máxima tanto nas AVD quanto nas AIVD.

Uma terapia especializada intensiva, como a terapia ocupacional ou a fisioterapia, é comum. Se o paciente estiver em uma instituição de reabilitação, ele vai para o departamento de terapia 2 a 3 vezes ao dia. O papel da enfermeira é trabalhar de maneira colaborativa com esses profissionais e reforçar os exercícios e instruções. Por exemplo, após um AVC, um paciente provavelmente recebe treinamento de marcha de um fisioterapeuta; reabilitação da fala com um fonoaudiólogo; e ajuda de um terapeuta ocupacional para as AVD, como se vestir, tomar banho e ir ao banheiro, ou tarefas domésticas. A terapia nem sempre é capaz de restaurar a saúde funcional total, mas frequentemente ela ajuda os pacientes a se adaptarem às limitações de mobilidade ou suas complicações. O equipamento utilizado frequentemente para ajudar os pacientes a se adaptarem às limitações de mobilidade incluem andadores, bengalas, cadeiras de rodas e dispositivos auxiliares, como extensores de assento de vaso sanitário, bastões de alcance, talheres especiais e roupas com fechamento em Velcro.

Exercícios de Amplitude de Movimentos

Para garantir a mobilidade articular adequada, ensine o paciente sobre os exercícios de amplitude de movimentos. Caminhar também aumenta a mobilidade articular. Os pacientes com mobilidade restrita são incapazes de fazer alguns ou todos os exercícios de ADM de maneira independente. Realize exercícios de ADM para manter a mobilidade articular máxima. Para garantir que os pacientes recebam rotineiramente os exercícios de ADM, agende-os em horários específicos, talvez com outra atividade de enfermagem, como durante o banho do paciente. Isso permite que a enfermeira reavalie sistematicamente a mobilidade enquanto melhora a ADM do paciente. Além disso, normalmente o banho requer que as extremidades e articulações sejam colocadas em ADM completa. Os exercícios passivos de ADM começam logo que a capacidade de um paciente para mover uma extremidade ou articulação é perdida. Execute movimentos lenta e suavemente, apenas até o ponto de resistência; a ADM não deve causar dor. **Nunca force uma articulação além de sua capacidade**. Cada movimento precisa ser repetido 5 vezes durante uma sessão.

Quando realizar exercícios passivos de ADM, fique de pé ao lado do leito mais perto do ponto que está sendo exercitado. Use uma sequência da cabeça aos pés e mova as articulações da maior para a menor. Se uma extremidade tiver que ser movida ou erguida, coloque uma mão em concha sob a articulação para apoiá-la (Fig. 28-12), apoie a articulação com uma mão e embale a porção distal da extremidade com o resto do braço (Fig. 28-13). Consulte na Tabela 28-2 a ADM detalhada para cada articulação. Os exercícios de ADM adequados se baseiam no paciente e na articulação afetada.

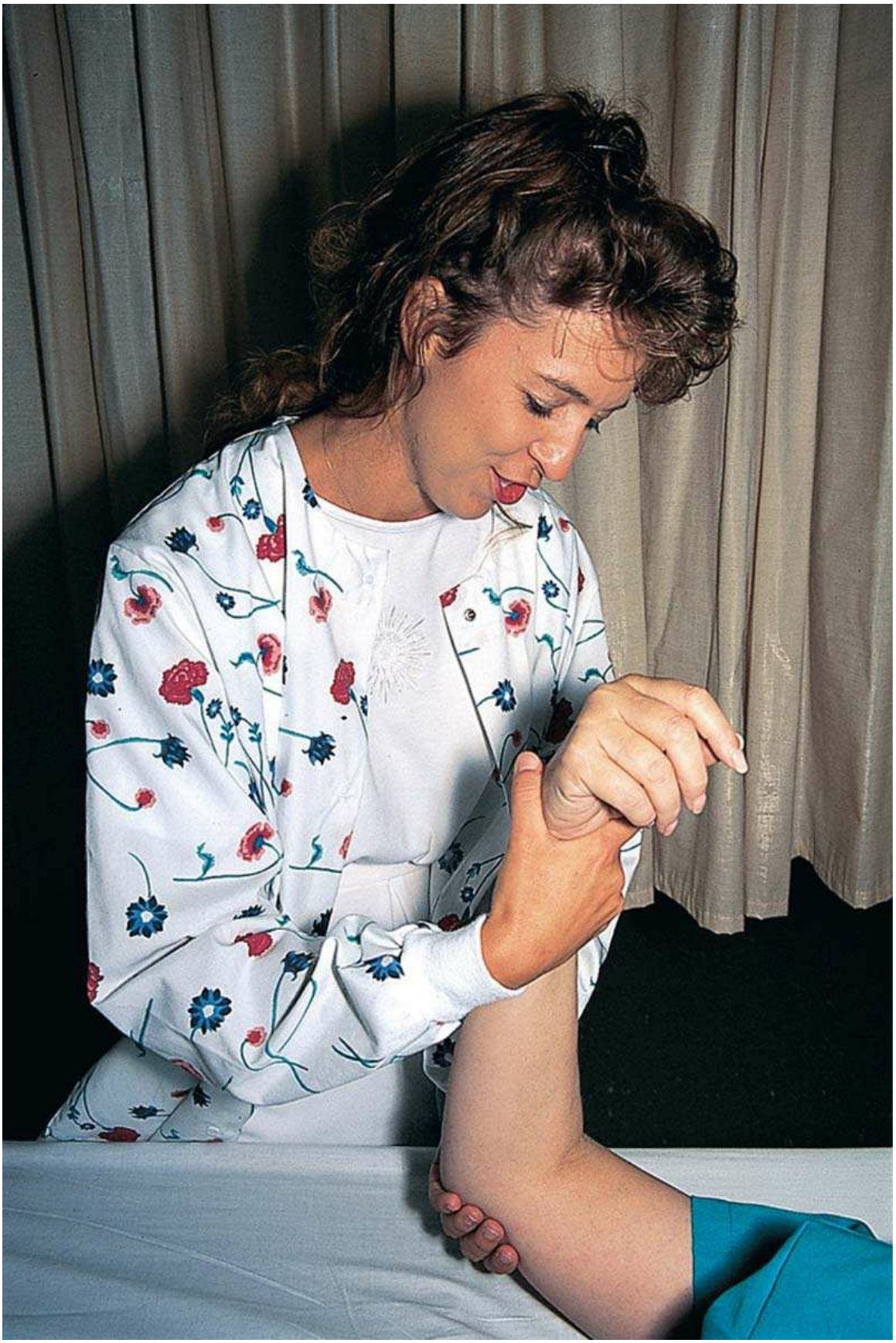


FIGURA 28-12 Apoiando a articulação segurando as áreas distal e proximal adjacentes à articulação.

FIGURA 28-13 Colocando a porção distal da extremidade em um berço.

Caminhar

Quando um paciente tem uma capacidade limitada para caminhar, avalie a sua tolerância à atividade, tolerância à posição ereta (hipotensão ortostática), força, presença de dor, coordenação e equilíbrio para determinar a quantidade de ajuda necessária. Explique que distância o paciente deve tentar caminhar, quem vai ajudar, quando a caminhada vai acontecer e por que é importante caminhar. Alguns lugares têm distâncias marcadas nos corredores para medir o progresso de um paciente. Outras instalações usam acelerômetros para medir a distância caminhada. Além disso, determine com o

paciente quanta independência ele pode assumir.

Confira o ambiente para certificar-se de que não haja obstáculos no caminho do paciente. Retire cadeiras, mesinhas sobre o leito e cadeiras de rodas do caminho para que o paciente tenha um espaço amplo para caminhar com segurança. Antes de começar, estabeleça pontos de descanso no caso de a tolerância à atividade ser menor que a estimada ou o paciente ficar tonto. Por exemplo, coloque uma cadeira no corredor para o paciente descansar se for necessário. Um profissional de enfermagem que não tem muita força e que não consegue deambular um paciente sozinho precisa pedir ajuda e assegurar que o paciente tenha um dispositivo de auxílio, como um andador (Cap. 39). Um profissional de enfermagem em cada lado do paciente e cada um deles segura um lado da correia de transferência.

Forneça apoio na cintura usando uma **correia de transferência** para que o centro de gravidade do paciente permaneça na linha média. Enquanto caminha, o paciente não deve pender para um lado porque isso altera o centro de gravidade, distorce o equilíbrio e aumenta o risco de queda. Volte com um paciente que em qualquer momento pareça instável ou se queixe de tonteira para uma cama ou cadeira próxima. Se o paciente desmaiar ou começar a cair, assuma uma base de apoio larga com um pé na frente do outro, apoiando com isso o peso corporal (Fig. 28-14, *A*, *B*, *C*). Depois, abaixe gentilmente o paciente até o chão, protegendo a cabeça. Embora abaixar um paciente até o chão não seja difícil, o aluno de enfermagem precisa praticar essa técnica com um amigo ou colega de classe antes de tentar usar em um contexto clínico.

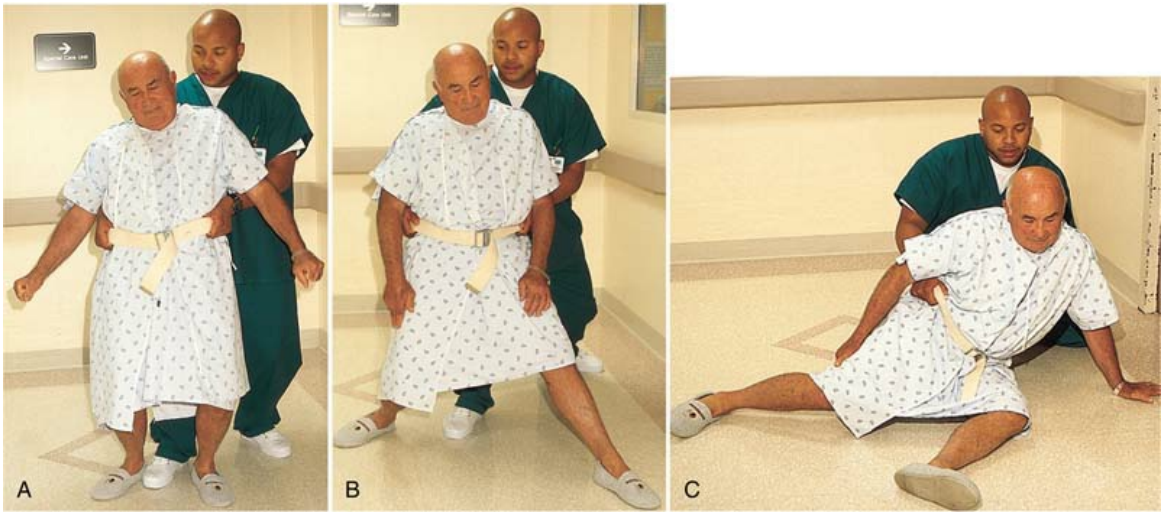


FIGURA 28-14 **A,** Fique de pé com os pés afastados para promover uma base de apoio ampla. **B,** Estique uma perna e deixe o paciente deslizar contra ela até chegar ao solo. **C,** Dobre os joelhos para abaixar o corpo à medida que o paciente desliza até o solo.

Os pacientes com **hemiplegia** (paralisia unilateral) ou **hemiparesia** (fraqueza unilateral) frequentemente precisam de ajuda para caminhar. Quando um dispositivo de auxilio é utilizado, fique de pé no lado afetado do paciente e segure-o com uma correia de transferência. Não é correto apoiar o paciente segurando o seu braço porque o profissional de enfermagem não consegue sustentar facilmente o peso do paciente para abaixá-lo até o chão, caso ele desmaie ou caia. Além disso, se o paciente cair com o profissional de enfermagem segurando um braço, uma articulação do ombro pode se deslocar.

◆ Evolução da Enfermagem

Pela Ótica do Paciente

Assim como foi importante incluir o paciente durante a avaliação e a fase de planejamento dos cuidados, é essencial ter a avaliação do paciente quanto ao plano de cuidados. Os objetivos foram cumpridos ou mais trabalho é necessário? Agora você deve determinar com o paciente e os demais envolvidos nos cuidados se os objetivos ou resultados estabelecidos com e para o paciente foram realmente satisfeitos; o que ainda precisa ser alcançado pela ótica do paciente; e se é necessário revisar um novo plano de cuidados. Em outras palavras, as expectativas do paciente mudaram e de que forma?

Resultados do Paciente

Pela sua perspectiva como enfermeira, você deve avaliar os resultados esperados e a resposta de um paciente aos cuidados de enfermagem e comparar os resultados reais do paciente com os resultados selecionados durante o planejamento, como a sua capacidade para manter ou melhorar o alinhamento corporal, a mobilidade articular, caminhar, se mover ou transferir. Avalie a eficácia das intervenções específicas concebidas para promover o alinhamento corporal, melhorar a mobilidade e proteger o pacientes dos perigos da imobilidade. Avalie a compreensão do paciente e da família quanto a todo ensinamento recebido. A natureza contínua da avaliação lhe permite determinar se são necessários tratamentos novos ou revisados e se foram desenvolvidos novos diagnósticos de enfermagem.

Quando os resultados não são satisfeitos, considere fazer as seguintes perguntas:

- Existem maneiras de podermos ajudá-lo a aumentar a sua atividade?
- Quais atividades você não está conseguindo realizar nesse momento?
- Como você se sente a respeito de ser capaz de se vestir e fazer suas

próprias refeições?
- Quais exercícios você acha mais úteis?
- Quais objetivos para a sua atividade você gostaria de estabelecer agora?

Uma vez feitas essas perguntas e depois que você tratou da mobilidade limitada e de seus problemas associados pela perspectiva do paciente, você está preparado para ajustar o plano de cuidados para tratar dos problemas clínicos restantes pelos quais o seu paciente está passando, relacionados à imobilidade.

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

É um papel essencial do profissional de enfermagem garantir a segurança do paciente. Para garantir a segurança do paciente, comunique-se claramente com os membros da equipe de saúde, avalie e incorpore as prioridades de cuidados e as preferências do paciente e use as melhores informações quando tomar decisões sobre o cuidado do seu paciente. Quando realizar os procedimentos deste capítulo, lembre-se dos pontos a seguir para garantir o cuidado seguro e individualizado, centrado no paciente.

- Determine a quantidade e o tipo de assistência necessários para o posicionamento seguro, incluindo qualquer equipamento de transferência e o número de pessoas para transferir o paciente com segurança e prevenir danos a ele e aos profissionais de saúde.
- Levante as grades laterais do lado oposto da cama onde você está de pé para impedir que o paciente caia da cama por aquele lado.
- Organize o equipamento (p. ex., linhas intravenosas, sonda de alimentação, cateter de demora) de modo que não interfira no processo de posicionamento.
- Avalie o paciente quanto ao alinhamento corporal correto e os riscos de pressão após o reposicionamento.

Procedimento 28-1 Movimentação e

posicionamento de pacientes no leito

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de mover e posicionar pacientes no leito pode ser delegado aos profissionais de enfermagem de nível médio. A enfermeira é responsável por avaliar o nível de conforto do paciente e quaisquer riscos da imobilidade. Instrua o profissional de enfermagem sobre:

- Quaisquer limitações de movimento e posicionamento exclusivas do paciente.
- Necessidades individuais de alinhamento corporal (p. ex., paciente com lesão na medula espinhal).
- Horários agendados para reposicionar o paciente no turno.
- Quando pedir ajuda (p. ex., se o paciente tiver uma lesão na medula espinhal, quando o paciente for incapaz de ajudar o profissional de enfermagem, tiver muito equipamento ou estiver confuso).

Materiais

- Travesseiros
- Botas terapêuticas, talas, se necessário
- Rolo de trocanter
- Rolos de mão
- Grades laterais
- Dispositivo auxiliar de manejo seguro do paciente (p. ex., dispositivo de redução do atrito)

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário do paciente), de acordo com a política da instituição.
2. Avaliar o alinhamento corporal do paciente e o seu nível de conforto enquanto está deitado.
3. Avaliar os fatores de risco que contribuem para as complicações da imobilidade:
a. Paralisia, hemiparesia resultante de um acidente vascular cerebral (AVC), diminuição da sensaç

b. Mobilidade comprometida pela tração, artrite ou outros processos de doença

c. Comprometimento da circulação

d. *Idade:* Muito jovens, idosos

e. *Sensação:* Menor em virtude de AVC, paralisia, neuropatia

f. Nível de consciência e estado mental

4. Avaliar a capacidade física do paciente para ajudar na movimentação e no posicionamento:

a. Idade

b. Processo da doença

c. Força, coordenação

d. ADM

5. Avaliar altura, peso e forma corporal do paciente.

6. Avaliar as prescrições do profissional de saúde antes de posicionar. Esclarecer se há posições contraindicadas em virtude da condição do paciente (p. ex., lesão da medula espinhal; dificuldades respiratórias; certas condições neurológicas; presença de incisões, drenos e sondas).

7. Avaliar a presença de sondas, incisões e equipamentos (p. ex., tração).

8. Avaliar a condição da pele do paciente (Cap. 31).

9. Avaliar a capacidade e motivação do paciente e cuidadores da família para participar na movimenta posicionamento do paciente antes da alta hospitalar.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reunir o equipamento adequado. Obter ajuda extra se for necessária. Fechar a porta do quarto ou as cortinas do leito.

2. Realizar a higiene das mãos.

3. Elevar o nível do leito para uma altura de trabalho confortável. Remover todos os travesseiros e disp
utilizados para posicionamento.

4. Explicar o procedimento para o paciente.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Ajudar o paciente a se mover na cama
   a. **O paciente consegue ajudar?**
      (1) Plenamente capaz de ajudar; não precisa da ajuda do profissional de enfermagem que fica ap
      pé ao lado.
      (2) Parcialmente capaz de ajudar; o paciente consegue ajudar o profissional de enfermagem usar
      dicas de posicionamento (p. ex., lençol ou dispositivo de diminuição de atrito).

DECISÃO CLÍNICA: *Antes de abaixar a cabeceira da cama e colocá-la na horizontal, leve em conta as sondas*
presos no colchão ou armação da cama quando for abaixada.

b. ***Ajude o paciente a se mover na cama, usando um lençol (dois ou três profissionais de enfermage***

(1) Coloque o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira da cama na horizontal.

(2) Remova o travesseiro debaixo da cabeça e dos ombros, colocando-o na cabeceira da cama.

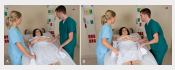
(3) Vire o paciente de um lado para o outro para colocar o lençol de transferência sob ele, dos on
até as coxas.

(4) Volte o paciente para a posição de decúbito dorsal.

(5) Faça uma sanfona no lençol de transferência nos dois lados, com cada profissional de enferm
agarrando firmemente próximo ao paciente.

DECISÃO CLÍNICA: *Para proteger os calcanhares do paciente contra a força de cisalhamento, faça com que u*
paciente é movido para cima na cama.

(6) Os profissionais de enfermagem colocam os pés afastados em uma postura anteroposterior.
Flexionar os joelhos e quadris. À contagem no três, levantar o peso da frente para a perna de t
mover o paciente e o lençol para a posição desejada no leito (ver ilustração).



PASSO 1B(6) **A** e **B**, Subindo um paciente imóvel no leito com um lençol.

c. ***Ajude a erguer o paciente no leito usando um dispositivo de redução de atrito (com assistência a***
profissionais de enfermagem).

(1) Posicione o paciente como nos Passos 1b(1-3).

(2) Com o paciente já de lado, coloque o dispositivo de redução do atrito sob o lençol e depois com que o paciente vire para o outro lado.

(3) Mova o paciente leito acima, com dois profissionais de enfermagem agarrando o lençol e u segurando o dispositivo de redução de atrito. Siga os Passos 1b(5-6), subindo o paciente no

2. Posicione o paciente em uma das seguintes posições usando o alinhamento corporal correto para pro as áreas de pressão. Comece com o paciente deitado em decúbito dorsal e suba-o no leito seguindo o Passos 1b ou 1c.

a. ***Posicionamento do paciente em Fowler com apoio (ver ilustração):***

(1) Com o paciente em decúbito dorsal, eleve a cabeceira do leito 45 a 60 graus, se não for contraindicado.

(2) Repouse a cabeça contra o colchão ou no travesseiro pequeno.

(3) Use travesseiros para apoiar braços e mãos se o paciente não tiver controle voluntário ou u mãos e braços.

(4) Posicione o travesseiro pequeno na lombar.

(5) Coloque o travesseiro pequeno sob a coxa. Apoie as panturrilhas em travesseiros.

(6) *Opção:* Use um dispositivo de alívio de pressão do calcanhar (travesseiro ou bota de calcan

DECISÃO CLÍNICA: *Para manter os pés no alinhamento correto e prevenir a queda plantar, use dispositivos d frequentemente é utilizado um berço para os pés nos pacientes com má circulação periférica como um meio de*

b. ***Posicionamento do paciente hemiplégico em Fowler com apoio:***

(1) Eleve a cabeceira do leito 45 a 60 graus. Ajuste a cabeceira do leito de acordo com a condiç paciente. Por exemplo, aqueles com maior risco de lesões por pressão continuam em um ân 30 graus (semi-Fowler) (Cap. 48).

(2) Posicione o paciente sentado, o mais ereto possível.

(3) Posicione a cabeça no travesseiro pequeno com o queixo ligeiramente para frente. Se o paci for totalmente incapaz de controlar o movimento da cabeça, evite a hiperextensão do pesco

(4) Proporcione apoio para o braço envolvido e a mão sobre a mesinha sobre o leito na frente paciente. Coloque um braço afastado do lado do paciente e apoie o cotovelo no travesseiro.

DECISÃO CLÍNICA:

- *Posicionar a mão flácida em repouso normal com o pulso ligeiramente estendido, os arcos da mão mantid metade; fechar as mãos do paciente.*
- *Posicionar a mão espástica com o pulso em posição neutra ou ligeiramente estendida; estender os dedos c é difícil posicionar as mãos espásticas sem usar órteses especialmente produzidas para o paciente.*

PASSO 2A Posição de Fowler com apoio.

(5) Coloque os rolos de trocanter (cobertor enrolado) ao lado das pernas do paciente.

(6) Se for necessário, apoie os pés em dorsiflexão com botas terapêuticas ou talas (confira a po instituição) (ver ilustração).

c. ***Posicionamento do paciente em decúbito dorsal apoiado:***

(1) Certifique-se de que o paciente esteja confortável de costas com a cabeceira do leito na hori

(2) Coloque uma toalha pequena enrolada na área lombar das costas.

(3) Coloque um travesseiro sobre a parte superior dos ombros, pescoço ou cabeça.

(4) Coloque rolos de trocanter ou sacos de areia paralelos à superfície lateral das coxas do paci caso ele esteja imóvel.

(5) Posicione os calcanhares do paciente nas botas ou outro dispositivo de alívio de pressão (c política da instituição).

(6) Se for necessário, apoie os pés em dorsiflexão com dispositivos de apoio dos pés (confira a da instituição).

(7) Coloque travesseiros sob os antebraços pronados, mantendo a parte superior do braço par corpo do paciente (ver ilustração).

(8) Coloque rolos de mão nas mãos do paciente. Considere o encaminhamento para a fisiotera quanto ao uso de talas nas mãos.

d. ***Posicionamento do paciente hemiplégico em decúbito dorsal:***

(1) Certifique-se de que o paciente esteja confortável de costas com a cabeceira do leito na hori

(2) Coloque uma toalha dobrada ou um travesseiro pequeno sob o ombro do lado afetado.

(3) Mantenha o braço afetado longe do corpo, com o cotovelo estendido e a palma para cima. posição alternativa é colocar o braço afastado para o lado, com o cotovelo dobrado e a mão direção da cabeceira da cama.)

DECISÃO CLÍNICA: *Posicione a mão afetada em uma das posições recomendadas para mãos flácidas ou esp*

(4) Coloque a toalha dobrada sob o quadril do lado envolvido.

(5) Flexione o joelho afetado 30 graus, apoiando o joelho no travesseiro ou no cobertor dobrad

(6) Se for necessário, apoie o pé em dorsiflexão com dispositivos de apoio para os pés (confira política da instituição).

e. ***Posicionamento do paciente em decúbito ventral, usando dois ou três profissionais de enferm***

(1) Com a cabeceira do leito na horizontal e um profissional de enfermagem de pé em cada lad leito, role o paciente para um dos lados enquanto coloca o braço no lado a ser girado na late corpo.

PASSO 2B(6) Bota de pé com extensão da parte inferior da perna.

(2) Role o paciente sobre o braço posicionado próximo ao corpo, com o cotovelo reto e a mão s quadril. Posicione o abdômen no centro do leito.

(3) Vire a cabeça do paciente para um dos lados e apoie-a com um travesseiro pequeno (ver ilustração).

(4) Coloque um travesseiro pequeno sob o abdômen do paciente abaixo do nível do diafragma

(5) Apoie os braços em posição flexionada nivelada com os ombros.

(6) Apoie a parte inferior das pernas com travesseiros para elevar os dedos dos pés.

f. ***Posicionamento do paciente em decúbito lateral a 30 graus (deitado de lado) (um profissional enfermagem):***

(1) Abaixe completamente a cabeceira do leito ou até a altura que o paciente consiga tolerar.

(2) Posicione o paciente em decúbito dorsal na lateral do leito oposta à direção para a qual o p deve ser virado. Mova a parte superior do tronco, apoiando os quadris. Eleve as grades late vá para o lado oposto do leito.

(3) Prepare-se para virar o paciente para o lado. Flexione o joelho do paciente que não ficará p colchão. Coloque uma mão no joelho do paciente e a outra mão no ombro do paciente.

(4) Role o paciente para o lado voltado para você.

(5) Coloque o travesseiro sob a cabeça e o pescoço do paciente.

(6) Traga para frente a escápula do ombro pendente.

(7) Posicione os dois braços em uma posição ligeiramente flexionada. Apoie o braço superior r do travesseiro com o ombro, apoie o outro braço no colchão.

(8) Coloque suas mãos sob os quadris do paciente e traga o quadril pendente ligeiramente par para que o ângulo do quadril com o colchão seja de aproximadamente 30 graus.

(9) Coloque um pequeno travesseiro dobrado atrás das costas do paciente. (Faça isso dobrand travesseiro no sentido do comprimento. A área macia fica ligeiramente dobrada sob as cost paciente.)

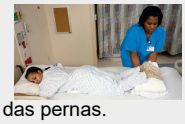
(10) Coloque o travesseiro sob a parte superior da perna semiflexionada nivelada com o quad coxa até o pé (ver ilustração).

(11) Apoie os pés em dorsiflexão com dispositivos de apoio para os pés (confira a política da instituição).

g. ***Posicionamento do paciente na posição de Sims (semipronada) (um profissional de enfermag***

(1) Posicione o paciente em decúbito dorsal na lateral da cama, em direção oposta à qual o pac será virado. Mova a parte superior do tronco, apoiando primeiro os ombros, mova a parte i do tronco apoiando os quadris. Eleve as grades laterais e passe para o lado oposto do leito.

(2) Passe para o outro lado do leito e vire o paciente de lado. Coloque-o em posição lateral, de parcialmente sobre o abdômen, com o ombro pendente levantado e o braço colocado ao lad paciente.



PASSO 2E(3) Posição de decúbito ventral com travesseiros apoiando a parte inferior das pernas.

(3) Coloque um travesseiro pequeno sob a cabeça do paciente.

(4) Coloque o travesseiro sob a parte superior do braço flexionado, apoiando o braço nivelado ombro.

(5) Coloque o travesseiro sob a parte superior da perna flexionada, apoiando a perna nivelada quadril.

(6) Apoie os pés em dorsiflexão com dispositivos de apoio (confira apolítica a instituição).

h. ***Rolagem do paciente (três profissionais de enfermagem):***

DECISÃO CLÍNICA: *Supervisione e ajude os auxiliares/técnicos de enfermagem quando houver uma prescriçã espinhal ou que estejam se recuperando de cirurgia no pescoço, costas ou coluna necessitam frequentemente*

(1) Coloque o paciente em decúbito dorsal no lado da cama em direção oposta à qual o pacien rolado.

(2) Coloque um travesseiro pequeno entre os joelhos do paciente.

(3) Cruze os braços do paciente sobre o tórax.

(4) Posicione dois profissionais de enfermagem ou outros membros da equipe no lado do leito qual o paciente será virado. Posicione o terceiro profissional de enfermagem ou membro da no outro lado do leito (ver ilustração). Se for necessário, utilizam-se quatro pessoas na opera quarto profissional de enfermagem fica no mesmo lado do terceiro.

(5) Sanfone ou faça um rolo de lençol seguindo o comprimento do paciente.

(6) Com um profissional segurando o lençol de transferência na parte inferior do quadril e das e o outro segurando o lençol de transferência nos ombros do paciente e na lombar, role o pa como uma unidade em um movimento suave e contínuo ao contar três (ver ilustração).

PASSO 2F(10) Posição lateral de 30 graus com os travesseiros colocados.

PASSO 2H(4) Preparando para rolar o paciente.

(7) O profissional de enfermagem no lado oposto do leito coloca travesseiros ao longo do comprimento do paciente (ver ilustração).

(8) Incline gentilmente o paciente na direção dos travesseiros para obter apoio (ver ilustração)

3. Faça a higiene das mãos

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Avaliar o alinhamento corporal do paciente, posição e nível de conforto (usar escala de dor). O corpo paciente deve estar apoiado pelo colchão adequado e a coluna vertebral alinhada corretamente.

2. Medir a amplitude de movimentos.

3. Observe a pele em busca de áreas de eritema ou rompimento, especialmente sob as proeminências ós

4. Use o método de ***Repetir o que foi Ensinado*** para determinar a compreensão do paciente e da família movimentação e posicionamento. Diga, "Quero me certificar de que expliquei como a movimentação posicionamento corretos previnem o risco de lesão, prestando ao mesmo tempo um cuidado seguro. consegue me explicar por que é importante movermos e posicionarmos você frequentemente?" Revis instrução agora e desenvolva um plano de instrução revisado para o paciente, caso ele não consiga re corretamente o que foi ensinado.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. As contraturas articulares se desenvolvem ou pioram.
    - Consulte o fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional.
    - Assegure que a atividade e a ADM sejam implementadas consistentemente.
2. A pele exibe áreas de eritema e rompimento.
    - Aumente a frequência de virada e reposicionamento.
    - Coloque o cronograma de virada acima do leito do paciente.
    - Implemente outras atividades de acordo com a política ou os protocolos da instituição no que frequência, consulte o nutricionista, coloque o paciente em colchões antipressão).
3. O paciente evita se mexer.
    - Administre analgésicos conforme a prescrição médica para garantir o conforto do paciente ant
    - Deixe a medicação para dor fazer efeito antes de prosseguir.
    - Instrua o paciente sobre os benefícios de se mover.

REGISTRO E RELATO

- Documente o reposicionamento e as viradas e quaisquer observações relevantes durante o pro do paciente para ajudar no posicionamento) e as notas de enfermagem.
- Relate observações na mudança de turno.
- Registre a sua avaliação da aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Ensine a família a usar o equipamento de manejo seguro do paciente, se for necessário.
- Ensine o paciente e a família a respeito dos sinais de rupturas da pele e a importância da segur sensações.

PASSO 2H(7) Coloque travesseiros nas costas do paciente para apoio.

Pontos-chave

- Use os achados da pesquisa em enfermagem baseada em evidências sobre o manejo seguro do paciente para prevenir lesões aos profissionais de enfermagem e aos pacientes quando mover ou transferir.
- A coordenação e regulação dos grupos musculares dependem do tônus muscular; da atividade dos músculos antagonistas, sinérgicos e antigravidade; e do estímulo neural para os músculos.
- O alinhamento corporal é a condição das articulações, tendões, ligamentos e músculos nas várias posições do corpo.
- O equilíbrio ocorre quando houver uma ampla base de apoio, o centro de gravidade cair dentro da base de apoio e uma linha vertical cair do centro de gravidade e passar pela base de apoio.
- Os estágios do desenvolvimento influenciam o alinhamento corporal e a mobilidade; o maior impacto das mudanças fisiológicas no sistema musculoesquelético é observado em crianças e idosos.

- O risco de deficiência relacionado com a imobilização depende do grau e duração da imobilização e do nível de saúde global do paciente.
- A imobilização apresenta perigos nas dimensões fisiológica, psicológica e evolutiva.
- O processo de enfermagem e o pensamento crítico ajudam você a prestar os cuidados para os pacientes que estão passando pelos efeitos adversos do comprometimento do alinhamento corporal e da imobilidade, ou que correm risco de passar por esses efeitos.
- Os pacientes com comprometimento do alinhamento corporal necessitam de cuidados de enfermagem para manter o posicionamento correto, como a posição de Fowler com apoio, decúbito dorsal, decúbito ventral, decúbito lateral e posição de Sims.
- Os algoritmos de movimento do paciente servem como ferramentas de avaliação e orientam o manejo e movimento seguro do paciente.
- Os dispositivos auxiliares de redução de atrito e os elevadores mecânicos precisam ser ajustados para as transferências do paciente, quando forem aplicáveis.
- Nenhuma política de elevação/levantamento beneficia todos os membros do sistema de saúde: pacientes, profissionais de enfermagem e administração.

Questões de revisão

Você está pronto para testar o seu conhecimento em enfermagem?

1. Um idoso tem mobilidade limitada em consequência de uma substituição total do joelho. Durante a avaliação você observa que o paciente tem dificuldade para respirar enquanto deita na horizontal. Quais dos seguintes dados coletados sustentam um possível problema pulmonar relacionado ao

comprometimento da mobilidade? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. PA = 128/84 mmHg
   2. 26 respirações por minuto no ar ambiente
   3. FC 114
   4. Estalos auscultados sobre os lobos inferiores
   5. Dor após a medicação relatada no nível 3, em uma escala de 0 a 10
2. Um paciente está em repouso no leito há mais de 4 dias. Na avaliação, o profissional de enfermagem identifica os dados a seguir como um sinal associado à imobilidade:
   1. Diminuição da peristalse
   2. Diminuição da frequência cardíaca
   3. Aumento da pressão arterial
   4. Aumento do débito urinário
3. O profissional de enfermagem coloca meias elásticas em um paciente após uma cirurgia abdominal. Esse profissional comunica ao paciente que as meias são utilizadas após um procedimento cirúrgico para _____.
4. Um profissional de enfermagem está instruindo um grupo da comunidade a respeito das maneiras de minimizar o risco de desenvolver osteoporose. Quais das seguintes afirmações refletem a compreensão do que foi ensinado? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. "Normalmente vou nadar com a minha família no clube 3 vezes por semana."
   2. "Preciso perguntar ao meu médico se tenho que fazer a verificação de densidade mineral óssea esse ano."
   3. "Se não tomar leite no jantar, vou comer brócolis ou repolho para obter o cálcio de que necessito em minha dieta.'
   4. "Vou conferir o rótulo do meu multivitamínico. Se tiver cálcio, posso economizar dinheiro ao não tomar outro comprimido."
   5. "Minha intolerância à lactose não deve ser importante

quando considerar a minha ingestão de cálcio."

5. A enfermeira está cuidando de um idoso que se submeteu ao reparo de uma fratura de bacia. Nos primeiros dias de pós-operatório, qual das seguintes medidas de enfermagem vai facilitar a retomada das atividades da vida diária deste paciente?
    1. Incentivar o uso de um trapézio suspenso para posicionamento e transferência
    2. Visitas frequentes da família
    3. Ajudar o paciente em uma cadeira de rodas uma vez por dia
    4. Assegurar que haja uma requisição para fisioterapia
6. Um idoso está acamado há 2 semanas. Qual das seguintes queixas feitas pelo paciente indica ao profissional de enfermagem que ele está desenvolvendo uma complicação da imobilidade?
    1. Perda de apetite
    2. Dor na gengiva
    3. Dificuldade para engolir
    4. Rigidez na articulação do tornozelo esquerdo
7. Um paciente está recebendo 5.000 unidades de heparina subcutânea a cada 12 horas enquanto está em repouso prolongado no leito para evitar tromboflebite. Como o sangramento é um possível efeito colateral dessa medicação, a enfermeira deve avaliar continuamente o paciente quanto aos seguintes sinais de sangramento: (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Equimose
    2. Urina amarelo-clara
    3. Sangramento nas gengivas
    4. Vômito parecido com borra de café
    5. Fezes marrom-claras
8. A enfermeira está cuidando de um paciente cuja ingestão de cálcio deve aumentar devido aos fatores de risco de osteoporose. Qual dos seguintes cardápios o profissional

deveria recomendar?

1. Creme de brócolis com bolachas de trigo integral, queijo e tapioca para a sobremesa
2. Cachorro-quente no pão de trigo integral com uma salada e uma maçã para sobremesa
3. Chilli de peru com baixo teor de gordura com creme de leite, com uma salada e peras frescas para a sobremesa
4. Salada de peru na torrada com tomate e alface e pão de mel para a sobremesa

9. A enfermeira avalia que o auxiliar/técnico de enfermagem aplicou um dispositivo de compressão sequencial (DCS) corretamente quando foi observada qual das seguintes condições? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. A medição inicial do paciente é feita em torno das panturrilhas.
    2. A pressão de inflação é de 40 mmHg, em média.
    3. A perna do paciente está colocada na manga do DCS com a parte traseira do joelho alinhada com a abertura poplítea na manga.
    4. As meias são removidas a cada 2 horas durante a aplicação.
    5. A luz amarela indica que o DCS está funcionando.
10. Um paciente em repouso no leito prolongado corre um risco cada vez maior de desenvolver essa complicação comum da imobilidade se não forem tomadas medidas preventivas:
    1. Mioclonia
    2. Fraturas patológicas
    3. Lesões por pressão
    4. Prurido
11. Os efeitos da imobilidade no sistema cardíaco incluem quais das seguintes condições? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Formação de trombo
    2. Maior carga de trabalho cardíaco
    3. Pulsos periféricos fracos
    4. Batimento cardíaco irregular
    5. Hipotensão ortostática

12. Para prevenir as complicações da imobilidade, qual seria a atividade mais eficaz no primeiro dia de pós-operatório de um paciente submetido à cirurgia abdominal?
    1. Virar, tossir e respirar profundamente a cada 30 minutos enquanto estiver acordado
    2. Deambular o paciente para a cadeira no corredor
    3. Amplitude de movimentos passivos 4 vezes ao dia
    4. A imobilidade não é uma preocupação no primeiro dia de pós--operatório
13. Quais das seguintes intervenções de enfermagem devem ser implementadas para manter uma via aérea desobstruída em um paciente em repouso no leito?
    1. Exercícios isométricos
    2. Administração de baixa dose de heparina
    3. Aspiração a cada 4 horas
    4. Uso do inspirômetro de incentivo a cada 2 horas enquanto estiver acordado
14. Coloque as seguintes opções na ordem em que as meias elásticas devem ser aplicadas.
    1. Identificar o paciente usando dois identificadores.
    2. Alisar quaisquer dobras ou rugas.
    3. Deslizar o resto da meia sobre o calcanhar do paciente subindo a perna.
    4. Virar a meia do avesso até chegar ao calcanhar.
    5. Avaliar a condição da pele e circulação das pernas do paciente.
    6. Colocar os dedos no pé da meia.
    7. Usar fita métrica para medir as pernas do paciente e determinar o tamanho correto da meia.
15. Quais das opções a seguir são resultados fisiológicos da imobilidade?
    1. Aumento do metabolismo
    2. Diminuição da carga de trabalho cardíaco
    3. Menor expansão pulmonar
    4. Menor demanda de oxigênio

Respostas: 1. 2, 3, 4; **2.** 1; **3.** Promover o retorno venoso ao coração; **4.** 1, 2, 3; **5.** 1; **6.** 4; **7.** 1, 3, 4; **8.** 1; **9.** 2, 3; **10.** 3; **11.** 1, 2, 5; **12.** 2; **13.** 4; **14.** 1, 5, 7, 4, 6, 3, 2; **15.** 3.

Referências

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. ed 10 St Louis: Mosby; 2014.

American Association of Critical-Care Nurses (AACN) Prevention of falls: applying AACN's healthy work environment standards to a fall campaign. *Crit Care Nurse*. 2014;34(5):75.

American Nurses Association (ANA): Statement of the American Nurses Association for the committee on Health, Education, Labor, and Pensions of the United States Senate subcommittee on Employment and Workplace Safety, 2010. http://www.nursingworld.org/DocumentVault/GOVA/Federal/Testimonies/SPHTestimony.pdf. Accessed September 2015.

Ball JE, et al. *Seidel's guide to physical examination*. ed 8 St Louis: Mosby; 2015.

Bangova A. Prevention of pressure ulcers in nursing home residents. *Nurs Stand*. 2013;27(24):54.

Barbas C, et al. Goal-oriented respiratory management for critically ill patients with acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Res Pract*. 2012;2012:952168.

Cayley Jr WE. Preventing deep vein thrombosis in hospital inpatients. *BMJ*. 2007;335(7611):147–151.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Safe patient handling training for schools of nursing: curricular materials, 2009. http://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-127/pdfs/2009-127.pdf. Accessed September 2015.

Edelman CL, et al. *Health promotion throughout the life span*. ed 8 St Louis: Mosby; 2013.

Elliott M. Taking control of osteoporosis to cut down on risk of fracture. *Nurs Older People*. 2011;23(3):30.

Griffis H. Adverse risk: a dynamic interaction model of patient moving and handling. *J Nurs Manag*. 2012;20(6):713.

Harvey LA, et al. Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2): CD004260.

Healey F, Darowski A. Older patients and falls in hospitals. *Clin Risk*. 2012;18(5):170.

Hunter B, et al. Saving costs, saving health care providers' backs, and creating a safe patient environment. *Nurs Econ*. 2010;23(2):130.

Lewis SL, et al. *Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems*. ed 9 St Louis: Mosby; 2013.

McCance KL, Huether SE. *Pathophysiology: the biologic basis for disease in adults and children*. ed 7 St Louis: Mosby; 2014.

National Osteoporosis Foundation: Get the facts, Washington, DC, 2014, 2015. http://nof.org/learn/basics. Accessed September 11, 2015.

Parker K. Psychosocial effects of living with a leg ulcer. *Nurs Stand*. 2012;26(45):52.

Pierson F, Fairchild S. *Principles & techniques of patient care*. ed 5 St Louis: Saunders; 2013.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Touhy TA, Jett K. *Toward healthy aging: human needs and nursing response*. ed 8 St Louis: Mosby; 2012.

US Department of Labor (USDL): Bureau of Labor Statistics, 2014. http://www.bls.gov/news.release/osh.nr0.htm. Accessed March 2015.

VISN8 Patient Safety Center (VISN8): Algorithms for safe patient handling and movement, 2015. http://www.visn8.va.gov/patientsafetycenter/safepthandling/. Accessed March 2015.

Winifred T-L. Teach-back for quality education and patient safety. *Urol Nurs*. 2013;33(6):267.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN): Guidelines for prevention and management of pressure ulcers, 2010. http://www.guideline.gov/popups/printView.aspx?id=23868. Accessed September 2015.

Referências de pesquisa

American Academy Of Nursing (AAN) Choosing wisely campaign, five things nurses and patients should question. *Nurs Outlook*. 2015;63:96.

Botti M, et al. Development of a management algorithm for post-operative pain (MAPP) after total knee and total hip replacement: study rationale and design. *Implement Sci*. 2014;9(1):1.

Burnfield J, et al. Comparative kinematic and electromagnetic assessment of clinician- and device-assisted sit-to-stand transfers in patients with stroke. *Phys Ther*. 2013;93(10):1331.

Chou R, et al: Pressure ulcer risk assessment and prevention: comparative effectiveness, 2013, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143579/?term=Pressure%20ulcer%20risk%20assessment%20and%20prevention%3A%20c Accessed September 2015.

Clavet H, et al. Joint contractures in the intensive care unit: association with resource utilization and ambulatory status at discharge. *Disabil Rehabil*. 2011;33(2):105.

Drake J, et al. Pediatric skin care: what do nurses really know?. *J Spec Pediatr Nurs*. 2012;17:329.

DuPlessis M, et al. The effectiveness of continuous passive motion on range of motion, pain, and muscle strength following rotator cuff repair: a systematic review. *Clin Rehabil*. 2011;26:291.

Furia JP, et al. Systematic review of contracture reduction in the lower extremity with dynamic splinting. *Adv Ther*. 2013;30:763.

Grinage JA, Werner CM: The human's sign for DVT: use caution with interpretation, Advanced Healthcare Network for NPs and Pas, August 28, 2013. http://nurse-practitioners-and-physician-assistants.advanceweb.com/Features/Articles/The-Homans-Sign-for-DVT.aspx. Accessed September 2015.

McMahon S, Fleury J. External validity of physical activity interventions for community-dwelling older adults with fall risk: a quantitative systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2012;68(10):2140.

Nagarkar AK, et al. Chronic diseases and functional decline: a cross-sectional study among older adults in India. *Indian J Gerontol*. 2014;28(1):37.

Padula CA, et al. Impact of a nurse-driven mobility protocol on functional decline in hospitalized older adults. *J Nurs Care Qual*. 2009;24(4):325.

Pashikanti L, Von Ah D. Impact of early mobilization protocol on medical-surgical

inpatient population. *Clin Nurse Spec*. 2012;26(2):97.

Peterson M, et al. Patient repositioning and pressure ulcer risk—monitoring interface pressures of at-risk patients. *J Rehabil Res Dev*. 2013;50(4):477.

Schiller C, et al. Words of wisdom—patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:57.

Stanford Medicine: Patient education: chronic disease self-management program, 2015. Available at http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html. Accessed September 14, 2015.

29

Prevenção e Controle de Infecção

OBJETIVOS

- Explicar a relação entre a cadeia da infecção e a transmissão da infecção.
- Exemplificar prevenção de infecção para cada elemento da cadeia de infecção.
- Identificar as defesas normais do organismo contra a infecção.
- Discutir os eventos na reação inflamatória.
- Identificar pacientes com maior risco de infecção.
- Descrever os sinais/sintomas de uma infecção localizada e os de uma infecção sistêmica.
- Explicar as condições que promovem a transmissão das infecções associadas aos cuidados de saúde.
- Explicar a diferença entre a assepsia médica e cirúrgica.
- Explicar as razões para as precauções padrão.
- Realizar procedimentos adequados à higiene das mãos.
- Explicar a diferença entre as medidas de controle de infecção em casa *versus* no hospital.
- Usar corretamente uma máscara cirúrgica, capote/roupão estéril e luvas estéreis.
- Explicar os procedimentos para cada categoria de isolamento.
- Compreender a definição de exposição ocupacional.

• Explicar o processo de pós-exposição.

TERMOS-CHAVE

Aeróbias, p. 435
Anaeróbias, p. 435
Antibióticos de amplo espectro, p. 438
Assepsia, p. 447
Assepsia cirúrgica, p. 458
Assepsia médica, p. 447
Assintomática, p. 435
Bactericidas, p. 435
Bacteriostase, p. 435
Campo estéril, p. 460
Colonização, p. 435
Desinfecção, p. 447
Doença transmissível, p. 435
Edema, p. 439
Epidemiologia, p. 457
Etiqueta da tosse, p. 448
Esterilização, p. 447
Exsudatos, p. 439
Floras normais, p. 437
Higiene das mãos, p. 449
Imunocomprometido, p. 435
Infecção, p. 434
Infecção endógena, p. 440
Infecção exógena, p. 440

Infecciosas, p. 435
Infecções associadas ao cuidado da saúde (IACS), p. 439
Infecções iatrogênicas, p. 440
Invasiva, p. 434
Lavagem das mãos, p. 449
Localizada, p. 437
Necróticos, p. 438
Organismos multidroga resistentes, p. 439
Patogênicos, p. 434
Precauções padrão, p. 449
Purulento, p. 439
Reservatório, p. 435
Sanguíneo, p. 439
Seroso, p. 439
Sintomática, p. 435
Sistêmica, p. 437
Supurativa, p. 443
Suprainfecção, p. 438
Susceptibilidade, p. 437
Tecido de granulação, p. 439
Virulência, p. 435
Vetor, p. 437

A incidência de pacientes que desenvolveram infecções como resultado do contato direto durante os cuidados de saúde está aumentando. Baseado em uma grande amostra de hospitais americanos de cuidados agudos, uma pesquisa do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) constatou que, em um dia qualquer, cerca de 1 em 25 pacientes hospitalizados tem pelo menos uma

infecção associada aos cuidados de saúde (CDC, 2015a). As tendências atuais, a consciência pública e o aumento dos custos dos cuidados de saúde têm aumentado a importância da prevenção e controle de infecções. A The Joint Commission (TJC) (2016) vê isso como um problema para a segurança do paciente. A prevenção e controle de infecção são essenciais para criar um ambiente de cuidados de saúde seguro para os pacientes, famílias e profissionais de saúde. As enfermeiras são essenciais na prevenção e controle de infecções. Os pacientes em todos os ambientes de cuidados de saúde estão em risco de adquirir infecções por causa da menor resistência a patógenos; aumento da exposição a patógenos, alguns dos quais podem ser resistentes à maioria dos antibióticos; e procedimentos **invasivos**. Os profissionais de saúde estão em risco de exposição a patógenos como resultado do contato com o sangue do paciente, fluidos corporais e equipamentos e superfícies contaminadas. Ao praticar as técnicas básicas de prevenção e controle de infecção, você evita a propagação de agentes patogênicos para os pacientes e sustenta uma exposição enquanto fornece os cuidados diretos.

Os pacientes e suas famílias precisam ser capazes de reconhecer as fontes de infecção e compreender as medidas utilizadas para se proteger. O ensino do paciente deve incluir as informações básicas sobre a infecção, os vários modos de transmissão e métodos adequados de prevenção, como a higienização das mãos e a cobertura da boca na tosse.

Os profissionais de saúde se protegem do contato com material infectado, de acidentes com perfurocortantes e/ou da exposição a uma doença transmissível através da aplicação de conhecimentos sobre o processo infeccioso e uso de equipamento de proteção individual (EPI). O aumento dos organismos multidrogas resistentes (OMDR), infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e preocupação sobre doenças tais como o vírus da hepatite B (HBV) e vírus da hepatite C (HCV), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e tuberculose (TB) exigem uma maior ênfase nas técnicas de controle e prevenção de infecções (CDC, 2006, 2007, 2013a).

Base de conhecimento científico

Natureza da Infecção

Uma **infecção** é a invasão de um hospedeiro susceptível (p. ex., ser humano) por agentes **patogênicos** ou por microrganismos, o que resulta em doença. É importante saber a diferença entre uma infecção e uma colonização. A **colonização** é a presença e o crescimento de microrganismos dentro de um hospedeiro, mas sem invasão tecidual ou danos (Tweeten, 2014). A doença ou infecção resulta somente se os agentes patogênicos multiplicam-se e alteram a função normal do tecido. Algumas doenças **infecciosas** como a meningite viral e pneumonia têm um baixo ou nenhum risco de transmissão. Embora essas doenças possam ser graves para os pacientes, elas não representam um risco para os outros, incluindo os cuidadores.

Se uma doença infecciosa pode ser transmitida diretamente a partir de uma pessoa para outra, esta é denominada de **doença transmissível** (Tweeten, 2014). Se os agentes patogênicos multiplicam-se e provocam sinais e sintomas clínicos, a infecção é **sintomática**. Se os sinais e sintomas clínicos não estão presentes, a doença é denominada **assintomática**. O HCV é um exemplo de uma doença transmissível que pode ser assintomática. É mais eficientemente transmitida através da passagem direta do sangue para a pele a partir de uma exposição percutânea, mesmo que o paciente-fonte seja assintomático (CDC, 2010a).

Cadeia de Infecção

A presença de um agente patogênico não significa que uma infecção irá ocorrer. A infecção ocorre em um ciclo que depende da presença de todos os seguintes elementos:

- Um agente infeccioso ou patógeno
- Um reservatório ou fonte para o crescimento de agentes patogênicos
- Uma porta de saída do reservatório

- Um modo de transmissão
- Uma porta de entrada para um hospedeiro
- Um hospedeiro susceptível

A infecção pode desenvolver-se se essa cadeia permanece ininterrupta (Fig. 29-1). A prevenção das infecções envolve a quebra da cadeia da infecção.

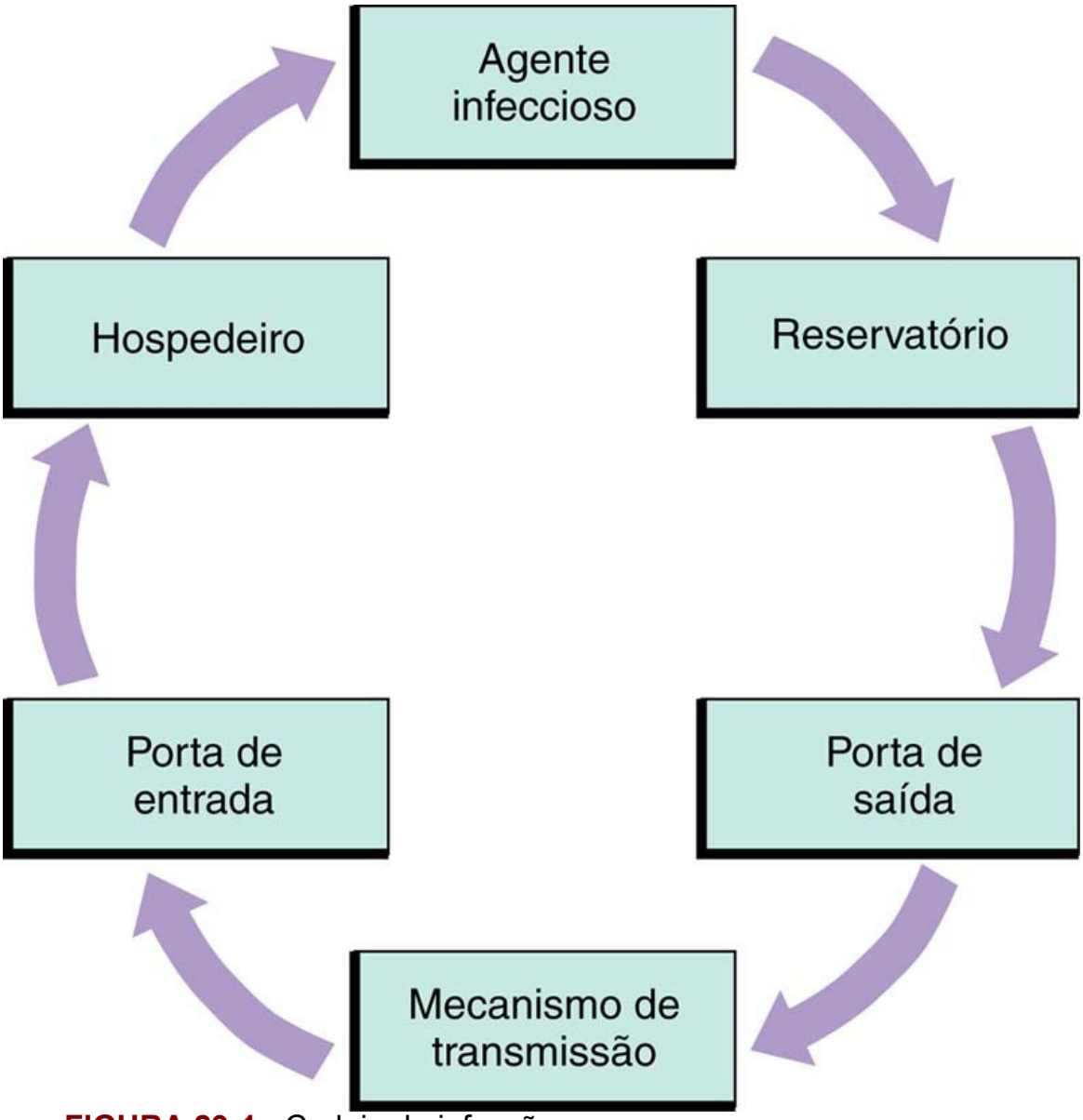


FIGURA 29-1 Cadeia da infecção.

Agente Infeccioso

Os microrganismos incluem bactérias, vírus, fungos e protozoários (Tabela 29-1). Os microrganismos sobre a pele ou são residentes ou são da flora transitória. Os organismos residentes (flora normal) são residentes permanentes da pele e dentro do corpo, onde sobrevivem e se multiplicam sem causar doença (CDC, 2008a; WHO, 2009). O potencial para um microrganismo ou parasita causar uma doença depende do número de microrganismos presentes; sua **virulência** ou a capacidade de produzir a doença; sua capacidade de entrar e sobreviver em um hospedeiro; e a susceptibilidade do hospedeiro. Os microrganismos residentes da pele não são virulentos. Contudo, esses microrganismos da pele podem provocar infecção grave quando uma cirurgia ou outros procedimentos invasivos lhes permitem entrar nos tecidos profundos ou quando um paciente está gravemente **imunocomprometido** (tem um sistema imunológico deficiente).

Tabela 29-1

Patógenos Comuns e Algumas Infecções ou Doenças que Eles Produzem

Organismo	Principal(is) Reservatório(s)	Principais Infecções/ Doenças
Bactérias		
Escherichia coli	Cólon	Gastroenterite, infecção do trato urinário
Staphylococcus aureus	Pele, cabelo, narinas anteriores, boca	Infecção de feridas, pneumonia, intoxicação alimentar, celulite
Organismos *Streptococcus* (beta-hemolíticos do grupo A)	Orofaringe, pele, região perianal	Infecção de garganta, febre reumática, escarlatina, impetigo, infecção da ferida
Organismos *Streptococcus* (beta-hemolíticos do grupo B)	Genitália dos adultos	Infecção urinária, infecção da ferida, sepse pós-parto, sepse neonatal
Mycobacterium tuberculosis	Núcleos de gotículas pulmonares, laringe	Tuberculose
Neisseria gonorrhoeae	Trato GI, reto, boca	Gonorreia, doença inflamatória pélvica, artrite infecciosa, conjuntivite
Rickettsia rickettsii	Carrapato	Febre maculosa
Staphylococcus epidermidis	Pele	Infecção de feridas, bacteremia

Vírus		
Vírus da Hepatite A	Fezes	Hepatite A
Vírus da Hepatite B	Sangue e certas secreções corporais, contato sexual	Hepatite B
Vírus da Hepatite C	Sangue, certas secreções corporais, contato sexual	Hepatite C
Vírus Herpes simplex (tipo 1)	Lesões da boca ou da pele, saliva, genitália	Herpes labial, meningite asséptica, doença sexualmente transmissível, lesão herpética
Vírus da imunodeficiência humana (HIV)	Sangue, sêmen, secreções vaginais através do contato sexual	Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)
Fungos		
Organismos *Aspergillus*	Terra, poeira, boca, pele, cólon, trato genital	Aspergilose, pneumonia, sepse
Candida albicans	Boca, pele, cólon, trato genital	Candidíase, pneumonia, sepse
Protozoários		
Plasmodium falciparum	Sangue	Malária

Modificado de Brown M: Microbiology basics. In Grota P, editor: *APIC text of infection control and epidemiology*, Washington, DC, 2014, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.

Os microrganismos transitórios se anexam à pele quando uma pessoa tem contato com outra pessoa ou objeto durante as atividades normais. Por exemplo, ao tocar em uma gaze contaminada ou limpar um paciente após episódios de diarreia, as bactérias transitórias aderem à sua pele. Esses organismos podem ser prontamente transmitidos a menos que removidos utilizando a higiene das mãos (Ellingson et al., 2014). Se as mãos estiverem visivelmente sujas com material proteico ou os cuidados estão sendo fornecidos a um paciente com *Clostridium difficile* (*C. difficile*), a lavagem com sabão e água é a prática preferida (Oughton et al., 2009). Se as mãos não estiverem visivelmente sujas, o uso de um produto à base de álcool ou a lavagem das mãos com água e sabão é aceitável para a desinfecção das mãos dos profissionais de saúde. A higiene das mãos é a maneira mais eficaz de quebrar a cadeia de infecção (CDC, 2008a; WHO, 2009).

Reservatório

Um **reservatório** é um lugar onde os microrganismos sobrevivem, multiplicam-se e aguardam a transferência para um hospedeiro susceptível. Os reservatórios comuns são seres humanos e animais (hospedeiros), insetos, alimentos, água e matéria orgânica em superfícies inanimadas (fômites). Os reservatórios frequentes das IACS incluem os profissionais de saúde, especialmente as suas mãos; pacientes; equipamento; e o meio ambiente. Os reservatórios humanos são divididos em dois tipos: aqueles com doença aguda ou sintomática e aqueles que não apresentam sinais de doença, mas são portadores das mesmas. Os seres humanos podem transmitir microrganismos em ambos os casos. Os animais, alimentos, água, insetos e objetos inanimados também podem ser reservatórios de organismos infecciosos. Para prosperar os organismos requerem um ambiente adequado, incluindo comida apropriada, oxigênio, água, temperatura, pH e luz.

Comida

Os microrganismos exigem nutrição. Alguns, como *Clostridium perfringens*, o microrganismo que causa gangrena gasosa, prosperam em matéria orgânica. Outros, como *Escherichia coli*, consomem alimento não digerido no intestino. O dióxido de carbono e material inorgânico, tal como o solo, fornecem a nutrição para outros organismos.

Oxigênio

As bactérias **aeróbias** necessitam de oxigênio para a sua sobrevivência e para a multiplicação suficiente para provocar a doença. Os organismos aeróbios causam mais infecções em seres humanos do que os organismos anaeróbios. Um exemplo de um organismo aeróbio é o *Staphylococcus aureus*. As bactérias **anaeróbias** prosperam onde pouco ou nenhum oxigênio livre está disponível. Os anaeróbios normalmente causam infecções profundas dentro da cavidade pleural, de forma conjunta ou em uma fístula profunda. Um exemplo de um organismo anaeróbio é o *Bacteroides fragilis*, um organismo que é parte

da flora normal do cólon humano, mas pode causar infecção se deslocado para dentro do tecido circundante na corrente sanguínea ou após uma cirurgia ou lesão.

Água

A maioria dos organismos necessita de água ou umidade para a sua sobrevivência. Por exemplo, um local frequente para os microrganismos é a drenagem úmida de uma ferida cirúrgica. Algumas bactérias assumem uma forma, chamada de *esporos*, que é resistente à secagem e podem viver em superfícies inanimadas por longos períodos de tempo. Uma bactéria comum formadora de esporos é o *C. difficile*, um organismo que causa diarreia induzida por antibióticos.

Temperatura

Os microrganismos podem viver apenas em determinadas faixas de temperatura. Cada espécie de bactéria tem uma temperatura específica em que ela cresce melhor. A temperatura ideal para a maioria dos patógenos humanos é de 20°C a 43°C. Por exemplo, a *Legionella pneumophila* cresce melhor em água a 25°C a 42°C. As temperaturas frias tendem a impedir o crescimento e reprodução das bactérias (**bacteriostase**). A temperatura ou químicos que destroem as bactérias são **bactericidas**.

pH

A acidez de um ambiente determina a viabilidade dos microrganismos. A maioria dos microrganismos prefere um ambiente dentro de um intervalo de pH de 5,0 a 7,0. Bactérias em particular prosperam na urina com um pH alcalino.

Luz

Os microrganismos prosperam em ambientes escuros tais como aqueles no interior de roupas e dentro das cavidades corporais.

Porta de Saída

Depois de os microrganismos encontrarem um local para crescer e se multiplicar, eles precisam encontrar uma porta de saída para que possam entrar em outro hospedeiro e causar a doença. As portas de saída incluem lugares como o sangue, pele e membranas mucosas, aparelho respiratório, trato geniturinário (GU), trato gastrointestinal (GI) e transplacentária (mãe para o feto). Alguns vírus, como o vírus Ebola, são transmitidos através do contato direto com o sangue ou líquidos corporais de uma pessoa que está com esta doença. No entanto, gotículas (p. ex., salpicos ou sprays) de secreções respiratórias ou outras secreções de uma pessoa que está doente com Ebola também podem ser infecciosas. Portanto, certas precauções (chamadas de precauções-padrão, de contato e de gotículas) são recomendadas para uso nos ambientes de cuidados de saúde para prevenir a transmissão do vírus de pacientes que estejam doentes com Ebola à equipe de saúde e outros pacientes ou familiares (CDC, 2015b).

Pele e Membranas Mucosas

A pele é considerada uma porta de saída porque qualquer ruptura na integridade da pele e nas membranas mucosas permite que os agentes patogênicos saiam do corpo. Isto pode ser exibido pela presença da drenagem purulenta.

Trato Respiratório

Os patógenos que infectam o trato respiratório, tais como o vírus da gripe, são liberados do corpo quando uma pessoa infectada espirra ou tosse.

Trato Urinário

Normalmente, a urina é estéril. No entanto, quando um paciente tem uma infecção do trato urinário (ITU), os microrganismos saem durante a micção.

Trato Gastrointestinal

A boca é um dos locais mais contaminados com bactérias, mas a maioria dos organismos pertence à flora normal. Os organismos que

são da flora normal em uma pessoa podem ser patógenos em outra. Por exemplo, os organismos que saem quando uma pessoa expectora saliva. Além disso, as portas gastrointestinais de saída incluem o vômito, a eliminação do intestino, a drenagem da bile através de feridas cirúrgicas ou tubos de drenagem.

Trato Reprodutivo

Os organismos, tais como *Neisseria gonorrhea* e HIV, saem através do meato uretral de um homem ou canal vaginal de uma mulher durante o contato sexual.

Sangue

O sangue é normalmente um fluido corporal estéril; no entanto, no caso de doenças transmissíveis tais como HBV, HCV ou HIV, ele se torna um reservatório para os agentes patogênicos. Os organismos saem das feridas, locais de punção venosa, hematêmese e fezes com sangue.

Modos de Transmissão

Cada doença tem um modo específico de transmissão. Muitas vezes você é capaz de fazer pouco sobre o agente infeccioso ou o hospedeiro susceptível; mas executando as técnicas de prevenção e controle de infecção, tais como a higienização das mãos, você interrompe o modo de transmissão (Quadro 29-1). O mesmo microrganismo é por vezes transmitido por mais de uma via. Por exemplo, a varicela zoster (catapora) é transmitida por via aérea em núcleos de gotículas ou por contato direto.

Quadro 29-1 Modos de Transmissão

Contato

Direto

- Pessoa a pessoa (fecal, oral) contato físico entre a origem e o

hospedeiro susceptível (p. ex., tocar em fezes do paciente e em seguida tocar o interior da boca ou consumir alimentos contaminados)

Indireto

- O contato pessoal do hospedeiro susceptível com um objeto inanimado contaminado (p. ex., agulhas ou objetos afiados, curativos, meio ambiente)

Gotícula

- Grandes partículas que viajam até 0,9144 metro durante a tosse, espirro ou fala e entram em contato com o hospedeiro susceptível

Transportado pelo ar

- Núcleos de gotículas ou resíduos ou gotículas vaporizadas suspensas no ar durante a tosse ou espirro ou transportados nas partículas de poeira

Veículos

- Itens contaminados
- Água
- Drogas, soluções
- Sangue
- Alimentos (inadequadamente manuseados, armazenados, e cozidos; carnes descongeladas ou frescas)

Vetor

- Transferência mecânica externa (moscas)
- Transmissão interna, como condições parasitárias entre **vetor** e hospedeiro, tais como:
  - Mosquito
  - Piolho
  - Pulga
- Carrapato

Modificado de Tweeten S: General principles of epidemiology. In Grota P, editor: *APIC text*

of infection control and epidemiology, Washington, DC, 2014, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.

A principal via de transmissão dos patógenos identificados no contexto dos cuidados de saúde são as mãos sujas do trabalhador de saúde (CDC, 2008a; Ellingson et al., 2014; WHO, 2009). Os equipamentos utilizados no ambiente (p. ex., um estetoscópio, manguito de pressão arterial ou cômoda de cabeceira) muitas vezes se tornam uma fonte para a transmissão de patógenos.

Porta de Entrada

Os organismos entram no corpo através das mesmas rotas que eles usam para sair. Por exemplo, durante a punção venosa quando uma agulha perfura a pele de um paciente, organismos entram no corpo se a preparação adequada da pele não é realizada em primeiro lugar. Fatores como a depressão do sistema imunológico que reduzem as defesas do organismo aumentam as chances de agentes patogênicos entrarem no corpo.

Hospedeiro Susceptível

A **susceptibilidade** a um agente infeccioso depende do grau de resistência de um indivíduo aos agentes patogênicos. Embora todo mundo esteja constantemente em contato com um grande número de microrganismos, uma infecção não se desenvolve até que um indivíduo se torne susceptível à força e ao número de microrganismos. As defesas naturais de uma pessoa contra a infecção e a determinados fatores de risco (p. ex., idade, estado nutricional, presença de doença crônica, trauma e tabagismo) afetam a susceptibilidade (resistência) (Roach, 2014). Os organismos tais como *S. aureus* com resistência a antibióticos importantes estão se tornando mais comuns em todos os ambientes de cuidados de saúde, mas especialmente dos cuidados agudos. O aumento da resistência está associado com o uso frequente e às vezes inadequado de antibióticos ao longo dos anos em todos os ambientes (ou seja, cuidados

intensivos, cuidados ambulatoriais, clínicos e cuidados de longa duração) (Arnold, 2014).

O processo infeccioso

Ao compreender a cadeia da infecção, você tem o conhecimento que é vital na prevenção de infecções. Quando o paciente adquire uma infecção, observar os sinais e sintomas da infecção e tomar as medidas adequadas para evitar a sua propagação. As infecções seguem um curso progressivo (Quadro 29-2).

Quadro 29-2 Curso da Infecção por Estágio

Período de Incubação

Intervalo entre a entrada do patógeno no corpo e o aparecimento dos primeiros sintomas (p. ex., varicela, 14 a 16 dias após a exposição; resfriado comum, 1 a 2 dias; gripe, 1 a 4 dias; sarampo, 10 a 12 dias; caxumba, 16 de 18 dias; Ebola 2 a 21 dias (CDC, 2015b).

Estágio Prodromal

Intervalo entre o início dos sinais e sintomas inespecíficos (mal-estar, febre baixa, fadiga) aos sintomas mais específicos. (Durante este tempo os microrganismos crescem e se multiplicam, e o paciente pode ser capaz de propagar a doença para outras pessoas.) Por exemplo, o herpes simplex começa com coceira e formigamento no local antes da lesão aparecer.

Estágio da Doença

Intervalo quando o paciente manifesta sinais e sintomas específicos ao tipo de infecção. Por exemplo, infecções na garganta se manifestam por dor de garganta, dor e inchaço; a caxumba se manifesta por febre alta, inchaço das glândulas parótida e salivar.

Convalescença

Intervalo quando os sintomas agudos de infecção desaparecem. (A duração da recuperação depende da gravidade da infecção e da

resistência de albergar do paciente; a recuperação pode levar vários dias a meses.)

Se uma infecção for **localizada** (p. ex., uma infecção da ferida), um paciente geralmente apresenta sintomas como dor, sensibilidade, calor e vermelhidão no local da ferida localizada. Use as precauções-padrão, EPI adequados e a higiene das mãos ao avaliar a ferida. O uso destas precauções e da higiene das mãos bloqueia a propagação de infecção para outros locais ou outros pacientes. Uma infecção que afeta todo o corpo, em vez de apenas um único órgão ou parte, é chamada **sistêmica** e pode se tornar fatal se não detectada e não tratada.

O curso de uma infecção influencia o nível dos cuidados de enfermagem prestados. O profissional de enfermagem é responsável pela administração adequada de antibióticos, a monitorização da resposta ao tratamento medicamentoso (Cap. 32), utilizando a higiene adequada das mãos e precauções-padrão. O tratamento de suporte inclui o fornecimento de nutrição adequada e descanso para reforçar as defesas do corpo contra o processo infeccioso. O curso do tratamento para o paciente muitas vezes tem efeitos adicionais sobre os sistemas corporais afetados pela infecção.

Defesas contra a Infecção

O corpo tem defesas naturais que o protegem contra infecções. A flora normal, os sistemas de defesas corporais e inflamação são todas defesas não específicas que protegem contra microrganismos independentemente de uma exposição prévia. Se qualquer uma dessas defesas do corpo falhar, uma infecção geralmente ocorre e leva a um problema grave de saúde.

Flora Normal

O corpo normalmente contém microrganismos que residem na superfície e nas camadas profundas da pele, na saliva e na mucosa oral, e nos tratos GI e GU. Uma pessoa normalmente excreta trilhões

de micróbios diários através dos intestinos. A **flora normal** não costuma causar doenças quando residente em sua área habitual do corpo, mas em vez disso participa na manutenção da saúde.

A flora normal do intestino grosso existe em grande número sem causar doença. Ela também secreta substâncias antibacterianas dentro das paredes do intestino. A flora normal da pele exerce uma ação protetora, bactericida, que mata os organismos que atacam a pele. A boca e a faringe também são protegidas por floras que prejudicam o crescimento de microrganismos invasores. A flora normal mantém um equilíbrio sensível com outros microrganismos para prevenir a infecção. Qualquer fator que perturbe esse equilíbrio coloca uma pessoa em risco aumentado a possibilidade de uma doença. Por exemplo, a utilização de **antibióticos de amplo espectro** para o tratamento de uma infecção pode levar à **suprainfecção**. A suprainfecção se desenvolve quando os antibióticos de amplo espectro eliminam uma ampla gama de organismos da flora normal, não apenas aqueles que causam infecção. Quando as floras bacterianas normais são eliminadas, as defesas do corpo são reduzidas, o que permite que os microrganismos produtores de doenças se multipliquem, causando doença (Arnold, 2014).

Sistema de Defesas do Corpo

Um número de sistemas de órgãos do corpo tem defesas únicas contra as infecções (Tabela 29-2). A pele, trato respiratório e trato gastrointestinal são facilmente acessíveis pelos microrganismos. Os organismos patogênicos podem aderir à superfície da pele, ser inalados para os pulmões ou ser ingeridos com os alimentos. Cada sistema de órgãos tem mecanismos de defesa fisiologicamente adequados à sua estrutura e a sua função específica. Por exemplo, os pulmões não podem controlar completamente a entrada de microrganismos. Contudo, as vias aéreas são revestidas com membranas mucosas úmidas e projeções semelhantes a pelos ou cílios, que ritmicamente batem para mover o muco ou detritos celulares até a faringe para serem expelidos através da deglutição.

Tabela 29-2

Mecanismos Normais de Defesa contra as Infecções

Mecanismos de Defesa	Ação	Fatores que Podem Alterar os Mecanismos de Defesa
Pele		
Superfície em multicamada intacta (primeira linha de defesa contra a infecção)	Promove barreira aos microrganismos e atividade antibacteriana	Cortes, escoriações, feridas perfurantes, áreas de maceração
Cobertura da camada externa das células da pele	Remove os organismos que aderem às camadas externas da pele	Falha ao tomar banho regularmente, técnica inadequada de lavagem das mãos
Sebo	Contém ácidos graxos que destroem algumas bactérias	Banhos em excesso
Boca		
Mucosa em multicamada intacta	Promove barreira mecânica aos microrganismos	Lacerações, traumas, dentes extraídos
Saliva	Lava partículas contendo microrganismos Contém inibidores microbianos (p. ex., lisozima)	Higiene oral deficiente, desidratação
Olho		
Lacrimejamento e piscar de olhos	Promove mecanismos para reduzir a entrada (piscar) ou ajuda na lavagem e remoção (lacrimejamento) de partículas que contenham agentes patogênicos, reduzindo assim a dose de organismos	Lesão, exposição-respingo/aerossóis de sangue ou outros materiais potencialmente infecciosos para dentro do olho
Trato Respiratório		
Revestimento ciliar da via aérea superior, revestida por muco.	Captura microrganismos inalados e varre para fora com o muco a ser expectorado ou deglutido	Tabagismo, alta concentração de oxigênio e de dióxido de carbono, diminuição da umidade, ar frio
Macrófagos	Fagocitam e destroem os microrganismos que atingem os alvéolos pulmonares	Tabagismo
Trato Urinário		
Ação do	Lava e remove os microrganismos no	Obstrução ao fluxo normal pela

escoamento do fluxo urinário	revestimento da bexiga e da uretra	colocação de cateter urinário, obstrução por nódulo ou tumor, retardo miccional
Epitélio em multicamada intacto	Promove barreira aos microrganismos	Introdução de cateter urinário, movimento contínuo do cateter na uretra pode facilitar a migração de organismos para a bexiga
Trato Gastrointestinal		
Acidez das secreções gástricas	Previne a retenção do conteúdo bacteriano	Administração de antiácidos
Peristaltismo rápido no intestino delgado		O retardo na motilidade resulta da impactação do conteúdo fecal no intestino grosso ou pela obstrução mecânica por massas
Vagina		
Na puberdade, a flora normal causa secreções vaginais para atingir pH baixo	Inibe o crescimento de muitos microrganismos	Antibióticos e contraceptivos orais atrapalham a flora normal

Inflamação

A resposta celular do corpo às lesões, infecções ou irritação é denominada *inflamação*. A inflamação é uma reação de proteção vascular que fornece líquido, produtos derivados do sangue e os nutrientes a uma área de lesão. O processo neutraliza e elimina os agentes patogênicos ou tecidos mortos (**necróticos**) e estabelece um meio de reparação de células e tecidos corporais. Os sinais de inflamação localizada incluem inchaço, vermelhidão, calor, dor ou sensibilidade, e perda de função na parte afetada do corpo. Quando a inflamação torna-se sistêmica, outros sinais e sintomas se desenvolvem, incluindo febre, aumento dos leucócitos, mal-estar, anorexia, náuseas, vômitos, aumento dos linfonodos ou falência dos órgãos.

Os agentes físicos, agentes químicos ou microrganismos desencadeiam a resposta inflamatória. Um trauma mecânico, os

extremos de temperatura e radiação são exemplos de agentes físicos. Os agentes químicos incluem irritantes externos e internos, tais como venenos difíceis ou o ácido gástrico. Às vezes os microrganismos também desencadeiam esta resposta.

Depois de os tecidos serem feridos, uma série de eventos bem coordenados ocorre. A resposta inflamatória inclui uma resposta vascular e celular, formação de **exsudatos** inflamatórios (líquido e células que são descarregadas a partir de células ou vasos sanguíneos [p. ex., pus ou soro]) e reparação tecidual.

Respostas Vascular e Celular

A inflamação aguda é uma resposta imediata à lesão celular. Uma vasodilatação rápida ocorre, permitindo mais sangue perto do local da lesão. O aumento no fluxo sanguíneo local causa vermelhidão e calor localizado na região da inflamação.

A lesão provoca danos nos tecidos e, possivelmente, necrose. Como resultado, o corpo liberta mediadores químicos que aumentam a permeabilidade dos pequenos vasos sanguíneos; e fluido, proteínas e células entram no espaço intersticial. O acúmulo de líquido aparece como um inchaço localizado (**edema**). Outro sinal da inflamação é a dor, que é causada pelo inchaço dos tecidos inflamados que aumenta a pressão nas terminações nervosas. Como resultado da resposta inflamatória fisiológica, a parte do corpo envolvida pode ter uma perda temporária da função. Por exemplo, uma infecção localizada na mão faz com que os dedos se tornem inchados, dolorosos e descoloridos. As articulações se tornam rígidas, como resultado do inchaço, mas a função dos dedos retorna quando a inflamação desaparece.

A resposta celular da inflamação envolve os leucócitos que chegam ao local. Os leucócitos passam dos vasos sanguíneos para os tecidos. A fagocitose é um processo que envolve a destruição e absorção de bactérias. Através do processo de fagocitose, os leucócitos especializados, chamados neutrófilos e monócitos, ingerem e destroem os microrganismos ou outras partículas pequenas. Se a inflamação se torna sistêmica, outros sinais e sintomas se

desenvolvem. A leucocitose, ou um aumento no número de leucócitos circulantes, é a resposta do organismo em relação aos leucócitos deixando os vasos sanguíneos. No adulto uma contagem de leucócitos séricos é normalmente de 5.000 a 10.000/mm^3, mas normalmente sobe para 15.000 a 20.000/mm^3 ou mais durante a inflamação. A febre é causada por libertação fagocítica de pirógenos a partir de células bacterianas, o que provoca um aumento no ponto de ajuste do hipotálamo (Cap. 30).

Exsudato Inflamatório

O acumulo de líquido, as células de tecido morto e os leucócitos formam um exsudato no local da inflamação. O exsudato pode ser **seroso** (claro, como plasma), **sanguíneo** (contendo eritrócitos) ou **purulento** (contendo leucócitos e bactérias). Normalmente, o exsudato é limpo através da drenagem linfática. As plaquetas e proteínas do plasma tais como fibrinogênio formam uma matriz semelhante a uma malha no local da inflamação para evitar a sua propagação.

Reparo Tecidual

Quando há lesão de células teciduais, a cura envolve estágios defensivos, reconstrutivos e maturativos (Cap. 48). As células danificadas, eventualmente, são substituídas por novas células saudáveis. As novas células sofrem uma maturação gradual até que elas assumem as mesmas características estruturais e aparência das células anteriores. Se a inflamação é crônica, os defeitos teciduais por vezes enchem-se com **tecido de granulação** frágil que, eventualmente, tem a forma de uma cicatriz após a conclusão do processo de cura. Os tecidos cicatriciais e circundantes não são tão fortes como o tecido normal e podem ser mais susceptíveis a lesões por pressão, cisalhamento ou fricção, o que aumenta o risco de desenvolvimento de lesões por pressão (Cap. 48).

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Os pacientes em ambientes de cuidados de saúde, especialmente hospitais e instalações de cuidados a longo prazo, têm um risco

aumentado de adquirir infecções. As **infecções associadas ao cuidado da saúde (IACS)** resultam da prestação de cuidados em uma unidade de saúde. Elas ocorrem como resultado de procedimentos invasivos, administração de antibióticos, a presença de **organismos multidroga resistentes** (OMDR) e rupturas em atividades de prevenção e controle de infecções. O número de trabalhadores de saúde que tem contato direto com o paciente, o tipo e número de procedimentos invasivos, o tratamento recebido e o tempo de hospitalização influenciam o risco de infecção. Os principais locais para as IACS incluem as feridas cirúrgicas ou traumáticas, tratos urinário e respiratório e a corrente sanguínea (Quadro 29-3).

Quadro 29-3 Exemplos de Locais e Causas de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Realizar a higiene das mãos indevidamente aumenta o risco do paciente para todos os tipos de infecções associadas ao cuidado da saúde.

Trato Urinário

- Inserção não estéril de cateter urinário
- Posicionamento inadequado do tubo de drenagem
- Sistema de drenagem aberto
- Cateter e tubo tornam-se desconectados
- A ponta da bolsa de drenagem toca a superfície contaminada
- Técnica imprópria de coleta da amostra
- Obstrução ou interferência da drenagem urinária
- Permitir que a urina no cateter ou no tubo de drenagem retorne à bexiga (refluxo)
- Irrigações repetidas com o cateter
- Higiene perineal imprópria

Feridas Cirúrgicas ou Traumáticas

- Preparação inadequada da pele antes da cirurgia (p. ex., raspar *versus* cortar o cabelo; não realizar banho ou lavagem pré-operatória)
- Falha ao limpar a superfície da pele adequadamente
- Falha ao utilizar uma técnica asséptica durante procedimentos cirúrgicos e trocas de curativos
- Uso de soluções antissépticas contaminadas

Trato Respiratório

- Equipamento de tratamento respiratório contaminado
- Falha ao utilizar uma técnica asséptica durante a aspiração das vias aéreas
- Descarte inadequado das secreções

Corrente Sanguínea

- Contaminação de fluidos intravenosos (IV) por tubos
- Inserção de aditivos medicamentosos ao fluido IV
- Adição de tubo de conexão ou torneiras de passagem ao sistema IV
- Cuidado inadequado do local de inserção de agulhas
- Agulhas ou cateteres contaminados
- Falha ao trocar o acesso IV ao primeiro sinal de infecção ou nos intervalos recomendados
- Técnica inadequada durante a administração de vários produtos derivados do sangue
- Cuidado inadequado de shunts peritoneais ou de hemodiálise
- Acesso inadequado a uma linha IV

As IACS aumentam significativamente os custos dos cuidados de saúde. Os adultos mais velhos têm maior susceptibilidade a essas infecções por causa da sua afinidade com as doenças crônicas e do próprio processo de envelhecimento (Quadro 29-4). Estadias

prolongadas em instituições de saúde, o aumento da deficiência, aumento dos custos de antibióticos e o tempo de recuperação prolongada adicionam gastos tanto ao paciente como à instituição de saúde e as organizações de financiamento (p. ex., Medicare). Os custos para as IACS muitas vezes não são reembolsados; como resultado, a prevenção tem um impacto financeiro benéfico e é uma parte importante do cuidado gerenciado. A TJC lista várias metas de segurança nacional com foco no cuidado de idosos (p. ex., garantir que os idosos recebam vacinas contra a gripe e pneumonia, prevenção da infecção após a cirurgia) (TJC, 2016).

Quadro 29-4

Foco em idosos

Riscos de Infecção

- Uma deterioração funcional relacionada à idade na função do sistema imunológico, denominada *imunossenescência*, aumenta a susceptibilidade do organismo à infecção e diminui a resposta imunológica geral (Larbi et al., 2013).
- Os idosos são menos capazes de produzir linfócitos para combater os desafios ao sistema imunológico. Quando os anticorpos são produzidos, a duração de sua resposta é mais curta e menos células são produzidas (Roach, 2014).
- Os riscos associados ao desenvolvimento de infecções ou infecções hospitalares em pacientes idosos incluem a desnutrição, perda involuntária de peso, falta de exercício, apoio social deficiente e baixos níveis de albumina sérica (Meiner, 2014).
- As vacinas para gripe e pneumonia são recomendadas para a população idosa para reduzir o risco de doenças infecciosas.
- Ensinar os idosos e suas famílias como reduzir o risco de infecções, utilizando as práticas de higiene adequada das mãos.

Os pacientes que desenvolvem IACS muitas vezes têm múltiplas doenças, são idosos ou estão mal nutridos e podem ter um sistema imunológico comprometido; assim, eles são mais susceptíveis a infecções. Além disso, muitos pacientes apresentam uma baixa resistência à infecção por causa das condições médicas subjacentes (p. ex., diabetes mellitus ou câncer) que prejudicam ou danificam a resposta imunológica corporal. Um tratamento invasivo, como cateteres intravenosos (IV) ou cateteres urinários, prejudica ou contorna as defesas naturais do organismo contra os microrganismos. As doenças críticas aumentam a susceptibilidade dos pacientes às infecções, especialmente bactérias multidroga resistentes. As práticas meticulosas de higiene das mãos, o uso de lavagens com clorexidina no banho e cuidados de higiene pessoal, e avanços na prevenção de infecção na unidade de terapia intensiva (UTI) ajudam a prevenir essas infecções (Doyle et al., 2011; Kassakian et al., 2011).

As IACS são tanto exógenas ou endógenas. Uma **infecção exógena** vem de microrganismos encontrados fora do indivíduo, tais como *Salmonella*, *Clostridium tetani* e *Aspergillus*. Esses microrganismos não existem como floras normais. Uma **infecção endógena** ocorre quando parte da flora do paciente torna-se alterada e resulta de supercrescimento (p. ex., estafilococos, enterococos, leveduras e estreptococos). Isso geralmente acontece quando um paciente recebe antibióticos de amplo espectro que alteram a flora normal. Quando um número suficiente de microrganismos normalmente encontrados em um local do corpo muda para outro local, uma infecção endógena se desenvolve. O número de microrganismos necessários para que ocorra uma IACS depende da virulência do organismo, da susceptibilidade do hospedeiro e do local do corpo afetado.

Infecções iatrogênicas são um tipo de IACS causadas por um procedimento de diagnóstico ou terapêutico invasivo. Por exemplo, procedimentos como a broncoscopia e o tratamento com antibióticos de amplo espectro aumentam o risco de certos tipos de infecções (Arnold, 2014; Day, 2014). Use o pensamento crítico quando se praticam técnicas assépticas durante a realização de procedimentos. Siga a prevenção básica de infecção e políticas de controle e

procedimentos para reduzir o risco das IACS. Sempre considerar os riscos do paciente para a infecção e antecipar como a abordagem do cuidado aumenta ou diminui o risco.

Base de conhecimento de enfermagem

As substâncias corporais como fezes, urina e a drenagem de feridas contêm microrganismos potencialmente infecciosos. Os profissionais de saúde possuem risco de exposição aos microrganismos no hospital e/ou ambiente doméstico (Fiutem, 2014). O uso meticuloso de práticas específicas de prevenção de infecções reduz o risco de contaminação cruzada e a transmissão da infecção a outros pacientes ao cuidar de um paciente com uma infecção conhecida ou suspeita (CDC, 2007).

As infecções graves são um desafio para os clínicos, e criam sentimentos de ansiedade, frustração, solidão e raiva em pacientes e/ou suas famílias (Nesher et al., 2014). Estes sentimentos pioram quando os doentes são isolados para evitar a transmissão de um microrganismo para outros pacientes ou profissionais de saúde. O isolamento rompe as relações sociais normais com os visitantes e cuidadores. A segurança do paciente tem geralmente um risco adicional para o paciente sob as precauções de isolamento (Monsees, 2014). Por exemplo, um paciente idoso com uma doença crônica tem mais risco para uma IACS. Quando os familiares temem a possibilidade de desenvolver uma infecção, eles podem evitar o contato com o paciente. Alguns pacientes percebem os procedimentos simples da higiene adequada das mãos e um jaleco e uso de luvas como evidência de rejeição. Ajude os pacientes e as famílias a reduzir alguns desses sentimentos, discutindo o processo de doença; explicando os procedimentos de isolamento; e mantendo a compreensão de uma forma amigável.

Ao estabelecer um plano de cuidados, é importante saber como o paciente reage a uma infecção ou doença infecciosa. O desafio é identificar e apoiar comportamentos que mantêm a saúde humana ou prevenir a infecção.

Fatores que Influenciam a Prevenção e o Controle de Infecções

Vários fatores influenciam a susceptibilidade do paciente à infecção. É importante entender como cada um desses fatores isoladamente ou combinados aumenta esse risco. Quando mais de um fator está presente, a susceptibilidade do paciente muitas vezes aumenta o tempo de internação, o tempo de recuperação e/ou o nível geral de saúde após uma doença.

Idade

Ao longo da vida a susceptibilidade de uma pessoa às infecções se altera. Por exemplo, uma criança tem defesas imaturas contra uma infecção. Nascido com apenas os anticorpos proporcionados pela mãe, o sistema imunológico do lactente é incapaz de produzir as imunoglobulinas e leucócitos necessários para combater algumas infecções adequadamente. A compreensão desses fatores ajuda a avaliar e cuidar de um paciente que tem uma infecção ou está em risco de tê-la. No entanto, as crianças que amamentam geralmente têm maior imunidade do que crianças alimentadas com fórmulas porque elas recebem os anticorpos da mãe através do leite materno. Conforme a criança cresce o sistema imunológico amadurece; mas a criança é ainda susceptível a organismos que causam um resfriado comum; infecções intestinais; e doenças infecciosas, tais como caxumba, sarampo e catapora (se não vacinados).

O jovem ou adulto de meia-idade refinou suas defesas contra as infecções. Os vírus são a causa mais comum de doença transmissível em jovens ou adultos de meia-idade. Desde 2000 tem havido um grande esforço para vacinar todas as crianças contra todas as doenças infecciosas para as vacinas disponíveis. Os níveis de doenças evitáveis por vacinação estão nos ou perto dos níveis recordes (CDC, 2011a).

As defesas contra as infecções mudam com o envelhecimento (Larbi et al., 2013). A resposta imune, particularmente a imunidade mediada por células, declina. Os idosos também sofrem alterações na estrutura e na função da pele, trato urinário e pulmões. Por exemplo, a pele perde a sua turgidez, e o epitélio afina. Como resultado, é mais fácil de rasgar ou desgastar a pele, o que aumenta o potencial de uma invasão por patógenos. Além disso, os idosos que estão hospitalizados

ou residem em um serviço de vida assistida ou de residência assistencial estão em risco de infecções transmitidas pelo ar. Garantir que os trabalhadores de saúde sejam vacinados contra a gripe reduz a transmissão dessa doença em idosos (Thomas et al., 2013).

Estado Nutricional

A saúde nutricional de um paciente influencia diretamente a susceptibilidade à infecção. Uma redução na ingestão de proteína e outros nutrientes, tais como carboidratos e gorduras, reduz as defesas do organismo contra a infecção e impede a reparação de feridas (Cap. 48). Os pacientes com doenças ou problemas que aumentam as exigências de proteína, tais como queimaduras extensas e condições febris, possuem um risco adicional. Por exemplo, os pacientes que se submeteram à cirurgia exigem um aumento de proteína. Um histórico completo da dieta é necessário. Determine a ingestão diária normal de nutrientes de um paciente e os problemas preexistentes, tais como náuseas, disfagia ou dor na boca, que alteram a ingestão de alimentos. Converse com um nutricionista para auxiliar no cálculo da contagem de calorias dos alimentos ingeridos.

Estresse

O corpo responde ao estresse físico ou emocional pela síndrome de adaptação geral (Cap. 38). Durante o estágio de alarme a taxa metabólica basal aumenta conforme o corpo usa o estoque de energia. O hormônio adrenocorticotrófico aumenta os níveis de glicose séricos e diminui as respostas anti-inflamatórias desnecessárias através da liberação de cortisona. Se o estresse persistir ou se tornar intenso, os níveis de cortisona elevados resultam na diminuição da infecção. O estresse continuado leva à exaustão, o que provoca a depleção dos estoques de energia e o corpo não tem resistência aos organismos invasores. As mesmas condições que aumentam as exigências nutricionais, como cirurgia ou trauma, também aumentam o estresse fisiológico.

Processo da Doença

Os pacientes com doenças do sistema imunológico possuem, particularmente, risco de infecção. A leucemia, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), linfoma e a anemia aplástica são condições que comprometem um hospedeiro pelo enfraquecimento das defesas contra os organismos infecciosos. Por exemplo, pacientes com leucemia são incapazes de produzir leucócitos suficientes para evitar uma infecção. Os pacientes com HIV são frequentemente incapazes de evitar infecções simples e são propensos a infecções oportunistas.

Os pacientes com doenças crônicas, como diabetes mellitus e esclerose múltipla também são mais susceptíveis à infecção por causa da debilidade geral e deficiência nutricional. As doenças que comprometem as defesas do sistema corporal, tais como o enfisema e a bronquite (que prejudicam a ação ciliar e espessam o muco), câncer (que altera a resposta imunológica) e a doença vascular periférica (que reduz o fluxo sanguíneo para os tecidos lesionados), aumentam a susceptibilidade à infecção. Os pacientes com queimaduras têm uma elevada susceptibilidade à infecção por causa do dano às superfícies da pele. Quanto maior for a profundidade e a extensão das queimaduras, maior será o risco de infecção.

Processo de enfermagem

Aplicar o processo de enfermagem e usar uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado com os pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para você desenvolver e implementar um plano individualizado de cuidados.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de levantamento do histórico, avaliar cuidadosamente cada paciente e analisar criticamente os resultados para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente necessárias para uma assistência em enfermagem segura. Determinar como o paciente se sente sobre a doença ou sobre o risco de infecção. Avaliar o seu mecanismo de defesa, a susceptibilidade e conhecimento de como as infecções são transmitidas (Tabela 29-3). Realizar uma revisão dos sistemas e histórico de viagem com o paciente e a família para revelar quaisquer riscos de exposição a uma doença transmissível. A imunização e o histórico de vacinação também são muito úteis. É importante ser minucioso na avaliação da condição clínica do paciente. Um histórico de medicação é necessário para identificar os medicamentos que aumentam a susceptibilidade de um paciente à infecção. Uma análise dos resultados laboratoriais fornece informações sobre a defesa de um paciente contra a infecção. O reconhecimento precoce da infecção ou fatores de risco ajuda a fazer o diagnóstico de enfermagem correto e estabelecer um plano de tratamento.

Tabela 29-3

Avaliação do Risco de Infecções em Adultos

Fator de Risco	Causas	Resultado
Doença crônica	DPOC, insuficiência cardíaca,	Pneumonia, lesão de pele, úlceras de estase venosa

	diabetes	
Estilo de vida - comportamentos de alto risco	Exposição a doenças transmissíveis/infecciosas, uso de drogas IV e outras drogas/substâncias	DST, HIV, HBV, HCV, infecções oportunistas, infecções virais, infecções fúngicas, insuficiência hepática
Ocupacional	Profissional de saúde; minerador, desempregado, sem-teto	Exposição a sangue e secreções corporais aumenta o risco de infecções; doença do pulmão preto, pneumonia, TB, ingestão nutricional baixa; falta de acesso a cuidados de saúde; estresse
Procedimentos para diagnósticos	Radiologia invasiva, transplante	Múltiplos acessos IV, drogas imunossupressoras
Hereditariedade	Doença falciforme, diabetes	Anemia, cicatrização demorada
Histórico de viagem	Vírus do Nilo Ocidental, SARA, gripe aviária, *Hantavirus*	Meningite, angústia respiratória aguda
Trauma	Fraturas, hemorragia interna	Sepse, infecção secundária
Nutrição	Obesidade, anorexia	Resposta imunológica deficiente

Modificado de Tweeten SM: General principles of epidemiology. In Grota P, editor: *APIC text of infection control and epidemiology*, Washington, DC, 2014, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.

DPOC, Doença pulmonar obstrutiva crônica; *HBV*, vírus da hepatite B; *HCV*, vírus da hepatite C; *HIV*, vírus da imunodeficiência humana; *IV*, intravenosa; *SARA*, síndrome da angústia respiratória aguda; *DST*, doenças sexualmente transmissíveis; *TB*, tuberculose.

Pela Ótica do Paciente

Alguns pacientes com infecção têm uma variedade de problemas. É importante fazer perguntas específicas para determinar as necessidades do paciente e da família relacionadas com o risco para uma infecção ou estado da doença (Quadro 29-5). Essas necessidades variam de paciente para paciente e incluem necessidades físicas, psicológicas, sociais ou econômicas. Os doentes com infecções crônicas ou graves, especialmente infecções transmissíveis como a tuberculose (TB) ou AIDS, vivenciam problemas psicológicos e sociais a partir do isolamento autoimposto ou rejeição por amigos e familiares. Perguntar ao paciente como a infecção afeta a capacidade de manter relacionamentos e realizar atividades da vida diária. Determinar se a infecção crônica drenou recursos financeiros do paciente. Perguntar sobre suas expectativas acerca dos cuidados e

determinar o quanto ele quer ser envolvido no planejamento dos cuidados. Alguns pacientes e suas famílias desejam saber mais sobre o processo da doença, enquanto outros só querem saber sobre as intervenções necessárias para tratar a infecção. Além disso, há infecções emergentes em todo o mundo, e é importante se obter também um histórico de viagem dos pacientes. Encorajar os pacientes a verbalizar as suas expectativas para que você seja capaz de estabelecer intervenções para atender às prioridades dos pacientes.

Quadro 29-5 Questões de Avaliação em Enfermagem

Fatores de Risco

- Você tem quaisquer cortes ou lacerações recentes? Mostre-me o local.
- Descreva para mim quaisquer enfermidades ou doenças que você tenha e aquelas para as quais você recebe tratamento.
- Conte-me sobre qualquer teste de diagnóstico recente que você tenha sofrido, como a colonoscopia ou cistoscopia.

Possíveis Infecções Existentes

- Você tem ou sente que tem febre?
- Você tem cortes ou feridas com drenagem?
- Você sente alguma dor/ardor ao urinar?
- Você tem tosse? Existe alguma expectoração?

Histórico Recente de Viagem

- Você já viajou para fora dos Estados Unidos nos últimos 6 meses?
- Você é um residente de, ou você já viajou nos últimos 21 dias para um país onde um surto de Ebola está ocorrendo (CDC, 2015c)?
- Alguma das pessoas que você visitou ou com quem viajou estava doente?

Histórico Medicamentoso

- Liste para mim os medicamentos que está tomando atualmente.
- Descreva qualquer medicação livre ou ervas que você está tomando atualmente.

Estressores

- Conte-me sobre qualquer grande mudança de vida que ocorreu, como a perda do emprego ou local de residência, divórcio ou deficiência.

Condições dos Mecanismos de Defesa

Revise as conclusões da avaliação física (Cap. 31) e condição clínica do paciente para determinar o estado dos mecanismos normais de defesa contra a infecção. Por exemplo, qualquer ruptura na pele, como uma úlcera no pé de um paciente que tem diabetes, é um local potencial para a infecção. Qualquer redução nas defesas primárias ou secundárias do organismo contra uma infecção tal como uma capacidade enfraquecida para tossir coloca um paciente em maior risco.

Susceptibilidade do Paciente

Como observado anteriormente, avaliar a idade do paciente, o estado nutricional, a presença de doença crônica, o estresse e processo da doença para identificar os fatores que influenciam a susceptibilidade à infecção. Reunir informações sobre cada fator através de sua entrevista e histórico médico da família e do paciente.

Tratamento Medicamentoso

Alguns medicamentos e tratamentos medicamentosos comprometem a imunidade à infecção. Avaliar o histórico de medicação do seu paciente para determinar se ele toma qualquer medicação que aumenta a susceptibilidade à infecção. Estes incluem quaisquer medicamentos além da conta e suplementos de ervas. Uma revisão

dos tratamentos recebidos dentro do ambiente de saúde revela ainda mais os riscos. Por exemplo, corticosteroides suprarrenais, prescritos para várias condições são medicamentos anti-inflamatórios que causam a degradação de proteínas e prejudicam a resposta inflamatória contra bactérias e outros patógenos. As drogas citotóxicas e antineoplásicas atacam as células cancerosas, mas também causam os efeitos colaterais de depressão da medula óssea e toxicidade para células normais, o que afeta a resposta do organismo contra os agentes patogênicos.

Aparência Clínica

Os sinais e sintomas de infecção podem ser locais ou sistêmicos. As infecções localizadas são mais comuns em áreas lesionadas da pele ou da membrana mucosa, como feridas cirúrgicas e traumáticas, lesões por pressão, lesões orais e abscessos.

Para avaliar uma área para uma infecção localizada, primeiro inspecioná-la em relação a vermelhidão, calor e inchaço causados pela inflamação. Porque pode haver drenagem das lesões ou feridas abertas, use luvas de procedimento. A drenagem infectada pode ser amarela, verde ou marrom, dependendo do agente patogênico. Por exemplo, secreções nasais verdes geralmente indicam uma infecção dos seios. Pergunte ao paciente sobre dor ou sensibilidade em torno do local. Alguns pacientes queixam-se da sensação de aperto e dor causada pelo edema. Se a área infectada é suficientemente grande, o movimento é restringido. Uma palpação suave da zona infectada geralmente resulta em algum grau de sensibilidade. Usar óculos de proteção e uma máscara cirúrgica quando há risco de respingo ou pulverização com sangue ou fluidos corporais.

As infecções sistêmicas causam sintomas mais generalizados do que a infecção local. Esses sintomas muitas vezes incluem febre, fadiga, náuseas/vômitos e mal-estar. Os linfonodos que drenam a área da infecção muitas vezes se tornam aumentados, inchados e endurecidos durante a palpação. Por exemplo, um abscesso na cavidade peritoneal provoca aumento dos linfonodos localizados na virilha. Uma infecção do trato respiratório superior provoca linfadenomegalia cervical. Se

uma infecção é grave e generalizada, todos os principais gânglios linfáticos podem aumentar de tamanho.

As infecções sistêmicas por vezes se desenvolvem após uma falha no tratamento para infecção localizada. Esteja alerta para as mudanças no nível de atividade e capacidade de resposta de um paciente. Conforme as infecções sistêmicas desenvolvem-se, uma elevação na temperatura do corpo pode levar a episódios de aumento da frequência cardíaca e respiratória e pressão arterial baixa. O envolvimento dos principais sistemas do corpo produz sintomas específicos. Por exemplo, uma infecção pulmonar resulta em tosse com expectoração purulenta. Uma ITU resulta em urina turva com mau cheiro.

Uma infecção nem sempre se apresenta com sinais e sintomas típicos em todos os pacientes. Por exemplo, alguns idosos possuem uma infecção avançada antes de ser identificada. Devido ao processo de envelhecimento, há uma resposta inflamatória e imunológica reduzida. Os idosos têm aumento da fadiga e sensibilidade à dor diminuída. Uma resposta à febre reduzida ou ausente muitas vezes ocorre devido ao uso crônico de aspirina ou anti-inflamatórios não esteroides. Os sintomas atípicos, tais como confusão metal, incontinência ou agitação, podem ser os únicos sintomas de uma doença infecciosa (Roach, 2014). Por exemplo, aproximadamente 20% dos idosos com pneumonia não têm os sinais e sintomas típicos de febre, tremores, calafrios e expectoração produtiva colorida. Muitas vezes, os únicos sintomas são um aumento inexplicável da frequência cardíaca, confusão mental ou fadiga generalizada. A vacina contra a pneumonia está disponível e recomendada para todas as pessoas com problemas respiratórios crônicos e aquelas com mais de 65 anos de idade.

Dados Laboratoriais

Rever os dados laboratoriais logo que os resultados estejam disponíveis. Os valores laboratoriais, como o aumento dos leucócitos e/ou hemocultura positiva, muitas vezes indicam uma infecção (Tabela 29-4). No entanto, os valores laboratoriais não são suficientes

para detectar a infecção. É possível que uma amostra contaminada seja coletada devido a erro técnico (p. ex., uma amostra de sangue é misturada com o líquido IV porque foi coletado indevidamente a partir de uma linha interna, uma amostra de urina é contaminada por causa da má limpeza perineal). Você precisa avaliar outros sinais clínicos de infecção. Um resultado de cultura pode mostrar o crescimento de um microrganismo na ausência de infecção. Por exemplo, o crescimento bacteriano na urina de idosos sem sintomas clínicos nem sempre indica a presença de uma infecção urinária (Roach, 2014). Também sabemos que os valores laboratoriais muitas vezes variam de laboratório para laboratório. Certifique-se de saber o intervalo padrão de valores laboratoriais do laboratório em suas instalações.

Tabela 29-4

Testes Laboratoriais para Triagem de Infecção

Avaliação Laboratorial	Valores Normais (Adulto)	Indicação de Infecção
Contagem de leucócitos	5.000-10.000/ mm^3	Aumentada em infecção aguda, diminuída em certas infecções virais ou esmagadoras
Taxa de sedimentação de eritrócitos	Maior que 15 mm/h para homem e 20 mm/h para mulher	Elevada na presença de processo inflamatório
Nível de ferro	80-180 mcg/mL para homem 60-160 mcg/mL para mulher	Diminuído em infecção crônica
Culturas de urina e sangue	Normalmente estéreis, sem crescimento de microrganismos	Presença de crescimento de microrganismos infecciosos
Culturas e coloração de Gram de ferida, expectoração e garganta	Nenhum leucócito na coloração de Gram, possível flora normal	Presença de crescimento de microrganismos infecciosos e leucócitos na coloração de Gram
Contagem Diferencial (Porcentagem de Cada Tipo de Leucócitos)		
Neutrófilos	55%-70%	Aumentados na infecção **supurativa** (formação de pus) aguda, diminuídos na infecção bacteriana esmagadora (idoso)
Linfócitos	20%-40%	Aumentados nas infecções bacteriana e viral

		crônicas, diminuídos na sepse
Monócitos	2%-8%	Aumentados nas infecções por protozoários, por rickettsia e tuberculose
Eosinófilos	1%-4%	Aumentados na infecção parasitária
Basófilos	0,5%-1,5%	Normal durante a infecção

Adaptado de Pagana KD, Pagana TJ: *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*, 12. ed., St Louis, 2015, Elsevier.

Diagnóstico de Enfermagem

Durante a avaliação reunir dados objetivos, tais como inspeção de uma incisão aberta ou um registro de ingestão calórica reduzida e dados subjetivos, como a queixa de um paciente de sensibilidade ao longo de um local na ferida cirúrgica. Rever os dados com cuidado, procurando os conjuntos de características definidoras ou fatores de risco que criam um padrão. Este padrão sugere um diagnóstico de enfermagem específico (Quadro 29-6). A seguir, exemplos de diagnósticos de enfermagem que muitas vezes se aplicam a pacientes com infecção:

- *Risco de Infecção*

Quadro 29-6

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Risco de Infecção

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Verifique os resultados dos testes laboratoriais.	Contagem de leucócito 5.000/ mm^3
Revise os medicamentos atuais.	Paciente recebendo antibióticos e medicamentos antidiabéticos orais
Identifique dos locais potenciais para infecção.	Cateter IV no antebraço direito, no lugar por 3 dias. Cateter de Foley drenando urina turva de cor âmbar

IV, Intravenoso.

- *Nutrição Desequilibrada: Menor que as Necessidades Corporais*
- *Membrana da Mucosa Oral Comprometida*
- *Risco para a Integridade da Pele Comprometida*
- *Isolamento Social*
- *Integridade Tissular Comprometida*

Isto é necessário para validar os dados, tais como a inspeção da integridade de uma ferida com mais cuidado, e para revisar os achados laboratoriais para confirmar o diagnóstico. O sucesso no planejamento das intervenções de enfermagem adequadas depende da precisão da declaração de diagnóstico e da capacidade de atender às necessidades do paciente. Um paciente terá características definidoras para um diagnóstico focado no problema, e isto é individualizado com a adição de um fator preciso *relacionado* com a declaração de diagnóstico. Por exemplo, minimizar o risco de infecção em um paciente com um diagnóstico de *Membrana da Mucosa Oral Comprometida associada à respiração* requer medidas de higiene oral frequentes e adequadas. Minimizar o risco de infecção em um paciente com um diagnóstico de enfermagem de *Nutrição Desequilibrada: Menor que as Necessidades Corporais relacionadas com a incapacidade de absorção de nutrientes* requer um bom suporte nutricional e equilíbrio hídrico. Em um diagnóstico de risco, tais como *Risco de Infecção*, requer cuidadosa identificação dos fatores de risco relevantes.

◆ Planejamento

Metas e Resultados

O plano de cuidados do paciente é baseado em cada diagnóstico de enfermagem e fator relacionado (ver o Plano de Cuidados de Enfermagem). Desenvolver um plano que estabeleça resultados realistas de modo que as intervenções sejam propositais, diretas e mensuráveis. Por exemplo, quando você cuidar de um paciente com ruptura da pele e obesidade, o diagnóstico de enfermagem de *Risco de Infecção* exigirá a implementação de medidas de tratamento da pele e

das feridas para promover a cicatrização. O resultado esperado de "ausência de drenagem" estabelece uma meta para medir a melhora do paciente. Os objetivos comuns de assistência aplicável aos pacientes com infecção geralmente incluem o seguinte:

- Prevenir uma maior exposição a organismos infecciosos
- Controlar ou reduzir a extensão da infecção
- Manter a resistência à infecção
- Verbalizar a compreensão das técnicas de prevenção e controle das infecções (p. ex., higienização das mãos)

Os pacientes muitas vezes têm vários diagnósticos de enfermagem que estão inter-relacionados, e um diagnóstico afeta os outros diagnósticos. Um mapa conceitual para a Sra. Andrews ajuda a mostrar as relações entre os vários diagnósticos de enfermagem (Fig. 29-2).

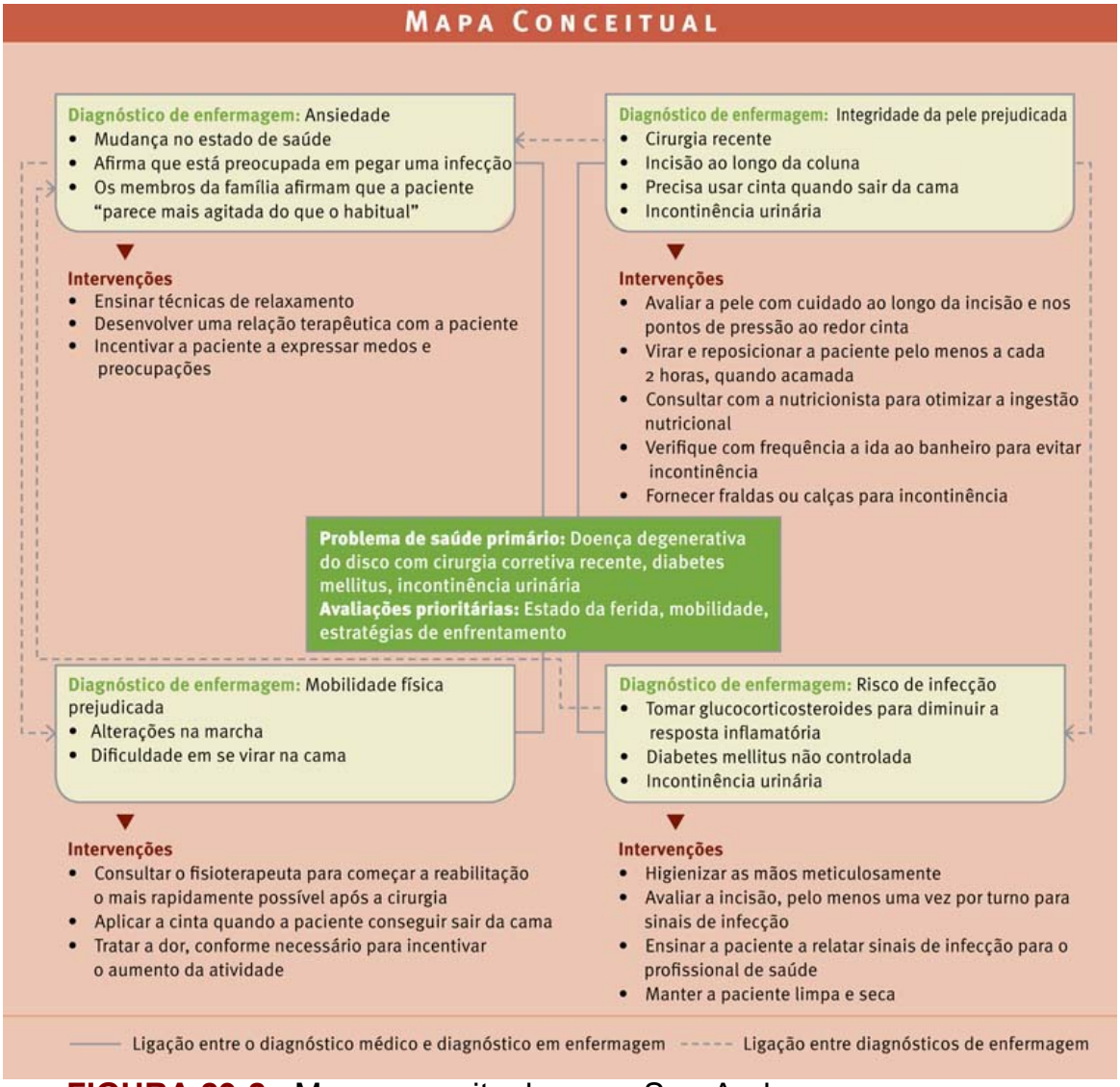


FIGURA 29-2 Mapa conceitual para a Sra. Andrews.

Definição das Prioridades

Estabelecer as prioridades para cada diagnóstico e objetivos relacionados aos cuidados. Por exemplo, você está cuidando de um paciente com câncer que desenvolve uma ferida aberta e é incapaz de tolerar alimentos sólidos. A prioridade de administrar tratamentos para promover a cicatrização de feridas, tais como melhorar a ingestão nutricional, substitui o objetivo de educar o paciente a assumir o tratamento com autocuidado em casa. Quando a condição do paciente melhora, as prioridades mudam e a educação do paciente torna-se

então uma intervenção essencial. As prioridades do paciente podem mudar rapidamente no ambiente de cuidados agudos.

Trabalho em Equipe e Colaboração

O desenvolvimento de um plano de cuidados inclui as práticas de prevenção e controle das infecções fornecidas por múltiplas disciplinas. Selecione as intervenções em colaboração com o paciente, o cuidador familiar e os profissionais de saúde tais como o nutricionista ou o fisioterapeuta respiratório. Conheça as preferências socioculturais do paciente para ajudá-lo a identificar os tipos mais adequados de intervenções (Quadro 29-7). Além disso, consultar um especialista em controle de infecção durante o planejamento dos cuidados do paciente. Antes da alta consultar o controle de casos para completar a avaliação da casa e identificar as necessidades de saúde em casa. Gerentes de caso trabalham com o paciente, familiares e serviços de assistência domiciliar para garantir que um plano de alta seguro esteja estabelecido.

Quadro 29-7

Aspectos culturais do cuidado

Implicações para o Controle de Infecções e Procedimentos de Isolamento

Várias práticas culturais e crenças apresentam desafios para os profissionais de saúde quando são necessários procedimentos de controle de infecção e isolamento. As práticas e crenças em saúde dos pacientes influenciam as suas decisões de procurar tratamento para uma infecção ou a utilização de métodos para prevenir infecções. Nas cidades dos Estados Unidos e nas áreas rurais têm populações de imigrantes que se agarram às práticas de cuidados da saúde de seus países de origem. Algumas das populações de imigrantes podem vir de países devastados pela guerra, onde os cuidados de saúde eram limitados e as infecções foram galopantes.

Além disso, alguns desses pacientes podem ter medo de ambientes de isolamento, o que para alguns pode indicar que eles têm uma doença mortal ou que venha a prejudicá-los ou a sua família. É importante satisfazer as necessidades culturais dos pacientes, mas também integrar as melhores práticas relacionadas ao controle de infecção e, quando necessário, procedimentos de isolamento. Embora os cuidadores de gênero congruentes sejam importantes para muitas culturas, os aspectos culturais dos cuidados de controle de infecção devem expandir para além dessa premissa.

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Identificar o melhor método para a comunicação e ensino para o paciente e a família. Isto pode incluir um ancião da comunidade, um intérprete ou um membro da família.
- Inicialmente determinar se o paciente tem quaisquer sinais de medo, ansiedade ou confusão sobre a sua condição e plano de tratamento.
- Reforçar que os procedimentos para controle de infecções e isolamento são projetados para a segurança do paciente. Usar uma linguagem simples para explicar.
- Explicar cada item usado nos procedimentos de controle e isolamento de infecção e obter um feedback do paciente para determinar o seu nível de compreensão.
- Estar ciente de que em algumas culturas o toque de uma pessoa que não é um membro da família não é apropriado. Deste modo, preparar o paciente explicando por que você precisa tocar e, quando possível, pedir permissão. Por exemplo, “Eu preciso verificar o seu braço que tem um acesso IV. Posso fazer isso agora?”
- Se o paciente parecer com medo do equipamento de isolamento, reforçar continuamente por que você está usando o equipamento.
- O cuidado culturalmente sensível é necessário para identificar as abordagens únicas para ajudar os pacientes que estão em precauções de isolamento a entender por que as precauções são

necessárias, responder a todas as perguntas, e dissipar o medo do paciente e/ou da família.

IV, Intravenoso.

Quando os cuidados continuam na casa do paciente, os planos de enfermagem em internação domiciliar garantem que o ambiente doméstico sustenta boas práticas de prevenção e controle das infecções. Por exemplo, se um paciente que não tem água corrente ainda requer tratamento de feridas, até mesmo a higiene simples das mãos com sabão e água é difícil de conseguir. As enfermeiras de cuidados domiciliares orientam os pacientes para realizar a higiene das mãos tanto com detergente e sabão ou com produtos à base de álcool.

◆ Implementação

Ao identificar e avaliar os fatores de risco do paciente e a implementação de medidas adequadas, você pode efetivamente reduzir o risco de infecção.

Promoção da Saúde

Use suas habilidades de pensamento crítico para evitar o desenvolvimento ou disseminação de uma infecção. Nos ambientes da casa e na comunidade, avaliar e ensinar os pacientes e seus cuidadores familiares sobre as formas de reforçar as defesas de um potencial hospedeiro contra as infecções. O suporte nutricional, descanso, higiene pessoal, manutenção dos mecanismos fisiológicos de proteção e as imunizações recomendadas protegem os pacientes. Explicar os princípios de prevenção e controle das infecções, tais como a higiene das mãos e métodos para o descarte adequado de resíduos hospitalares. Com base na sua avaliação das práticas culturais de um paciente, integrar a prevenção e medidas de controle das infecções sobre as práticas diárias do estilo de vida do paciente.

Nutrição

As exigências nutricionais para os pacientes irão variar em função da idade e condição. Uma dieta adequada ajuda o funcionamento do sistema imunológico e é composta por uma variedade de alimentos de todos os grupos alimentares (Cap. 45). Colaborar com os nutricionistas registrados, com o paciente e a família para selecionar os alimentos corretos. Recomendar as maneiras de preparar alimentos que o paciente irá desfrutar. Ensinar aos pacientes a importância de uma dieta adequada para manter a imunidade e prevenir as infecções.

Higiene

As medidas de higiene pessoal (Cap. 40) reduzem os microrganismos sobre a pele e mantêm a integridade das membranas mucosas, assim como a boca e a vagina. Os pacientes e os cuidadores familiares precisam entender as técnicas para a limpeza da pele e como evitar a propagação de microrganismos nas secreções corporais ou excreções. Por exemplo, ensinar os pacientes do sexo feminino como lavar o seu períneo a partir do limpo para o sujo, da uretra para baixo em direção ao reto, usando um pano limpo em cada limpeza.

Imunização

Os programas de imunização para lactentes e crianças diminuíram a ocorrência de difteria, coqueluche e sarampo na infância. Por exemplo, de acordo com o CDC (2015d), a vacinação DTaP para a coqueluche é eficaz para até 8 ou 9 em cada 10 crianças que a recebem, mas a proteção diminui ao longo do tempo. Cerca de 7 em cada 10 crianças estão totalmente protegidas 5 anos depois de obter a sua última dose de DTaP. Receber a vacinação é recomendado porque as crianças que ainda contraem a coqueluche são muito mais propensas a ter uma doença leve em comparação com aqueles que nunca receberam a vacina (CDC, 2015d). Mais recentemente vacinas desenvolvidas contra a hepatite A e contra a catapora (varicela) fornecem imunidade a adultos e crianças. Aconselhar os pais sobre as vantagens das imunizações; mas também torná-los cientes das contraindicações para determinadas vacinas, especialmente em mulheres grávidas e lactantes. Você pode acessar o calendário de

imunização mais atual em http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/index.html.

No Brasil. O Calendário obrigatório de vacinas pode ser consultado na página do Ministério da Saúde. Página eletrônica: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao

Descanso Adequado e Exercício Físico Regular

O descanso adequado e exercício físico regular ajudam a prevenir as infecções. O exercício físico aumenta a capacidade pulmonar, circulação, energia e resistência. Além disso, diminui o estresse e melhora o apetite, sono e eliminação. Ajudar os pacientes com uma programação que equilibra o exercício regular com a necessidade de descanso e sono.

Cuidado Agudo

O tratamento de um processo infeccioso inclui eliminar os organismos infecciosos e apoiar as defesas do paciente. Para identificar os organismos causadores, você irá coletar amostras de secreções corporais, tais como escarro ou drenagem dos locais do corpo infectadas para cultura. Quando o processo da doença ou organismo causador é identificado, o profissional de saúde prescreve o tratamento mais eficaz (p. ex., antimicrobianos).

As infecções sistêmicas exigem medidas para prevenir complicações da febre (Cap. 30). Manter a ingestão de líquidos evita a desidratação resultante da sudorese. O aumento da taxa metabólica do paciente requer uma ingestão nutricional adequada, que pode ser fornecida através da nutrição parenteral endovenosa. O descanso preserva energia para o processo de cicatrização.

Plano de cuidados de enfermagem

Risco de Infecção

Histórico de enfermagem

A Sra. Andrews tem diabetes mellitus, incontinência urinária e doença degenerativa do disco. Ela passou por uma cirurgia em sua parte inferior da coluna ontem à noite. Ela está atualmente vivenciando dor ao longo de sua incisão e está tendo dificuldade para andar. Cody é o estudante de enfermagem designado para cuidar da Sra. Andrews. Durante o relatório de passagem de plantão, Cody descobre que a Sra. Andrews precisa usar uma cinta quando ela está fora da cama, está tendo dificuldades em virar-se quando está na cama e precisa trocar o curativo incisional por causa da contaminação da urina após um episódio de incontinência. O cirurgião veio antes da avaliação de Cody e removeu o curativo, deixando a incisão exposta ao ar. O fisioterapeuta pretende ajudar a Sra Andrews transferindo-a para uma cadeira após o café.

Atividades de Avaliação	**Descobertas/ Características Definidoras***
Revisar o gráfico da Sra. Andrews para dados laboratoriais que refletem a infecção (p. ex., contagem de glóbulo branco [**leucócito**]).	A **contagem de leucócito é 9.500.**
Inspecionar a área da incisão.	As bordas da **incisão** estão ligeiramente rosáceas; bordas aproximadas porém edematosas; sem drenagem observada.
Revisar os fatores de risco para a infecção.	Teve **diabetes mellitus** nos últimos 16 anos; estado de açúcar no sangue foi "mal controlado" durante o ano anterior. A avaliação dietética reflete uma desnutrição antes da cirurgia. Está **tomando um glicocorticoide** que reduz a inflamação e suprime o sistema imunológico.

* Características definidoras são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de Infecção

Planejamento de enfermagem

Metas	*Resultados Esperados (NOC)*†
	Estado Imunológico
A Sra. Andrews permanecerá livre	A Sra. Andrews permanece afebril.

de sintomas de infecção.	A Sra. Andrews não tem sinais ou sintomas de infecção (p. ex., incisão intacta; bordas aproximadas, sem vermelhidão, inchaço ou drenagem).
	Conhecimento: Controle da Infecção
A Sra. Andrews irá descrever as formas de prevenir a infecção antes da alta.	A Sra. Andrews identifica os sinais e sintomas de infecção até o final do dia. A Sra. Andrews demonstra a higiene das mãos apropriada antes da alta. Ela identifica quem vai ajudar a avaliar o local incisional quando for para casa.

† Marcações da classificação dos resultados em Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	**JUSTIFICATIVA**
Proteção contra a Infecção	
Ensinar a Sra. Andrews como realizar a higiene das mãos corretamente.	A higiene meticulosa das mãos reduz o número de bactérias nas mãos (Hass, 2014). O paciente pode facilmente entrar em contato com os organismos no ambiente de cuidados de saúde que podem causar infecção.
Monitorar a Sra. Andrews com frequência para evitar a contaminação da urina do local da incisão.	Oferecer comadre/banheiro com frequência para diminuir o risco para a incontinência.
Fornecer à Sra. Andrews calcinha para incontinência que ela usa em casa.	Um estofado absorvente vai afastar a urina da incisão da Sra. Andrews.
Ajudar a Sra. Andrews a identificar um membro da família para verificar a incisão até que esteja curada e ensiná-la e ao membro da família os sinais e sintomas de infecção.	A Sra. Andrews não será capaz de visualizar a incisão, uma vez que está nas costas dela; ela precisará de um membro da família para ajudar a monitorar a cicatrização do local cirúrgico.

‡ Marcações da classificação das intervenções em Bulechek GM, et al.: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

Histórico de enfermagem

Ações de Enfermagem	*Resposta do Paciente/Achados*	*Resultados/Desfechos Esperados*
Comparar a temperatura do corpo da Sra. Andrews com os valores basais.	A Sra. Andrews tem uma temperatura oral de 38°C.	A Sra. Andrews é suspeita de ter uma infecção neste momento.
Pedir à Sra. Andrews para descrever os sinais e sintomas para relatar ao	A Sra. Andrews é incapaz de identificar a faixa de temperatura para relatar; é incapaz de identificar os	A Sra. Andrews tem compreensão mínima dos sinais e sintomas a relatar. Exigirá instrução adicional, inclusive uma folha de informações sobre os sinais e

profissional de saúde.	sinais de infecção da ferida.	sintomas da infecção.
Observar se há sinais de infecção no local da incisão (p. ex., vermelhidão, calor e secreção da ferida).	A incisão mostra-se com sinais de infecção: vermelhidão, calor e uma pequena quantidade de drenagem tingida.	A incisão está mostrando sinais de infecção neste momento.

As infecções localizadas muitas vezes exigem medidas para auxiliar a remoção de detritos para promover a cicatrização. Você aplicará os princípios do tratamento de feridas para remover a drenagem infectada a partir dos locais das feridas e apoiará a integridade da cicatrização das feridas (Cap. 48). Ao mudar um curativo, usar uma máscara e óculos de proteção ou uma máscara com uma viseira em caso de respingos ou pulverização com sangue ou secreções corporais ser antecipado. Usar luvas para reduzir a transmissão de microrganismos na ferida. Aplicar curativos especiais para facilitar a remoção da drenagem e promover a cicatrização das margens da ferida. Às vezes, um cirurgião irá inserir tubos de drenagem para remover a drenagem infectada das cavidades corporais (Cap. 48). Usar técnicas médicas e cirúrgicas assépticas para gerenciar as feridas e garantir a manipulação correta de todos os líquidos de drenagem ou corporais.

Durante o curso da infecção, manter os mecanismos de defesa corporais do paciente. Por exemplo, se um paciente tem diarreia, manter a integridade da pele através da limpeza frequente, a aplicação de um creme que forme uma barreira de proteção na pele e reposicionamento frequente para evitar a ruptura e a entrada de microrganismos adicionais. Outras medidas de higiene de rotina, tais como a limpeza da cavidade oral e banhos, protegem a pele e as membranas mucosas da invasão e crescimento excessivo de organismos.

Assepsia Médica

A **assepsia** é a ausência de microrganismos patogênicos (produtores de doenças). A técnica asséptica refere-se a práticas/procedimentos

que ajudam a reduzir o risco de infecção. Os dois tipos de técnica asséptica são a assepsia médica e cirúrgica. As técnicas assépticas médicas básicas quebram a cadeia de infecção. Usar essas técnicas para todos os pacientes, mesmo quando não há infecção diagnosticada. As medidas preventivas agressivas são altamente eficazes na redução das IACS. A higiene das mãos, as técnicas de barreira e limpeza ambiental de rotina são exemplos de **assepsia médica**. Os princípios da assepsia médica também são comumente seguidos no domicílio; são exemplos higienizar as mãos com água e sabão antes de preparar alimentos, após usar o banheiro ou depois de tocar o que são interpretados como objetos sujos. É importante incluir crenças culturais ou sociais do paciente e da família.

Controle ou Eliminação de Agentes Infecciosos

Com o aumento do uso de equipamentos descartáveis, as enfermeiras muitas vezes são menos conscientes dos processos de desinfecção e esterilização. A limpeza adequada, a desinfecção e esterilização de objetos contaminados reduzem significativamente e/ou eliminam os microrganismos (CDC, 2008b; Rutala e Weber, 2014). Em serviços de saúde uma central de processamento de material esterilizado – um Centro de Material – é responsável pela desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos reutilizáveis. Contudo, a enfermeira às vezes precisa executar essas funções no contexto dos cuidados domiciliares. Muitos princípios de limpeza e desinfecção também se aplicam em casa, por isso torna-se o seu papel educar os pacientes e cuidadores familiares sobre estas técnicas.

Limpeza

A limpeza é a remoção de material orgânico (p. ex., sangue) ou material inorgânico (p. ex., solo) a partir de objetos e superfícies (Rutala e Weber, 2014). De um modo geral, a limpeza envolve a utilização de água, um detergente/desinfetante e a fricção mecânica adequada. A limpeza ocorre antes dos procedimentos de desinfecção e esterilização.

Quando um objeto entra em contato com um material infeccioso ou

potencialmente infeccioso ele está contaminado. Se o objeto é descartável ele é descartado. Os objetos reutilizáveis devem ser limpos cuidadosamente antes da reutilização e, em seguida, desinfetados ou esterilizados de acordo com as recomendações do fabricante. Não seguir as recomendações do fabricante transfere a responsabilidade deste para as unidades de saúde ou a política do serviço se uma infecção resulta de um processamento inadequado.

Aplicar óculos de proteção (ou uma viseira) e utilizar luvas (estilo de lavar louça) quando for limpar um equipamento que está contaminado com material orgânico, como sangue, fezes, muco ou pus. As barreiras de proteção fornecem proteção contra os organismos potencialmente infecciosos. Uma escova e sabão ou detergente são necessários para a limpeza. Os seguintes passos garantem que um objeto está limpo:

1. Lavar o objeto ou artigo contaminado com água corrente fria para remover o material orgânico. A água quente faz com que a proteína no material orgânico coagule e fixe nos objetos, tornando difícil a remoção.
2. Depois de enxaguar, lavar o objeto com água morna e sabão. O sabonete ou detergente reduz a tensão superficial da água e emulsiona a sujeira ou material restante. Lavar o objeto completamente.
3. Usar uma escova para remover a sujeira ou material em sulcos ou ranhuras. Friccionar desaloja o material contaminado para facilitar a remoção. Abrir os itens articulados para limpeza.
4. Lavar o objeto com água morna.
5. Secar o objeto e prepará-lo para a desinfecção ou esterilização, se indicado pela classificação do item (ou seja, crítico, semicrítico ou não crítico).
6. A escova, luvas e pia usadas para limpar o equipamento são consideradas contaminadas e são limpas e secas de acordo com a política.

Desinfecção e Esterilização

Tanto a desinfecção como a esterilização usam os processos físicos e

químicos que perturbam o funcionamento interno dos microrganismos, destruindo as proteínas celulares. A **desinfecção** é descrita por um processo que elimina muitos ou todos os microrganismos, com a exceção de esporos bacterianos, de objetos inanimados (Rutala e Weber, 2014). Existem dois tipos de desinfecção: (1) desinfecção de superfícies; e (2) desinfecção de alto nível, que é necessária para alguns itens de cuidados do paciente, como endoscópios e broncoscópios. A **esterilização** elimina ou destrói todas as formas de vida microbiana, incluindo os esporos (Rutala e Weber, 2014). Os métodos de esterilização incluem os itens de transformação com utilização de vapor, calor seco, plasma de peróxido de hidrogênio ou óxido de etileno (ETO). A decisão de limpar, limpar e desinfetar ou esterilizar depende do uso pretendido de um produto contaminado (Quadro 29-8). Esteja familiarizado com as unidades de saúde ou com a política do serviço e os procedimentos para a limpeza, manuseio e entrega de itens de cuidados para eventual desinfecção e esterilização. Os trabalhadores na área da central de processamento que são especialmente treinados na desinfecção e esterilização realizam a maioria dos procedimentos. Os seguintes fatores influenciam a eficácia do método de esterilização ou desinfecção:

- *A concentração da solução e duração do contato*. Uma concentração diluída ou tempo de exposição curto diminui a sua eficácia.

Quadro 29-8 Categorias de Esterilização, Desinfecção e Limpeza

Itens Críticos

Itens que penetram tecidos estéreis ou o sistema vascular apresentam um risco elevado de infecção, se eles estão contaminados com microrganismos, em especial esporos bacterianos. *Itens críticos* devem ser *estéreis*. Esses itens incluem:

- Instrumentos cirúrgicos
- Cateteres cardíacos ou intravasculares

- Cateteres urinários
- Implantes

Itens Semicríticos

Itens que entram em contato com as membranas mucosas ou pele não intacta também apresentam um risco. Esses objetos devem estar livres de todos os microrganismos (exceto os esporos bacterianos). *Os itens semicríticos* devem ser *desinfetados em elevado grau* (*HLD*) ou *esterilizados*. Esses itens incluem:

- Equipamento respiratório e de anestesia
- Endoscópios
- Tubos endotraqueais
- Endoscópios GI
- Anéis de ajuste diafragmático

Depois de enxaguar, os itens são secos e armazenados de forma a protegê-los de danos e contaminação.

Itens não Críticos

Itens que entram em contato com a pele intacta, mas não membranas mucosas, devem ser limpos. *Itens não críticos* devem ser *desinfetados*. Esses itens incluem:

- Comadres
- Medidores de pressão arterial
- Grades de cama
- Roupas de cama
- Estetoscópios
- Bandeja de cabeceira e mobília do paciente
- Utensílios para alimentação

- *Tipo e número de patógenos.* Quanto maior for o número de agentes patogênicos de um objeto, maior será o tempo de desinfecção desejado.
- *Áreas de superfície a tratar.* Todas as superfícies sujas e áreas

precisam ser totalmente expostas à desinfecção e aos agentes esterilizantes. O tipo de superfície é um fator importante. A superfície é porosa ou não porosa?

- *Temperatura do ambiente.* Desinfetantes tendem a funcionar melhor à temperatura ambiente.
- *Presença de sabão.* O sabão faz com que certos desinfetantes sejam ineficazes. A lavagem completa de um objeto é necessária antes da sua desinfecção.
- *Presença de materiais orgânicos.* Os desinfetantes se tornam inativos a menos que o sangue, a saliva, o pus ou excreções corporais sejam lavados.

A Tabela 29-5 lista processos para desinfecção e esterilização e suas características. Alguns instrumentos delicados que requerem a esterilização não podem tolerar o vapor e devem ser processados com gás ou plasma.

Tabela 29-5

Exemplos de Processos de Desinfecção e Esterilização

Características	Exemplos de Uso
Calor Úmido	
O vapor é o calor úmido sob pressão. Quando exposto a alta pressão, o vapor de água atinge uma temperatura acima do ponto de ebulição para matar agentes patogênicos e esporos.	A autoclave esteriliza instrumentos cirúrgicos tolerantes ao calor e itens semicríticos de cuidado do paciente.
Esterilizantes Químicos - Desinfecção de Alto Nível (DAN)	
Um número de desinfetantes químicos é usado nos cuidados de saúde. Esses incluem álcoois, cloros, formaldeído, glutaraldeído, peróxido de hidrogênio, iodóforos, fenólicos e compostos quaternários de amônio. Cada produto funciona de uma maneira única e é usado para uma finalidade específica.	Os desinfetantes químicos desinfetam instrumentos sensíveis ao calor e equipamentos, tais como endoscópios e aparelhos para tratamento respiratório.
Gás Óxido de Etileno (ETO)	
Esse gás destrói os esporos e microrganismos alterando os processos metabólicos das células. Os vapores são liberados dentro de uma	Esse gás esteriliza a maioria dos materiais hospitalares.

câmara como a de uma autoclave. O gás ETO é tóxico para os humanos e o tempo de aeração varia conforme o produto.	
Água Fervente	
A ebulição é o mais barato para uso em casa. Os esporos de bactérias e alguns vírus resistem à ebulição. Não é usada em instalações de cuidado da saúde	A ebulição é comumente usada em casa para itens como cateteres urinários, tubos de sucção e dispositivos de coleta de drenagem.

Proteção do Hospedeiro Susceptível

A resistência do paciente à infecção melhora à medida que protegem as defesas normais do corpo contra infecções. Intervir para manter os processos de reparação normais do corpo (Quadro 29-9). As enfermeiras também protegem a si e os outros através do uso de precauções de isolamento.

Quadro 29-9 Prevenção e Controle de Infecções: Proteção do Hospedeiro Susceptível

Proteção de Mecanismos Naturais de Defesa

- O banho regular remove os microrganismos transitórios a partir da superfície da pele. A lubrificação ajuda a manter a pele hidratada e intacta. Em algumas situações, é necessário lavar com clorexidina (CHG), se houver risco de *Staphylococcus aureus resistente à meticilina* (MRSA) ou outras bactérias resistentes (CDC, 2013b).
- Realizar a higiene oral regular. A saliva contém enzimas que promovem a digestão e tem uma ação bactericida para manter o controle de bactérias. O uso do fio dental remove o tártaro e a placa bacteriana que causa a infecção bacteriana.
- A manutenção adequada da ingestão de líquidos promove a formação normal da urina e um fluxo resultante de urina para lavar a bexiga e o revestimento da uretra de microrganismos.

- Para os pacientes que são fisicamente dependentes ou imobilizados, encorajar a rotina de tosse e respiração profunda para manter as vias aéreas inferiores limpas de muco.
- Incentivar a imunização adequada de crianças ou pacientes adultos que estão expostos a certos microrganismos infecciosos. As crianças são vacinadas contra o sarampo, caxumba, rubéola, varicela, difteria e outras doenças evitáveis por vacinação. Os adultos recebem um reforço da vacina pertússis-tétano-difteria acelular (dTpa), vacina contra a gripe anual e outros como recomendado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) (2010a). Os idosos devem receber a vacina pneumocócica e uma vacina contra a gripe anual.

Manutenção do Processo de Cura

- Promova a ingestão de líquidos adequada e uma dieta bem equilibrada contendo proteínas essenciais, vitaminas, carboidratos e gorduras. A enfermeira também usa medidas para aumentar o apetite do paciente.
- Promova o conforto e o sono do paciente para que as reservas energéticas sejam repostas diariamente.
- Ajude o paciente a aprender as técnicas para redução do estresse.

Controle ou Eliminação dos Reservatórios da Infecção

A fim de controlar ou eliminar o número e tipos de organismos nos locais reservatórios, eliminar as fontes de secreções corporais, drenagem ou soluções que possivelmente abrigam microrganismos. Eliminar os reservatórios da infecção (p. ex., esvaziar bolsas de drenagem urinária), controlar as portas de saída e entrada (p. ex., usar lenços antissépticos nas portas dos tubos IV) e evitar ações que transmitam microrganismos impedindo que as bactérias encontrem um novo lugar para crescer (Quadro 29-10). Estar ciente dos regulamentos estaduais para o manuseio e eliminação de resíduos hospitalares (infeccioso). Os Regulamentos da Administração de Saúde e Segurança Ocupacional (Occupational Safety and Health

Administration (OSHA)) abordam o manuseio e descarte de sangue e secreções corporais que, potencialmente, representam um risco para a transmissão de patógenos. Esses regulamentos corroboram com as leis e regulamentos do estado (OSHA, 2011b).

Quadro 29-10 Prevenção de Infecção e Controle para Reduzir os Reservatórios de Infecção

Banho

- Use água e sabão para remover as drenagens, secreções secas ou perspiração excessiva.

Trocas de Curativos

- Troque os curativos que se tornarem úmidos e/ou sujos (Cap. 48).

Artigos Contaminados

- Coloque tecidos, curativos sujos ou roupa suja em sacos impermeáveis para o descarte adequado.

Perfurocortantes Contaminados

- Coloque todas as agulhas, agulhas de segurança e sistemas sem agulha em recipientes à prova de perfurações, os quais devem estar localizados no lugar de utilização. As leis federais requerem o uso de tecnologia com agulha segura. Suportes para tubos de sangue são somente de uso único (OSHA, 2012).

Unidade de Cabeceira

- Mantenha as superfícies das mesas limpas e secas.

Frascos de Soluções

- Não deixe frascos de soluções abertos.
- Mantenha as soluções firmemente fechadas.

- Date os frascos quando abri-los e descarte-os em 24 horas.

Feridas Cirúrgicas

- Mantenha os tubos de drenagem e as bolsas coletoras desobstruídas para evitar o acúmulo de líquido seroso sob a superfície da pele.

Recipientes e Bolsas de Drenagem

- Use as luvas e protetores oculares em caso de espirros ou pulverização com sangue ou secreções corporais contaminados serem previstos.
- Esvazie e descarte os frascos de aspiração de drenagem de acordo com a política do serviço.
- Esvazie todos os sistemas de drenagem em cada turno, a menos que outra forma seja prescrita por um profissional de saúde.
- Nunca levante um sistema de drenagem (p. ex., bolsa de drenagem urinária) acima do nível do local que está sendo drenado, a menos que esteja bem vedado.

Controle das Portas de Entrada/Saída

Para controlar organismos que saem pelo trato respiratório, cobrir a boca ou nariz quando tossir ou espirrar. Ensinar os pacientes, profissionais de saúde, familiares dos pacientes e visitantes sobre a higiene respiratória ou **etiqueta da tosse**. O uso de cartazes e material escrito explicando a etiqueta da tosse para os alunos é benéfico. A etiqueta de tosse tornou-se mais importante por causa das preocupações com a transmissão de infecções respiratórias, como *Mycobacterium tuberculosis*, a síndrome respiratória aguda grave (SARS) e a gripe H1N1 (CDC, 2007, 2010b). Os elementos de higiene ou etiqueta da tosse respiratória estão resumidos na Tabela 29-6 (CDC, 2007).

Tabela 29-6

Diretrizes de Isolamento dos Centros de Controle e Prevenção de

Precauções-padrão (Nível Um) para Serem Utilizadas com Todos os Pacientes

- As precauções-padrão aplicam-se ao sangue, hemoderivados, todas as excreções corporais, secreções, (exceto suor), pele não intacta e membranas mucosas.
- Higienize as mãos antes, depois e entre o contato direto com os pacientes. (Exemplos de atividades de contato intermediárias são a lavagem das mãos após uma atividade de atendimento ao paciente, movendo-se para uma atividade de não cuidados ao paciente e limpeza das mãos novamente antes de voltar a realizar contato com o paciente.)
- Higienize as mãos após o contato com sangue, excreções corporais, membranas mucosas, pele não intacta, secreções, ou curativos; após o contato com superfícies inanimadas ou artigos no quarto do paciente; e imediatamente após as luvas serem removidas.
- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou secreções corporais, lavá-las com qualquer sabão antimicrobiano ou não antimicrobiano e água.
- Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou secreções corporais, use um agente antisséptico sem água à base de álcool para higienizar as mãos (WHO, 2009).
- Lave as mãos com sabão não antimicrobiano e água se for provável que tenha ocorrido contato com esporos (p. ex., *Clostridium difficile*).
- Não use unhas artificiais ou postiças se os deveres incluem o contato direto com os pacientes com alto risco de infecção e resultados adversos associados.
- Use luvas ao tocar sangue, secreções corporais, excreções, pele não intacta, membranas mucosas ou itens ou superfícies possivelmente contaminadas. Retire as luvas e realize a higiene das mãos entre encontros de atendimento com o paciente e quando se passa de um local do corpo limpo para um contaminado.
- Use equipamento de proteção individual (EPI) quando a interação antecipada com o paciente indica que o contato com sangue ou secreções corporais pode ocorrer.
- Um quarto privativo é desnecessário, a menos que a higiene do paciente seja inaceitável (p. ex., secreções incontidas, excreções, ou drenagem da ferida).
- Descarte todos os instrumentos afiados e agulhas contaminadas em um recipiente resistente a perfurações. As instalações de cuidados de saúde devem disponibilizar dispositivos sem agulha. Quaisquer agulhas devem ser eliminadas sem tampa ou um dispositivo mecânico de segurança é ativado para o recapeamento.
- *Higiene respiratória/ etiqueta da tosse*: Os pacientes devem cobrir o nariz/ boca quando tossir ou espirrar; usar lenços para conter as secreções respiratórias e descartar no recipiente de resíduo mais próximo; higienizar as mãos após o contato com as secreções respiratórias e objetos contaminados/materiais; conter as secreções respiratórias com procedimento ou com máscara cirúrgica ou de procedimento; separação espacial de pelo menos 1 metro de distância de outras pessoas, se estiver tossindo.

Precauções Baseadas na Transmissão (Nível Dois) para Serem Utilizadas com Tipos Específicos de Pacientes

Categoria	Infecção/Condição	Barreira de Proteção
Precauções ambientais (núcleos de gotículas menores do que 5 micra)	Sarampo, catapora (varicela), varicela zoster disseminada, tuberculose pulmonar ou laríngea	Quarto privativo, fluxo de ar com pressão negativa com pelo menos 6 a 12 trocas de ar de alta eficiência por hora através de filtração (HEPA); máscara ou dispositivo de proteção respiratória, respirador N95 (dependendo da condição)
Precauções para gotículas	Difteria (faríngea), rubéola, faringite estreptocócica, pneumonia ou escarlatina em lactentes e crianças pequenas, coqueluche,	Quarto privativo ou grupo de pacientes; necessário máscara ou respirador (dependendo da

(gotas maiores do que 5 micra, stando a 1 metro do paciente)	caxumba, pneumonia por micoplasma, pneumonia meningocócica ou sepse, peste pneumônica	condição) (consulte a política do serviço)
Precauções de contato (direto do paciente ou por contato ambiental)	Colonização ou infecção por organismos resistentes a múltiplas drogas, como ERV MRSA, *Clostridium difficile*, shigella e outros patógenos entéricos; principais infecções de feridas; herpes simplex; sarna; varicela zoster (disseminada); vírus sincicial respiratório em lactentes, crianças pequenas ou adultos imunocomprometidos	Quarto privativo ou grupo de pacientes (ver política do serviço), luvas, capotes (Os pacientes podem sair da sala para procedimentos ou tratamento se o material infeccioso está contido ou coberto, colocado em um capote limpo e se as mãos estão limpas.)
Ambiente protetor	Transplantes de células-tronco alogênicas hematopoiéticas	Quarto privativo; fluxo de ar positivo com 12 ou mais trocas de ar por hora; filtração HEPA para o ar de entrada; máscara para ser usada pelo paciente quando fora da sala durante os tempos de construção na área

Adaptado de Centers for Disease Control and Prevention, Hospital Infection Control Practice Advisory Committee: Guidelines for isolation precautions in hospitals, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 57/RR-16:39, 2007.

MRSA, *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina; *ERV*, Enterococos resistentes à vancomicina.

Outra maneira de controlar a saída de microrganismos é usando as Precauções-Padrão (Tabela 29-6) durante o manuseio de excreções corporais tais como urina, fezes e drenagem de feridas. Usar luvas de procedimento se há uma chance de contato com sangue ou secreções corporais e higienizar as mãos após a prestação de cuidados. Certifique-se de ensacar itens contaminados (p. ex., lençóis) apropriadamente.

Muitas medidas que controlam a saída de microrganismos também controlam a sua entrada. Manter a integridade da pele e membranas mucosas reduz as possibilidades de microrganismos atingirem um hospedeiro. Manter a pele de um paciente bem lubrificada por utilização de uma loção, conforme apropriado. Os pacientes que são imobilizados e debilitados são particularmente susceptíveis à ruptura da pele. Não posicione pacientes em tubos ou objetos que causam fissuras na pele. É importante virar e posicionar os pacientes antes de sua pele tornar-se avermelhada. A higiene oral frequente evita a

secagem das membranas mucosas. A pomada solúvel em água mantém os lábios do paciente bem lubrificados.

Após a eliminação orientar mulheres para limpar o ânus e o períneo, limpando a partir do meato urinário em direção ao ânus. A limpeza segue a direção de uma área menos contaminada para a mais contaminada, pois ajuda a reduzir as infecções no TGU. O cuidado perineal meticuloso e frequente é especialmente importante em mulheres idosas que usam fraldas descartáveis para incontinência.

Outra causa para a entrada de microrganismos em um hospedeiro é o tratamento e controle dos cateteres urinários e conjuntos de drenagem inadequados (Cap. 46). Manter o ponto de conexão entre um tubo de cateter e de drenagem fechado e intacto. Enquanto tais sistemas estão fechados, seus conteúdos são considerados estéreis. As torneiras de escoamento de bolsas de drenagem também devem permanecer fechadas para evitar a entrada de bactérias. Minimizar o movimento do cateter na uretra, estabilizando-o com fita adesiva ou um dispositivo de fixação para reduzir as chances de microrganismos ascenderem da uretra para a bexiga. Não compartilhe recipientes de medição de urina entre os pacientes. Às vezes você cuida de pacientes com sistemas de drenagem fechados que recolhem a drenagem de ferida, bile ou outras excretas corporais. Certifique-se de que o local a partir do qual um tubo de drenagem sai permanece limpo do excesso de umidade ou drenagem acumulada. Mantenha toda a tubulação conectada ao longo do uso e apenas recipientes de drenagem são abertos quando necessário para descartar ou medir o volume de drenagem (Cap. 48).

Controle de Transmissão

A prevenção e o controle eficaz da infecção exigem que você permaneça ciente dos modos de transmissão dos microrganismos e as maneiras de controlá-los. Em qualquer unidade de saúde um paciente normalmente tem um conjunto pessoal de itens de cuidados. Compartilhar as comadres e urinóis, bacias de banho e utensílios de comer entre os pacientes leva facilmente à infecção cruzada. Ao usar um estetoscópio sempre limpe a campânula, diafragma e as olivas

com um desinfetante, como um algodão embebido em álcool antes de prosseguir para o próximo paciente. As ponteiras das orelhas são um local comum para os organismos estafilocócicos (Whittington et al., 2009). Em serviços onde as IACS como a diarreia ocorrem, termômetros eletrônicos não são recomendados para temperaturas retais. Use normalmente termômetros orais ou timpânicos para avaliar a temperatura. Não utilize termômetros eletrônicos para os pacientes em isolamento de contato.

Sempre tome cuidado ao manusear exsudato tais como urina, fezes, vômitos e sangue. As secreções contaminadas espirram facilmente ao serem descartadas em banheiros ou funis. Os mictórios e penicos precisam ser esvaziados no nível da água para reduzir o risco de respingo ou jato, e as luvas e óculos de proteção são usados. Acondicionar os itens sujos descartáveis em sacos de lixo apropriados. Acondicionar os itens contaminados com grandes quantidades de sangue em sacos para risco biológico. Conhecer a localização dos sacos para risco biológico; que podem diferir entre as unidades. Lidar com amostras laboratoriais de todos os pacientes como se fossem infecciosas e colocá-las em recipientes designados para risco biológico ou sacos para o transporte ou eliminação. Devido a certos microrganismos viajarem facilmente através do ar, não agite os lençóis ou roupas de cama. O pó com um pano tratado ou umedecido evita que partículas de poeira entrem no ar.

Para prevenir a transmissão de microrganismos através do contato individual, não permitir que itens e equipamentos sujos toquem sua roupa. Um erro comum é levar a roupa suja nos braços contra o seu uniforme. Usar sacos de linho resistentes a líquidos ou levar a roupa suja com as mãos estendidas ao corpo. Cobrir os cestos de roupa suja e esvaziá-los antes que se tornem sobrecarregados. **Nunca coloque lençóis limpos ou sujos no chão.**

Você vai aprender a seguir as **precauções-padrão** para prevenir e controlar a transmissão de infecção. As precauções-padrão se aplicam ao contato com sangue, secreção corporal, pele não intacta e membranas mucosas de todos os pacientes. Essas precauções protegem os pacientes e fornecem proteção para os trabalhadores da

saúde.

Higiene das Mãos

A técnica básica mais eficaz na prevenção e controle da transmissão de infecção é a higienização das mãos (ver Procedimento 29-1 mais adiante) (Mathur, 2011; WHO, 2009). A **higiene das mãos** é um termo geral que se aplica a quatro técnicas: higienização simples das mãos, higienização antisséptica das mãos, fricção antisséptica das mãos com ou sem escovação. A **lavagem das mãos** é definida pelo CDC (2008a) como uma fricção vigorosa, breve em conjunto com todas as superfícies das mãos ensaboadas, seguida de lavagem, sob uma corrente de água quente durante 15 segundos. O princípio fundamental por trás da lavagem das mãos é a remoção mecânica de microrganismos das mãos e enxágue com água. A lavagem das mãos não mata os microrganismos. Uma lavagem de mãos antisséptica significa lavar as mãos com água morna e sabão ou outros detergentes contendo um agente antisséptico. Alguns antissépticos matam as bactérias e alguns vírus. A fricção antisséptica das mãos significa aplicar um produto antisséptico por todas as superfícies das mãos para reduzir o número de microrganismos presentes. Os antissépticos de mão à base de etanol contendo álcool entre 60% a 90% parecem ser mais eficazes contra agentes patogênicos comuns encontrados nas mãos (CDC, 2008a). Os produtos à base de álcool são mais eficazes para a lavagem padrão das mãos ou antissepsia das mãos (mãos não sujas) pelos profissionais de saúde do que o sabão regular ou sabonetes antimicrobianos (CDC, 2008a). A antissepsia cirúrgica das mãos é uma lavagem antisséptica das mãos ou técnica de escovação das mãos que a equipe cirúrgica realiza antes da cirurgia para eliminar e reduzir a flora transiente residente da mão. As preparações antissépticas de degermantes têm atividade antimicrobiana persistente (CDC, 2008a; WHO, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009), práticas de limpeza das mãos são provavelmente estabelecidas nos primeiros 10 anos de vida de uma pessoa. Este estabelecimento afeta as atitudes de um indivíduo sobre higienização das mãos ao longo da vida. Isso é

chamado de higiene das mãos inerente (WHO, 2009). As atitudes em relação à lavagem das mãos em situações como a prestação de cuidados de saúde são chamadas de práticas de lavagem das mãos eletivas (WHO, 2009). Em muitas populações de pacientes, a lavagem das mãos inerente e eletiva é influenciada por fatores culturais. Assim, a higiene das mãos é frequentemente realizada por razões de higiene, rituais e razões simbólicas. É importante aprender o significado da higiene da mão segura para um indivíduo.

O uso de degermante à base de álcool é recomendado pelo CDC (2008a) para melhorar as práticas de higiene das mãos, proteger as mãos dos trabalhadores de saúde e reduzir a transmissão de patógenos para pacientes e pessoas em ambientes de cuidados de saúde. Os álcoois têm excelente atividade germicida e são tão eficazes como sabão e água. No entanto, antissépticos à base de álcool não são eficazes nas mãos que estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica (CDC, 2013). Boyce et al. (2002) e a OMS (2009) recomendam as seguintes diretrizes de higiene das mãos:

1. Quando as mãos estiverem visivelmente sujas, quando as mãos estão sujas com sangue ou outras excreções corporais, antes de comer e após usar o banheiro, lavar as mãos com água e qualquer sabão não antimicrobiano ou antimicrobiano.
2. Lavar as mãos se for exposta a organismos formadores de esporos, como *C. difficile*, *Bacillus anthracis* ou *Norovirus* (CDC, 2014).
3. Se as mãos não estiverem visivelmente sujas (WHO, 2009), use um agente antisséptico à base de álcool, sem água para rotineiramente descontaminar as mãos nas seguintes situações clínicas:
   - Antes, depois e entre o contato direto com o paciente (p. ex., aferindo um pulso, levantando um paciente)
   - Antes de calçar as luvas estéreis e antes de inserir dispositivos invasivos, tais como um cateter vascular periférico ou cateter urinário
   - Após o contato com excreções corporais ou secreções, membranas mucosas, pele não intacta e curativos (mesmo que as

luvas sejam usadas)

- Quando se deslocam a partir de um local do corpo contaminado para um local limpo durante o atendimento
- Após o contato com superfícies ou objetos no quarto do paciente (p. ex., mesa de cabeceira, bomba infusora)
- Após a remoção das luvas (CDC, 2008a)

Lembrem-se, as mãos contaminadas dos profissionais de saúde são a principal fonte de transmissão de infecções em ambientes de cuidados de saúde. Recomenda-se que os profissionais de saúde tenham unhas bem cuidadas e abstenham-se de usar unhas artificiais para reduzir a transmissão de microrganismos.

Uma infecção pode ser facilmente transmitida por visitantes de pacientes em ambientes de cuidados de saúde. Um estudo realizado por Birnbach (2012) et al. mostrou que um esforço coordenado é necessário, para aumentar a adesão do visitante à higienização das mãos, incluindo uma avaliação de acesso a um desinfetante à base de álcool, educação dos visitantes sobre a importância da higiene das mãos e avaliação das alterações correspondentes ao comportamento da higiene das mãos. Orientar os pacientes e visitantes sobre as técnicas adequadas de higiene das mãos, a razão para isso e os tempos para realizá-las. Se os cuidados de saúde são para serem continuados em casa, ensinar os pacientes e cuidadores familiares a lavar as mãos antes de comer ou manipular alimentos; depois de manusear equipamentos contaminados, linho ou material orgânico; e após a evacuação. Em ambientes de cuidados de saúde, incentivar os visitantes a lavar as mãos antes de comer ou manipular alimentos; após entrar em contato com pacientes infectados; e depois de manusear materiais contaminados, móveis do paciente ou material orgânico (Gould et al., 2011).

Você é responsável por fornecer ao paciente e sua família um ambiente seguro. Recentemente, o CDC (2015e) lançou a Campanha Mãos Limpas Salvam Vidas. Ela destaca para os consumidores os cinco passos simples e eficazes (Molhar, Ensaboar, Esfregar, Lavar, Secar) a serem tomados para reduzir a propagação de doenças diarreicas e respiratórias e, assim, manterem-se saudáveis. Muitos

hospitais encorajam os pacientes a seguir as recomendações da campanha "Fale", "Speak Up", do TJC. O TJC em conjunto com os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services) impulsiona os pacientes a assumirem um papel na prevenção de erros de cuidados de saúde tornando-se ativos, envolvidos e informando os participantes sobre a equipe de saúde. O programa caracteriza folhetos, cartazes e *botons* em uma variedade de tópicos de segurança do paciente. Uma recomendação é que os pacientes falem para garantir que o profissional de saúde limpe suas mãos ou use luvas quando presta cuidados.

A eficácia das práticas de prevenção de infecção, tais como a higiene das mãos, depende da consciência e consistência na utilização das técnicas adequadas por todos os profissionais de saúde. É da natureza humana esquecer as etapas processuais essenciais ou, quando apressado, tomar atalhos que quebram os procedimentos assépticos. No entanto, a incapacidade de cumprir com os procedimentos básicos coloca os pacientes em risco para infecções que podem prejudicar gravemente a recuperação ou levar à morte.

Isolamento e Precauções de Isolamento

Em 2007, o Comitê de Aconselhamento sobre Práticas de Controle de Infecção Hospitalar (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)) do CDC publicou diretrizes revisadas para as precauções de isolamento. A HICPAC recomenda que as instalações modifiquem as diretrizes de acordo com a necessidade e como ditado pelos governos federal, estadual ou regulamentos locais. As orientações contêm recomendações para higiene/etiqueta respiratória da tosse como parte das precauções-padrão. As recomendações do CDC contêm dois níveis de precauções (Tabela 29-6). O primeiro e mais importante nível é chamado de *Precauções Padrão*, que são projetadas para serem usadas para o cuidado de todos os pacientes, em todos os contextos, independentemente do risco ou estado de infecção presumido. As Precauções-padrão são as estratégias primárias (incluindo precauções de barreira) para a prevenção da transmissão da infecção e para aplicar ao contato com sangue,

excreções corporais, pele não intacta, membranas mucosas e equipamentos ou superfícies contaminadas com materiais potencialmente infecciosos. Basicamente, em um ambiente de cuidado agudo uma enfermeira vai seguir as precauções-padrão em todos os aspectos de cuidados. Isso inclui precauções de barreira e o uso adequado dos EPI, como jalecos, luvas, máscaras, óculos e outros dispositivos de proteção ou roupas. A escolha das barreiras depende da tarefa a ser realizada e da doença do paciente. As precauções-padrão se aplicam a todos os pacientes, pois cada paciente tem o potencial de transmitir a infecção por meio de sangue e excreções corporais, e o risco de transmissão da infecção é desconhecido. A higiene/etiqueta respiratória da tosse se aplica a qualquer pessoa com sinais de infecção respiratória, incluindo tosse, congestão, rinorreia ou aumento da produção de secreções respiratórias quando entrar em um local de cuidados de saúde. Educar os profissionais de saúde, pacientes e visitantes para seguir a higiene/etiqueta respiratória da tosse para proteger os pacientes e profissionais de saúde. O segundo nível de precauções (Tabela 29-6) inclui precauções para o cuidado de pacientes que são conhecidos ou suspeitos de estarem infectados ou colonizados com microrganismos transmitidos por gotículas, pelo ar ou rotas de contato (CDC, 2007; Brisko, 2009). Há quatro tipos de precauções baseadas na transmissão, as quais são baseadas no modo de transmissão de uma doença: ***Pelo Ar, Gotículas, Contato*** e ***Precauções do Ambiente Protetor***. Essas precauções são para pacientes com patógenos altamente transmissíveis. A categoria ambiente protetor é projetada para os pacientes que tenham sofrido transplantes e terapia gênica (CDC, 2007).

- *Precauções de contato:* Usada para o contato direto e indireto com os pacientes e seu ambiente. O contato direto refere-se ao cuidado e manuseio de excreções corporais contaminadas. As precauções de contato exigem um capote e luvas. Um exemplo inclui sangue ou outras excreções corporais de um paciente infectado que entram no corpo do trabalhador de saúde através do contato direto com a pele comprometida ou membranas mucosas. O contato indireto envolve a transferência de um agente infeccioso através de um

objeto intermediário contaminado, como instrumentos ou mãos dos profissionais de saúde contaminados. O profissional de saúde pode transmitir os microrganismos de um local para outro paciente se a higiene das mãos não for realizada entre os pacientes (CDC, 2007).

- *Precauções de gotículas:* Concentra-se nas doenças que são transmitidas por gotículas grandes (superiores a 5 micra) expelidas para a atmosfera e por estarem dentro de 0,9144 metro de um paciente. As precauções de gotículas requerem o uso de uma máscara cirúrgica quando dentro de 0,9144 metro de um paciente, higiene adequada das mãos e alguns equipamentos dedicados aos cuidados. Um exemplo é um paciente com gripe.
- *Precauções ambientais:* Concentra-se nas doenças que são transmitidas por gotículas menores, que permanecem no ar por longos períodos de tempo. Isto requer um quarto especialmente equipado com um fluxo de ar negativo referido como um *quarto de isolamento de infecção pelo ar*. O ar não é devolvido para o sistema de ventilação interior, mas é filtrado através de um filtro de ar de partículas de alta eficiência (HEPA) e escoado diretamente para o exterior. Todos os profissionais de saúde usam um respirador N95 cada vez que entram na sala.
- *Ambiente protetor:* Concentra-se em uma população muito limitada de pacientes. Esta forma de isolamento requer uma sala especializada, com fluxo de ar positivo. A taxa de fluxo de ar é fixada em mais de 12 trocas de ar por hora e todo o ar é filtrado através de um filtro HEPA. Os pacientes devem usar máscaras quando fora de seu quarto durante os tempos de construção na área.

As unidades de saúde são obrigadas a ter instalações de isolamento para os pacientes. No entanto, nem todas as doenças transmissíveis exigem colocar um paciente em uma sala privada especial. Você pode realizar muitas práticas de isolamento em quartos-padrão usando barreiras de precauções.

Por causa do ressurgimento da tuberculose, o CDC (2007) desenvolveu orientações para evitar sua transmissão para os

trabalhadores de saúde e salienta a importância do isolamento para o paciente com tuberculose conhecida ou suspeita em uma sala especial de pressão negativa. Fechar as portas para o quarto do paciente para controlar a direção do fluxo de ar. Você deve usar um respirador especial de alta filtração de partículas ao entrar em uma sala com isolamento respiratório. Um respirador deve ser montado com seu tamanho e características faciais. Quando usado corretamente, os respiradores de partículas e máscaras têm um vedante da face mais apertado e o filtro a um nível mais elevado do que as máscaras cirúrgicas de rotina.

Os organismos multidroga resistentes (OMDR) tais como o *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA), enterococos resistentes à vancomicina (VRE) e *Clostridium difficile* (*C. difficile*) são mais comuns como causa de colonização e infecções hospitalares. Os OMDR desenvolveram uma resistência a um ou mais antibióticos de amplo espectro, tornando os organismos difíceis de tratar eficazmente. Grandes esforços têm sido estabelecidos em um número de anos para reduzir a incidência das IACS causadas por esses organismos perigosos. Por exemplo, a evidência mostra que a porcentagem de infecções na linha central da corrente sanguínea (Cap. 42) causadas por MRSA, VRE e bactérias gram-negativas têm diminuído (CDC, 2011b). Ao contrário dos MRSA e VRE, o *C. difficile* (que é transmitido pela via fecal-oral) é mais difícil de eliminar do ambiente. É um microrganismo formador de esporos, o que significa que pode permanecer em superfícies (p. ex., mesa de cabeceira, estetoscópio) em um estado dormente por longos períodos de tempo. Para reduzir o risco de contaminação cruzada entre pacientes, use as precauções de contato, além das precauções-padrão ao cuidar de pacientes com OMDR.

Independentemente do tipo de isolamento ou barreira de proteção que você usa, siga estes princípios básicos ao cuidar dos pacientes:

- Entenda como certas doenças são transmitidas e quais barreiras de proteção usar.
- Use a higiene minuciosa das mãos antes de entrar e sair do quarto de um paciente em isolamento.

- Descarte materiais e equipamentos contaminados de uma forma que impeça a propagação de microrganismos para outras pessoas, como indicado pelo modo de transmissão do organismo.
- Proteja todas as pessoas que possam ser expostas durante o transporte de um paciente fora da sala de isolamento.

Implicações Psicológicas do Isolamento

Os efeitos psicológicos de estar em um quarto de isolamento devem ser considerados no seu cuidado com o pacientes. Muitos pacientes encontram aspectos positivos por estarem alojados em um único quarto; no entanto, a experiência geral do isolamento é comumente vista negativamente (Barratt, 2010). O isolamento impõe barreiras à expressão da identidade de um paciente e as relações interpessoais normais e afeta a prestação de cuidados com qualidade. Quando um paciente necessita de isolamento em um quarto privado, uma sensação de solidão, por vezes, se desenvolve porque as relações sociais normais tornam-se interrompidas. Esta situação pode ser psicologicamente prejudicial, especialmente para as crianças. Um estudo observou que os pacientes em isolamento sofriam mais depressão e ansiedade e estavam menos satisfeitos com seus cuidados (Abad et al., 2010). As imagens do corpo dos pacientes tornam-se alteradas como resultado do processo infeccioso. Alguns se sentem impuros, rejeitados, solitários ou culpados. As práticas de prevenção e controle de infecção intensificam ainda mais essas crenças de diferença ou de indesejável. O isolamento rompe as relações sociais normais com os visitantes e cuidadores. Aproveite a oportunidade para ouvir as preocupações ou interesses de um paciente. Se você apressar os cuidados ou mostrar uma falta de interesse pelas necessidades do paciente, ele se sente rejeitado e ainda mais isolado.

Antes de instituir as medidas de isolamento, o paciente e a família precisam entender a natureza da doença ou condição, os efeitos do isolamento e os passos para seguir as precauções específicas. Se eles são capazes de participar na manutenção das práticas de prevenção e controle de infecções, as chances de reduzir a propagação da infecção aumentam. Ensine o paciente e sua família a realizar a higiene das

mãos e usar as barreiras de proteção, se necessário. Demonstrar cada procedimento; certifique-se de dar ao paciente e à família uma oportunidade para a prática. Também é importante explicar como os organismos infecciosos são transmitidos de modo que o paciente e sua família compreendam a diferença entre objetos contaminados e limpos. Explicar e demonstrar esses procedimentos, especialmente a higiene das mãos, ajuda a família a praticar de forma consistente a higiene das mãos correta e medidas de isolamento prescritas (Gould et al., 2011).

Tome medidas para melhorar a estimulação sensorial de um paciente durante o isolamento. Certifique-se de que o ambiente da sala é limpo e agradável. Abra as cortinas ou sombras e remova os materiais e equipamentos em excesso. Ouvir as preocupações ou interesses do paciente. A hora das refeições é uma oportunidade particularmente boa para uma conversa. Fornecer medidas de conforto, tais como reposicionamento, uma massagem nas costas ou um banho quente com esponja aumenta a estimulação física. Dependendo da condição do paciente, incentivá-lo a caminhar ao redor da sala ou sentar-se em uma cadeira. As atividades recreativas como jogos de tabuleiro, ler ou cartas são opções para manter um paciente mentalmente estimulado.

Explicar à família o risco do paciente para a depressão ou solidão (Abad et al., 2010). Encoraje os membros da família que visitam a evitar expressões ou ações que transmitam repulsa ou desgosto relacionados com as práticas de prevenção e controle de infecção. Discutir maneiras de fornecer estimulação significativa.

O Isolamento do Ambiente

Quartos privativos utilizados para o isolamento, por vezes, fornecem o fluxo de ar com pressão negativa para evitar que partículas infecciosas fluam para fora do espaço para outros quartos e um sistema de tratamento de ar. Quartos especiais com fluxo de ar de pressão positiva também são usados para pacientes imunocomprometidos altamente susceptíveis, tais como receptores de órgãos transplantados. Na porta ou na parede fora do quarto uma

enfermeira coloca um cartão listando as precauções para a categoria de isolamento em uso de acordo com a política da unidade de saúde. O cartão é uma referência útil para os profissionais de saúde e visitantes e alerta alguém que possa entrar na sala acidentalmente que as precauções especiais devem ser seguidas.

Uma área imediatamente fora de uma sala de isolamento ou uma antessala adjacente precisa conter a higiene das mãos e suprimentos de EPI. As soluções antissépticas (antimicrobianos) e sabão também devem estar disponíveis. Os funcionários e visitantes higienizam as mãos antes de entrar no quarto de um paciente e novamente antes de sair da sala. Se as instalações sanitárias não estão disponíveis, existem procedimentos especiais para lidar com cômodas portáteis, comadres e urinóis.

Todos os quartos de atendimento ao paciente, incluindo aqueles usados para o isolamento, devem conter um saco impermeável para roupa suja ou contaminada e um recipiente de lixo com forros de plástico. Os recipientes impermeáveis previnem a transmissão de microrganismos, impedindo o vazamento e sujidade da superfície externa. Um recipiente rígido descartável precisa estar disponível no quarto para descartar objetos perfurocortantes utilizados, tais como agulhas de segurança e seringas.

Permaneça atenta às técnicas de prevenção e controle de infecção durante o trabalho com os pacientes em ambientes protegidos. Você precisa se sentir confortável executando todos os procedimentos e ainda assim permanecer consciente dos princípios de prevenção e controle de infecção. Dependendo do microrganismo e do modo de transmissão, avaliar quais os artigos ou equipamento que devem ser levados para um quarto de isolamento. Por exemplo, o CDC (2007) recomenda o uso dedicado de artigos tais como estetoscópios, esfigmomanômetros e termômetros na sala de isolamento de um paciente infectado ou colonizado com VRE. Não use esses dispositivos em outros pacientes a menos que eles tenham sido primeiro adequadamente limpos e desinfetados. O Quadro 29-11 descreve os procedimentos que devem ser executados quando se utilizam equipamentos compartilhados.

Quadro 29-11

Diretrizes para o procedimento

Cuidado de um Paciente sob Precauções de Isolamento

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de cuidar de um paciente sob precauções de isolamento pode ser delegado a outros membros da equipe de enfermagem de nível médio. No entanto, é a enfermeira quem avalia a situação do paciente e as indicações de isolamento. Oriente o PENM sobre:

- A razão de o paciente estar sob precauções de isolamento.
- As precauções sobre trazer equipamentos para a sala do paciente.
- As precauções especiais sobre as necessidades individuais do paciente, tais como transporte para testes de diagnóstico.

Material

Os equipamentos de proteção individual (EPI) são determinados pelo tipo de isolamento - luvas, capotes, máscaras, óculos de proteção ou viseira - que podem ser necessários; os suprimentos dependem dos procedimentos realizados no quarto; recipiente para perfurocortantes; manguito para pressão arterial (PA) descartável.

Passos

1. Avalie as indicações de isolamento (p. ex., história clínica do paciente para exposições, exames laboratoriais e feridas com drenagem).
2. Analise os resultados dos testes laboratoriais para identificar o tipo de microrganismo para o qual o paciente está isolado e se o paciente está imunodeprimido.
3. Revise as políticas do serviço e as precauções necessárias para o sistema de isolamento específico e considere medidas de

cuidados que você realizará enquanto estiver no quarto do paciente.

4. Revise as anotações das enfermeiras ou converse com colegas sobre o estado emocional do paciente e ajuste ao isolamento.
5. Determine se o paciente tem alergia ao látex para evitar sensibilidade ou reação alérgica.
6. Higienize as mãos e prepare todo o equipamento que você precisa levar para o quarto do paciente. Em alguns casos, o equipamento permanece no quarto (estetoscópio ou manguito para PA). Decida qual equipamento de isolamento é necessário antes de entrar no quarto do paciente. Por exemplo, decida se você precisará de um capote e luvas para um paciente em precauções de contato ou uma máscara respiradora especial para um paciente sobre as precauções respiratórias.
7. Prepare-se para a entrada no quarto de isolamento:
    a. Use o capote como cobertura, estando certo de que ele cobre todas as roupas exteriores. Puxe as mangas até o pulso. Amarre firmemente no pescoço e cintura (ver ilustração).

PASSO 7A Amarre o capote na cintura.

b. Aplique tanto máscara cirúrgica quanto respirador equipado ao redor da boca e do nariz. (O tipo depende do tipo de precauções e políticas do serviço.) A enfermeira deve ter uma avaliação médica e testar o ajuste antes de usar um respirador (OSHA, 2011a).
c. Se necessário, use óculos ou protetor ocular confortavelmente ao redor da face e dos olhos. Se usar óculos, podem ser usados com escudos laterais.
d. Calce luvas de procedimento. (NOTA: Usar luvas sem talco e livres de látex se o paciente tem um histórico de alergia ao látex.) Use as luvas com capote; trazer os punhos da luva sobre as extremidades da manga do capote (ver ilustração).

PASSO 7D Calce as luvas ao longo das mangas do capote.

8. Entre no quarto do paciente. Organize os suprimentos e equipamentos. (Se o equipamento for removido do quarto para reutilização, coloque-o sobre papel-toalha limpa.)
9. Explique o propósito do isolamento e as precauções necessárias para o paciente e a família. Ofereça a oportunidade de fazer perguntas. Discuta os tipos de atividades que o paciente pode desejar para tentar permanecer ocupado. Avalie as evidências de problemas emocionais que possam ocorrer pelo isolamento.
10. Avalie os sinais vitais (Cap. 30).
    a. Se o paciente está infectado ou colonizado com um organismo resistente (p. ex., ERV, MRSA, ou *C. difficile*), o equipamento permanece no quarto. Isso inclui o

estetoscópio e o manguito para PA.

b. Se o estetoscópio for reutilizado, limpe o diafragma ou campânula com álcool. Deixe de lado na superfície limpa.

c. Use termômetro eletrônico individual ou descartável.

DECISÃO CLÍNICA: Se o termômetro descartável indica febre, avalie outros sinais e sintomas. Confirme a febre usando um termômetro alternativo. Não use termômetro eletrônico se o paciente possui suspeita ou confirma a existência de Clostridium difficile (Cohen et al., 2010)

11. Administre medicamentos (Cap. 32).
    a. Dê a medicação oral em um invólucro ou copo.
    b. Descarte o invólucro ou copo em recipiente forrado com plástico.
    c. Usar luvas quando se administra uma injeção.
    d. Descarte a agulha de segurança e seringa ou agulha desencapada em recipiente apropriado.
    e. Coloque a seringa reutilizável (p. ex., Carpujet®) em uma toalha limpa para eventual remoção e desinfecção.
    f. Se você não estiver usando luvas e as mãos entram em contato com artigos contaminados ou excreções corporais, higienizar as mãos o mais rápido possível.
12. Realize a higiene, incentivando o paciente a discutir dúvidas ou preocupações sobre o isolamento. Forneça ensino informal neste momento.
    a. Evite permitir que o capote se molhe. Carregue as bacias longe do seu capote; evite inclinar-se contra qualquer superfície molhada.
    b. Retire a roupa de cama; evite o contato com o capote. Coloque-a em um cesto de roupas de acordo com a política do serviço.
    c. Forneça roupa de cama limpa e um conjunto de toalhas.
    d. Troque as luvas e higienize as mãos se elas ficarem sujas e se mais cuidados forem necessários.
13. Coleta de amostras.

a. Coloque os recipientes de amostras sobre o papel-toalha limpo no banheiro do paciente. Siga o procedimento para a coleta de amostras de excreções corporais.
b. Transfira as amostras para o recipiente sem sujar o exterior do recipiente. Coloque o recipiente em um saco plástico e a etiqueta no lado de fora do saco ou seguindo a política do serviço. Etiquete a amostra na frente do paciente (TJC, 2016).
c. Higienize as mãos e recoloque as luvas se forem necessários procedimentos adicionais.
d. Verifique a etiqueta na amostra para precisão (rótulos de advertência são usados frequentemente, dependendo da política da agência). Envie para o laboratório. Etiquete o recipiente com uma etiqueta de risco biológico (ver ilustração).

PASSO 13D Coloque o recipiente da amostra no saco de risco biológico.

14. Descarte as roupas de cama e sacos de lixo assim que eles estiverem cheios.
    a. Use sacos fortes, descartáveis e resistentes à umidade para conter os artigos sujos. Use saco duplo se o exterior do saco estiver contaminado.
    b. Amarre os sacos de forma segura na parte superior com um nó (ver ilustração).

PASSO 14B Amarre o saco de lixo seguramente.

15. Remova todo o equipamento reutilizável. Limpe quaisquer superfícies contaminadas (ver o serviço de saúde ou a política do serviço).
16. Reabasteça o quarto conforme necessário. Tenha um membro

da equipe fora do quarto de isolamento entregando-lhe novos suprimentos.

17. Explique ao paciente quando você pretende voltar ao quarto. Pergunte se o paciente precisa de quaisquer itens de cuidados pessoais, livros ou revistas.
18. Deixe o quarto de isolamento. A ordem para a remoção dos EPI depende do que for necessário para o tipo de isolamento. A sequência indicada baseia-se no EPI total que está sendo necessário.
    a. Remova as luvas. Remova uma luva puxando pelo punho e puxe-a para dentro e para fora da mão. Com a mão sem luva, dobre os dedos dentro do punho da luva remanescente e puxe-a para fora, de dentro para fora (ver ilustração).

PASSO 18A Remova as luvas.

    b. Remova os óculos/viseira facial ou protetores.

c. Desamarre as fitas da cintura e do pescoço do capote. Permita que o capote caia sobre os ombros. Remova as mãos das mangas sem tocar o lado de fora do capote. Segure o capote por dentro na costura dos ombros e dobre-o de dentro para fora. Descarte no saco de lavanderia se for de tecido, ou no lixo se o capote for descartável.

d. Remova a máscara: Se a máscara faz uma alça sobre suas orelhas, remova-a das orelhas e afaste do rosto. Para uma máscara de laço, desamarre as cordas *superiores* da máscara; segure as cordas; desamarre as cordas inferiores, puxe a máscara do rosto e solte-a em um recipiente para lixo. Não toque na superfície externa da máscara (ver ilustrações).

e. Higienize as mãos.

f. Deixe o quarto e feche a porta se necessário. (Certifique-se de que a porta está fechada, se o paciente está em precauções respiratórias.)

g. Descarte todos os suprimentos e equipamentos contaminados de forma que impeça a propagação de microrganismos para outras pessoas (ver o serviço de saúde ou a política do serviço).

PASSO 18D **A,** Desamarre as cordas superiores da

máscara. **B,** Deixe cair a máscara no lixo.

Equipamento de Proteção Individual

O EPI, roupa ou equipamento especializado (p. ex., capotes, máscaras ou respiradores, óculos de proteção e luvas) que você usa para a proteção contra a exposição a materiais infecciosos, deve estar prontamente disponível na área de cuidados do paciente (CDC, 2007). Você escolhe o equipamento a utilizar dependendo da tarefa a ser realizada.

Capote

A principal razão para vestir o capote é evitar sujar a roupa durante o contato com um paciente. Os jalecos ou capotes protegem os profissionais de saúde e visitantes de entrarem em contato com material infectado e sangue ou excreções corporais. Os capotes são muitas vezes necessários, dependendo da quantidade esperada de exposição a material infeccioso. Os capotes utilizados para a barreira de proteção são feitos de um material resistente a líquidos. Mudar de capote imediatamente se danificado ou fortemente contaminado.

Os capotes de isolamento geralmente são abertos na parte de trás e têm laços ou fechos no pescoço e na cintura para mantê-lo fechado e seguro. Os capotes precisam ser longos o suficiente para cobrir toda a roupa externamente. As mangas compridas com punhos apertados fornecem uma proteção adicional. Nenhuma técnica especial é necessária para vestir o capote limpo enquanto eles estiverem firmemente seguros. No entanto, remova cuidadosamente os capotes para minimizar a contaminação das mãos e uniforme e descartá-los após a remoção.

Máscaras

As máscaras fornecem proteção respiratória. Use a proteção facial completa (com os olhos, nariz e boca cobertos) quando se antecipa salpicos ou pulverização de sangue ou secreção corporal para o rosto. Também use máscaras quando se trabalha com um paciente colocado

sob as precauções ambientais ou de gotículas. Se um paciente está sob as precauções ambientais para TB, utilizar uma máscara estilo respirador aprovada pela OSHA. A máscara protege você de inalar microrganismos e gotículas com núcleos de pequenas partículas que permanecem suspensas no ar a partir do trato respiratório de um paciente. A máscara cirúrgica protege um portador de inalar grandes aerossóis com partículas que viajam a curtas distâncias (0,9144 metro). Ao cuidar de pacientes sob precauções de gotículas ou ambientais, use uma máscara (cirúrgica ou respirador) quando entrar na sala de isolamento.

Muitas vezes um paciente que é susceptível à infecção usa uma máscara para evitar a inalação de agentes patogênicos. Os pacientes sob precauções de gotículas ou ambientais que são transportados para fora de seus quartos precisam usar uma máscara cirúrgica para proteger outros pacientes e a equipe. As máscaras previnem a transmissão da infecção por contato direto com membranas mucosas (CDC, 2005a). Uma máscara desencoraja o usuário a tocar os olhos, nariz ou boca (Quadro 29-12).

Quadro 29-12

Diretrizes para o Procedimento

Colocação de um Tipo Cirúrgico de Máscara

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de aplicar uma máscara cirúrgica pode ser delegado quando o auxiliar/técnico de enfermagem é treinado em procedimentos estéreis necessários. A enfermeira informa o membro da equipe de enfermagem sobre como:

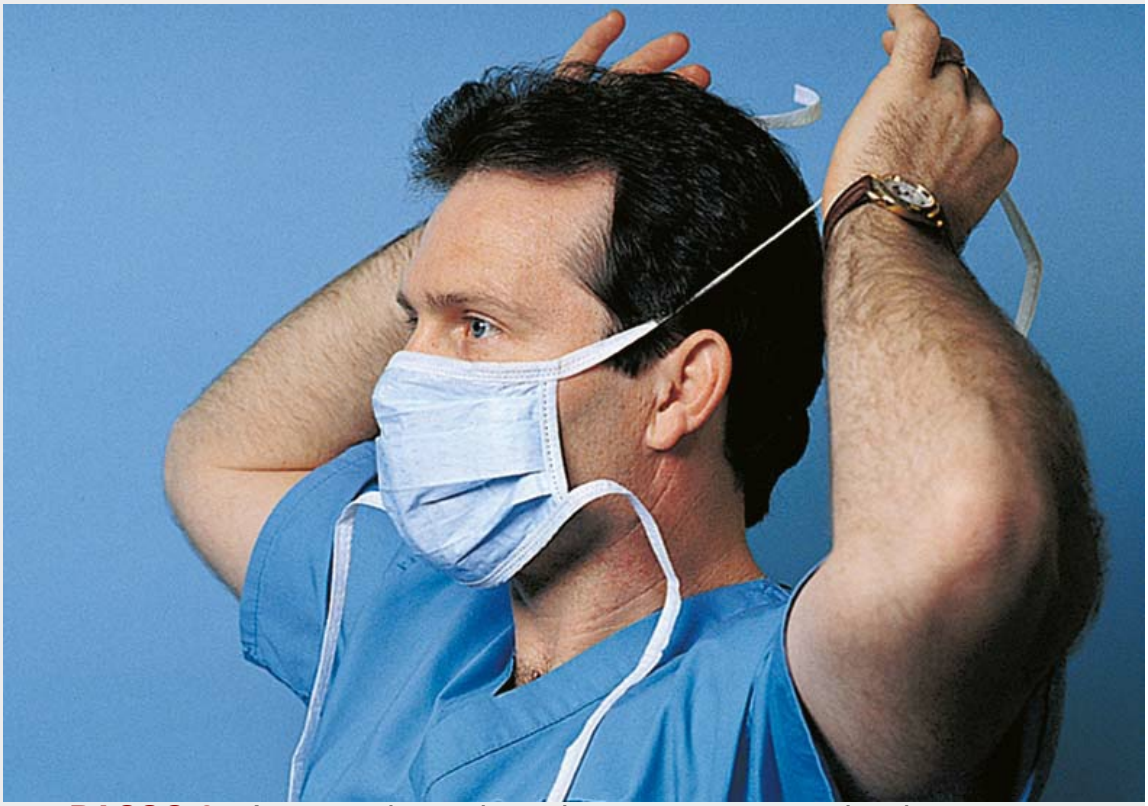
- Colocar a máscara seguindo os passos apropriados.
- Trocar a máscara se esta se torna úmida ou contaminada.
- Remover a máscara ao sair do quarto do paciente.

Material

Máscara descartável

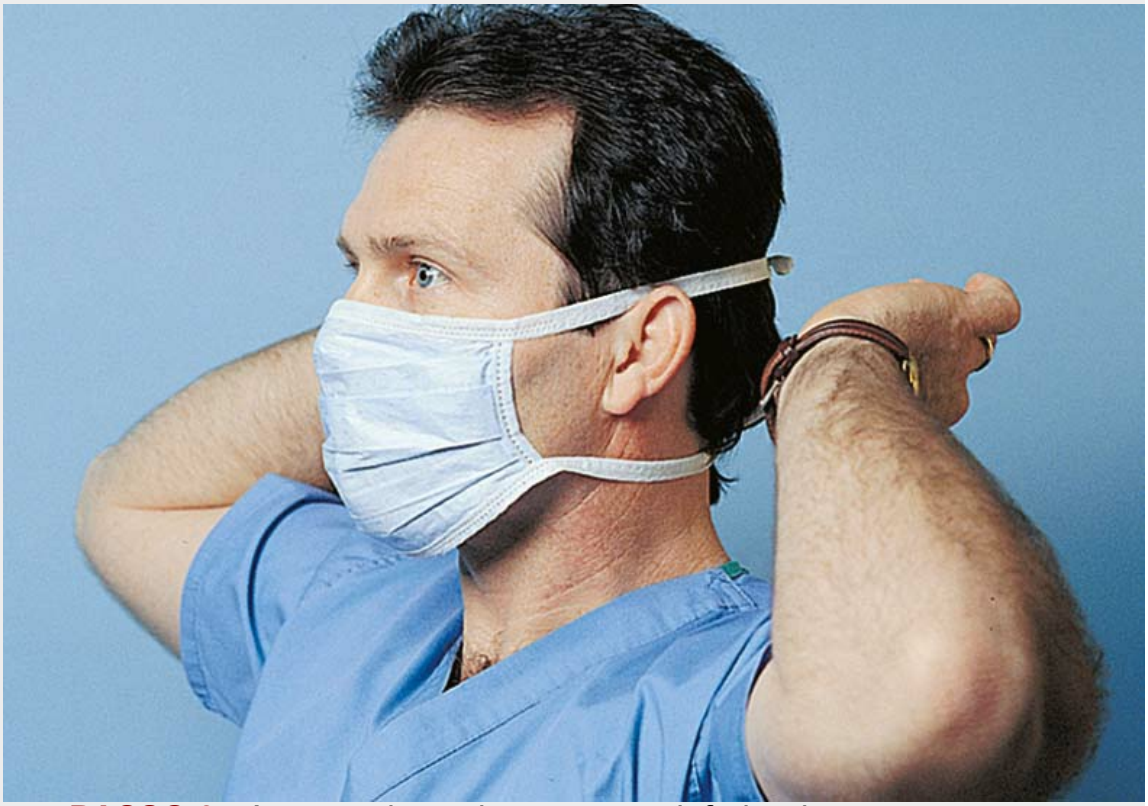
Passos

1. Encontre a borda superior da máscara (algumas têm uma fina tira de metal ao longo da borda). O metal flexível se ajusta confortavelmente sobre a ponta do nariz. Outras oferecem uma adaptação oclusiva que não necessita de ajuste.
2. Pegue a máscara pelas duas tiras ou alças superiores. Amarre as duas tiras na parte superior de trás da cabeça (ver ilustração), com as tiras acima das orelhas. (*Alternativa*: Deslize as alças para trás das orelhas.)



PASSO 2 Amarrando as duas tiras na parte superior de uma máscara com laços.

3. Amarre as duas alças inferiores confortavelmente ao redor do pescoço com a máscara bem posicionada sob o queixo (ver ilustração).



PASSO 3 Amarrando as tiras na parte inferior de uma máscara com laços.

4. Aperte suavemente a tira de metal superior ao redor da ponta do nariz.

NOTA: Troque a máscara se estiver molhada, úmida ou contaminada.

5. Remova a máscara desamarrando as cordas *inferiores* e em seguida as cordas superiores; puxe a máscara do rosto e deixe cair no recipiente de lixo. (Não toque na superfície externa da máscara.)

Uma máscara adequadamente colocada se encaixa confortavelmente sobre a boca e o nariz, assim os agentes patogênicos e excreções corporais não podem entrar ou sair através das laterais. Se uma pessoa usa óculos, a borda superior da máscara se encaixa abaixo dos óculos para que eles não embacem conforme a pessoa expira. Continue falando o mínimo possível enquanto coloca uma máscara para reduzir o fluxo de ar respiratório. Uma máscara que se tornou

úmida não fornece uma barreira contra os microrganismos e é ineficaz. Você precisa descartá-la. Nunca reutilize uma máscara descartável. Alertar os pacientes e familiares de que uma máscara pode causar uma sensação de abafamento. Se os membros da família tornarem-se desconfortáveis, eles devem sair da sala e descartar a máscara.

Os equipamentos de proteção respiratórios especialmente equipados (máscaras respirador N95) são necessários no atendimento aos pacientes sobre as precauções ambientais, tais como pacientes com suspeita ou diagnóstico de TB (Fig. 29-3) (CDC, 2005a). A máscara deve ter uma classificação de filtração maior do que máscaras cirúrgicas regulares e estar equipada confortavelmente para evitar saídas nas laterais. Estar ciente da política da unidade de saúde em relação ao tipo de dispositivo de proteção respiratória necessário. Um modelo com ajuste especial é necessário para estabelecer o tamanho e a capacidade da enfermeira de usar este tipo de máscara (CDC, 2005a).

FIGURA 29-3 Máscara respirador N95 com óculos de proteção. (Cortesia de Kimberly-Clark Health Care, Roswell, Ga.)

Protetor Ocular

Usar quaisquer óculos especiais ou óculos de proteção quando a execução dos procedimentos gera respingo ou jato. Exemplos de tais procedimentos incluem a irrigação de uma grande ferida abdominal ou inserção de um cateter arterial quando a enfermeira auxilia o médico ou outra enfermeira. Uma enfermeira que usa óculos deve usar protetores laterais removíveis, reutilizáveis ou descartáveis sobre

eles (OSHA, 2011b). Os óculos estão disponíveis na forma de óculos de plástico ou óculos de proteção. Os óculos precisam caber confortavelmente em torno do rosto, para excreções não entrarem entre o rosto e os óculos.

Luvas

As luvas ajudam a prevenir a transmissão de patógenos pelo contato direto e indireto. O CDC (2007) observa que você precisa usar luvas de procedimento ao tocar no sangue, excreções corporais, secreções (exceto suor), membranas mucosas úmidas, pele não intacta e itens ou superfícies contaminadas. Mudar de luvas e realizar a higiene das mãos entre as tarefas e os procedimentos no mesmo paciente após o contato com o material que contém uma alta concentração de microrganismos. Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em itens não contaminados e superfícies ambientais, e antes de ir para outro paciente. Higienizar as mãos imediatamente para evitar a transferência de microrganismos a outros pacientes ou ambientes. Por causa de alergia ou sensibilidade a luvas de látex, as instalações oferecem luvas não látex para reduzir a incidência de os profissionais de saúde desenvolverem alergia ou sensibilidade ao látex. A maioria das instalações está trabalhando para se tornar livre de látex para proteger os profissionais de saúde e pacientes.

Quando o EPI completo é necessário, primeiro realizar a higiene das mãos, em seguida, colocar um capote, colocar máscara e óculos de segurança ou óculos de proteção (se necessário) e terminar com a aplicação de luvas. As luvas de procedimento são fáceis de calçar e se encaixam em ambas as mãos. Puxe os punhos da luva ao longo dos pulsos ou nos punhos do capote. Se você notar uma ruptura ou rasgo em uma luva, enquanto presta os cuidados, recomenda-se trocá-las. Se você não pretende ter contato adicional com o paciente, reaplicar as luvas é desnecessário. Higienizar as mãos quando as luvas são removidas.

Oriente os membros da família que visitam os pacientes com as precauções de isolamento como colocar adequadamente as luvas. Demonstrar a colocação de luvas para os membros da família e

explicar a razão para a utilização das mesmas. Enfatizar a importância da realização de higiene das mãos após retirar as luvas.

Coleta de Amostras

Muitos estudos laboratoriais são muitas vezes necessários quando um paciente é suspeito de ter uma doença infecciosa ou contagiosa (Quadro 29-13). Você coleta as excreções corporais e secreções suspeitas de conter organismos infecciosos para testes de cultura e sensibilidade. Depois que um espécime é enviado para um laboratório, o técnico de laboratório identifica os microrganismos que crescem na cultura. Os resultados dos testes adicionais indicam os antibióticos aos quais os organismos são resistentes ou sensíveis. A sensibilidade relatada determina quais antibióticos usados no tratamento serão eficazes e devem ser utilizados para o tratamento.

Quadro 29-13 Técnicas de Coleta de Amostras*

Assegure que todos os recipientes das amostras utilizadas tenham o símbolo de risco biológico na parte externa (Pagana e Pagana, 2014). Siga também a política da instituição na confirmação da rotulagem adequada de todos os recipientes das amostras (ou seja, colocar a etiqueta na frente do paciente).

Amostras de Ferida

Higienize as mãos e coloque luvas de procedimento. Limpe o local com água ou soro fisiológico antes de coletar amostra da ferida com um *swab*. Limpe a partir das bordas exteriores para remover o exsudato antigo (Cap. 48). Remova as luvas, higienize as mãos, coloque as luvas e use um *swab* estéril ou seringa para colher o máximo de drenagem possível. Tenha um tubo de ensaio limpo ou

tubo de cultura sobre toalha de papel limpa. Após esfregar no centro do local da ferida, segure o tubo de coleta com um papel-toalha. Insira com cuidado o *swab* sem tocar o lado externo do tubo. Após segurar pelo topo do tubo, etiquete o recipiente da amostra com o nome do paciente e informações de identificação, em seguida, transfira o tubo para o saco de risco biológico etiquetado para transporte e realize a higiene das mãos.

Amostra de Sangue

(Este procedimento é muitas vezes realizado por um técnico de laboratório.)

Coloque as luvas, limpe o local da punção venosa com um *swab* antisséptico; mova o primeiro *swab* para frente e para trás no plano horizontal, outro *swab* no plano vertical, e o último em um movimento circular para fora do local de 5 cm com uma duração total de 30 segundos. Permita que a área seque. Limpe a parte superior dos frascos de cultura por 15 segundos com solução de limpeza aprovada pela instituição. Use uma seringa com uma agulha de segurança de 20 mL e colete até 10 a 15 mL de sangue por frasco de cultura (confira na unidade de saúde ou política do serviço). Realize a punção venosa em dois locais diferentes para diminuir a probabilidade de ambas as amostras estarem contaminadas com a flora da pele. Coloque os frascos de cultura de sangue sobre uma toalha de papel sobre a mesa de cabeceira ou outra superfície; limpe a parte superior do frasco com cotonete e álcool. Injete uma quantidade adequada de sangue dentro de frasco. Se coletar amostras aeróbias e anaeróbias, injetar o sangue dentro do frasco aeróbio (primeiro) e do frasco anaeróbio (segundo). Transfira as amostras etiquetadas para uma bolsa de risco biológico limpa e identificada para o transporte. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.

Amostra de Fezes

Coloque as luvas, use um copo limpo com lacre superior (não é necessário ser estéril) e uma espátula para coletar uma pequena

quantidade, cerca de 2 a 3 cm de fezes. Coloque o copo sobre um papel-toalha limpo no banheiro do paciente. Usando uma espátula, colete a quantidade necessária de fezes da comadre do paciente. Transfira as fezes para o copo, sem tocar na superfície exterior do copo. Descarte a espátula e coloque o lacre no copo. Transfira a amostra etiquetada para dentro de uma bolsa de risco biológico limpa e identificada para o transporte. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.

Amostra de Urina

Coloque luvas, limpe a porta sem agulha no cateter urinário e, usando uma seringa com agulha de segurança, recolha 1 a 5 mL de urina. Encha o tubo de amostra estéril e coloque sobre a toalha limpa no banheiro do paciente. Instrua o paciente a seguir o procedimento para obter uma amostra anulada limpa (Cap. 46) se não estiver cateterizado. Segure o recipiente de transferência pela parte superior, etiquete o recipiente na frente do paciente e coloque em uma bolsa de risco biológico com etiqueta afixada. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.

---

* As políticas das unidades ou serviços de saúde podem diferir quanto ao tipo de recipientes e quantidade de material amostrado necessário.

Obter todas as amostras para cultura usando luvas de procedimento e equipamento estéril. A coleta de material fresco, tais como a drenagem de feridas a partir do local da infecção, assegura que os microrganismos vizinhos não contaminem uma amostra. Vede todos os recipientes das amostras firmemente para evitar vazamento e contaminação da parte exterior do recipiente.

Ensacamento de Lixo ou Tecido

O ensacamento de itens contaminados evita a exposição acidental da equipe e a contaminação do ambiente circundante. O ensacamento duplo não é recomendado. Estudos demonstram que este

procedimento não é necessário para prevenir e controlar a infecção (CDC, 2007). A utilização de um saco de tecido único, intacto, de tamanho padrão que não esteja sobrecarregado e atado com segurança é adequado para prevenir a transmissão da infecção. Verifique o código da cor do saco que a unidade usa para embalar esses itens.

Transporte de Pacientes

Antes de transferir os pacientes para as cadeiras de rodas ou macas, dar-lhes capotes limpos para servir como vestes. Os pacientes infectados com organismos transmitidos por via aérea normalmente saem de seus quartos apenas para fins essenciais, tais como procedimentos de diagnóstico ou cirurgia. Quando um paciente tem uma infecção transportada pelo ar, ele deve usar uma máscara ao sair do quarto. Notificar a equipe em áreas de diagnóstico ou processamento ou da sala de cirurgia do tipo de precauções de isolamento que o paciente requer. Alguns pacientes que estão sendo transportados drenam excreções corporais em uma maca ou cadeira de rodas. Usar uma camada extra de folhas para cobrir a maca ou assento da cadeira de rodas. Certifique-se de limpar o equipamento com um germicida aprovado após o uso pelo paciente e antes de outro paciente utilizar o equipamento compartilhado.

Papel do Profissional de Controle das Infecções

Um profissional de controle de infecção é um recurso valioso para ajudar as enfermeiras a controlar as IACS. Esses profissionais são especialmente treinados na prevenção e controle de infecções. Eles são responsáveis por aconselhar a equipe de saúde em relação à prevenção de infecção e práticas de controle e monitoramento da infecção dentro do hospital. As responsabilidades de um profissional de controle de infecção geralmente incluem:

- Identificar e recomendar a adoção de práticas baseadas em evidências para a prevenção das IACS.
- Fornecer equipe e educação do paciente na prevenção e controle de infecção.
- Desenvolver e revisar as políticas e procedimentos de prevenção e

controle de infecção.
- Recomendar procedimentos de isolamento adequados para pacientes específicos.
- Triagem de registros de pacientes para infecções adquiridas na comunidade que são reportáveis para o departamento de saúde pública.
- Consultar com os departamentos de saúde dos funcionários sobre as recomendações para prevenir e controlar a propagação de infecção entre a equipe, tais como testes de TB.
- Coletar dados estatísticos sobre a **epidemiologia** (causa e efeito) das IACS.
- Notificar o departamento de saúde pública da incidência de doenças transmissíveis no interior da unidade.
- Consultar com todos os departamentos do hospital para investigar eventos incomuns ou aglomerados de infecção.
- Vigilância dos organismos resistentes aos antibióticos na instituição.

Prevenção de Infecção e Controle para a Equipe do Hospital

Os profissionais de saúde estão continuamente em risco de exposição a microrganismos infecciosos. Inúmeros esforços têm sido feitos pelas instituições de saúde para melhorar o cumprimento dos cuidados de saúde fornecidos com a higiene das mãos, incluindo aumento do acesso a sanitizantes à base de álcool automáticos, lembretes afixados e monitorização do sensor de uso do desinfetante (Quadro 29-14). A Organização Mundial de Saúde lançou recentemente uma nova iniciativa para melhorar o cumprimento dos profissionais de saúde em relação à higiene das mãos. Os Cinco Momentos da OMS para Higienização das Mãos surgiu das Diretrizes da OMS sobre Higienização das Mãos nos Cuidados de Saúde para adicionar valor para qualquer estratégia de melhoria da higiene das mãos. (WHO, 2015). Os Cinco Momentos definem os momentos-chave para a higiene das mãos, superando a linguagem enganosa e descrições

complicadas.

Quadro 29-14

Prática Baseada em Evidências

Adesão do Profissional de Saúde à Higiene das Mãos

Questão PICO: O uso de pacotes de intervenções baseadas em evidências comparadas com a prática corrente melhora a conformidade do profissional de saúde na realização de higiene das mãos?

Resumo das Evidências

Tem havido numerosos estudos que examinam o uso de pacotes de intervenções para melhorar a higiene das mãos (HM), incluindo combinações de intervenções, como a educação da equipe, lembretes (p. ex., cartazes, comandos de voz eletrônica), feedback de desempenho, apoio administrativo e acesso a higienização das mãos com gel de álcool (p. ex., dispensadores de parede, frascos de bolso, ou ambos) (Schweizer et al., 2014). A maioria dos estudos tem sido realizada em unidades de cuidados intensivos ou unidades de cuidados agudos, no entanto outros locais de estudo incluíram unidades de cuidados de longo prazo e ambulatórios. As evidências para o uso de pacotes de intervenções para melhorar a adesão a HM é promissor, mas estudos de maior qualidade são necessários para validar esses resultados e examinar questões como quais intervenções específicas devem ser incluídas em um pacote (Schweizer et al., 2014). Uma revisão sistemática de estudos de Luangasanatip et al. (2015) sugere que os 5 momentos OMS para a Higiene das Mãos sejam eficazes e que o cumprimento pode ser melhorado através da adição de intervenções, incluindo a fixação de metas, incentivos de recompensa e prestação de contas. Em uma série de estudos analisados, as melhorias na higiene das mãos

foram associadas a reduções em pelo menos uma medida de infecções hospitalares e/ou taxas de resistência (Luangasanatip et al., 2015).

Aplicação para as Práticas em Enfermagem

- Siga os 5 momentos da OMS:

  Antes do Contato com o Paciente

  QUANDO? Lave as mãos antes de tocar em um paciente quando se aproxima dele.

  POR QUÊ? Para proteger o paciente contra germes nocivos transportados em suas mãos.

  Antes de uma Tarefa Asséptica

  QUANDO? Lave as mãos imediatamente antes de qualquer tarefa asséptica.

  POR QUÊ? Para proteger o paciente contra germes nocivos, incluindo os próprios germes do paciente, que entram em seu corpo.

  Após Risco de Exposição à Excreção Corporal

  QUANDO? Lave as mãos imediatamente após um risco de exposição a excreções corporais (e após a remoção das luvas).

  POR QUÊ? Para proteger a si e ao ambiente dos cuidados de saúde dos germes nocivos do paciente.

  Após Contato com o Paciente

  QUANDO? Lave as mãos depois de tocar um paciente e suas imediações quando sair.

  POR QUÊ? Para proteger a si e ao ambiente de cuidados de saúde dos germes nocivos do paciente.

  Após Contato com o Ambiente do Paciente

  QUANDO? Lave as mãos ao sair depois de tocar em qualquer objeto ou móveis nas imediações do paciente, mesmo sem tocar no paciente.

  POR QUÊ? Para proteger a si e ao ambiente dos cuidados de saúde de germes nocivos do paciente.

- Adicionar intervenções complementares, incluindo fixação de metas, incentivos de recompensa e responsabilidade para com a

estratégia dos 5 Momentos da OMS leva a melhorias adicionais em conformidade com a higiene da mão.

Educação do Paciente

Muitas vezes, os pacientes precisam aprender a usar práticas de prevenção e controle de infecção em casa (Quadro 29-15). Técnicas preventivas tornam-se quase uma segunda natureza para a enfermeira que as praticam diariamente. No entanto, os pacientes estão menos conscientes dos fatores que promovem a disseminação da infecção ou formas de prevenir a sua transmissão. O ambiente doméstico pode nem sempre se prestar a prevenção e controle de infecção. Muitas vezes você ajuda um paciente a se adaptar de acordo com os recursos disponíveis para manter as técnicas de higiene. Geralmente os pacientes em um ambiente de cuidados domiciliares tem uma diminuição do risco de infecção devido à diminuição da exposição a organismos resistentes tais como aqueles encontrados em uma unidade de saúde e menor número de procedimentos invasivos. No entanto, é importante educar os pacientes e seus cuidadores familiares sobre as técnicas de controle e prevenção de infecção.

Quadro 29-15

Educação em saúde do paciente

Prevenção e Controle de Infecções

Objetivo

- O paciente e/ou cuidador usará a prevenção de infecções adequadas e práticas de controle ao realizar uma troca de curativo limpo.

Estratégias de Ensino

- Demonstre a higiene adequada das mãos, explique do que o paciente e/ou cuidador precisa para realizá-la antes e depois de

todos os tratamentos e quando entrar em contato com excreções corporais infectadas.

- Oriente o paciente e/ou cuidador sobre os sinais e sintomas de infecção da ferida e quando notificar o profissional saúde.
- Oriente o paciente e/ou cuidador a colocar as roupas contaminadas e outros itens descartáveis que contenham excreções corporais infectadas em plástico impermeável ou sacos de papel marrom. Coloque as agulhas em recipientes de metal ou plástico duro, tais como latas de café ou garrafas de detergente e lacre as aberturas com fitas. *Alguns estados têm exigências específicas para o descarte de agulhas. Verifique os regulamentos locais.*
- Oriente o paciente e/ou cuidador a separar a roupa de cama suja com drenagem de feridas para outra lavanderia. Lave com água morna e detergente. Não existem recomendações especiais para definir a temperatura do secador (CDC, 2007).

Avaliação

- Peça ao paciente ou cuidador para descrever as técnicas utilizadas para reduzir a transmissão de infecção.
- Faça o paciente ou cuidador demonstrar técnicas de higienização das mãos e troca de curativos.
- Peça ao paciente ou cuidador para descrever sinais de uma ferida infeccionada.
- Pergunte ao paciente ou cuidador quando notificar o profissional de saúde se os sinais e sintomas de infecção estão presentes.

Assepsia Cirúrgica

A **assepsia cirúrgica** ou uma técnica estéril evita a contaminação de uma ferida aberta, serve para isolar uma área operatória a partir do ambiente não estéril e mantém um ambiente estéril para cirurgia. A assepsia cirúrgica inclui procedimentos utilizados para eliminar todos os microrganismos, incluindo patógenos e esporos a partir de um objeto ou área (Rutala e Weber, 2014). Na assepsia cirúrgica uma área

ou objeto é considerado contaminado se tocado por qualquer objeto que não seja estéril. Ele exige o mais alto nível de técnica asséptica e requer que todas as áreas sejam mantidas livres dos microrganismos infecciosos.

Use assepsia cirúrgica nas seguintes situações:

- Durante os procedimentos que requerem a perfuração intencional da pele do paciente, tais como inserção de cateter venoso periférico ou uma linha intravenosa central
- Quando a integridade da pele é rompida, como resultado de um trauma, incisão cirúrgica ou queimaduras
- Durante os procedimentos que envolvem intervenções invasivas tais como a inserção de um cateter urinário ou instrumentos cirúrgicos estéreis nas cavidades corporais, tais como inserção de um dreno em uma ferida

Embora a assepsia cirúrgica seja comum na sala de cirurgia, na sala de trabalho de parto e parto, e as principais áreas de diagnóstico, você também usa técnicas de assepsia cirúrgica ao lado da cama do paciente (p. ex., ao inserir cateteres IV ou urinários, aspiração brônquica das vias aéreas e trocas de curativos estéreis). Uma enfermeira de uma sala de cirurgia segue uma série de etapas para manter a técnica estéril, incluindo a aplicação de máscara, óculos de proteção e gorro; realizar a escovação das mãos para cirurgia; e colocar um capote e luvas estéreis. Em contraste, uma enfermeira realizando uma troca de curativo na cabeceira de um paciente só executa a higiene das mãos e coloca luvas. Para determinados procedimentos (p. ex., trocar um curativo na linha central) a enfermeira também usa uma máscara e capote (ver política do serviço). Independentemente dos procedimentos seguidos ou da definição, a enfermeira sempre reconhece a importância da adesão estrita aos princípios de assepsia (Iwamoto e Post, 2014).

Preparação do Paciente para um Procedimento Estéril

Devido à assepsia cirúrgica requerer técnicas exatas, você precisa ter a plena cooperação do paciente. Portanto, avalie a compreensão de um paciente em relação ao procedimento estéril e explique as razões para

não se mover ou interferir no processo. Certos pacientes temem mover ou tocar objetos durante um procedimento estéril, enquanto outros tentam ajudar. Explique como você vai realizar um procedimento e o que o paciente pode fazer para evitar a contaminação dos itens estéreis, incluindo o seguinte:

- Evitar movimentos bruscos de partes do corpo cobertas por campos estéreis.
- Evitar tocar suprimentos estéreis, cortinas ou luvas e capotes da enfermeira.
- Evitar tossir, espirrar ou falar sobre uma área estéril.

Certos procedimentos estéreis duram um tempo prolongado. Avaliar as necessidades do paciente e antecipar os fatores que podem interromper um procedimento. Se um paciente está com dor, administrar analgésicos prescritos cerca de meia hora antes de começar um procedimento estéril. Perguntar a um paciente se ele precisa usar o banheiro ou uma comadre. Muitas vezes os pacientes têm que assumir posições relativamente desconfortáveis durante os procedimentos de esterilização. Ajudar o paciente a assumir a posição mais confortável possível. Finalmente a condição do paciente, por vezes, resulta em ações ou eventos que contaminam um campo estéril. Por exemplo, um paciente com uma infecção respiratória transmite organismos por tosse ou fala. Antecipar tal problema e colocar uma máscara cirúrgica sobre ele antes do início do procedimento.

Princípios de Assepsia Cirúrgica

A execução de procedimentos assépticos estéreis requer uma área de trabalho na qual os objetos possam ser manuseados com o mínimo risco de contaminação. Um campo estéril proporciona uma superfície estéril para a colocação de material esterilizado. É uma área considerada livre de microrganismos e é composta por um kit estéril ou bandeja, uma superfície de trabalho coberta com uma toalha ou campo estéril ou uma mesa coberta com uma grande cortina estéril (Murphy, 2014). Ao iniciar um procedimento cirúrgico asséptico, as enfermeiras seguem certos princípios para garantir a manutenção da assepsia. A falha em seguir esses princípios coloca os doentes em risco

de infecção. Os seguintes princípios são importantes:

1. *Um objeto estéril permanece estéril somente quando tocado por outro objeto estéril.* Este princípio orienta uma enfermeira na organização de objetos estéreis e como lidar com eles.
    a. Estéril tocando estéril permanece estéril (p. ex., usar luvas estéreis ou pinças estéreis para manipular objetos em um campo estéril).
    b. Estéril tocando limpo torna-se contaminado (p. ex., se a ponta de uma seringa estéril ou outro objeto toca a superfície de uma luva de procedimento descartável, o objeto torna-se contaminado).
    c. Estéril tocando contaminado torna-se contaminado (p. ex., quando uma enfermeira toca um objeto estéril com uma mão sem luva, o objeto torna-se contaminado).
    d. Estado estéril é duvidoso (p. ex., quando você encontra uma gota ou ruptura na cobertura de um objeto estéril). Descartá-lo, independentemente de o objeto em si parecer intocado.
2. *Apenas os objetos estéreis podem ser colocados em um campo estéril.* Todos os itens são devidamente esterilizados antes do uso. Objetos estéreis são mantidos em áreas de armazenamento limpas e secas. A embalagem ou recipiente que contêm um objeto estéril devem estar intactos e secos. Uma embalagem que estiver rasgada, perfurada, molhada ou aberta é considerada não esterilizada.
3. *Um objeto ou campo estéril fora do campo de visão ou um objeto mantido abaixo da cintura de uma pessoa está contaminado.* As enfermeiras nunca viram as costas para um campo ou o tabuleiro estéril ou deixa-o sozinho. A contaminação pode ocorrer acidentalmente por uma peça de roupa pendurada, ou um paciente sem saber pode tocar um objeto estéril. Qualquer objeto mantido abaixo do nível da cintura é considerado contaminado porque ele não pode ser visto em todos os momentos. Mantenha os objetos estéreis em frente com as mãos tão próximas quanto possível.

4. *Um objeto ou campo estéril torna-se contaminado por exposição prolongada ao ar.* Evite atividades que criam correntes de ar, como movimentos excessivos ou reorganizar roupa depois que um objeto ou campo estéril ficar exposto. Ao abrir as embalagens estéreis, é importante minimizar o número de pessoas andando em uma área. Os microrganismos também viajam por gotículas através do ar. Não falar, rir, espirrar, ou tossir sobre um campo estéril ou na coleta e utilização de equipamentos esterilizados. Ao abrir as embalagens estéreis, segure o item ou peça de equipamento o mais próximo possível para o campo estéril sem tocar a superfície estéril.
5. *Quando uma superfície estéril entra em contato com uma superfície úmida, contaminada, o objeto ou campo estéril fica contaminado por ação capilar.* Se houver vazamento de umidade através da cobertura protetora de um pacote estéril, os microrganismos são transportados para o objeto estéril. Quando os pacotes estéreis armazenados ficam molhados, descartá-los imediatamente ou enviar o equipamento para uma nova esterilização. Ao trabalhar com um campo ou uma bandeja estéril, você pode ter que derramar soluções estéreis. Qualquer derrame é uma fonte de contaminação a menos sobre uma superfície estéril em que a umidade não pode penetrar. As bandejas de cateterismo urinário contêm fontes estéreis que repousam em um recipiente estéril, de plástico. Em contraste, se você colocar um pedaço de gaze estéril na embalagem, na mesa de cabeceira de um paciente e a superfície da mesa estiver molhada, a gaze é considerada contaminada.
6. *O líquido flui na direção da força de gravidade.* Um objeto estéril fica contaminado se a gravidade faz com que um líquido contaminado flua através da superfície do objeto. Para evitar a contaminação durante uma esfoliação cirúrgica das mãos, mantenha suas mãos acima de seus cotovelos. Isso permite que a água flua para baixo, sem contaminar suas mãos e dedos. O princípio do fluxo de água pela força da gravidade também é a razão para a secagem na direção dos dedos para cotovelos, com

as mãos levantadas, após a escovação.

7. *As arestas de um campo ou recipiente estéril são consideradas contaminadas.* Frequentemente você coloca objetos estéreis em uma toalha, cortina ou na bandeja estéril (Fig. 29-4). Uma vez que a extremidade da cortina toca uma superfície não estéril tal como toalhas de mesa ou cama, uma borda de 2,5 cm em torno da cortina é considerada contaminada. Objetos sobre o campo estéril precisam estar dentro desta fronteira. As extremidades dos recipientes estéreis ficam expostas ao ar depois de serem abertas e, consequentemente, são contaminadas. Depois de remover a agulha estéril de sua capa protetora ou fórceps de um recipiente os objetos não devem tocar a borda do recipiente.

FIGURA 29-4 Colocar o material esterilizado sobre o campo estéril.

Realização de Procedimentos Estéreis

Montar todos os equipamentos que serão necessários antes de um

procedimento. Ter alguns suprimentos extras disponíveis no caso de objetos serem acidentalmente contaminados. Não deixar uma área estéril. Antes de um procedimento estéril, explicar cada passo para que o paciente possa cooperar plenamente. Se um objeto torna-se contaminado durante o procedimento, não hesite em descartá-lo imediatamente.

Colocação e Retirada de Gorros, Máscaras e Óculos

Usar uma máscara cirúrgica e óculos fora um gorro para quaisquer procedimentos de esterilização em uma unidade de enfermagem geral. Os óculos são usados como parte das precauções-padrão se houver um risco de secreção ou goticulas de sangue em seus olhos. Para procedimentos cirúrgicos estéreis, você primeiro coloca um gorro limpo que cubra todo o seu cabelo e, em seguida, a máscara cirúrgica e os óculos. A máscara deve caber confortavelmente em torno do rosto e nariz. Depois de usar uma máscara durante várias horas, a área sobre a boca e o nariz muitas vezes torna-se úmida. Devido à umidade promover o crescimento de microrganismos, trocar a máscara se a mesma se tornar úmida.

Os óculos de proteção cabem confortavelmente em torno da testa e no rosto para proteger totalmente os olhos. Usar óculos apenas para os procedimentos que criam o risco de excreções corporais salpicarem nos olhos. Remover os EPI na seguinte ordem: luvas, viseira ou óculos de proteção, capote e máscara ou respirador (CDC, 2005b). Depois de remover todos os EPI, realizar a higiene das mãos.

Abertura de Pacotes Estéreis

Os itens estéreis, tais como seringas, gaze para curativo ou cateteres são embalados em recipientes de papel ou de plástico e são impermeáveis a microrganismos, desde que eles estejam secos e intactos. Algumas instituições embrulham os suprimentos reutilizáveis (p. ex., instrumentos do centro cirúrgico) em um papel de dupla espessura, linho ou musselina. Estes pacotes são permeáveis ao vapor e, assim, permitem a autoclavagem a vapor. Itens estéreis são mantidos em armários limpos, fechados e separados dos

equipamentos sujos.

Os suprimentos estéreis têm fitas químicas que indicam que um processo de esterilização ocorreu. As fitas mudam de cor durante o processo. A falha das fitas na mudança da cor significa que o item não está estéril. As instalações de cuidados de saúde seguem os princípios da esterilidade relacionada com o evento, um conceito em que os itens são considerados estéreis se a embalagem não está comprometida (Jefferson e Young, 2014). Nunca use um produto estéril se a embalagem estiver aberta ou suja ou mostrar evidências de que o pacote tenha sido molhado. Antes de abrir um item estéril, realizar a higiene das mãos. Inspecionar os suprimentos em relação à integridade da embalagem e esterilidade e montar os suprimentos na área de trabalho, tais como a mesa de cabeceira ou sala de tratamento antes da abertura dos pacotes. A mesa de cabeceira ou bancada fornece uma grande área de trabalho limpa para abrir os itens. Mantenha a área de trabalho acima do nível da cintura. Não abra suprimentos estéreis em um espaço confinado, onde pode ocorrer contaminação.

Abertura de um Objeto Estéril sobre uma Superfície Plana

Você deve abrir os pacotes estéreis sem contaminar o conteúdo. Os itens embalados comercialmente geralmente são projetados para que você só tenha que arrancar ou separar o papel ou a tampa de plástico. Segure o item em uma mão enquanto puxa o invólucro com a outra (Fig. 29-5). Tome cuidado para manter o conteúdo interno estéril antes do uso. Você pode usar um invólucro estéril ou um kit comercial ou um papel estéril ou invólucro de tecido de um pacote feito na instituição para criar um campo estéril sobre o qual trabalhar. Utilizar a superfície do interior da embalagem (exceto para os 2,5 cm de fronteira em torno das bordas) como um campo estéril para acrescentar itens estéreis. Você pode alcançar a fronteira de 2,5 cm para mexer no campo sobre a superfície da mesa (ver Procedimento 29-2 mais adiante).

FIGURA 29-5 A enfermeira abre a embalagem estéril sobre área de trabalho acima do nível da cintura.

Abertura de um Item Estéril Enquanto o Segura

Para abrir um pequeno item estéril, segure o pacote em sua mão não dominante enquanto abre a aba superior e puxe-a para longe de você. Usando a mão dominante, abra cuidadosamente os lados da aba mais interior para longe do produto estéril fechado na mesma ordem mencionada anteriormente. Você abre o item em uma mão, assim você pode passá-lo para uma pessoa calçando luvas estéreis ou transferi-lo para um campo estéril.

Preparação de um Campo Estéril

Ao executar os procedimentos estéreis, você precisa de uma área de trabalho estéril que forneça espaço para movimentação e colocação dos itens estéreis. Um **campo estéril** é uma área livre de microrganismos e preparada para receber itens estéreis. Você prepara o campo usando a superfície interior de um invólucro estéril como a superfície de trabalho ou por meio de um campo estéril ou cobrindo uma bandeja. Depois de criar a superfície para o campo estéril, adicionar os itens estéreis, colocando-os diretamente no campo ou transferindo-os com uma pinça estéril (ver Procedimento 29-2).

Descartar um objeto que entra em contato com a borda de 2,5 centímetros.

Às vezes você vai usar luvas estéreis durante a preparação dos itens em um campo estéril. Se você fizer isso, você pode tocar todo o campo, mas os itens estéreis devem ser entregues para um assistente. As luvas não podem tocar os invólucros dos itens estéreis.

Transferência de Soluções Estéreis

Muitas vezes você tem que transferir soluções estéreis em recipientes estéreis. Um frasco contendo uma solução estéril é esterilizado no interior e contaminado do lado de fora; o gargalo da garrafa ainda está contaminado, mas o interior da tampa da garrafa é considerado estéril. Depois de remover a capa ou tampa, você segura com a sua mão ou coloca seu lado estéril (para dentro) em uma superfície limpa. Isto significa que você é capaz de ver o interior da tampa quando esta descansa sobre a superfície da mesa. Nunca repousar uma proteção de garrafa ou tampa sobre uma superfície estéril, embora o interior da capa seja estéril. A borda externa da capa é não esterilizada e contamina a superfície. Colocar uma proteção estéril para baixo sobre uma superfície não estéril aumenta as possibilidades do seu interior contaminar-se.

Segurar a garrafa com o rótulo na palma da mão para evitar a possibilidade de a solução molhar e de desbotar o rótulo. Antes de transferir a solução dentro do recipiente, derramar uma pequena quantidade (1-2 mL) dentro de uma capa descartável ou um recipiente de resíduos revestido de plástico. A solução descartada limpa o gargalo da garrafa. Manter a borda da garrafa longe da borda ou do interior do recipiente de recepção. Despejar a solução lentamente para evitar salpicos na cortina ou no campo subjacente. Nunca segure a garrafa tão alto acima do recipiente que mesmo derramando devagar faça espirrar. Segurar a garrafa na borda externa do campo estéril.

Degermação Cirúrgica

Os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos têm um risco aumentado de infecção. Enfermeiras que trabalham em salas de

cirurgia executam antissepsia das mãos para cirurgia (ver Procedimentos 29-3 mais adiante) para diminuir e suprimir o crescimento de microrganismos da pele sob a mão enluvada no caso de gotas na luva. Uma degermação das mãos para uma cirurgia deve eliminar a flora transitória e reduzir a flora residente nas mãos. Para a eliminação máxima de bactérias, remova todas as joias e mantenha as unhas limpas e curtas. Não use esmalte descascando na unha, unhas postiças ou artificiais porque elas geralmente têm um maior número de bactérias (AORN, 2014; WHO, 2009). As enfermeiras que têm infecções de pele, lesões abertas ou cortes, ou infecções respiratórias devem ser excluídas da equipe cirúrgica ou substituídas.

Durante a antissepsia das mãos para cirurgia, a enfermeira lava as mãos no sentido da ponta dos dedos para os cotovelos com um sabonete antisséptico antes de cada procedimento cirúrgico. Estudos de investigação variam sobre a duração ideal da degermação das mãos para cirurgia (WHO, 2009). O gluconato de clorexidina foi observado como sendo mais eficaz do que a iodopovidona como um agente de limpeza, embora ambos possam ser encontrados nas instituições de saúde. Assim, o tipo de produto usado para a limpeza vai influenciar no tempo necessário para a antissepsia das mãos (CDC, 2008a; WHO 2009). O tempo de degermação tradicional nos Estados Unidos, tanto para a lavagem inicial e para a subsequente, é de 5 minutos, mas a pesquisa mostrou que a eficácia pode ser adquirida quando as degermações são realizadas por 2, 3 e 6 minutos (OMS, 2009). Siga a recomendação do fabricante de soluções degermantes. Por muitos anos os protocolos de lavagem pré-operatória das mãos exigem que enfermeiros friccionem as mãos com uma escova. No entanto, esta prática danifica a pele. Fricção com uma esponja descartável ou a combinação de escova-esponja reduz as contagens bacterianas nas mãos de forma tão eficaz quanto a fricção com uma escova. Contudo, vários estudos sugerem que nem uma escova ou uma esponja é necessária para reduzir a contagem de bactérias das mãos, especialmente quando se utiliza um produto à base de álcool (CDC, 2008a).

Calçar Luvas Estéreis

As luvas estéreis são uma barreira adicional à transferência bacteriana. Existem dois métodos de enluvamento: aberto e fechado. As enfermeiras que trabalham em unidades gerais de enfermagem usam o enluvamento aberto antes dos procedimentos, tais como trocas de curativos ou inserções de cateteres urinários. O método do enluvamento fechado, que você executa depois de vestir um capote estéril, é praticado em centros cirúrgicos e áreas de tratamento especial (Procedimentos 29-4 e 29-5 mais adiante). Certifique-se de selecionar o tamanho adequado das luvas; a luva não deve esticar com tanta força porque pode rasgar facilmente, mas ela deve estar apertada o suficiente para que você possa pegar objetos facilmente.

Vestir um Capote Estéril

As enfermeiras usam capotes estéreis durante a assistência ao campo estéril na sala de cirurgia, sala de partos e áreas de tratamento especiais. Ela permite que a enfermeira lide com objetos estéreis e também esteja confortável com menor risco de contaminação. O capote estéril atua como uma barreira para diminuir a passagem de microrganismos da superfície da pele para o ar e, assim, evita a contaminação da ferida. As enfermeiras que cuidam de pacientes com grandes feridas abertas ou assiste outros profissionais de saúde durante os principais procedimentos invasivos (p. ex., a inserção de um cateter arterial) também usam capotes estéreis. A enfermeira que circula geralmente não precisa usá-lo.

A enfermeira faz a degermação cirúrgica das mãos, coloca a máscara e gorro cirúrgico e veste capote estéril. Ela pega o capote de uma embalagem esterilizada, ou um assistente entrega o capote para a enfermeira. Apenas certa porção do capote (ou seja, a área da cintura anterior, mas não incluindo a gola e a superfície anterior das mangas) é considerada estéril. A parte traseira do capote, a área sob os braços, a gola, a área abaixo da cintura e a parte inferior das mangas não são estéreis porque a enfermeira não pode manter estas áreas em constante contato visual e garantir a sua esterilidade (ver Procedimento 29-4 mais adiante).

Problemas de Exposição

Os pacientes e profissionais de saúde, incluindo pessoal de governança e equipe de manutenção, estão em risco em relação à aquisição de infecções por picadas de agulha acidentais. No passado, uma agulha perdida repousada na roupa de cama ou descuidadamente jogada em uma lixeira servia como fonte principal de exposição a patógenos. Com a passagem da Lei de Prevenção e Segurança no Descarte de Agulhas (Needlestick Safety and Prevention Act) em 2000 (OSHA, 2012) e a implementação de dispositivos de segurança para agulhas, a taxa de incidência de acidentes com perfurocortantes diminuiu. Todos os resíduos devem ser agora seguros para a agulha ou sem agulha. Após a administração de uma injeção ou a inserção de um cateter IV, coloque o dispositivo de segurança da agulha usada em uma caixa resistente a perfurações (Cap. 32). As caixas de materiais cortantes devem estar no local de utilização; este é um requisito da Administração de Saúde e Segurança Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration (OSHA)).

A HBV e HCV são as infecções mais comumente transmitidas por agulhas contaminadas (Quadro 29-16). Relatar qualquer picada de agulha contaminada imediatamente. Os critérios adicionais para os relatórios de exposição incluem sangue ou outros materiais potencialmente infecciosos (OMPI) em contato direto com uma área aberta da pele, sangue ou OMPI que espirra nos olhos ou na boca de um trabalhador de saúde ou para cima do nariz e cortes com um objeto afiado que é coberto com sangue ou OMPI.

Quadro 29-16 Vacinação contra Hepatite B e Acompanhamento após a Exposição à Hepatite C e ao Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Empregadores da saúde devem disponibilizar a vacina contra a hepatite B e uma série de vacinas a todos os funcionários que

podem ter exposições ocupacionais. Se um funcionário se recusa a tomar a vacina, ele deve assinar um formulário que está declinando. A avaliação e cuidados de acompanhamento está disponível para todos os funcionários que foram expostos.

2. As vacinas contra a hepatite B são disponibilizadas aos empregados no prazo de 10 dias úteis após a contratação - isso significa antes de começar a prestar assistência ao paciente e após receber educação e treinamento sobre a vacina.
3. Um exame de sangue (titulação) é oferecido em algumas instituições de 1 a 2 meses após a conclusão da série de três doses da vacina (verifique na unidade de saúde ou política do serviço).
4. A vacina é oferecida sem qualquer custo para os funcionários. Atualmente, a vacina não necessita de qualquer reforço.
5. Após a exposição nenhum tratamento é necessário se houver registro de uma titulação de sangue positiva. Se nenhum título positivo está registrado, siga as diretrizes do CDC.

Exposição ao Vírus da Hepatite C

1. Se o paciente fonte é positivo para o vírus da hepatite C (VHC), o empregado recebe um teste de base.
2. Em 4 semanas após a exposição do empregado deve ser oferecido um teste de VHC-RNA para determinar se ele contraiu o VHC.
3. Se positivo, o empregado começa o tratamento.
4. Não há um tratamento profilático para o VHC após a exposição.
5. O tratamento precoce para a infecção pode prevenir a infecção crônica.

Exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Se o paciente é positivo para infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), um estudo da carga viral deve ser realizado para determinar a quantidade de vírus presente no sangue.

2. Se a exposição atende aos critérios do CDC para o tratamento profilático (PEP) contra o HIV, ele deve ser iniciado o mais rapidamente possível, de preferência dentro de 24 horas após a exposição (CDC, 2005b).

Todas as avaliações e procedimentos médicos, incluindo a vacina e as séries de vacinação e avaliação após a exposição (profilaxia) são disponibilizados sem nenhum custo para os empregados em situação de risco.

Uma avaliação médica confidencial por escrito estará disponível para os empregados com incidentes de exposição.

CDC, Centros de Controle e Prevenção de Doenças; *RNA*, ácido ribonucleico; *PEP*, profilaxia pós-exposição.

De Occupational Safety and Health Administration: Occupational Safety and Health Act of 2001, 2001, 2005, http://www.cdc.gov.

O acompanhamento para o risco de contrair uma infecção começa com testes no paciente de origem. O acesso ao teste do paciente de origem está citado na lei de testes para cada estado. Alguns estados têm considerado o consentimento, o que significa que o estado concedeu o consentimento do paciente a ser testado. Outros estados exigem o consentimento do paciente para detectar a presença de patógenos. Conhecer as políticas de teste na unidade e no estado em que você pratica. As unidades de saúde e agências de compensação dos trabalhadores exigem que os empregados expostos concluam um relatório das lesões e procurem o tratamento adequado, se necessário. A necessidade de tratamento está ligada aos resultados de uma avaliação de risco e o teste do paciente. Testar o paciente para o HIV, HBV e HCV. Se positivo para HIV ou HCV, o teste para a sífilis pode ser indicado por causa da incidência de coinfecção (CDC, 2005b, 2010a). É necessário que um empregado exposto forneça os resultados dos testes aos pacientes. Esta *não* é uma violação da Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguradora de Saúde, a Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), de 1996. Tanto o CDC quanto a OSHA atestam que esta informação deve ser dada ao

contingente de trabalhador de saúde exposto nos cuidados de saúde que serão testados voluntariamente.

O exame do empregado exposto no momento da exposição não é necessário imediatamente, a menos que exigido pela lei de teste do estado. Se os testes do paciente derem positivo para um patógeno de transmissão sanguínea ou se o paciente de origem é desconhecido, o tratamento profilático é recomendado para o trabalhador.

Exposições também ocorrem envolvendo patógenos não transmissíveis pelo sangue. Doenças transmitidas pelo ar e por gotículas representam um risco não imunológico para a enfermeira. O CDC (2010c) publicou uma lista de imunizações e vacinas recomendadas para os profissionais de saúde, incluindo a vacina contra a hepatite B; testes para TB; vacina anual contra a gripe; sarampo, caxumba, rubéola (MMR); vacina da varicela; e tétano, difteria e coqueluche. O trabalhador de saúde deve rever seu histórico de saúde e oferecer a prevenção adequada. Formulários de declinação são necessários se estas são declinadas (OSHA, 2011b).

◆ Avaliação

Medir o sucesso da prevenção e técnicas de controle de infecção para determinar se atingiram as metas em relação à redução ou prevenção da infecção. Registrar a resposta do paciente aos tratamentos para a prevenção e controle de infecção. Uma descrição clara de quaisquer sinais e sintomas de infecção sistêmica ou local é necessária para dar a todas as enfermeiras uma linha de base para uma avaliação comparativa.

Pela Ótica do Paciente

Os pacientes geralmente esperam estar seguros e protegidos ao receber cuidados de saúde. Um paciente em risco de infecção precisa compreender as medidas necessárias para reduzir ou prevenir o crescimento de microrganismos e sua propagação. Proporcionar aos pacientes e/ou cuidadores familiares a oportunidade de discutir as medidas de prevenção e controle de infecção ou demonstrar os procedimentos como a higiene das mãos revela a sua capacidade de cumprir com o tratamento. Certifique-se de que você entendeu as percepções do paciente de como a infecção se espalha, as suas expectativas para o autocuidado e como isso pode afetá-lo conforme você avalia os resultados da sua instrução. Às vezes os pacientes necessitam de novas informações, ou as informações previamente instruídas precisam de reforço.

Resultados dos Pacientes

Uma comparação entre a resposta de um paciente antes e depois de uma medida de controle de infecção, tais como a ausência de febre ou infecção da ferida, é um exemplo de um resultado esperado para medir o sucesso das intervenções em enfermagem. Observar as feridas durante a troca do curativo para determinar o grau de cicatrização da ferida. Monitorar os pacientes, especialmente aqueles em risco, para sinais e sintomas de infecção. Por exemplo, um paciente que tenha sido submetido a um procedimento cirúrgico está em risco de infecção

no local da cirurgia e outros locais invasivos, tais como o local da punção venosa ou o local da linha central. Além disso, o paciente está em risco de uma infecção do trato respiratório, como resultado da diminuição da mobilidade e uma UTI se um cateter permanente está presente. Observe todos os locais invasivos e cirúrgicos em relação ao inchaço, eritema ou drenagem purulenta. Monitorar os sons da respiração para modificações e observar o caráter do escarro para a mudança na cor ou consistência. Analise os resultados do teste laboratorial para leucócitos. Por exemplo, a leucocitose na urina muitas vezes indica uma UTI. A ausência de sinais ou sintomas de infecção é o resultado esperado da prevenção e controle de infecção.

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é um papel essencial do profissional de enfermagem. Para garantir a segurança do paciente, comunicar-se claramente com os membros da equipe de saúde, avaliar e integrar as prioridades de atendimento e as preferências do paciente e utilizar a melhor evidência na tomada de decisões sobre os cuidados do seu paciente. Ao realizar os procedimentos neste capítulo, lembre-se dos seguintes pontos para garantir a assistência segura, individualizada ao paciente.

- Usar luvas de procedimento quando você antecipar o contato com excreções corporais e da pele não intacta ou membranas mucosas quando existe um risco de drenagem.
- Usar capote, máscara e óculos de proteção quando existe um risco de respingos.
- Manter as superfícies das mesas de cabeceira livres de desordem, limpas e secas, quando ocorrer a realização de procedimentos assépticos.
- Limpar todo o equipamento que é compartilhado entre os pacientes.
- Garantir que os pacientes cubram a boca e o nariz quando tossir ou espirrar, usem lenços para conter as secreções respiratórias e

descartem o lenço em recipiente para resíduos.

Procedimento 29-1 Higiene das mãos

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento da higiene das mãos é realizado por todos os profissionais. Instrua todos os cuidadores a usar a higiene adequada das mãos.

Material

- Escovação das mãos com antisséptico
  - À base de álcool, sem enxágue, emoliente contendo antisséptico
- Lavagem das mãos
  - Pia de fácil alcance com água corrente quente
  - Sabão antimicrobiano ou não antimicrobiano
  - Toalhas de papel ou secador de ar
  - Limpador de unha descartável (opcional)

PASSOS
1. Inspecione a superfície das mãos para lesões ou cortes na pele ou cutículas. Cubra eventuais lesões d com um curativo antes de fornecer os cuidados. Se as lesões são muito grandes para cobrir, você pod impedido de fornecer assistência direta ao paciente (CDC, 2008a).
2. Inspecione as mãos quanto à sujidade visível.
3. Inspecione o estado das unhas. As pontas naturais precisam ser inferiores a 0,6 cm de comprimento e de unhas artificiais, postiças ou polimentos (especialmente polimento rachado). Verificar a política d serviço.
4. Afaste o relógio de pulso e as mangas compridas do uniforme acima dos pulsos. Evite usar anéis.
5. Degermação das mãos com antisséptico
a. Seguindo as instruções do fabricante, aplique uma ampla quantidade de produto na palma de u mão (ver ilustração).
b. Friccione as mãos juntas, cobrindo toda a superfície das mãos e dedos com antisséptico (ver ilus
c. Friccione as mãos juntas por alguns segundos até que o álcool esteja completamente seco. Permi

as mãos sequem antes de usar as luvas.

DECISÃO CLÍNICA: *Se as mãos estiverem secas depois de friccioná-las juntas por 10 a 15 segundos, provav*

PASSO 5A Aplique antisséptico sem enxágue às mãos.

6. Lavagem das mãos com sabão antisséptico

a. Fique na frente da pia, mantendo as mãos e o uniforme distante da sua superfície (se as mãos to pia durante a lavagem das mãos repita o processo).

b. Acione a água. Acione a torneira ou empurre os pedais com o joelho lateralmente ou pressione o pedais com o pé para regular o fluxo e a temperatura (ver ilustração).

c. Evite espirrar água no uniforme.

d. Regule o fluxo de água para que a temperatura fique morna.

e. Molhe as mãos e os pulsos com água corrente. Mantenha as mãos e antebraços mais baixos do q cotovelos durante a lavagem.

f. Aplique 3 a 5 mL de sabão antisséptico e friccione as mãos vigorosamente, ensaboando completa (ver ilustração).

DECISÃO CLÍNICA: *A decisão de usar um sabão não antimicrobiano, sabão antimicrobiano ou antisséptico à do tipo de infecção que o paciente tem (CDC, 2008a).*

g. Lave as mãos, usando espuma abundante e friccione durante pelo menos 15 segundos. Entrelac dedos e esfregue as palmas e o dorso das mãos com movimento circular, pelo menos 5 vezes cad Mantenha as pontas dos dedos para baixo para facilitar a remoção de microrganismos.

h. As áreas sob as unhas estão muitas vezes danificadas. Limpá-las com as unhas da outra mão e s adicional com um pau de laranjeira (opcional).

i. Enxágue as mãos e os pulsos completamente, mantenha as mãos para baixo e os cotovelos para c (ver ilustração).

j. Seque as mãos completamente no sentido dos dedos aos pulsos e antebraços com papel-toalha, t de uso único ou secador de ar quente.

k. Se utilizado, descartar o papel-toalha em um recipiente adequado.

l. Desligue a água com o pedal de pé ou joelho. Para desligar a torneira, use papel-toalha limpa e s evite tocar a torneira com as mãos (ver ilustração).

PASSO 6B Acione a água.

PASSO 6l Enxágue as mãos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Avalie as instalações para lavagem das mãos na casa do paciente, incluindo a disponibilidade de água corren próximas as instalações são para o paciente, e os recursos disponíveis na área.
- Antecipe a necessidade de produtos alternativos para a lavagem das mãos, como escova para mãos à base de
- Oriente o paciente e o cuidador principal nas técnicas apropriadas e nas situações para lavagem das mãos.

Procedimento 29-2 Preparação do campo estéril

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de preparação de um campo estéril não pode ser delegado ao profissional de enfermagem de nível médio (PENM).

Um instrumentador cirúrgico pode preparar um campo estéril como indicado pela política da unidade de saúde.

Material

- Embalagem estéril (comercial ou acondicionamento institucional)
- Cortina estéril para ser usada como um campo estéril
- Luvas estéreis (opcional, verificar a política do serviço)
- Material esterilizado e solução específica para o procedimento
- Mesa ou superfície de bancada na altura da cintura
- Equipamento de proteção individual (EPI) adequado (ver política do serviço)

PASSOS
1. Complete todas as tarefas prioritárias dos cuidados antes de o procedimento começar.
2. Peça aos visitantes para saírem do quarto momentaneamente durante o procedimento.
3. Selecione um ambiente limpo, superfície de trabalho seca acima do nível da cintura.
4. Monte o equipamento necessário e verifique as datas de vencimento ou rótulos e estado da embalage abastecimento em relação à esterilidade do equipamento.
5. Aplique os EPI conforme necessário (consultar a política do serviço).
6. Higienize as mãos.
7. Prepare o campo estéril.
a. Prepare o kit comercial esterilizado ou bandeja que contém itens esterilizados
(1) Coloque o kit estéril ou o pacote contendo os itens esterilizados sobre a superfície de trabalho a do nível da cintura.
(2) Abra a tampa do lado de fora e remova o kit do invólucro para poeira. Coloque-o sobre a super trabalho.
(3) Segure a borda exterior da ponta da aba mais afastada.
(4) Abra a aba externa para longe do corpo, mantenha o braço estendido e longe do campo estéril (ilustração).
(5) Segure a extremidade externa do primeiro lado da borda.
(6) Abra a borda lateral, puxe para o lado permitindo que ela permaneça horizontalmente sobre a superfície da mesa (ver ilustração). Mantenha o braço para o lado e não o estenda sobre a superf estéril.

PASSO 7A (4) Abra a borda exterior do kit estéril para longe do corpo.

(7) Segure a extremidade externa da segunda borda lateral. Repita o procedimento para abertura d
segundo lado da embalagem, puxando para o lado (ver ilustração).

(8) Segure a extremidade exterior da última e mais profunda borda.

(9) Afaste-se da embalagem estéril e puxe a aba para trás, permitindo que ela caia sobre a superfíci
trabalho (ver ilustração).

b. Embalagem de tecido estéril

(1) Coloque a embalagem sobre a superfície de trabalho plana.

(2) Retire a fita de esterilização e selo e desembrulhe ambas as camadas, seguindo os passos 7a (1-9
kit estéril (ver ilustrações).

(3) Use o invólucro da embalagem aberta como campo estéril.

c. Campo estéril

(1) Coloque a embalagem contendo o campo estéril na superfície de trabalho. Siga os passos 7a (1-9
abrir.

PASSO 7A (7) Abra a segunda borda lateral, puxando para o lado.

PASSO 7B (2) **A,** A enfermeira abre o topo da borda para longe do corpo. **B,** O braço da enfermeira é mantido fora d
segundo lado da borda, mantendo o braço distante do campo estéril. **D,** A enfermeira abre a borda posterior.

(2) Calce luva estéril.
NOTA: Esta é uma opção, dependendo da política do serviço de saúde. Você pode tocar a borda exterior
2,5 cm de cortina sem usar luvas.

(3) Segure a borda superior dobrada do campo com os dedos de uma mão. Levante delicadamente
dobra da embalagem sem tocar em qualquer objeto.

(4) Desdobre a parte superior da embalagem mantendo-a acima da cintura e superfície de trabalho
longe do corpo. (Cuidadosamente descarte o campo exterior com a outra mão.)

(5) Com a outra mão segure as pontas adjacentes do campo Segure o campo esticado sobre a super
trabalho (ver ilustração).

(6) Segure o campo, posicione a primeira metade inferior sobre a metade da parte superior da supe
de trabalho desejada (ver ilustração).

(7) Deixe que a metade superior da cortina seja colocada em mais da metade inferior da superfície trabalho (ver ilustração).

8. Adicionando itens estéreis

a. Abra o item estéril (seguindo as instruções da embalagem) mantendo invólucro exterior na mão nã dominante.

b. Retire cuidadosamente a embalagem sobre a mão não dominante.

c. Tendo certeza de que o invólucro não cairá sobre o campo estéril, coloque o item sobre o campo no ângulo. *Não deixe o braço sobre o campo estéril* (ver ilustração).

d. Descarte o invólucro externo.

PASSO 7C (5) Segure o campo em linha reta e longe do corpo.

PASSO 7C (7) Coloque a metade superior do campo sobre a superfície de trabalho.

9. Despeje a solução estéril.

a. Verifique o conteúdo e data de validade da solução.

b. Certifique-se de que o receptáculo para solução fica perto ou na borda da superfície estéril de tra
Kits estéreis têm copos ou recipientes de plástico moldado nos quais você pode despejar os líqui

c. Remova a vedação estéril e a tampa do frasco em um movimento ascendente. Com a solução da
mantida longe do campo estéril, com a etiqueta virada para cima e o bocal da garrafa de 2,5 a 5,(
acima no interior de recepção do recipiente, despeje lentamente o conteúdo no recipiente (ver
ilustração).

10. Execute o procedimento usando a técnica estéril.

PASSO 9C Despeje a solução dentro do recipiente de recepção no campo estéril.

REGISTRO E RELATO

- Não é necessário registrar ou relatar este procedimento.

Procedimento 29-3 Assepsia cirúrgica das mãos

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento da assepsia cirúrgica das mãos pode ser delegado para técnicos cirúrgicos devidamente treinados (reconhecido pela Lei Estadual de Exercício Profissional, a state Nurse Practice Act).

Material

- Pia profunda com controles com os pés ou com o joelho para a distribuição de água e sabão (as torneiras devem ser altas o suficiente para que as mãos e antebraços se ajustem confortavelmente)
- Agentes antimicrobianos aprovados pela unidade de saúde
- Esponja para escovação cirúrgica com garras de plástico (opcional)
- Máscara facial, gorro, sapatos cirúrgicos
- Toalha esterilizada
- Pacote estéril contendo capote esterilizado
- Óculos de proteção (óculos ou viseiras)

PASSOS

1. Consulte a política do fabricante sobre a quantidade de tempo e o antisséptico necessário para uso na antissepsia das mãos. A clorexidina foi encontrada como sendo mais eficaz do que a iodopovidona (WHO, 2009).

2. Remova pulseiras, anéis e relógios.

3. Certifique-se que as unhas estejam curtas, limpas e saudáveis. Unhas artificiais devem ser removidas
Unhas naturais devem ser inferiores a 0,63 cm de comprimento a partir da ponta do dedo.

DECISÃO CLÍNICA: *Remova o esmalte da unha se lascado ou usado por mais de 4 dias, porque ele provavel*

4. Inspecione o estado das cutículas, mãos e antebraços em busca de abrasões, cortes ou lesões abertas.

5. Coloque sapatos, gorro, máscara facial e óculos de proteção cirúrgicos.

6. Ligue a água usando controles para os joelhos ou pés e ajuste confortavelmente a temperatura.

7. Lavagem com pré-esfregação/enxágue: Molhe as mãos e braços em água morna corrente e ensaboe c
detergente a 5 cm acima do cotovelo. (As mãos precisam estar acima dos cotovelos todo o tempo.)

8. Enxágue as mãos e braços sob a água corrente. Lembre-se de manter as mãos acima dos cotovelos.

9. Com água corrente, limpe sob as unhas de ambas as mãos com um limpador de unha. Descarte-o ap
(ver ilustração).

10. Escovação cirúrgica das mãos (com escova ou escova-esponja)

a. Molhe uma esponja limpa e aplique o agente antimicrobiano. Visualize cada dedo, mão e braço sol
os ângulos. Lave todos os lados de forma eficaz. Escove as unhas de uma mão com 15 escovadas. E
palma, cada lado do polegar e dedos e o lado posterior da mão com 10 escovadas cada (ver ilustra

b. Divida o braço mentalmente em terços: escove cada terço 10 vezes (AORN, 2014) (ver ilustração).
Algumas políticas de instalações de cuidados da saúde exigem escovações durante o tempo total (
minutos) em vez de números de escovações. Enxágue a escova e repita a sequência para o outro br
Um método de duas escovas pode ser substituído (verifique a política da unidade de saúde).

c. Descarte a escova. Flexione os braços e enxágue da ponta dos dedos para os cotovelos em um mov
contínuo, permitindo que a água escorra até os cotovelos (ver ilustração).

PASSO 9 Limpeza embaixo das unhas.

PASSO 10B Escovação do antebraço.

d. Desligue a água com o controle pelos pés ou joelhos, com as mãos elevadas na frente e longe do co
Entre na sala de cirurgia de costas para a sala.

e. Aproxime-se do conjunto estéril; segure a toalha esterilizada, tome cuidado para não derrubar águ
o conjunto estéril.

f. Curvando levemente a cintura, mantenha as mãos e braços acima da cintura e esticados, segure na
extremidade da toalha esterilizada e seque a outra mão, movendo-se da direção dos dedos para o
cotovelo e em um movimento de rotação (ver ilustrações).

g. Repita o método de secagem para a outra mão invertendo cuidadosamente a toalha ou usando um
toalha esterilizada.

h. Jogue a toalha no cesto de roupas ou na mão da enfermeira circulante.

11. *Opcional*: Antisséptico de escovação da mão sem escova.

a. Após a pré-escovação com lavagem (ver Passo 7), seque as mãos e antebraços cuidadosamente com p
toalha.

b. Dispense 2 mL de agente antimicrobiano preparado para a mão na palma da outra mão. Mergulhe a
dos dedos da mão oposta na mão em preparação e trabalhe debaixo das unhas. Espalhe o restante do
preparado para a mão, em cima da mão e até um pouco acima do cotovelo, cobrindo todas as superfi
(ver ilustrações).

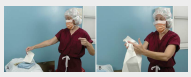
c. Usando outros 2 mL do preparado para a mão, repita com a outra mão.

d. Dispense outros 2 mL de preparado para a mão em uma das mãos e reaplique por todos os aspectos
ambas as mãos até o pulso. Deixe secar completamente antes de calçar as luvas.

12. Prossiga com a roupa esterilizada (ver Procedimento 29-4).

REGISTRO E RELATO

- Não é necessário registrar ou relatar este procedimento.
- Relate qualquer dermatite de pele para o empregado da saúde ou de controle de infecção pela política da inst



PASSO 10F **A,** Segure a toalha esterilizada. **B,** Sequência de secagem.

PASSO 11B Aplicação do agente antimicrobiano para a escovação da mão sem escova. A enfermeira está usando 3

Procedimento 29-4 Colocando o capote estéril

e calçando a luva fechada

Considerações sobre a delegação de tarefa

Colocar um capote estéril e calçar a luva pode ser delegado a um técnico cirúrgico devidamente treinado (reconhecido pela Lei Estadual do Exercício Profissional, a state Nurse Practice Act).

Material

- Embalagem com luvas estéreis com o tamanho adequado (livre de látex se a enfermeira ou paciente tiverem sensibilidade ou alergia)
- Embalagem estéril contendo o capote estéril
- Superfície limpa, lisa e seca
- Máscara facial de papel, gorro, sapatos cirúrgicos.
- Óculos de proteção/protetor facial

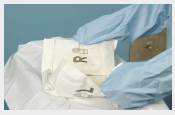
PASSOS
COLOCAÇÃO DE CAPOTE ESTÉRIL
1. Antes de entrar na sala de operação ou área de tratamento, coloque o gorro, máscara facial, óculos de proteção e protetores para os pés (os protetores são de papel ou tecido e se adaptam sobre os sapatos trabalho).
2. Execute a lavagem cirúrgica das mãos completa (ver Procedimento 29-3).
3. A enfermeira circulante auxilia ao abrir a embalagem estéril contendo o capote estéril (dobrado de d para fora).
4. A enfermeira circulante prepara a embalagem da luva ao abrir o exterior do pacote enquanto mantém conteúdo interior estéril. Coloque o interior da embalagem da luva em um campo estéril criando um embalagem externa esterilizada.
5. Alcance a embalagem estéril do capote; levante o capote dobrado diretamente para cima e dê um pas trás longe da mesa.
6. Segure o capote dobrado, localize a gola. Com as duas mãos segure por dentro a frente do capote log abaixo da gola.
7. Permita que o capote se desdobre, mantendo o lado de dentro do capote à frente do corpo. Não toqu lado externo do capote com as mãos descobertas.
8. Com as mãos na altura dos ombros, deslize ambos os braços para dentro das mangas simultaneamen ilustração). Peça à enfermeira circulante para trazer o capote sobre seus ombros, estendendo os braço dentro da costura e puxando-o vestido, deixando as mangas cobrindo as mãos.
9. A enfermeira circulante precisa amarrar firmemente a parte de trás do capote no pescoço e na cintura ilustração). (Se o capote é do estilo que envolve o corpo, não toque a aba estéril que cobre o mesmo a você esteja enluvado.)
EXECUTANDO O ENLUVAMENTO FECHADO
10. Enluvamento fechado

10. Enluvamento fechado

a. Com as mãos cobertas pelas mangas do capote, abra o pacote interno estéril da luva (ver ilustração

PASSO 8 Coloque os braços nas mangas.

PASSO 9 A enfermeira circulante amarra o laço do capote.



PASSO 10A A enfermeira com as mãos escovadas abre o pacote de luva.

b. Com a mão dominante dentro do punho do capote, pegue a luva para a mão não dominante, segu punho dobrado.

c. Estenda o antebraço não dominante com a palma para cima e coloque a palma da luva contra a pal mão não dominante. Os dedos da luva apontarão em direção ao cotovelo.

d. Segure o punho da luva com a mão dominante coberta e volte o punho da luva sobre a extremidad mão não dominante e punho do capote (ver ilustração).

e. Segure o topo da luva e a base da manga do capote com a mão dominante coberta.Cuidadosament estenda os dedos dentro da luva, certificando-se de que o punho da luva cobre o punho do capote.

f. Calce a mão dominante da mesma maneira, invertendo as mãos (ver ilustração). Use a mão não dominante enluvada para puxar na luva. Mantenha a mão dentro da manga (ver ilustração).

g. Certifique-se de que os dedos estejam totalmente estendidos em ambas as luvas.

11. Para envolver o capote estéril: pegue a mão enluvada e libere o fecho ou laço na frente do capote.

12. Passar a guia de papel ligada ao laço estéril para a enfermeira circulante, que é não estéril (ver ilustr A enfermeira circulante fica parada enquanto você se vira completamente para a esquerda, permitin margem de segurança enquanto o capote a envolve e cobre a sua volta. Pegue o laço estéril de volta enfermeira circulante e prenda o laço no capote.

REGISTRO E RELATO

- Não é necessário registrar ou relatar este procedimento.

PASSO 10D A luva é aplicada na mão esquerda enquanto a mão direita permanece dentro do punho da manga.

PASSO 10F A segunda luva é aplicada.

Procedimento 29-5 Abrir a embalagem das luvas

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de abrir a embalagem das luvas pode ser delegada à equipe que é treinada para executar um procedimento estéril.

Material

- Embalagem das luvas estéreis (tamanho adequado)

PASSOS
1. Execute a higiene completa das mãos.
2. Remova o invólucro exterior do pacote de luvas ao separar cuidadosamente e abrir separadamente p cada lado.

3. Segure o pacote interno e deite-o em uma superfície plana e limpa, um pouco acima do nível da cintu
Abra o pacote, mantenha as luvas em invólucros dentro da superfície (ver ilustração).

4. Identifique a luva direita e a esquerda. Cada luva tem punho de aproximadamente 5 cm de largura.
luva da mão dominante primeiro.

5. Com o polegar e os primeiros dois dedos da mão não dominante, segure a extremidade do punho da
da mão dominante. Toque apenas a superfície interior da luva.

6. Retire cuidadosamente a luva sobre a mão dominante, deixando punho e certificando-se de que o pu
não role para o pulso. Certifique-se de que o polegar e os dedos estão nos espaços adequados (ver
ilustração).

7. Com a mão dominante vestida, deslize os dedos por baixo do punho da segunda luva (ver ilustração

PASSO 3 Pegue o pacote.

PASSO 6 Calce a luva sobre a mão dominante.

8. Retire cuidadosamente a segunda luva sobre a mão não dominante. Não deixe os dedos e o polegar d dominante calçada tocarem qualquer parte exposta da mão não dominante. Mantenha o polegar da m dominante para trás (ver ilustração).

9. Depois de colocada a segunda luva, entrelace os dedos das mãos enluvadas e mantenha longe do cor acima da cintura até o procedimento começar (ver ilustração).

RETIRADA DA LUVA

10. Segure o exterior de um dos punhos com a outra mão calçada; evite tocar o punho. Puxe até a meta palma da mão. Tome o polegar da mão sem luva pela metade e coloque-o sob o punho da outra luva

11. Puxe a luva para fora, faça-o de dentro para fora. Elimine em um receptáculo.

12. Tome os dedos da mão exposta e enfie dentro do punho da luva restante. Tire a luva, de dentro par Elimine em um receptáculo.

REGISTRO E RELATO

- Não é necessário registrar ou relatar este procedimento.

PASSO 8 Puxe a segunda luva sobre a mão não dominante.

Pontos-chave

- As práticas de higiene das mãos são as técnicas mais importantes

utilizadas na prevenção e controle das infecções.

- O potencial para os microrganismos causarem doença depende do número de organismos, virulência e capacidade para entrar e sobreviver no hospedeiro e susceptibilidade do hospedeiro.
- A flora normal do corpo ajuda a resistir à infecção ao liberar substâncias antibacterianas e inibir a multiplicação de microrganismos patogênicos.
- Uma infecção pode se desenvolver enquanto os seis elementos que compõem a cadeia da infecção não são interrompidos.
- Os microrganismos são transmitidos por contato direto e indireto, por disseminação aérea e por vetores e artigos contaminados.
- O aumento da idade, a má nutrição, estresse, condições hereditárias, doenças crônicas e tratamentos ou condições que comprometam a resposta imunológica aumentam a susceptibilidade à infecção.
- Os principais locais para as IACS incluem o trato urinário e respiratório, sangue e feridas cirúrgicas ou traumáticas.
- Os procedimentos invasivos, tratamentos médicos, hospitalizações prolongadas e contato com o pessoal de saúde aumentam o risco dos pacientes internados por adquirir uma IACS.
- As práticas de isolamento podem prevenir a equipe e os pacientes de adquirirem infecções e prevenir a transmissão de microrganismos para outras pessoas.
- As precauções-padrão envolvem o uso das técnicas gerais de barreira nos cuidados de todos os pacientes.
- A limpeza adequada requer a remoção mecânica de toda sujeira de um objeto ou área.
- A experiência geral do isolamento é comumente vista negativamente devido às barreiras que afetam a expressão da identidade de um paciente e as relações interpessoais normais.
- Um profissional de prevenção e controle de infecção monitora a incidência de infecção dentro de uma instituição, introduzindo

práticas baseadas em evidências e fornecendo serviços de educação e consultoria.

- A assepsia cirúrgica requer técnicas mais rigorosas do que a assepsia médica e é direcionada para eliminar os microrganismos.
- Se a pele está lesionada ou se um procedimento invasivo na cavidade docorpo normalmente livre de microrganismos é executado, siga as práticas de assepsia cirúrgica.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento em enfermagem?

1. Qual é a maneira mais eficaz de controlar a transmissão de uma infecção?
    1. Precauções de isolamento
    2. Identificar o agente infeccioso
    3. Práticas de higiene das mãos
    4. Vacinações
2. Um paciente que foi isolado por *Clostridium difficile* (*C. difficile*) pede-lhe para explicar o que ele deve saber sobre este microrganismo. Quais são as informações mais adequadas para incluir no ensino do paciente? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. O organismo é normalmente transmitido através da via fecal-oral.
    2. As mãos devem sempre ser limpas com água e sabão *versus* o desinfetante para as mãos à base de álcool.
    3. Todo mundo que entra na sala deve estar usando um capote e luvas.
    4. Enquanto o paciente está em precauções de contato, ele não pode sair da sala.
    5. O *C. difficile* morre rapidamente, uma vez fora do corpo.
3. Seu paciente específico tem uma úlcera na perna que contém um curativo. Durante a sua avaliação você acha que o curativo

está saturado com drenagem purulenta. Qual ação seria melhor de sua parte?

1. Reforçar o curativo com um curativo limpo, seco e chamar o profissional de saúde.
2. Remover o curativo molhado e aplicar um novo curativo usando procedimento estéril.
3. Colocar luvas antes de remover o curativo antigo; em seguida, obter uma cultura da ferida.
4. Remover o curativo saturado com luvas, retirar as luvas, em seguida realizar a higiene das mãos e aplicar novas luvas antes de colocar um curativo limpo.

4. Um paciente é diagnosticado com pneumonia por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA). Que tipo de precaução de isolamento é *mais* adequada para este paciente?
   1. Isolamento reverso
   2. Precauções para gotículas
   3. Precauções-padrão
   4. Precauções de contato
5. Um membro da família é cuidador de um ente querido que tem uma ferida infectada na perna. O que a enfermeira deveria orientar ao membro da família para fazer depois da prestação de cuidados e manuseio de materiais contaminados ou material orgânico?
   1. Usar luvas antes de comer ou manipular alimentos.
   2. Colocar todos os materiais sujos em um saco e dobrar o saco.
   3. Fazer a verificação dos membros da família com o cuidador sobre a necessidade para a imunização.
   4. Higienizar as mãos após o cuidado e/ou manipulação de equipamento ou material contaminado.
6. Um paciente está isolado por tuberculose pulmonar. A enfermeira observa que o paciente parece estar com raiva, mas ela sabe que esta é uma resposta normal ao isolamento. Qual é a melhor intervenção?

1. Fornecer um quarto escuro e silencioso para acalmar o paciente.
2. Reduzir o nível de precauções para evitar que o paciente fique com raiva.
3. Explicar as razões para procedimentos de isolamento e proporcionar estímulo significativo.
4. Limitar a visita da família e de outros cuidadores para reduzir o risco de propagação da infecção.

7. Quando uma enfermeira deve usar uma máscara? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. A higiene dental do paciente é deficiente.
   2. A enfermeira está ajudando em um procedimento respiratório na forma de aerossol, tal como a aspiração.
   3. O paciente tem síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e tosse congestionada.
   4. O paciente está sob precauções de gotículas.
   5. A enfermeira está ajudando um profissional de saúde na inserção de um cateter de linha central.
8. Que tipo de equipamento de proteção individual os funcionários são obrigados a usar ao cuidar de um paciente pediátrico que é colocado sob as precauções respiratórias para confirmar a catapora/herpes zoster? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Capote descartável
   2. Máscara respirador N95
   3. Viseira ou óculos de proteção
   4. Máscara cirúrgica
   5. Luvas
9. A enfermeira de controle de infecção pediu aos funcionários para trabalhar na redução do número de infecções iatrogênicas na unidade. Quais das seguintes ações de sua parte contribuirão para reduzir infecções associadas aos cuidados de saúde? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Ensinar a lavagem das mãos correta atribuída aos pacientes
   2. Uso de procedimentos corretos no início e ao cuidar de

uma perfusão intravenosa
3. Prestação de cuidados perineais a um paciente com um cateter urinário
4. Isolamento de um paciente que acaba de ser diagnosticado como tendo tuberculose
5. Diminuir os estímulos ambientais de um paciente para reduzir a náusea

10. Quais das seguintes ações realizadas pela enfermeira respeitam os princípios fundamentais da assepsia cirúrgica? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Configurar o campo estéril antes que o paciente e outra equipe venham para a sala de cirurgia.
    2. Mantenha o campo estéril no campo de visão durante todos os momentos.
    3. Considerar 2,5 cm exterior ao campo estéril como contaminados.
    4. Apenas o pessoal de saúde dentro do campo estéril deve usar equipamento de proteção individual.
    5. O capote estéril deve ser colocado antes da paramentação cirúrgica ser realizada.
11. Um paciente tem um cateter vesical. Por que um cateter vesical apresenta um risco de infecção do trato urinário? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Ele permite a migração de organismos para a bexiga.
    2. O procedimento de inserção não é feito sob condições estéreis.
    3. Ele impede a ação normal de lavagem pelo fluxo de urina.
    4. Ele mantém um paciente incontinente com a pele seca.
    5. A superfície exterior do cateter não é considerada estéril.
12. Apresente as seguintes etapas para a remoção das barreiras de proteção depois de sair de uma sala de isolamento em ordem.
    1. Retirar as luvas.
    2. Higienizar as mãos.
    3. Remover óculos e óculos de proteção.
    4. Desatar a parte superior e inferior das cordas da máscara e

retirar do rosto.
   5. Desamarrar as cordas da cintura e do pescoço do capote. Remover o capote, rolando-o para si, sem tocar no lado contaminado.
13. O que significa quando um paciente é diagnosticado com um organismo resistente a múltiplas drogas em sua ferida cirúrgica? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Existe mais de um organismo presente na ferida que está causando a infecção.
   2. Os antibióticos que o paciente recebeu não são fortes o suficiente para matar o organismo.
   3. O paciente vai precisar de mais de um tipo de antibiótico para matar o organismo.
   4. O organismo desenvolveu uma resistência a um ou mais antibióticos de amplo espectro, indicando que o organismo será difícil de tratar eficazmente.
   5. Já não há quaisquer opções de antibióticos disponíveis para tratar a infecção do paciente.
14. A ferida cirúrgica do paciente tornou-se inchada, vermelha e sensível. A enfermeira observa que o paciente tem uma nova febre, drenagem purulenta da ferida e leucocitose. Quais intervenções seriam adequadas e em que ordem?
   1. Notificar o profissional de saúde do estado do paciente.
   2. Tranquilizar o paciente e verificar novamente a ferida mais tarde.
   3. Apoiar as necessidades hídricas e nutricionais do paciente.
   4. Usar uma técnica asséptica para mudar o curativo.
15. Quais destas afirmações são verdadeiras em relação à desinfecção e limpeza? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. A limpeza adequada requer a remoção mecânica de toda a sujeira de um objeto ou área.
   2. A limpeza ambiental geral é um exemplo de assepsia médica.
   3. Ao limpar uma ferida, limpe ao redor da borda da ferida primeiro e, em seguida, limpe dentro em direção ao centro

da ferida.

4. A limpeza em uma direção desde a área menos contaminada até a mais contaminada ajuda a reduzir as infecções.
5. A desinfecção e esterilização de dispositivos e equipamentos médicos envolvem os mesmos procedimentos.

Respostas: 1. 3; **2.** 1, 2, 3; **3.** 4; **4.** 2; **5.** 4; **6.** 3; **7.** 2, 4, 5; **8.** 1, 2, 5; **9.** 1, 2, 3; **10.** 2, 3; **11.** 1, 3; **12.** 1, 3, 5, 4, 2; **13.** 2, 4; **14.** 4, 2, 1, 3; **15.** 1, 2, 4

Referências

Arnold F. Antimicrobials and resistance. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Boyce JM, et al. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51(RR–16):1.

Brisko V. Isolation precautions. In: Carrico R, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. ed 3 Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC); 2009.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Guideline for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care facilities*. Washington, DC: CDC; 2005.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for post exposure prophylaxis*. Washington, DC: CDC; 2005.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings*. CDC; 2006.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings—recommendations to the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. Washington, DC: CDC; 2007: http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html. Accessed April 12, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Hospital Infection Control Practice Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA: *Hand Hygiene Task Force Guidelines for hand hygiene in health care settings*, Atlanta, 2008a, Centers for Disease Control and Prevention.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Hospital Infection Control Practice Advisory Committee, Rutal W, Weber D, and the Healthcare Infection Control Practices and Advisory Committee: *Guidelines for disinfection and sterilization in healthcare facilities*, 2008b. http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/rutala.html. Accessed October 5, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines (includes chapter on hepatitis C). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(RR–12):1.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Interim guidance for infection

control for care of patients with confirmed or suspected swine influenza A (H1N1) virus infection in a healthcare setting, 2010b. http://www.cdc.gov/h1n1flu/guideline_infectioncontrol.htm. Accessed August 15, 2014.

Centers for Disease Control and Prevention: *Immunization schedules, CDC*, 2010c. http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm. Accessed August 20, 2011.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Vaccines and preventable diseases, CDC*, 2011a. http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/default.htm. Accessed August 15, 2014.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *CDC vital signs: Making healthcare safer*, 2011b. Available at: http://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/2011-03-vitalsigns.pdf. Accessed October 25, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Wash your hands,* 2013a. http://www.cdc.gov/features/handwashing. Accessed April 12, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Precautions to prevent the spread of MRSA in healthcare settings*, 2013b. http://www.cdc.gov/mrsa/index.html. Accessed April 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Show me the science—when to use hand sanitizers,* 2014. http://www.cdc.gov/handwashing/show-me-the-science-hand-sanitizer.html. Accessed April 12, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Healthcare associated infections,* 2015a. http://www.cdc.gov/HAI/surveillance/. Accessed October 24, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Ebola virus disease,* August 2015b. http://www.cdc.gov/vhf/ebola/index.html. Accessed October 3, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Fact Sheet: Screening and monitoring travelers to prevent the spread of Ebola,* September 2015c. http://www.cdc.gov/vhf/ebola/travelers/ebola-screening-factsheet.html. Accessed October 3, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Long-term effectiveness of whooping cough vaccines*, June 2015d. http://www.cdc.gov/pertussis/pregnant/mom/vacc-effectiveness.html. Accessed October 3, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Handwashing: Clean hands saves lives*, 2015e. http://www.cdc.gov/handwashing/. Accessed October 23, 2015.

Cohen S, et al. Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update from the Society for Healthcare Epidemiology of America and the Infectious Diseases Society of America. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010;31(5):431.

Day M. Endoscopy. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*.

Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Ellingson K, et al. Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014;35(8):937.

Fiutem C. Risk factors facilitating transmission of infectious agents. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Hass J. Hand hygiene. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Iwamoto P, Post M. Aseptic technique. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Jefferson J, Young M. Sterile Processing. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Larbi A, et al. The immune system in the elderly: a fair fight against diseases?. *Aging Health*. 2013;9(1):35.

Mathur P. Hand hygiene: back to the basics of infection control. *Indian J Med Res*. 2011;134(5):611–620.

Meiner S. *Gerontologic nursing*. ed 5 St Louis: Mosby; 2014.

Monsees E. Patient safety. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Murphy R. Surgical services. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Nesher L, et al. The current spectrum of infection in cancer patients with chemotherapy-related neutropenia. *Infection*. 2014;42:5.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA): Respiratory protective devices: final rules and notice, *Fed Regist* 33606, 2011a.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA) Enforcement procedures for the occupational exposure to bloodborne injury final rule. *Fed Regist*. 2011;33606.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA) Needlestick Safety and Prevention Act. *Fed Regist*. 2012;19934.

Pagana KD, Pagana TJ. *Manual of diagnostic and laboratory tests*. ed 5 St Louis: Mosby; 2014.

Roach R. Geriatrics. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*.

Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

Rutala W, Weber DJ. Cleaning, disinfection and sterilization. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November, 2015.

Tweeten SM. General principles of epidemiology. In: Grota P, ed. *APIC text of infection control and epidemiology*,. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; 2014.

World Health Organization (WHO) *WHO guidelines on hand hygiene in healthcare*. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2009.

World Health Organization (WHO): *Five Moments for Hand Hygiene*, 2015. http://www.who.int/gpsc/tools/Five_moments/en/. Accessed October 24, 2015.

Referências de pesquisa

Abad C, et al. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *J Hosp Infect*. 2010;76(2):97.

Association of Operating Room Nurses (AORN) *Standards, recommended practices and guidelines*. Denver: The Association; 2014.

Barratt R. Behind barriers: patient's perceptions of source isolation for methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Austral J Adv Nsng*. 2010;28(2):53.

Birnbach DJ, et al. Do hospital visitors wash their hands? Assessing the use of alcohol-based hand sanitizer in a hospital lobby. *Am J Infect Control*. 2012;40(4):340.

Doyle JS, et al. Epidemiology of infections acquired in intensive care units. *Semin Respir Crit Care Med*. 2011;32(2):115.

Gould D, et al.: Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care, *Cochrane Database Syst Rev* volume 8, *The Cochrane Library*, 2011, The Cochrane Collaboration.

Kassakian SZ, et al. Impact of chlorhexidine bathing on hospital-acquired infections among general medical patients. *Infec Control Hosp Epidemiol*. 2011;32(3):238.

Luangasanatip N, et al. Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2015;351:h3728.

Messano GA. Bacterial and fungal contamination of dental hygienists' hands with and without finger rings. *Acta Stomatologica Naissi*. 2013;29:1260.

Oughton M, et al. Hand hygiene with soap and water is superior to alcohol rub and antiseptic wipes for removal of *Clostridium difficile*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009;30(10):939.

Schweizer ML, et al. Searching for an optimal hand hygiene bundle: a meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2014;58(2):248.

Thomas R, et al.: Influenza vaccination for healthcare workers who work care for people aged 60 or older living in long-term care settings, The Cochrane Library, Issue 7, 2013, The Cochrane Collaboration. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005187.pub4/pdf. Accessed October 3, 2015.

Whittington AM, et al. Bacterial contamination of stethoscopes on the intensive care unit. *Anaesthesia*. 2009;64(6):620.

30

Sinais Vitais

OBJETIVOS

• Explicar os princípios e os mecanismos de termorregulação.

• Descrever as medidas de enfermagem que promovem a perda e a conservação de calor.

• Discutir as mudanças fisiológicas associadas a febre.

• Avaliar com precisão a temperatura corporal, pulso, respirações, saturação de oxigênio e pressão arterial.

• Explicar a fisiologia da regulação normal de pressão arterial, pulso, saturação de oxigênio e respirações.

• Descrever os fatores que causam variações em temperatura corporal, pulso, saturação de oxigênio, respirações, capnografia e pressão arterial.

• Descrever as variações culturais e étnicas com avaliação da pressão arterial.

• Identificar as variações de valores de sinal vital aceitáveis para um lactente, uma criança e um adulto.

• Explicar as variações na técnica usada para avaliar os sinais vitais de um lactente, de uma criança e de um adulto.

• Descrever os benefícios e as precauções que envolvem a automensuração da pressão arterial.

• Identificar quando medir os sinais vitais.

• Registrar e relatar com precisão as mensurações dos sinais

vitais.

• Delegar apropriadamente a mensuração dos sinais vitais à equipe de enfermagem.

TERMOS-CHAVE

Afebril, p. 490
Antipiréticos, p. 488
Arritmia, p. 491
Bradicardia, p. 491
Capnografia, p. 493
Condução, p. 480
Convecção, p. 481
Débito cardíaco, p. 489
Déficit de pulsação, p. 491
Diaforese, p. 481
Difusão, p. 492
Esfigmomanômetro, p. 498
Eupneia, p. 492
Evaporação, p. 481
Exaustão por calor, p. 483
Febril, p. 482
Febre, p. 482
Febre de origem desconhecida, p. 482
Geladura e queimadura pelo frio, p. 483
Hematócrito, p. 493
Hiato auscultatório, p. 500
Hipertensão, p. 596

Hipertermia, p. 483
Hipertermia maligna, p. 483
Hipotensão, p. 497
Hipotensão ortostática, p. 497
Hipotensão postural, p. 497
Hipotermia, p. 483
Hipoxemia, p. 492
Perfusão, p. 492
Pirexia, p. 482
Pirógenos, p. 482
Pressão arterial, p. 495
Pressão de pulso, p. 495
Pressão diastólica, p. 495
Pressão sistólica, p. 495
Radiação, p. 480
Saturação de oxigênio, p. 494
Sinais vitais, p. 478
Taquicardia, p. 491
Taxa metabólica basal (TMB), p. 480
Temperatura central, p. 479
Termogênese sem tremores por frio, p. 480
Termoplegia, p. 483
Termorregulação, p. 480
Tremores por frio, p. 480
Ventilação, p. 492

As medições mais frequentes e regulares obtidas pelos profissionais de saúde são as de temperatura, pulso, pressão arterial (PA), frequência respiratória e saturação de oxigênio. Como indicadores do

estado de saúde, essas medidas indicam a efetividade dos sistemas circulatório, respiratório e neural e das funções corporais endócrinas. Por causa da sua importância, elas são chamadas de **sinais vitais**. A dor, um sintoma subjetivo, com frequência é chamada de outro sinal vital e é frequentemente medida com os outros (Cap. 44).

A medição de sinais vitais fornece dados para determinar o estado de saúde normal de um paciente (dados de referência). Muitos fatores, tais como a temperatura do ambiente, o esforço físico do paciente e os efeitos da doença causam alterações dos sinais vitais, algumas vezes fora de uma variação aceitável. A avaliação dos sinais vitais fornece dados para identificar diagnósticos em enfermagem, implementar as intervenções planejadas e avaliar os resultados do cuidado. Uma alteração nos sinais vitais sinaliza uma mudança na função fisiológica e a necessidade de intervenção médica ou de enfermagem.

Os sinais vitais são uma maneira rápida e eficiente de controlar a condição de um paciente ou identificar problemas e avaliar a resposta do paciente à intervenção. Quando você aprende as variáveis fisiológicas que influenciam os sinais vitais e reconhece a relação de suas alterações entre si e com os outros achados do exame físico, você pode fazer determinações precisas sobre os problemas de saúde de um paciente. Os sinais vitais e outras medidas fisiológicas são a base para a tomada de decisão clínica e a resolução de problemas. Muitos serviços adotam os escores de alerta inicial, o Early Warning Scores, determinados por dados de sinais vitais inseridos no prontuário eletrônico para alertar as enfermeiras para potenciais mudanças nas condições de seus pacientes.

Diretrizes para a verificação dos sinais vitais

Os sinais vitais são uma parte da base de dados de avaliação no histórico de enfermagem. Você os inclui em uma avaliação física completa (Cap. 31) ou os obtém individualmente para coletar os dados sobre a condição do paciente. O estabelecimento de uma base de dados dos sinais vitais durante um exame físico de rotina serve como uma linha de base para futuras avaliações. As necessidades de um paciente e sua condição determinam quando, onde, como e por quem os sinais vitais são mensurados. Você precisa: medir corretamente e, algumas vezes, delegar adequadamente a sua medição; saber os valores esperados (Quadro 30-1); interpretar os valores do seu paciente, comunicar os resultados de forma adequada e começar a intervenções conforme necessário. Usar as seguintes diretrizes para incorporar as medições dos sinais vitais para a prática de enfermagem:

- A medição dos sinais vitais é sua responsabilidade. Você pode delegar a medição dos sinais vitais em determinadas situações (p.ex., em pacientes estáveis). No entanto, é sua responsabilidade rever os dados de sinais vitais, interpretar seu significado e pensar criticamente nas decisões sobre as intervenções.

Quadro 30-1

Sinais Vitais

Variações Aceitáveis para Adultos

Variação de Temperatura

Variação média de temperatura: 36 a 38°C
Oral/timpânica média: 37°C
Retal média: 37,5°C

Axilar: 36,5°C

Pulso

60 a 100 batimentos/minuto, forte e regular

Oximetria de Pulso (SpO_2)

Normal: $SpO_2 \geq 95\%$

Respirações

Adultos: 12 a 20 respirações/minuto, profundas e regulares

Pressão Arterial

Sistólica < 120 mmHg
Diastólica < 80 mmHg
Pressão de pulso: 30 a 50 mmHg

Capnografia ($EtCO_2$)

Normal: 35 a 45 mmHg

- Avalie os equipamentos para garantir que ele esteja funcionando corretamente e forneça resultados precisos.
- Escolha um equipamento com base nas condições e características do paciente (p.ex., não usar um manguito de PA de tamanho adulto para uma criança).
- Saiba a variação habitual dos sinais vitais do paciente. Esses valores podem diferir do intervalo aceitável para aquela idade ou estado físico. Os valores habituais do paciente servem como uma linha de base para a comparação com os resultados posteriores. Dessa forma, você é capaz de detectar uma mudança na condição ao longo do tempo.
- Conheça a história médica do paciente, as terapias e os medicamentos prescritos. Algumas enfermidades ou tratamentos causam alterações previsíveis nos sinais vitais. Alguns medicamentos afetam um ou mais sinais vitais.

- Controle ou minimize os fatores ambientais que afetam os sinais vitais. Por exemplo, a avaliação da temperatura de um paciente em uma sala quente e úmida pode produzir um valor que não é um indicador verdadeiro da sua condição.
- Use uma abordagem organizada, sistemática quando são coletados os sinais vitais. Cada procedimento requer uma abordagem passo a passo para garantir a precisão.
- Com base na condição do paciente, colaborar com os profissionais de saúde para decidir a frequência da avaliação de sinais vitais. No hospital, os profissionais de saúde pedem uma frequência mínima de medição de sinais vitais para cada paciente. Após a cirurgia ou intervenção de tratamento, você mede os sinais vitais com mais frequência para detectar complicações. Em uma clínica ou ambulatório, você obtém os sinais vitais antes que o profissional de saúde examine o paciente e depois de quaisquer procedimentos invasivos. Conforme a condição física do paciente piora, frequentemente é necessário monitorar os sinais vitais até a cada 5 a 10 minutos. A enfermeira é responsável por julgar se as avaliações mais frequentes são necessárias (Quadro 30-2).

Quadro 30-2 Quando Medir os Sinais Vitais

- Na internação em uma unidade de saúde
- Ao avaliar um paciente durante as visitas domiciliares
- Em um hospital, em uma programação de rotina de acordo com o pedido do profissional de saúde ou normas de práticas hospitalares antes, durante e após um procedimento cirúrgico ou procedimento diagnóstico invasivo
- Antes, durante e após uma transfusão de sangue e hemoderivados
- Antes, durante e após a administração de medicamentos ou terapias que afetam as funções cardiovascular, respiratória ou de controle de temperatura
- Quando a condição física geral de um paciente muda (p.ex., perda de consciência ou aumento da intensidade da dor)

- Antes, durante e depois das intervenções de enfermagem que influenciam um sinal vital (p.ex., antes de um paciente que estava previamente no leito deambular ou antes de um paciente realizar exercícios de amplitude de movimento)
- Quando um paciente relata sintomas inespecíficos de desconforto físico (p.ex., sensação de "engraçado" ou "diferente")

- Use as medições dos sinais vitais para determinar indicações para administração de medicamentos. Por exemplo, dar certos medicamentos cardíacos somente dentro de uma variação de pulso ou valores da PA. Administre antipiréticos quando a temperatura estiver elevada fora do intervalo aceitável para o paciente. Conheça os limites aceitáveis para os seus pacientes antes de administrar os medicamentos.
- Analise os resultados da medição de sinais vitais com base na condição do paciente e história clínica passado.
- Verifique e comunique alterações significativas nos sinais vitais. As medições de linha de base fornecem um ponto de partida para identificar e interpretar com precisão possíveis mudanças. Quando os sinais vitais parecem anormais, faça com que outra enfermeira ou profissional de saúde repita a medição para verificar as leituras. Informe a enfermeira responsável ou o profissional de saúde imediatamente, registre os achados na documentação de seu paciente e relate as alterações de sinais vitais para as enfermeiras durante a comunicação de informações sobre o paciente (TJC, 2016)
- Oriente o paciente ou familiar cuidador sobre a avaliação de sinais vitais e o significado dos resultados.

Temperatura corporal

Fisiologia

A temperatura do corpo é a diferença entre a quantidade de calor produzido por processos corporais e a quantidade perdida para o ambiente externo.

Produção de Calor – Perda de Calor = Temperatura Corporal

Apesar de extremos nas condições ambientais e da atividade física, os mecanismos de controle de temperatura dos seres humanos mantêm a **temperatura central** (temperatura dos tecidos profundos) relativamente constante (Fig. 30-1). Contudo, a temperatura da superfície varia, dependendo do fluxo de sangue para a pele e da quantidade de calor perdido para o ambiente externo. Os tecidos e células do corpo funcionam eficientemente dentro de um intervalo estreito, de 36°C a 38°C, mas não há uma temperatura única que seja normal para todas as pessoas.

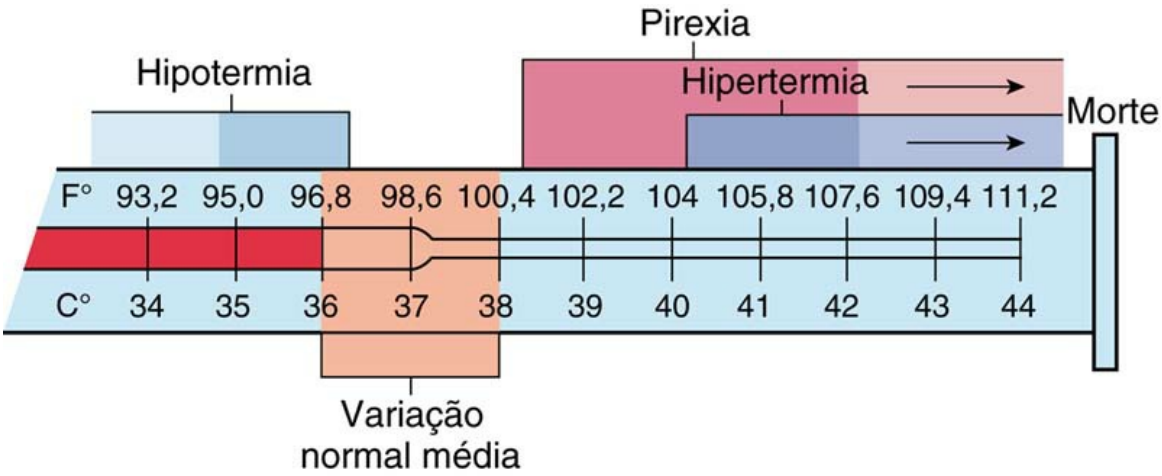


FIGURA 30-1 Variações dos valores de temperatura corporal normal e alterações anormais da temperatura.

O local de medição de temperatura (oral, retal, membrana timpânica, artéria temporal, esofágico, artéria pulmonar, axilar ou até mesmo bexiga) é um fator que determina a temperatura de um paciente. Para os adultos jovens saudáveis, a temperatura oral média é de 37°C. Na população idosa, a temperatura central varia de 35°C a 36,1°C como resultado da imunidade diminuída (Touhy and Jett, 2014). A hora do dia também afeta a temperatura do corpo, com a temperatura mais baixa às 6h e a temperatura mais alta às 16h em pessoas saudáveis. As medidas invasivas, tais como com um cateter de artéria pulmonar, são consideradas temperaturas centrais; enquanto as temperaturas axilares são um reflexo da temperatura da superfície do corpo. É importante lembrar que uma medição de temperatura corporal consistente a partir de um único local permite monitorar padrões de temperatura corporal do seu paciente. À medida que você avalia essas tendências de temperatura, você pode colaborar com a equipe de saúde para determinar se um local de medição da temperatura corporal é mais apropriado.

Regulação da Temperatura Corporal

Os mecanismos fisiológicos e comportamentais regulam o equilíbrio entre a perda de calor e o calor produzido, ou **termorregulação**. Para a temperatura do corpo ficar constante e dentro de uma faixa aceitável, vários mecanismos mantêm a relação entre a produção e a perda de calor. Aplicar o conhecimento dos mecanismos de controle de temperatura para promover a regulação da temperatura.

Controle Neural e Vascular

O hipotálamo, localizado entre os hemisférios cerebrais, controla a temperatura corporal da mesma forma que um termostato funciona em casa. A temperatura confortável é o "ponto de ajuste" em que um sistema de aquecimento funciona. No lar, uma queda na temperatura ambiental ativa a caldeira de calefação, ao passo que um aumento da temperatura desliga o sistema.

O hipotálamo detecta pequenas mudanças na temperatura corporal. O hipotálamo anterior controla a perda de calor, e o hipotálamo

posterior controla a produção de calor. Quando as células nervosas no hipotálamo anterior ficam aquecidas além do ponto de ajuste, impulsos são enviados para reduzir a temperatura corporal. Mecanismos de perda de calor incluem transpiração, vasodilatação (alargamento dos vasos sanguíneos) e a inibição da produção de calor. O corpo redistribui sangue para vasos da superfície para promover a perda de calor.

Se o hipotálamo posterior detectar que a temperatura do corpo está menor que o ponto de ajuste, o corpo inicia mecanismos de conservação de calor. A vasoconstrição (estreitamento dos vasos sanguíneos) reduz o fluxo de sangue para a pele e extremidades. A produção de calor compensatória é estimulada através de contração muscular voluntária e tremores musculares. Quando a vasoconstrição é ineficaz na prevenção da perda de calor adicional, começam os tremores. A doença ou o trauma do hipotálamo ou da medula espinhal, que transporta mensagens hipotalâmicas, provoca graves alterações no controle da temperatura.

Produção de Calor

A regulação da temperatura depende de processos de produção de calor normal. O calor produzido pelo corpo é um subproduto do metabolismo, que é a reação química em todas as células do corpo. O alimento é a fonte primária de combustível para o metabolismo. As atividades que requerem reações químicas adicionais aumentam a taxa metabólica. Conforme o metabolismo aumenta, calor adicional é produzido. Quando o metabolismo diminui, menos calor é produzido. A produção de calor ocorre durante o repouso, movimentos voluntários, tremor involuntário e termogênese sem tremores de frio.

- O metabolismo basal é responsável pelo calor produzido pelo corpo em repouso absoluto. A **taxa metabólica basal (TMB)** média depende da área de superfície corporal. Os hormônios da tireoide também afetam a TMB. Ao promover a degradação de glicose e de gordura corporal, os hormônios da tireoide aumentam a taxa de reações químicas em quase todas as células do corpo. Quando grandes quantidades de hormônios da tireoide são secretadas, a

TMB pode aumentar 100% acima do normal. A ausência de hormônios da tireoide reduz a TMB pela metade, causando uma diminuição na produção de calor. O hormônio masculino testosterona aumenta a TMB. Os homens têm uma TMB maior que as mulheres.

- Os movimentos voluntários, tais como a atividade muscular durante o exercício, necessitam de energia adicional. A taxa metabólica aumenta durante a atividade, às vezes fazendo que a produção de calor aumente até 50 vezes o normal.
- Os **tremores por frio** são uma resposta do organismo involuntária a diferenças de temperatura no corpo. O movimento do músculo esquelético durante os tremores por frio requer energia significativa. O tremor por frio algumas vezes aumenta a produção de calor 4 a 5 vezes mais que o normal. O calor que é produzido ajuda a compensar a temperatura corporal e o tremor por frio cessa. Em pacientes vulneráveis o tremor por frio drena severamente fontes de energia, resultando em uma maior deterioração fisiológica.
- A **termogênese sem tremores por frio** ocorre principalmente em recém-nascidos. Como os recém-nascidos não podem tremer por frio, uma quantidade limitada de tecido marrom vascular, presente no nascimento, é metabolizada para a produção de calor.

Perda de Calor

A perda de calor e a produção de calor ocorrem simultaneamente. A estrutura da pele e a exposição ao ambiente resultam na perda de calor normal constante através de radiação, condução, convecção e evaporação.

A **radiação** é a transferência de calor a partir da superfície de um objeto para a superfície de outro sem contato direto entre os dois. Até 85% da área da superfície do corpo humano irradia calor para o ambiente. A vasodilatação periférica aumenta o fluxo de sangue a partir dos órgãos internos para a pele para aumentar a perda de calor radiante. A vasoconstrição periférica minimiza a perda de calor radiante. A radiação aumenta conforme a diferença de temperatura

entre os objetos aumenta. A perda de calor por radiação pode ser considerável durante a cirurgia, quando a pele do paciente está exposta a um ambiente fresco. No entanto, se o ambiente for mais quente que a pele, o corpo absorverá o calor através de radiação.

A posição do paciente aumenta a perda de calor de radiação (p.ex., a posição em pé expõe uma maior área de superfície de radiação, e ficar deitado em uma posição fetal minimiza a radiação de calor). Ajude a promover a perda de calor através de radiação pela remoção de roupa ou cobertores. Cobrir o corpo com roupas justas e escuras diminui a quantidade de calor perdido a partir de radiação.

A **condução** é a transferência de calor de um objeto para outro com contato direto. Sólidos, líquidos e gases conduzem o calor através do contato. Quando a pele quente toca um objeto mais frio, o calor é perdido. A condução normalmente é responsável por uma pequena quantidade de perda de calor. Aplicar uma bolsa de gelo ou dar banho em um paciente com um pano frio aumenta a perda de calor por condução. A aplicação de várias camadas de roupa reduz a perda condução. O corpo ganha calor por condução quando entra em contato com os materiais mais quentes que a temperatura da pele (p.ex., a aplicação de uma almofada de aquatermia).

A **convecção** é a transferência de calor para longe pelo movimento do ar. Um ventilador promove a perda de calor através de convecção. A taxa de perda de calor aumenta quando a pele umedecida entra em contato com o ar ligeiramente em movimento.

A **evaporação** é a transferência da energia de calor quando um líquido é alterado para um gás. O corpo perde continuamente calor por evaporação. Aproximadamente 600 a 900 mL por dia evaporam da pele e dos pulmões, resultando em perda de água e de calor. Ao regular a perspiração ou transpiração, o corpo promove a perda de calor por evaporação adicional. Quando a temperatura do corpo sobe, o hipotálamo anterior sinaliza para as glândulas sudoríparas liberarem a transpiração através de minúsculos ductos na superfície da pele. O suor evapora, resultando em perda de calor. Durante o exercício físico mais de 80% do calor produzido é perdido por evaporação.

A **diaforese** é a transpiração visível que ocorre principalmente na testa e na parte superior do tórax, embora ela possa ser observada em outros lugares no corpo. Para cada hora de exercício em condições de calor, de 0,5 a 2 L de fluido corporal podem ser perdidos no suor (Rowland, 2011). A evaporação excessiva provoca descamação da pele, prurido e secura das narinas e faringe. Uma temperatura corporal diminuída inibe a secreção de glândulas sudoríparas. Pessoas que têm uma ausência congênita de glândulas sudoríparas ou uma doença de pele grave que prejudica a transpiração são incapazes de tolerar temperaturas quentes, porque elas não conseguem se refrescar adequadamente.

Pele na Regulação da Temperatura

A pele regula a temperatura do meio de isolamento do corpo, vasoconstrição (que afeta a quantidade de fluxo sanguíneo e a perda de calor para a pele) e sensação de temperatura. A pele, o tecido subcutâneo e a gordura mantêm o calor no interior do corpo. Pessoas com mais gordura corporal têm mais isolamento natural que as pessoas magras e musculosas.

A forma como a pele controla a temperatura do corpo é semelhante à maneira como um radiador de automóvel controla a temperatura do motor. Um motor de automóvel gera uma grande quantidade de calor. A água é bombeada através do motor para recolher o calor e transportá-lo para o radiador, onde um ventilador transfere o calor da água para o ar exterior. No corpo humano, os órgãos internos produzem calor; durante o exercício ou o aumento da estimulação simpática (tal como na resposta ao estresse), a quantidade de calor produzido é maior que a temperatura central normal. O sangue flui a partir dos órgãos internos, dissipando o calor para a superfície do corpo. A pele tem muitos vasos sanguíneos, especialmente nas áreas das mãos, pés e orelhas. O fluxo de sangue através dessas áreas vasculares de pele varia a partir de um fluxo mínimo de até 30% do sangue ejetado a partir do coração. O calor é transferido a partir do sangue, através das paredes dos vasos, para a superfície da pele e é perdido para o ambiente através dos mecanismos de perda de calor. A

temperatura central do corpo permanece dentro de limites seguros.

O grau de vasoconstrição determina a quantidade de fluxo sanguíneo e a perda de calor para a pele. Se a temperatura central for demasiadamente elevada, o hipotálamo inibe a vasoconstrição. Como resultado, os vasos sanguíneos dilatam e mais sangue atinge a superfície da pele. Em um dia quente e úmido, os vasos sanguíneos nas mãos estão dilatados e facilmente visíveis. Em contraste, se a temperatura central se tornar demasiado baixa, o hipotálamo inicia a vasoconstrição e o fluxo de sangue para a pele diminui para conservar calor.

Controle Comportamental

Os indivíduos saudáveis são capazes de manter a temperatura corporal confortável quando expostos a temperaturas extremas. A capacidade de uma pessoa para controlar a temperatura corporal depende (1) do grau de temperatura extrema, (2) da capacidade da pessoa para sentir se sente-se confortável ou desconfortável, (3) dos processos de pensamento ou emoções e (4) da mobilidade ou da capacidade da pessoa para tirar ou colocar roupas. Os indivíduos são incapazes de controlar a temperatura corporal se qualquer uma dessas habilidades for perdida. Por exemplo, os lactentes são capazes de sentir condições quentes desconfortáveis, mas precisam de ajuda para mudar seu ambiente. Os idosos algumas vezes precisam de ajuda para detectar ambientes frios e minimizar a perda de calor. As enfermidades, um nível de consciência diminuído ou processos de pensamento prejudicados resultam em uma incapacidade de reconhecer a necessidade de mudar o comportamento para o controle de temperatura. Quando as temperaturas tornam-se extremamente quentes ou frias, comportamentos que promovem a saúde, tais como tirar ou colocar roupas, têm um efeito limitado sobre o controle da temperatura.

Fatores que Afetam a Temperatura Corporal

Muitos fatores afetam a temperatura corporal. Mudanças na temperatura do corpo dentro de uma faixa aceitável ocorrem quando

os mecanismos fisiológicos ou comportamentais alteram a relação entre a produção de calor e a perda de calor. Esteja ciente desses fatores ao avaliar as variações de temperatura e ao avaliar os desvios do normal.

Idade

Ao nascer, o recém-nascido deixa um ambiente quente e relativamente constante e entra em um no qual as temperaturas oscilam muito. Os mecanismos de controle de temperatura são imaturos. A temperatura de um lactente responde drasticamente a alterações no ambiente. Tome cuidado extra para proteger os recém-nascidos de temperaturas ambientais. Forneça a roupa adequada e evite a exposição dos lactentes a temperaturas extremas. Um recém-nascido perde até 30% do calor do corpo através da cabeça e, portanto, precisa usar um gorro para evitar a perda de calor. Quando protegido de condições ambientais extremas, a temperatura corporal do recém-nascido fica geralmente dentro de 35,5°C a 37,5°C.

A regulação da temperatura é instável até que as crianças atinjam a puberdade. A variação de temperatura normal gradualmente diminui à medida que o indivíduo se aproxima da idade adulta mais avançada. O idoso tem uma variação mais estreita de temperaturas corporal que o adulto jovem. As temperaturas orais de 35°C algumas vezes são encontradas em idosos em clima frio. Todavia, a temperatura corporal média dos idosos é de aproximadamente 35°C a 36,1°C. Os idosos são particularmente sensíveis a temperaturas extremas por causa da deterioração dos mecanismos de controle, do controle vasomotor particularmente precário (controle de vasoconstrição e vasodilatação), das quantidades reduzidas de tecido subcutâneo, da atividade reduzida das glândulas sudoríparas e do metabolismo reduzido.

Exercício

A atividade muscular requer um maior fornecimento de sangue e carboidrato e quebra de gordura. Qualquer forma de exercício

aumenta o metabolismo e a produção de calor e, assim sendo, a temperatura corporal. O exercício extenuante e prolongado, tal como corrida de longa distância, aumenta temporariamente a temperatura corporal.

Nível Hormonal

Em geral, as mulheres experimentam maiores flutuações na temperatura corporal que os homens por causa das variações hormonais durante o ciclo menstrual, quando os níveis de progesterona sobem e descem ciclicamente. No momento que os níveis de progesterona estão baixos, a temperatura do corpo está alguns décimos de um grau abaixo do nível da linha de base. A temperatura mais baixa prevalece até que ocorra a ovulação. Ao longo da ovulação, maiores quantidades de progesterona entram no sistema circulatório e elevam a temperatura corporal para níveis na linha de base anteriores ou maiores. Essas variações de temperatura ajudam a prever o período mais fértil de uma mulher para se conseguir a gravidez.

As alterações da temperatura corporal também ocorrem em mulheres durante a menopausa (cessação da menstruação). Com frequência, as mulheres que pararam de menstruar passam por períodos de calor corporal intenso e sudorese com duração de 30 segundos a 5 minutos. Nesses períodos, com frequência, a temperatura da pele tem aumentos intermitentes de até 4°C, chamados de fogachos, causados pela instabilidade dos controles vasomotores para a vasodilatação e a vasoconstrição.

Ritmo Circadiano

A temperatura corporal normalmente muda de 0,5°C a 1°C durante um período de 24 horas; porém, ela é um dos ritmos mais estáveis nos seres humanos. É geralmente menor entre 1h e 4h (Fig. 30-2). Durante o dia, a temperatura do corpo aumenta de forma constante até um valor de temperatura máxima aproximadamente às 16h e então diminui para os níveis da manhã. Os padrões de temperatura não são

revertidos automaticamente nas pessoas que trabalham à noite e dormem durante o dia. Leva de 1 a 3 semanas para a reversão do ciclo. Em geral, o ritmo circadiano da temperatura não muda com a idade.

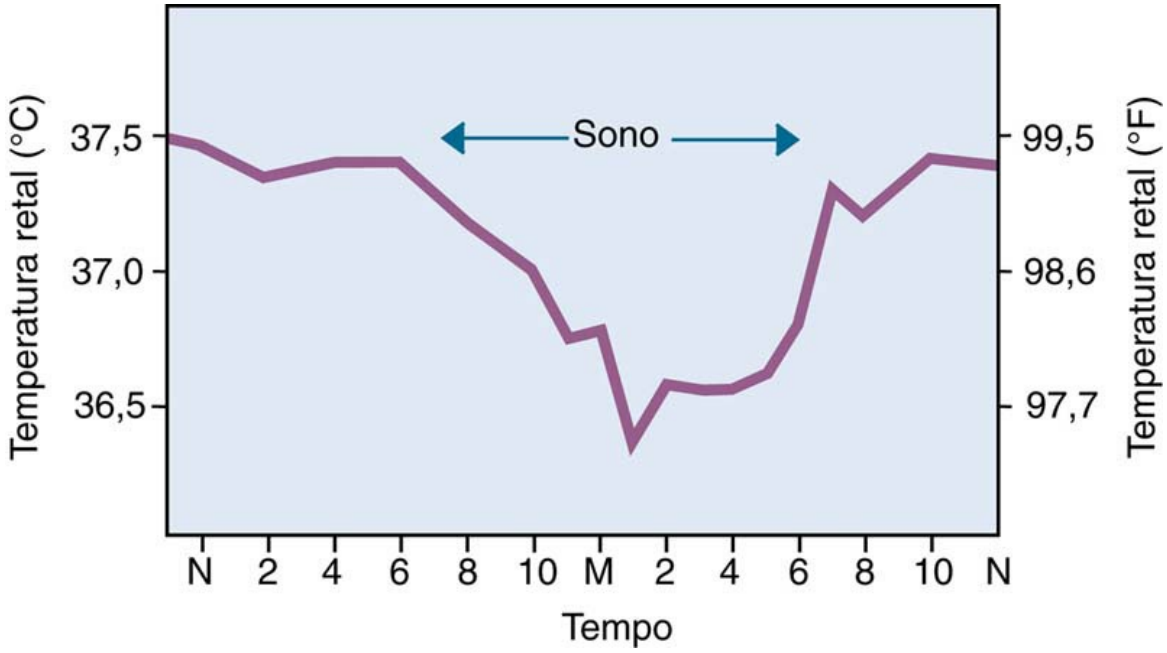


FIGURA 30-2 Ciclo de temperatura por 24 horas.

Estresse

O estresse físico e emocional aumenta a temperatura do corpo através da estimulação hormonal e neural (Cap. 38). Essas alterações fisiológicas aumentam o metabolismo, o que aumenta a produção de calor. Com frequência, um paciente que está ansioso com a entrada em um hospital ou em um consultório de um profissional de saúde tem uma temperatura normal superior.

Ambiente

O ambiente influencia a temperatura do corpo. Quando colocado em uma sala quente, um paciente pode ser incapaz de regular a temperatura corporal pelos mecanismos de perda de calor, e a

temperatura do corpo pode subir. Se o paciente estiver em ambiente externo, no frio, sem roupas quentes, a temperatura do corpo pode ser baixa como resultado de extensa perda de calor radiante e por condução. As temperaturas ambientais afetam lactentes e idosos com mais frequência, porque os seus mecanismos de regulação de temperatura são menos eficientes.

Alterações de Temperatura

As alterações na temperatura do corpo fora do intervalo habitual estão relacionadas com a produção excessiva de calor, a perda de calor excessiva, a produção de calor mínima, a perda de calor mínima ou qualquer combinação dessas alterações.

Febre

A **febre**, ou **pirexia**, ocorre porque os mecanismos de perda de calor são incapazes de acompanhar o ritmo da produção excessiva de calor, resultando em um aumento anormal da temperatura corporal. Uma febre geralmente não é prejudicial se ela ficar abaixo de 39°C em adultos ou abaixo de 40°C em crianças. Uma simples leitura da temperatura nem sempre indica uma febre. Em adição aos sinais físicos e sintomas de infecção, a determinação da febre baseia-se em várias leituras de temperatura em diferentes momentos do dia, em comparação com o valor normal para essa pessoa naquele momento.

Uma febre verdadeira resulta de uma alteração do ponto de ajuste hipotalâmico. Os **pirógenos**, tais como bactérias e vírus, elevam a temperatura do corpo. Eles agem como antígenos, desencadeando respostas do sistema imunológico. O hipotálamo reage para elevar o ponto de ajuste, e o corpo responde produzindo e conservando o calor. Várias horas passam antes que a temperatura corporal atinja o novo ponto de ajuste. Durante esse período, a pessoa tem calafrios, tremores por frio e frio, embora a temperatura do corpo esteja aumentando (Fig. 30-3). A fase do calafrio resolve-se quando o novo ponto de ajuste, uma temperatura mais elevada, é alcançado. Ao longo da próxima fase, o platô, os calafrios diminuem, e a pessoa se sente quente e seca. Se o novo ponto de ajuste for "ultrapassado" ou

se os pirógenos forem removidos (p.ex., destruição de bactérias por antibióticos), ocorre a terceira fase de um episódio **febril**. O ponto de ajuste do hipotálamo cai, iniciando respostas de perda de calor. A pele fica quente e ruborizada por causa da vasodilatação. A diaforese auxilia na perda de calor por evaporação. Quando a febre "cessa", o paciente torna-se **afebril**.

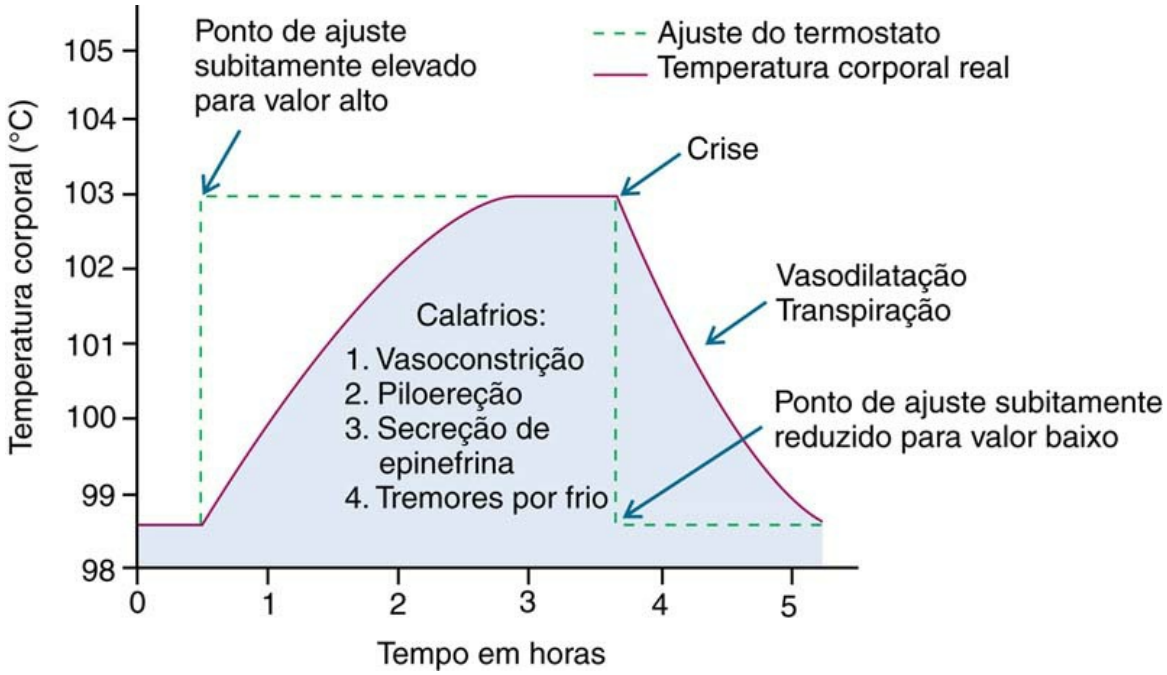


FIGURA 30-3 Efeito da alteração do ponto de ajuste de controle de temperatura hipotalâmico durante a febre.
(Modificado de Guyton AC, Hall JE: *Textbook of medical physiology,* ed 12, Philadelphia, 2011, Saunders.)

A febre é um importante mecanismo de defesa. Leves elevações da temperatura para até 39°C reforçam o sistema imunológico do corpo. Durante um episódio febril, a produção de leucócitos é estimulada. O aumento da temperatura reduz a concentração de ferro no plasma sanguíneo, suprimindo o crescimento de bactérias. A febre também combate as infecções virais através da estimulação do interferon, a substância natural de combate aos vírus do corpo.

As febres e os padrões de febre servem a um propósito de diagnóstico. Os padrões de febre diferem, dependendo do pirógeno

causador (Quadro 30-3). O aumento ou a diminuição na atividade de pirógenos resulta em picos de febre e declina em diferentes momentos do dia. A duração e o grau de febre depende da força do pirógeno e da capacidade do indivíduo para responder. O termo **febre de origem desconhecida** refere-se a uma febre com uma causa indeterminada.

Quadro 30-3 Padrões de Febre

Sustentada: Uma temperatura corporal constante continuamente acima de 38°C que tem pouca flutuação

Intermitente: Picos de febre intercalados com níveis de temperatura habituais (A temperatura volta ao valor aceitável pelo menos uma vez a cada 24 horas.)

Remitente: Picos e quedas de febre sem um retorno a níveis de temperatura aceitáveis.

Reincidente: Períodos de episódios febris e períodos com valores de temperatura aceitáveis (Episódios febris e períodos de normotermia são com frequência mais longos que 24 horas.)

No período de uma febre celular, o metabolismo aumenta, assim como o consumo de oxigênio. O metabolismo do corpo aumenta 10% para cada grau Celsius de elevação da temperatura. As frequências cardíaca e respiratória aumentam para preencher as necessidades metabólicas do organismo de nutrientes. O metabolismo aumentado utiliza energia que produz calor adicional. Se um paciente tem um problema cardíaco ou respiratório, o estresse de uma febre é grande. Uma febre prolongada enfraquece um paciente pelo esgotamento das reservas de energia. O metabolismo aumentado requer oxigênio adicional. Se o corpo não pode preencher essa demanda, ocorre hipóxia celular (oxigênio insuficiente). A hipóxia do miocárdio produz angina (dor no peito), e a cerebral produz confusão. As intervenções durante uma febre incluem a terapia de oxigênio. Quando a perda de água através do aumento da respiração e da diaforese for excessiva, o paciente está em risco de déficit de volume de líquidos. A desidratação é um sério problema para os idosos e crianças com baixo

peso corporal. A manutenção do estado ótimo de volume de fluido é uma ação de enfermagem importante (Cap. 42).

Hipertermia

Uma temperatura corporal elevada relacionada com a incapacidade do corpo para promover a perda de calor ou reduzir a produção de calor é a **hipertermia**. Considerando que a febre é um deslocamento para cima no ponto de ajuste, a hipertermia resulta de uma sobrecarga dos mecanismos de termorregulação do corpo. Qualquer doença ou trauma no hipotálamo prejudica os mecanismos de perda de calor. A **hipertermia maligna** é uma condição hereditária da produção de calor descontrolada que ocorre quando as pessoas suscetíveis recebem certas medicações anestésicas.

Termoplegia

O calor deprime a função hipotalâmica. A exposição prolongada ao sol ou a um ambiente de alta temperatura supera os mecanismos de perda de calor do corpo. Essas condições causam **termoplegia**, definida como uma temperatura corporal de 40°C ou mais (Goforth e Kazman, 2015). A termoplegia é uma emergência de calor perigosa com uma alta taxa de mortalidade. Os pacientes em risco incluem os muito jovens ou muito velhos e aqueles que têm doença cardiovascular, hipotireoidismo, diabetes ou alcoolismo. Também estão em risco aqueles que tomam medicamentos que diminuem a capacidade do corpo para perder calor (p.ex., fenotiazinas, anticolinérgicos, diuréticos, anfetaminas antagonistas dos receptores beta-adrenérgicos) e aqueles que se exercitam ou trabalham arduamente (p.ex., atletas, trabalhadores da construção civil e agricultores).

Os sinais e sintomas de termoplegia incluem tontura, confusão, delírio, excesso de sede, náuseas, cãibras musculares, distúrbios visuais e até mesmo incontinência. Os sinais vitais revelam uma temperatura corporal algumas vezes tão elevada quanto 45°C, com um aumento na frequência cardíaca (FC) e redução da PA. O sinal mais importante da termoplegia é a pele quente e seca. As vítimas de

termoplegia não transpiram por causa da grave perda de eletrólitos e do mau funcionamento do hipotálamo. Se a doença progredir, um paciente com termoplegia torna-se inconsciente, com pupilas fixas não reativas. Ocorrem danos neurológicos permanentes a menos que sejam iniciadas medidas de resfriamento rapidamente.

Exaustão por Calor

A **exaustão por calor** ocorre quando a diaforese profusa resulta em excesso de perda de água e de eletrólitos. Causada pela exposição ao calor ambiental, um paciente apresenta sinais e sintomas de volume de líquido deficiente (Cap. 42). Os primeiros socorros incluem o transporte do paciente para um ambiente mais frio e a restauração do equilíbrio de fluidos e eletrólitos.

Hipotermia

A perda de calor durante a exposição prolongada ao frio ultrapassa a capacidade do corpo para produzir calor, causando hipotermia. A **hipotermia** é classificada por medições de temperatura central (Tabela 30-1). Algumas vezes, ela é não intencional, tal como cair no gelo de um lago congelado. Ocasionalmente, a hipotermia é induzida intencionalmente durante procedimentos cirúrgicos ou de emergência para reduzir a demanda metabólica e a necessidade do corpo por oxigênio.

Tabela 30-1
Classificação de Hipotermia

	Celsius	Fahrenheit
Leve	34° a 36°	93,2° a 96,8°
Moderada	30° a 34°	86,0° a 93,2°
Severa	< 30°	< 86°

A hipotermia acidental geralmente se desenvolve gradualmente e passa despercebida por várias horas. Quando a temperatura da pele cai abaixo de 34°C, o paciente sofre tremores por frio descontroladamente, perda de memória, depressão e julgamento

precário. À medida que a temperatura do corpo cai mais ainda, caem a FC, a frequência respiratória e a PA. A pele torna-se cianótica. Os pacientes apresentam arritmias cardíacas, perda de consciência e falta de resposta a estímulos dolorosos se a hipotermia progredir. Em casos de grave hipotermia, a pessoa demonstra sinais clínicos semelhantes aos da morte (p.ex., falta de resposta a estímulos e respirações e pulso extremamente lentos). Quando se suspeitar de hipotermia, a avaliação da temperatura central é crucial. Um termômetro especial de leitura baixa é necessário, porque os dispositivos-padrão não registram abaixo de 35°C.

A **geladura ou queimadura pelo frio** ocorre quando o corpo é exposto a temperaturas subnormais. Cristais de gelo formam-se no interior das células e ocorrem danos permanentes circulatório e tecidual. As áreas particularmente suscetíveis a geladuras são os lóbulos das orelhas, a ponta do nariz e os dedos das mãos e os artelhos dos pés. A área lesionada torna-se branca, cerosa e firme ao toque. O paciente perde a sensação na área afetada. As intervenções incluem medidas de aquecimento gradual, analgesia e proteção do tecido lesado.

Processo de enfermagem

Aplicar o processo de enfermagem e usar uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado dos pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para você desenvolver e implementar um plano individualizado de cuidado.

O conhecimento da fisiologia da regulação da temperatura corporal é essencial para avaliar e evoluir a resposta de um paciente às alterações de temperatura e intervir de forma segura. Implemente medidas independentes para aumentar ou minimizar a perda de calor, promover a conservação de calor e aumentar o conforto. Essas medidas complementam os efeitos das terapias medicamente recomendadas durante a doença. Você também fornece educação para os membros da família, os pais das crianças ou outros cuidadores.

Histórico de Enfermagem

Em todo o processo de coleta de dados, deve-se avaliar cuidadosamente cada paciente e analisar criticamente os resultados para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente exigidas para os cuidados de enfermagem seguros.

Pelos Olhos do Paciente

Identificar os valores do seu paciente, as crenças, os tratamentos atuais e as expectativas em relação ao tratamento da febre. Quando possível, selecionar o local de temperatura preferido pelo paciente. Incluir as preferências do paciente ao selecionar intervenções não farmacológicas para hipertermia (p.ex., cobertores de resfriamento, banhos tépidos, ventiladores).

Locais

A temperatura corporal central e da superfície podem ser medidas em

diversos locais. As unidades de cuidados intensivos usam as temperaturas centrais da artéria pulmonar, esôfago e bexiga urinária. Essas medições requerem o uso de dispositivos invasivos contínuos colocados em cavidades do corpo ou órgãos e exibem continuamente leituras num monitor eletrônico.

Use um termômetro para obter as medições de temperatura intermitentes da boca, reto, membrana timpânica ou artéria temporal. As medições de temperatura axilar, obtidas pela colocação de um termômetro sob a axila, não são recomendadas em adultos, porque elas mostraram ser imprecisas e refletir fracamente a temperatura central (Haugan et al., 2012; Reynolds et al., 2014). No entanto, as medições axilares mostraram ser tão confiáveis quanto a medição da temperatura retal em lactentes estáveis (Charafeddine et al., 2014). Você pode aplicar adesivos de termômetro quimicamente preparados não invasivos na pele. Os locais de temperatura oral, retal e cutânea dependem da circulação sanguínea eficaz no local de medição. O calor do sangue é conduzido para a sonda do termômetro. A temperatura timpânica baseia-se na radiação de calor do corpo para um sensor infravermelho. Como a membrana timpânica compartilha o mesmo fornecimento de sangue arterial com o hipotálamo, ela é uma temperatura central. As medições da artéria temporal detectam a temperatura do fluxo de sangue cutâneo.

Para garantir leituras de temperatura precisas, medir cada local corretamente (consultar Procedimento 30-1 mais adiante). A temperatura obtida varia, dependendo do local utilizado, mas está normalmente entre 36°C e 38°C. As temperaturas retais são geralmente 0,5°C maiores que as temperaturas orais. Cada um dos locais de medição de temperatura comuns tem vantagens e desvantagens (Quadro 30-4). Escolha o local mais seguro e mais preciso para cada paciente. Sempre que possível, use o mesmo local quando as medições repetidas são necessárias.

Quadro 30-4 Vantagens e Desvantagens na Seleção dos Locais de Medição de

Temperatura

Vantagens do Local	Limitações do Local
Oral	
Facilmente acessível – não requer nenhuma mudança de posição Confortável para o paciente Fornece leitura da temperatura da superfície precisa Reflete uma mudança rápida da temperatura central Via confiável para medir a temperatura em pacientes que estão entubados	Provoca atraso na medição se o paciente tiver recentemente ingerido líquidos quentes/frios ou alimentos, fumado ou estiver recebendo oxigênio por máscara/cânula Não para os pacientes que tiveram cirurgia oral, trauma, histórico de epilepsia ou calafrios Não para lactentes, crianças pequenas ou pacientes que estão confusos, inconscientes ou não cooperativos Risco de exposição a fluido corporal
Membrana Timpânica	
Local facilmente acessível Reposicionamento de paciente mínimo exigido Obtida sem perturbar, em vigília ou reposicionando os pacientes Usada em pacientes com taquipneia sem afetar a respiração Sensível às mudanças de temperatura central Medição muito rápida (2 a 5 segundos) Não afetada pela ingestão oral de alimentos ou líquidos ou fumo Usada em recém-nascidos para reduzir a manipulação da criança e a perda de calor (Ozdemir et al., 2011) Não afetada pelas temperaturas ambientais (Schey et al., 2010)	Mais variabilidade da medição que com outros dispositivos de temperatura central Requer a remoção de aparelhos auditivos antes da medição Requer tampa do sensor descartável com apenas um tamanho disponível Otite média e impactação de cerume distorce as leituras Não é usada em pacientes que tiveram a cirurgia do ouvido ou da membrana timpânica Não mede com precisão as mudanças de temperatura central durante e após o exercício Não obtém medição contínua Afetada por dispositivos de temperatura ambiente, tais como incubadoras, berços aquecidos e ventiladores faciais Quando utilizada em recém-nascidos, lactentes e crianças com menos de 3 anos, tenha cuidado para posicionar o dispositivo corretamente, porque a anatomia do canal auditivo torna difícil a posição Imprecisões relatadas causadas pelo posicionamento incorreto da unidade portátil
Retal	
Defendida como a mais confiável quando é difícil ou impossível obter a temperatura oral	Fica para trás da temperatura central durante as mudanças bruscas de temperatura Inadequada para pacientes com diarreia, distúrbios retais ou tendências hemorrágicas ou aqueles que fizeram cirurgia retal Exige posicionamento, é com frequência constrangedora para o paciente e gera ansiedade Risco de exposição de fluido corporal e danos à mucosa retal Requer lubrificação Inadequada para os sinais vitais de rotina em recém-nascidos Leituras influenciadas por fezes impactadas

Pele	
Baixo custo Fornece leitura contínua Seguro e não invasivo Usado para recém-nascidos	Medição fica atrás de outros locais durante as mudanças de temperatura, especialmente durante a hipertermia Adesão prejudicada pela diaforese ou suor Leitura afetada pela temperatura ambiental Não pode ser utilizada para pacientes com alergia a adesivos
Artéria Temporal	
De fácil acesso sem mudança de posição Medição muito rápida Confortável sem nenhum risco de lesão do paciente ou enfermeiro Elimina a necessidade de se despir ou ser desenfaixado/desembrulhado Confortável para o paciente Usada em lactentes prematuros, recém-nascidos e crianças (Reynolds et al., 2014) Reflete uma mudança rápida da temperatura central Tampa do sensor não é necessária	Imprecisa quando a cabeça está coberta ou há cabelo na testa Afetada pela umidade da pele, tal como diaforese ou sudorese
Axilar	
Seguro e barato Confiável em lactentes estáveis a termo e prematuros (Charafeddine et al., 2014)	Tempo de medição longo Requer posicionamento contínuo Medição fica atrás da temperatura central durante as mudanças bruscas de temperatura Não recomendada para a detecção de febre Requer exposição do tórax que pode resultar em perda de temperatura, especialmente em recém-nascidos Afetada pela exposição ao ambiente, incluindo o tempo de colocação do termômetro Subestima a temperatura central

Termômetros

Dois tipos de termômetros estão disponíveis para medir a temperatura corporal: eletrônico e descartável. O termômetro de vidro com coluna de mercúrio, que já foi o dispositivo-padrão, foi eliminado dos serviços de saúde nos Estados Unidos por causa dos riscos ambientais do mercúrio. No entanto, alguns pacientes ainda o usam em casa. Quando você encontrar um termômetro desse no domicílio,

ensinar o paciente sobre os dispositivos de temperatura mais seguros e encorajar o descarte de produtos à base de mercúrio em locais apropriados para o descarte de produtos perigosos mais próximos. Os termômetros digitais descartáveis estão facilmente disponíveis para utilização no ambiente doméstico. Aqueles para uso domiciliar são úteis para a triagem de temperatura, mas não são tão precisos quanto os termômetros eletrônicos não descartáveis (Counts et al., 2014).

Cada dispositivo mede a temperatura usando a escala Celsius ou Fahrenheit. Os termômetros eletrônicos convertem as escalas de temperatura pela ativação de um interruptor. Quando for necessário converter as leituras de temperatura, utilizar as seguintes fórmulas:

1. Para converter Fahrenheit para Celsius, subtrair 32 da leitura em Fahrenheit e multiplicar o resultado por 5/9.

$$C = (F - 32) \times 5 / 9$$

$$\text{Exemplo}: 40°C = (104°F - 32) \times 5 / 9$$

2. Para converter Celsius para Fahrenheit, multiplicar a leitura em Celsius por 9/5 e adicionar 32 ao produto.

$$F = (9 / 5 \times °C) + 32$$

$$\text{Exemplo}: 104°F = (9 / 5 \times 40°C) + 32°$$

Termômetro Eletrônico

O termômetro eletrônico é composto por uma unidade com visor alimentada por bateria recarregável, um cabo de arame fino e uma sonda de processamento de temperatura coberta por uma cobertura

de sonda descartável (Fig. 30-4). As sondas inquebráveis separadas estão disponíveis para uso oral e retal. Os termômetros eletrônicos fornecem dois modos de operação: uma temperatura preditiva de 4 segundos e uma temperatura padrão de 3 minutos. As enfermeiras usam o modo preditivo de 4 segundos, que melhora a precisão da medição. Um som toca e uma leitura aparece no visor da unidade quando a leitura de pico de temperatura foi medida.

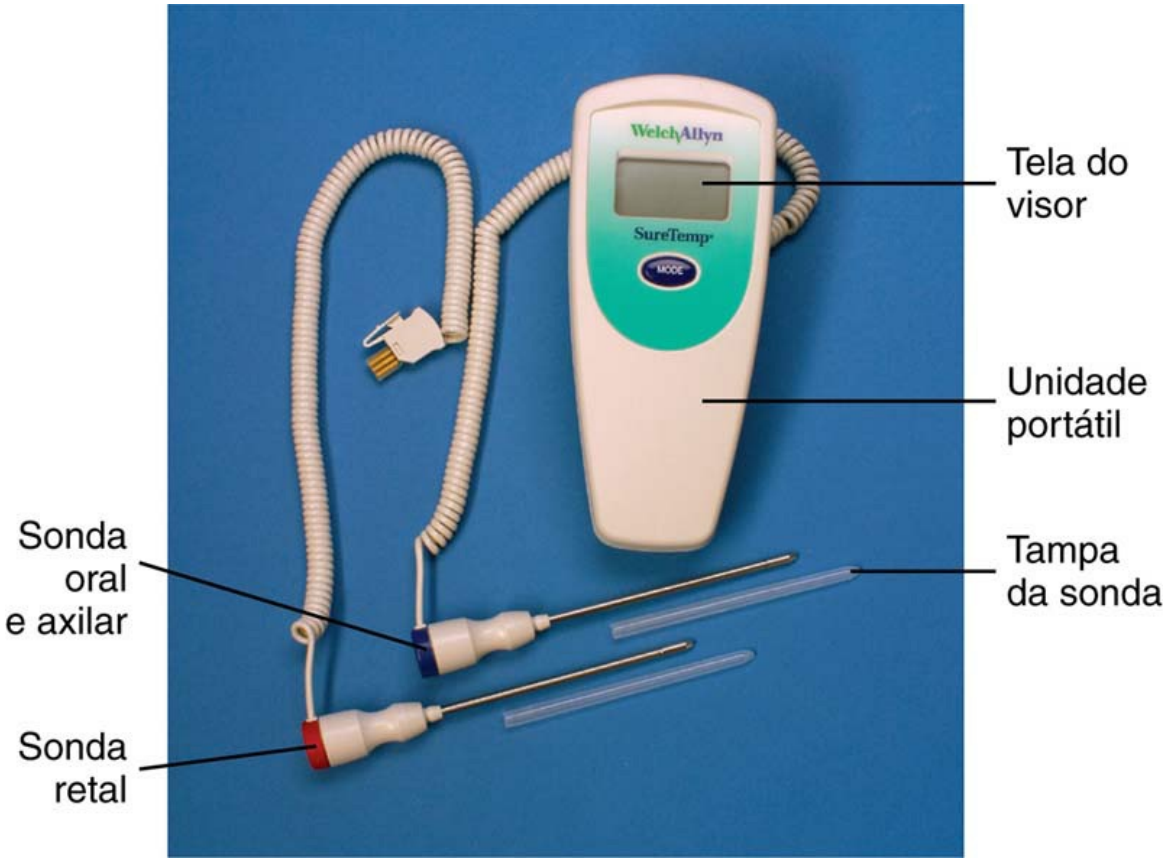


FIGURA 30-4 Termômetro eletrônico. A sonda azul é para uso oral. A sonda vermelha é para uso retal.

Outra forma de termômetro eletrônico é usada exclusivamente para a temperatura timpânica. Um espéculo do tipo otoscópio com uma ponta de sensor infravermelho detecta o calor irradiado a partir da membrana timpânica. Em poucos segundos de colocação no canal auditivo, um som toca e uma leitura aparece no visor da unidade quando a leitura da temperatura de pico foi medida.

Outra forma de termômetro eletrônico mede a temperatura da artéria temporal superficial. Um varredor portátil com uma ponta de sensor infravermelho detecta a temperatura do fluxo sanguíneo cutâneo pela varredura do sensor através da testa e exatamente atrás da orelha (Fig. 30-5). Após a conclusão da varredura, uma leitura aparece no visor da unidade. A temperatura da artéria temporal é uma medida não invasiva confiável da temperatura central.

FIGURA 30-5 Termômetro de artéria temporal fazendo varredura da testa da criança.

As maiores vantagens dos termômetros eletrônicos são que suas leituras aparecem em poucos segundos e eles são fáceis de ler. A bainha de plástico é inquebrável e ideal para crianças. Sua despesa é uma grande desvantagem. A limpeza de manutenção das sondas é uma consideração importante. Por exemplo, se não for devidamente limpa entre os pacientes, a contaminação gastrointestinal da sonda retal provocará a transmissão de doença. Limpe o termômetro diariamente com álcool e a sonda do termômetro com um algodão

embebido em álcool após cada paciente, com especial atenção para as bordas onde a cobertura da sonda é presa na sonda.

Termômetros de Ponto Químico

Os termômetros de ponto químico de uso único ou reutilizáveis (Fig. 30-6) são tiras finas de plástico com um sensor de temperatura em uma extremidade. O sensor é constituído por uma matriz de pontos quimicamente impregnados que mudam de cor em diferentes temperaturas. Na versão Celsius, existem 50 pontos, cada um representando um incremento de temperatura de 0,1°C, ao longo de um intervalo de 35,5°C a 40,4°C. A versão em Fahrenheit tem 45 pontos com incrementos de 0,2°F e um intervalo de 96°F a 104,8°F. Os pontos químicos sobre o termômetro mudam de cor para refletir a leitura de temperatura, geralmente dentro de 60 segundos. A maioria é para uso individual. Em uma marca reutilizável para um único paciente, os pontos químicos voltam à cor original dentro de poucos segundos. Os termômetros de pontos químicos são geralmente para temperaturas orais. Você também pode usá-los para temperaturas retais quando cobertos por uma bainha de plástico e colocados por 3 minutos. Os termômetros de pontos químicos são úteis para temperaturas de triagem, especialmente em lactentes, crianças jovens e pacientes que estão entubados. Como eles com frequência subestimam a temperatura oral em 0,4°C (0,7°F) ou mais, use os termômetros eletrônicos para confirmar as medições feitas com um termômetro de ponto químico quando as decisões de tratamento estiverem envolvidas. Os termômetros de ponto químico são úteis quando se cuida de pacientes em isolamento protetor para evitar a necessidade de levar instrumentos eletrônicos ao quarto do paciente (Cap. 29).

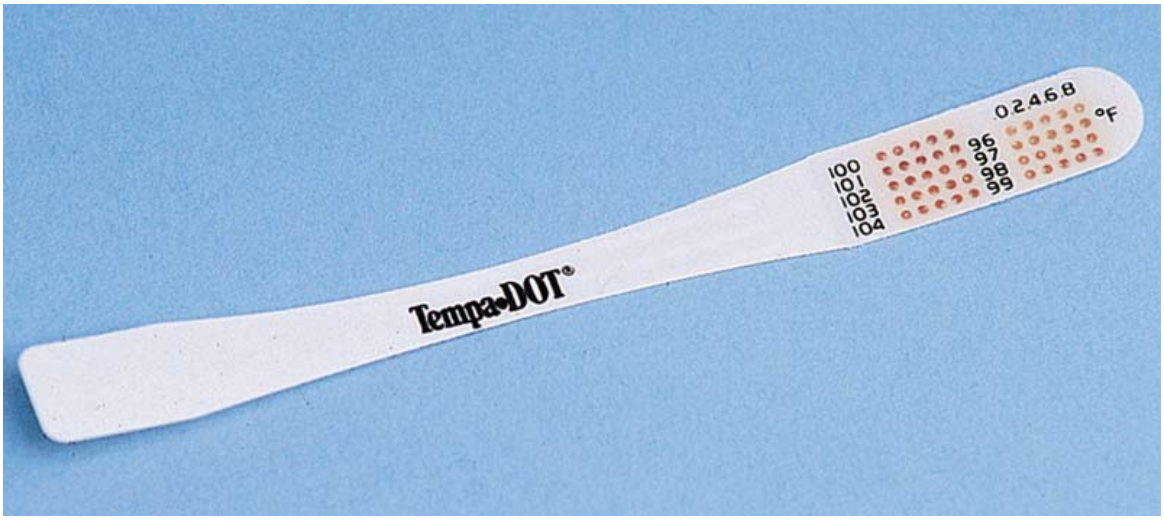


FIGURA 30-6 Tira de termômetro de uso único, descartável.

Outro termômetro descartável útil para a temperatura de triagem é um adesivo ou fita sensível à temperatura. Aplicado na testa ou no abdome, áreas sensíveis químicas do adesivo mudam de cor em diferentes temperaturas. Esse tipo de termômetro também pode ser afetado pelas temperaturas ambientais.

Diagnóstico de Enfermagem

Depois de concluir a sua avaliação, agrupar as características definidoras para formar um diagnóstico de enfermagem (Quadro 30-5). Por exemplo, um aumento na temperatura do corpo, pele avermelhada, pele quente ao toque e taquicardia indicam o diagnóstico de *hipertermia*. Indique um diagnóstico de enfermagem ou como uma alteração de temperatura em situação de risco ou focada no problema. Implemente ações para minimizar ou eliminar os fatores de risco se o paciente tiver um diagnóstico de risco. Exemplos de diagnósticos de enfermagem para pacientes com alterações de temperatura do corpo incluem o seguinte:

- *Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal*

Quadro 30-5

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Termorregulação Ineficaz Relacionada com Envelhecimento e Incapacidade para se Adaptar à Temperatura Ambiente

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Obter sinais vitais, incluindo temperatura, pulso (Procedimento 30-2), respiração (Procedimento 30-3), SpO_2 (Procedimento 30-4).	Aumento da temperatura corporal acima da variação normal Taquicardia Taquipneia Hipoxemia
Palpar a pele.	Pele quente, seca
Observar a aparência do paciente e o comportamento enquanto conversa e repousa.	Inquietude Confusão Aparência ruborizada
Revisar a história médica.	Encontrado em apartamento não ventilado durante onda de calor; 85 anos com história de demência

- *Hipertermia*
- *Hipotermia*
- *Termorregulação Ineficaz*
- *Risco de Hipotermia*

Uma vez que o diagnóstico estiver determinado, selecionar com precisão o fator relacionado para diagnósticos enfocados no problema. O fator relacionado permite que você desenvolva/estabeleça metas adequadas para o paciente e selecione as intervenções de enfermagem adequadas. No exemplo da hipertermia, um fator relacionado de *atividade vigorosa* resulta em intervenções muito diferentes daquelas de um fator relacionado de *capacidade de transpirar diminuída*.

◆ Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento, integre o conhecimento adquirido a partir dos dados do histórico do paciente para desenvolver um plano de cuidado individualizado (Plano de Cuidado de Enfermagem). Combine as necessidades do paciente com as intervenções que são

suportadas e recomendadas na literatura de pesquisa clínica.

Metas e Resultados

O plano de cuidado para um paciente com alteração na temperatura inclui metas realistas e individualizadas juntamente com resultados relevantes. Isso requer a colaboração do paciente e sua família no estabelecimento de metas e resultados e a seleção de intervenções de enfermagem. Estabelecer resultados esperados para medir o progresso rumo ao retorno da temperatura do corpo para uma faixa aceitável. Nos casos em que a alteração de temperatura requer ajudar os pacientes a modificar o seu ambiente, os objetivos podem ser de longo prazo (p.ex., a obtenção de roupas apropriadas para vestir em dias frios). Metas de curto prazo, tais como recuperar a faixa normal de temperatura do corpo, melhoram a saúde do paciente. No exemplo de um paciente que tem uma febre elevada e diaforese excessiva, o objetivo do cuidado é a obtenção de equilíbrio de fluidos e eletrólitos. O resultado é que a ingestão do paciente e a eliminação sejam equilibradas nas próximas 24 horas.

Plano de cuidado de enfermagem

Hipertermia

Histórico de enfermagem

Sr. Coburn é um professor de 56 anos que chega ao ambulatório com mal-estar. Sua história clínica inclui uma infecção urinária anterior. Vários de seus alunos saíram da escola ultimamente com resfriado. Ele tem se sentido mal durante os últimos 3 dias.

Atividades para o Histórico de Enfermagem	*Achados /Características Definidoras**
Palpar a pele.	A pele do Sr. Coburn é **quente e seca** ao toque.
Observar o comportamento do paciente enquanto fala e descansa.	Sua respiração é com esforço; ele está usando os músculos acessórios do pescoço. Seu rosto está **vermelho**.

Obter os sinais vitais.	Pressão arterial no braço direito 116/62 mmHg, braço esquerdo 114/64 mmHg; pulso radial direito **128 batimentos/minuto**, regular e latejante; frequência respiratória de **26 respirações/min, respirações profundas e regulares**; SpO_2 98% em ar ambiente; temperatura oral de **39,2°C**.
Rever a história clínica	Ele admite fumar um maço de cigarros por dia e recentemente começou a expectorar um **catarro amarelo esverdeado**. Está **cansado** nos últimos 3 dias e, ao se levantar de manhã, sente-se tonto.

* **Características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Hipertermia relacionada com processo infeccioso

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	*Resultados Esperados (NOC)*†
	Termorregulação
Sr. Coburn vai recuperar a faixa normal de temperatura corporal dentro das próximas 24 horas.	A temperatura do corpo diminui pelo menos 1°C dentro das 8 horas seguintes.
Ele indicará uma sensação de conforto e descanso no prazo de 48 horas seguintes.	O paciente verbaliza aumento da satisfação com padrão de descanso e sono. O paciente relata aumento no nível de energia dentro dos próximos 3 dias.
O equilíbrio de fluidos e eletrólitos do Sr. Coburn será mantido durante os próximos 3 dias.	A ingestão é igual à eliminação nas próximas 24 horas. Não há evidência de hipotensão postural durante a deambulação.

† Rótulos de classificação de resultado de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC),* ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	JUSTIFICATIVA
Tratamento de Febre	
Orientar o Sr. Coburn a reduzir coberturas externas e manter as roupas e roupa de cama secas.	Promove a perda de calor por condução e convecção.
Orientá-lo a usar medicamentos antitérmicos prescritos com segurança quando necessário para o conforto.	Antitérmicos reduzem o ponto de ajuste (Lehne, 2013).
Orientar o Sr. Coburn a limitar a atividade física e aumentar para dois períodos de descanso por dia nos próximos 2 dias.	Atividade e estresse aumentam a taxa metabólica, contribuindo para a produção de calor.
Orientar o Sr. Coburn a aumentar os líquidos orais de escolha para 8 a 10 copos de 240 mL de líquidos diariamente.	O aumento da taxa metabólica e diaforese associada a febre causam perda de fluidos corporais.

‡ Rótulos de classificação de intervenção de Bulechek GM et al: *Nursing*

interventions classification (NIC), ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Resultados Alcançados***
Obter a medida de temperatura corporal.	A temperatura corporal é 37,8°C.	Temperatura corporal dentro dos limites normais
Obter as medidas de pressão arterial ortostática.	As medidas de pressão arterial deitado, sentado e em pé estão dentro de 5 mmHg entre si.	Sem evidência de hipotensão postural
Perguntar ao Sr. Coburn se seu nível de energia mudou desde a última visita.	Ele responde: "Estou dormindo muito melhor e voltei para o trabalho com muita energia."	Padrão de repouso e sono melhorado e nível de energia aumentado

Definição de Prioridades

Definir prioridades de cuidados no que diz respeito à extensão que a alteração de temperatura afeta um paciente. A gravidade de uma alteração de temperatura e seus efeitos, juntamente com o estado de saúde geral do paciente, influencia suas prioridades em seu cuidado. A segurança é uma prioridade primordial. Com frequência outros problemas médicos complicam o plano de cuidado. Por exemplo, o desequilíbrio da temperatura corporal afeta as necessidades corporais para fluidos. Os pacientes com problemas cardíacos frequentemente têm dificuldade para tolerar a terapia de reposição de fluido necessária.

Trabalho em Equipe e de Colaboração

Os pacientes com risco de temperatura corporal desequilibrada exigem um plano de cuidado individualizado direcionado para a manutenção da normotermia e redução dos fatores de risco. Por exemplo, é importante estabelecer o resultado a partir do qual o paciente pode explicar as ações apropriadas a serem tomadas e os recursos disponíveis na comunidade para uso (p.ex., estações de arrefecimento) durante uma onda de calor. Ensinar o paciente e o

cuidador sobre a importância da termorregulação e as ações a serem tomadas durante o calor do ambiente excessivo. A educação é particularmente importante para os pais, que precisam saber como agir em casa e a quem chamar (p.ex., o consultório do profissional de saúde, a enfermeira do cuidado domiciliar), quando um lactente ou criança desenvolve um desequilíbrio de temperatura.

◆ Implementação

Promoção de Saúde

Ao manter o equilíbrio entre a produção e a perda de calor, você promove a saúde dos pacientes em risco de temperatura corporal desequilibrada. Considere a atividade do paciente, a temperatura do ambiente e as roupas. Ensine os pacientes a evitar o exercício extenuante em clima quente e úmido; beber líquidos, tais como água ou sucos de frutas claras antes, durante e após o exercício; e vestir roupas de cor clara, folgadas e leves. Ensinar também os pacientes a evitar o exercício em áreas com pouca ventilação, usar uma cobertura protetora sobre a cabeça quando ao ar livre e expor-se a climas quentes gradualmente.

A prevenção é fundamental para os pacientes em risco de hipotermia. Ela envolve a educação dos pacientes, familiares e amigos. Os pacientes em risco incluem os muito jovens; os muito idosos; e as pessoas debilitadas por trauma, acidente vascular cerebral, diabetes, intoxicação por drogas ou alcoólica e sepse. Os pacientes que são mentalmente doentes ou deficientes algumas vezes são vítimas de hipotermia, porque eles não estão cientes dos perigos das condições de frio. Pessoas sem o adequado aquecimento doméstico, abrigo, alimentação ou vestimentas também estão em risco. Fadiga, pele de coloração escura, desnutrição e hipoxemia também contribuem para o risco de geladuras ou queimaduras pelo frio.

Cuidado Agudo

Febre

Quando uma temperatura corporal elevada se desenvolve, inicie as intervenções para tratar a febre. O objetivo da terapia é aumentar a perda de calor, reduzir a produção de calor e prevenir complicações. A escolha de intervenções depende da causa; efeitos adversos; e força, intensidade e duração da elevação da temperatura. As enfermeiras são essenciais na avaliação e implementação de estratégias de redução de temperatura (Quadro 30-6). O profissional de saúde tenta determinar a causa da temperatura elevada isolando o pirógeno causador. Às vezes, é necessário obter amostras de cultura para análise laboratorial, tais como urina, sangue, catarro e locais de ferida (Cap. 29). Alguns medicamentos antibióticos são prescritos para serem administrados após as culturas terem sido obtidas. A administração de antibióticos destrói as bactérias pirogênicas e elimina o estímulo do corpo para a temperatura elevada.

Quadro 30-6 Intervenções de Enfermagem para Pacientes com Febre

Intervenções (A Menos que Contraindicado)

- Obter culturas de sangue (antes de iniciar antibióticos) se solicitadas. Obter amostras de sangue para coincidir com picos de temperatura quando o organismo produtor de antígeno é mais prevalente.
- Minimizar a produção de calor: reduzir a frequência das atividades que aumentam a demanda de oxigênio, tais como virar-se e ambular excessivamente; permitir períodos de descanso; limitar a atividade física.
- Maximizar a perda de calor: reduzir o revestimento externo no corpo do paciente sem causar tremor por frio; manter o paciente, o vestuário e a roupa de cama secos.
- Satisfazer os requisitos para aumento da taxa metabólica: fornecer terapia de oxigênio suplementar como requisitado para melhorar a entrega de oxigênio para as células do corpo; proporcionar

medidas para estimular o apetite e oferecer refeições bem equilibradas; prover líquidos (pelo menos 8 a 10 copos de 240 mL para pacientes com função cardíaca e renal normal) a fim de repor os líquidos perdidos através da perda de água insensível e sudorese.

- Promover o conforto do paciente: incentivar a higiene oral, porque as membranas mucosas orais secam facilmente a partir de desidratação; controlar a temperatura do ambiente sem induzir tremores por frio; aplicar pano úmido na testa do paciente.
- Identificar o início e a duração das fases de episódios febris: analisar as medições de temperatura anteriores para descobrir tendências.
- Iniciar orientações de saúde conforme indicado.
- Controlar a temperatura ambiente para 21°C a 27°C.

A maioria das febres em crianças são de origem viral, são breve e têm efeitos limitados. No entanto, as crianças ainda têm mecanismos de controle de temperatura imaturos, e as temperaturas podem subir rapidamente. Desidratação e convulsões febris ocorrem durante o aumento das temperaturas de crianças entre 6 meses e 3 anos. As convulsões febris são incomuns em crianças com mais de 5 anos. A extensão da temperatura, com frequência superior a 38,8°C, parece ser um fator mais importante que a rapidez do aumento da temperatura. As crianças estão particularmente em risco de déficit de volume de líquidos, porque elas podem perder rapidamente grandes quantidades de fluidos em proporção ao seu peso corporal. É importante manter os registros de ingestão e eliminação precisos, pesar o paciente diariamente, incentivar a ingestão de líquidos e fornecer cuidado oral regular.

Às vezes, a febre é uma resposta de hipersensibilidade a um medicamento. As febres de medicamentos são com frequência acompanhadas de outros sintomas de alergia, tais como erupção cutânea ou prurido (coceira). O tratamento envolve a suspensão da medicação, o tratamento de qualquer comprometimento de

integridade da pele e educação do paciente e da família sobre a alergia.

Os **antipiréticos** são medicamentos que reduzem a febre. O acetaminofeno e os anti-inflamatórios não esteroides, tais como o ibuprofeno, salicilatos e indometacina, reduzem a febre aumentando a perda de calor. Apesar de não serem usados para tratar a febre, os corticosteroides reduzem a produção de calor por interferência na resposta hipotalâmica. É importante lembrar que os esteroides mascaram os sinais e sintomas de infecção por supressão do sistema imunológico. Assim sendo, os pacientes que têm prescrição de esteroides precisam ser monitorados de perto, especialmente se eles estiverem em risco de infecção.

A terapia não farmacológica para a febre utiliza métodos que aumentam a perda de calor por evaporação, condução, convecção ou radiação. Certificar-se de que as medidas de enfermagem para melhorar a refrigeração do corpo não estimulem o tremor por frio, o qual é contraproducente, pois aumenta o gasto de energia em até 400%. Banhos tépidos com esponja, banhos com soluções de álcool e água, aplicação de compressas de gelo nas áreas de axilas e virilha e ventiladores foram previamente utilizados para reduzir a febre; contudo, evite essas terapias, porque levam a tremor por frio. Não há nenhuma vantagem desses métodos em relação aos medicamentos antipiréticos.

Cobertores refrigerados por água circulante controlada por unidades motorizadas aumentam a perda de calor por condução. Seguir as instruções do fabricante para a aplicação de tais cobertores de hipotermia por causa do risco de ruptura da pele e "queimaduras pelo frio". Colocar um lençol usado para banho no leito entre o paciente e o cobertor de hipotermia e envolver as extremidades distais (dedos das mãos, artelhos dos pés e genitália) reduz o risco de lesão de pele e tecido pela terapia de hipotermia. Envolver as extremidades do paciente reduz a incidência e a intensidade dos tremores por frio. Medicamentos tais como meperidina ou butorfanol reduzem os tremores por frio.

Termoplegia

A termoplegia é uma situação de emergência. O tratamento de primeiros socorros inclui levar o paciente para um ambiente mais frio; remover o excesso de roupas do corpo; colocar toalhas molhadas úmidas sobre a pele; e usar ventiladores oscilantes para aumentar a perda de calor por convecção. O tratamento médico de emergência inclui fluidos intravenosos (IV), irrigação do estômago e do intestino delgado com soluções frias e cobertores de hipotermia.

Hipotermia

O tratamento prioritário para a hipotermia é evitar uma queda adicional da temperatura corporal. Remover roupas molhadas, substituí-las por outras secas e envolver os pacientes em cobertores são as principais intervenções de enfermagem. Em caso de emergência longe de um serviço de saúde, fazer o paciente deitar-se sob cobertores ao lado de uma pessoa que está aquecida. Um paciente consciente beneficia-se de beber líquidos quentes, tais como sopa; evitar álcool e fluidos com cafeína. Também é útil manter a cabeça coberta, colocar o paciente perto de uma fogueira ou em um quarto quente, ou colocar almofadas de aquecimento ao lado de áreas do corpo (cabeça e pescoço) que perdem o calor mais rápido.

Cuidado Restaurador e Contínuo

Educar o paciente com uma febre sobre a importância de tomar e continuar quaisquer antibióticos conforme orientado até o curso do tratamento estar concluído. As crianças e os idosos estão em risco de volume de líquido deficiente, porque eles podem rapidamente perder grandes quantidades de fluidos em proporção ao seu peso corporal. A identificação de fluidos preferidos e o estímulo de ingestão de líquidos por via oral são importantes intervenções de enfermagem em curso.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

Avaliar as perspectivas do seu paciente sobre os cuidados prestados. Ele ou ela está satisfeito(a) com os resultados do cuidado ou o plano de cuidados precisa ser modificado? Incluir o paciente na avaliação demonstra que você valoriza a sua perspectiva e contribui para a segurança do paciente.

Resultados dos Pacientes

Avaliar todas as intervenções de enfermagem comparando a resposta real do paciente com os resultados esperados do plano de cuidado. Determinar se as metas de cuidado foram atendidas e fazer revisões no plano de cuidado quando necessário. Depois de uma intervenção, medir a temperatura do paciente para avaliar a mudança. Além disso, usar outras medidas de avaliação tais como palpação da pele, do pulso e respirações. Se as terapias forem eficazes, a temperatura do corpo retorna para um intervalo aceitável, outros sinais vitais estabilizam e o paciente relata uma sensação de conforto.

Pulso

O pulso é o limite palpável do fluxo sanguíneo em uma artéria periférica. O sangue flui através do corpo num circuito contínuo. O pulso é um indicador indireto do estado circulatório.

Fisiologia e Regulação

Os impulsos elétricos provenientes do nodo sinoatrial (SA) viajam através do músculo cardíaco para estimular a contração cardíaca. Aproximadamente 60 a 70 mL de sangue entram na aorta a cada contração ventricular (volume sistólico [VS]). Com cada ejeção de VS, as paredes da aorta se distendem, criando uma onda de pulso que se desloca rapidamente na direção das extremidades distais das artérias. A onda de pulso movimenta-se 15 vezes mais rapidamente através da aorta e 100 vezes mais rapidamente através das pequenas artérias que o volume de sangue ejetado. Quando uma onda de pulso atinge uma artéria periférica, você pode senti-la pela palpação da artéria levemente contra o osso ou músculo subjacente. O número de sensações pulsantes ocorrendo em 1 minuto é a frequência de pulso.

O volume de sangue bombeado pelo coração durante um minuto é o **débito cardíaco**, o produto de FC e o VS do ventrículo. Em um adulto, o coração normalmente bombeia 5.000 mL de sangue por minuto. Uma mudança em FC ou VS nem sempre altera o débito do coração ou a quantidade de sangue nas artérias. Por exemplo, se a FC de uma pessoa for de 70 batidas/minuto e o VS for de 70 mL, o débito cardíaco é de 4.900 mL/minuto (70 batimentos/minuto × 70 mL/batimento). Se a FC cair para 60 batimentos/minuto e o VS subir para 85 mL/batida, o débito cardíaco aumenta para 5.100 mL ou 5,1 L/minuto (60 batimentos/minuto × 85 mL/batida).

Os fatores mecânicos, neurais e químicos regulam a força de contração ventricular e seu VS. Porém, quando esses fatores são incapazes de alterar o VS, uma variação em FC provoca uma alteração no débito cardíaco, o que afeta a PA. Conforme a FC aumenta, há

menos tempo para as câmaras ventriculares do coração encherem. Conforme a FC aumenta sem uma mudança no VS, a PA diminui. Conforme a FC fica mais lenta, o tempo de enchimento é aumentado e a PA aumenta. A incapacidade da PA para responder a aumentos ou diminuições em FC indica um possível problema de saúde. Relatar isso para o profissional de saúde.

Um pulso anormalmente lento, rápido ou irregular altera o débito cardíaco. Avalie a capacidade do coração para atender às demandas de tecido corporal de nutrientes pela palpação de um pulso periférico ou usando um estetoscópio para ouvir os sons cardíacos (frequência apical).

Avaliação de Pulso

Você pode avaliar qualquer artéria para a frequência de pulso, mas você normalmente usa a artéria radial, porque ela é fácil de palpar. Quando a condição de um paciente piora de repente, recomenda-se localizar o sítio da carótida para avaliar o pulso rapidamente. O coração continua fornecendo sangue através da artéria carótida para o cérebro tanto tempo quanto possível. Quando o débito cardíaco diminui significativamente, os pulsos periféricos enfraquecem e são difíceis de palpar.

As localizações radial e apical são os locais mais comuns para a avaliação de frequência de pulso. Usar o pulso radial para ensinar os pacientes como monitorar as suas próprias FC (p.ex., atletas, pessoas que tomam medicamentos para o coração e pacientes que estão iniciando um regime de exercícios prescrito). Se o pulso radial for anormal ou intermitente resultante de arritmias ou se ele for inacessível devido a um curativo ou gesso, avaliar o pulso apical. Quando um paciente toma medicação que afeta a FC, o pulso apical fornece uma avaliação mais precisa da função cardíaca. O pulso braquial ou apical é o melhor local para avaliar o pulso de um lactente ou de uma criança pequena, porque outros pulsos periféricos são profundos e difíceis de palpar com precisão.

A avaliação de outros sítios de pulso periférico, tais como a artéria braquial ou femoral, é desnecessária quando se obtêm rotineiramente

os sinais vitais. Você avalia outros pulsos periféricos na realização de um exame físico completo, quando a cirurgia ou o tratamento prejudicaram o fluxo sanguíneo para uma parte do corpo, ou quando existem indicações clínicas de fluxo sanguíneo periférico comprometido (Cap. 31). A Tabela 30-2 resume os locais de pulso e os critérios de medição. O Procedimento 30-2 mais adiante apresenta a avaliação de frequência de pulso.

Tabela 30-2
Locais de Verificação da Pulsação

Local	Localização	Critérios de Avaliação
Temporal	Sobre o osso temporal da cabeça, acima e lateral ao olho	Local facilmente acessível utilizado para avaliar o pulso em crianças
Carótida	Ao longo da borda medial do músculo esternoclidomastóideo no pescoço	Local facilmente acessível utilizado durante o choque fisiológico ou parada cardíaca quando outros locais não estão palpáveis
Apical	Quarto a quinto espaço intercostal na linha mesoclavicular esquerda	Local utilizado para auscultar o pulso apical
Braquial	Sulco entre os músculos bíceps e tríceps na fossa antecubital	Local utilizado para avaliar o estado de circulação para a parte inferior do braço e auscultar a pressão arterial
Radial	Lado radial ou do polegar do antebraço no punho	Local comum utilizado para avaliar o caráter do pulso perifericamente e o estado de circulação para a mão
Ulnar	Lado ulnar ou do dedo mínimo do antebraço no punho	Local utilizado para avaliar o estado da circulação até a mão; também utilizado para realizar um teste de Allen
Femoral	Abaixo do ligamento inguinal, na metade da distância entre a sínfise púbica e a espinha ilíaca superior anterior	Local utilizado para avaliar o caráter do pulso durante choque fisiológico ou parada cardíaca quando outros pulsos não estão palpáveis; utilizado para avaliar o estado da circulação para a perna
Poplíteo	Abaixo do joelho na fossa poplítea	Local utilizado para avaliar o estado da circulação para a parte inferior da perna
Tibial posterior	Lado interno do tornozelo, abaixo do maléolo medial	Local utilizado para avaliar a circulação para o pé
Dorsal do pé	Ao longo da parte superior do pé, entre os tendões de extensão do hálux	Local utilizado para avaliar a circulação para o pé

Uso de um Estetoscópio

Avaliar a frequência apical requer um estetoscópio. As cinco principais partes do estetoscópio são as olivas auriculares, os binauriculares, o tubo de condução, a campânula e o diafragma (Fig. 30-7).

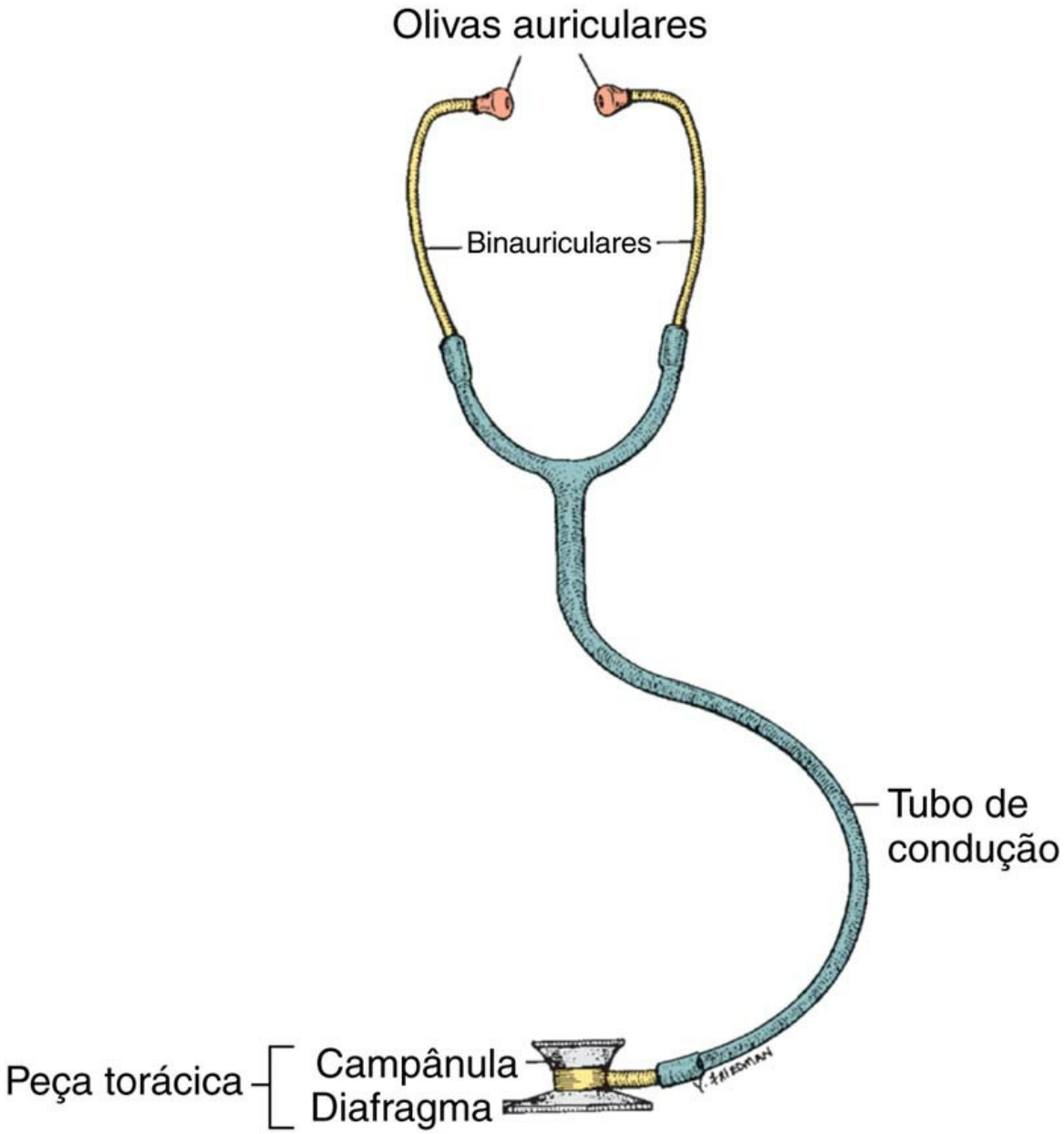


FIGURA 30-7 Partes de um estetoscópio.

As olivas auriculares de plástico ou borracha devem adaptar-se

firmemente e confortavelmente em seus ouvidos. Os binauriculares devem ser angulados e fortes o suficiente para que as olivas auriculares permaneçam firmemente nos ouvidos sem causar desconforto. Para garantir a melhor recepção do som, as olivas auriculares seguem o contorno do canal do ouvido apontando para o rosto quando o estetoscópio está em posição.

O tubo de polivinil é flexível e mede de 30 a 40 cm de comprimento. O tubo de condução mais longo diminui a transmissão de ondas sonoras; e o de paredes espessas e moderadamente rígido elimina a transmissão do ruído ambiental e impede que o tubo forme dobras, que distorcem a transmissão de ondas sonoras. Os estetoscópios têm tubos simples ou duplos.

A peça torácica consiste em uma campânula e um diafragma que você gira para a posição. O diafragma ou campânula precisa estar na posição adequada durante o uso para ouvir sons através do estetoscópio. Com as olivas auriculares em seus ouvidos, bater levemente sobre o diafragma para determinar de que lado a peça torácica está funcionando. O diafragma é a porção circular plana da peça torácica coberta por um disco de plástico fino. Ele transmite sons agudos criados pelo movimento de alta velocidade do ar e sangue. Ausculte os sons do intestino, pulmão e coração com o diafragma. Sempre colocar o estetoscópio diretamente sobre a pele, porque a roupa obscurece o som. Posicione o diafragma para fazer uma vedação estanque e pressione firmemente contra a pele do paciente (Fig. 30-8). Não use o polegar para segurar o diafragma no lugar, porque você pode ouvir o pulso que está sendo transmitido através dele.

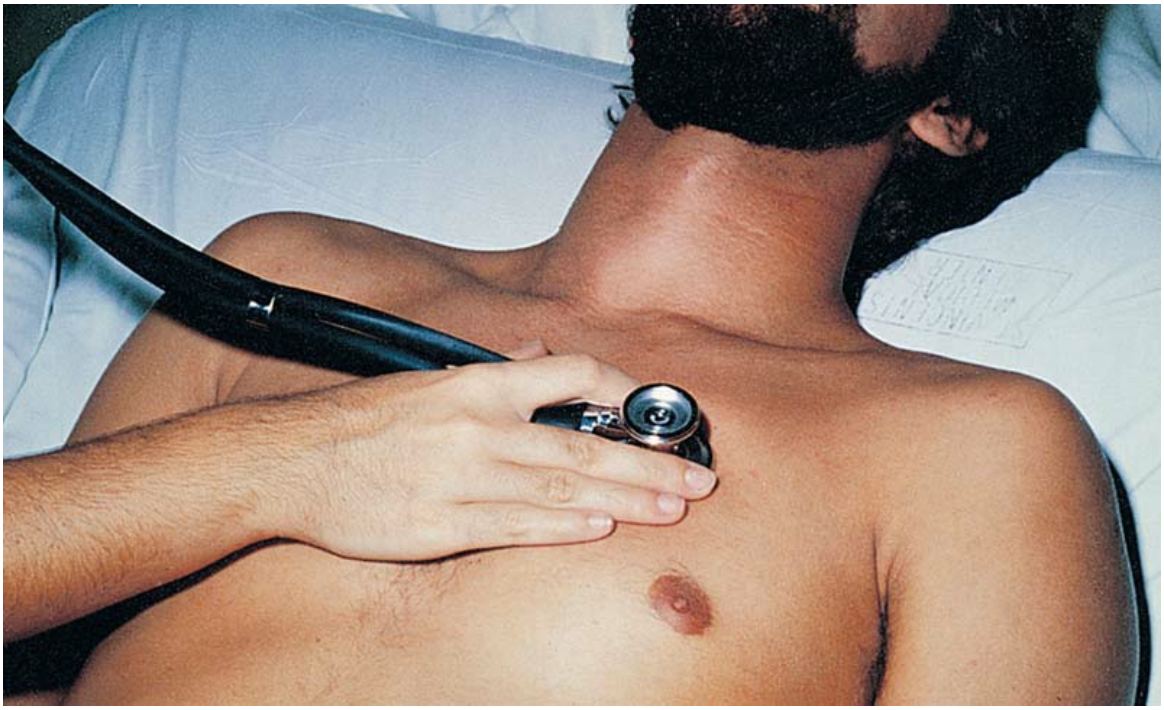


FIGURA 30-8 Posicionamento do diafragma do estetoscópio firme e seguramente quando se auscultam as bulhas cardíacas agudas.

A campânula é a peça torácica do estetoscópio, em forma oca, normalmente rodeada por um anel de borracha, o qual evita calafrios que resultariam do contato da pele do paciente com o metal frio. A campânula transmite sons de baixa frequência criados pelo movimento de baixa velocidade do sangue. Ausculte os sons do coração e vasculares com a campânula. Aplique a campânula levemente, descansando a peça torácica sobre a pele (Fig. 30-9).

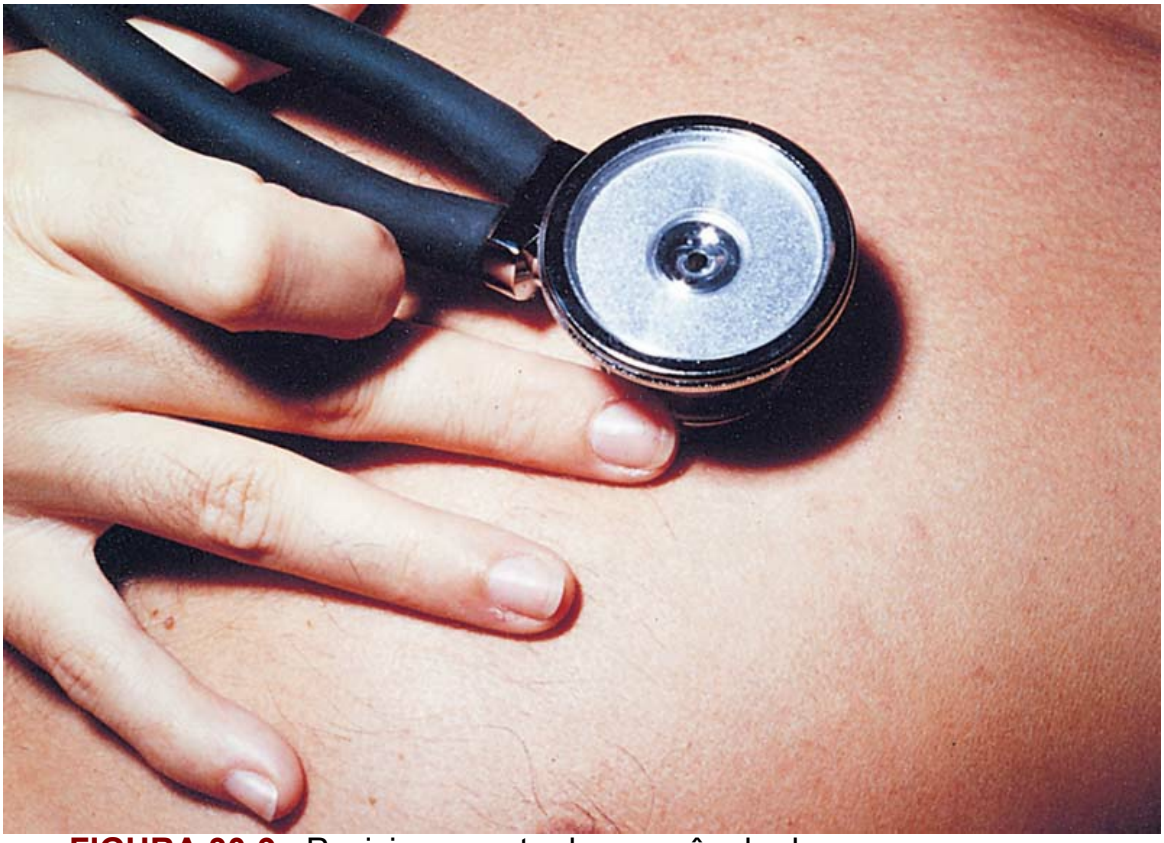


FIGURA 30-9 Posicionamento da campânula do estetoscópio levemente na pele para ouvir as bulhas cardíacas graves.

Comprimir a campânula contra a pele reduz a amplificação de som de baixa frequência e cria um "diafragma de pele". Alguns estetoscópios têm uma peça torácica que combina as características da campânula e do diafragma. Quando você usa uma leve pressão, a peça torácica é um diafragma; exercer mais pressão converte a campânula em um diafragma.

O estetoscópio é um instrumento delicado e requer cuidado apropriado para a função ideal. Retire as olivas auriculares regularmente e limpe-as de cerume (cerúmen). Limpe a campânula e o diafragma entre os pacientes com um algodão antisséptico para eliminar microrganismos. Limpe o tubo de condução regularmente com água e sabão neutro.

Características do Pulso

A avaliação do pulso radial inclui a medição da frequência, do ritmo, da intensidade e da igualdade. Quando se ausculta um pulso apical, avalie a frequência e o ritmo apenas.

Frequência

Antes de medir o pulso, reveja a frequência de linha de base do paciente para comparação (Tabela 30-3). Alguns profissionais preferem fazer medições de frequência de pulso de linha de base conforme um paciente assume uma posição sentada, em pé e deitada. As alterações posturais afetam a frequência de pulso por causa de alterações no volume sanguíneo e atividade simpática. A FC aumenta temporariamente quando uma pessoa muda de uma posição deitada para uma posição sentada ou em pé.

Tabela 30-3

Variações Aceitáveis de Frequência Cardíaca

Idade	Frequência Cardíaca (batimentos/min)
Lactente	120 a 160
Toddler	90 a 140
Pré-escolar	80 a 110
Criança em idade escolar	75 a 100
Adolescente	60 a 90
Adulto	60 a 100

Ao avaliar o pulso, considere a variedade de fatores que influenciam a frequência de pulso (Tabela 30-4). Um único fator ou uma combinação desses fatores com frequência provoca mudanças significativas. Se você detectar uma frequência anormal enquanto palpa um pulso periférico, o próximo passo é avaliar a frequência apical. Esta exige auscultação de sons cardíacos, o que proporciona uma avaliação mais precisa da contração cardíaca.

Tabela 30-4

Fatores que Influenciam a Frequência do Pulso

Fator	Aumenta a Frequência do Pulso	Diminui a Frequência do Pulso
Exercício físico	Exercício de curta duração	Coração condicionado por exercício de longa duração, resultando em menor pulso de repouso e retorno mais rápido ao nível de repouso após o exercício
Temperatura	Febre e calor	Hipotermia
Emoções	Estimulação simpática aumentada por dor aguda e ansiedade, afetando a frequência cardíaca; efeito da dor crônica sobre a frequência cardíaca varia	Estimulação parassimpática aumentada por dor severa não aliviada afetando a frequência cardíaca; relaxamento
Medicamentos	Medicamentos cronotrópicos positivos tais como epinefrina	Medicamentos cronotrópicos negativos tais como digitálicos; beta-adrenérgicos e bloqueadores de canais de cálcio
Hemorragia	Estimulação simpática aumentada por perda de sangue	
Alterações posturais	Ficar em pé ou sentar	Deitar-se
Condições pulmonares	Doenças que causam pouca oxigenação, tais como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	

Colete os dados da frequência apical ouvindo as bulhas cardíacas (Cap. 31). Identifique a primeira e a segunda bulhas cardíacas (S_1 e S_2). Em frequências lentas normais, S_1 é grave e obtusa, soando como um "lub". S_2 é mais aguda e mais curta, criando o som "dub". Contar cada conjunto de "lub-dub" como uma batida cardíaca. Usando o diafragma ou campânula do estetoscópio, conte o número de lub-dubs que ocorrem em 1 minuto.

A avaliação da frequência de pulso periférico e apical muitas vezes revela variações na FC. Duas anomalias comuns na frequência de pulso são taquicardia e bradicardia. A **taquicardia** é uma FC anormalmente elevada, superior a 100 batimentos/minuto em adultos. A **bradicardia** é uma taxa lenta, abaixo de 60 batidas/minuto em adultos.

Uma contração ineficiente do coração que falha para transmitir uma onda de pulso para o pulso periférico local cria um **déficit de pulso**. Para avaliar o déficit de pulso, você e um colega avaliam as frequências radial e apical simultaneamente e então comparam as frequências. A diferença entre as frequências de pulso apical e radial é o déficit de pulso. Por exemplo, uma frequência apical de 92 com uma

velocidade radial de 78 deixa um déficit de pulso de 14 batimentos. Os déficits de pulso são frequentemente associados a ritmos anormais.

Ritmo

Normalmente, um intervalo regular ocorre entre cada pulso ou batimento cardíaco. Um intervalo interrompido por uma batida precoce ou tardia ou uma batida perdida indica um ritmo anormal ou **arritmia**. Esta ameaça a capacidade do coração para proporcionar um débito cardíaco adequado, particularmente se ocorrer repetidamente. Você identifica uma arritmia pela palpação de uma interrupção em ondas de pulso sucessivas ou auscultando uma interrupção entre as bulhas cardíacas. Se uma arritmia estiver presente, colete os dados da regularidade de sua ocorrência e ausculte a frequência apical (Cap. 31). As arritmias são descritas como regularmente irregular ou irregularmente irregular.

Para o registro da arritmia, o profissional de saúde com frequência faz pedido para um eletrocardiograma (ECG), um monitor Holter ou monitor de telemetria. Um ECG registra a atividade elétrica do coração por um intervalo de 12 segundos. Esse teste requer a colocação de eletrodos em todo o peito do paciente seguida pela gravação do ritmo cardíaco. O paciente usa o monitor Holter, que registra e armazena 24 horas de atividade elétrica. O acesso à informação gravada não está disponível até depois de ter passado o período de 24 horas e os dados serem revistos. A telemetria cardíaca proporciona o monitoramento contínuo da atividade elétrica do coração transmitida para um monitor estacionário. A telemetria permite a observação contínua do ritmo cardíaco durante todas as atividades diárias do paciente e, portanto, permite o tratamento imediato se o ritmo for irregular ou instável.

Frequentemente, as crianças têm uma arritmia sinusal, que é um batimento cardíaco irregular que acelera com a inspiração e fica mais lento com a expiração. Este é um achado normal que você pode verificar fazendo que a criança segure sua respiração; a FC geralmente torna-se regular.

Intensidade

A intensidade ou amplitude de um pulso reflete o volume de sangue ejetado contra a parede arterial com cada contração do coração e a condição do sistema vascular arterial que conduz para o local de pulso. Normalmente, a intensidade de pulso permanece a mesma com cada batimento cardíaco. Registre a intensidade do pulso como delimitado (4); amplo ou intenso (3); normal e esperado (2); diminuído ou pouco palpável (1); ou ausente (0). Inclua a avaliação da intensidade de pulso na avaliação do sistema vascular (Cap. 31).

Isocronicidade

Avalie os pulsos radiais em ambos os lados do sistema vascular periférico, comparando as características de cada um. Um pulso em uma extremidade é algumas vezes desigual em intensidade ou ausente em muitos estados de doença (p.ex., formação de trombos [coágulos], vasos sanguíneos aberrantes, síndrome de costela cervical ou dissecção aórtica). Avalie todos os pulsos simétricos simultaneamente exceto para o pulso carotídeo. Nunca meça os pulsos carotídeos simultaneamente, porque a pressão excessiva obstrui o fornecimento de sangue para o cérebro.

Processo de Enfermagem e Determinação de Pulso

A avaliação de pulso determina o estado geral da saúde cardiovascular e da resposta do organismo a outros desequilíbrios do sistema. Taquicardia, bradicardia e arritmias são características que definem muitos diagnósticos de enfermagem, incluindo o seguinte:

- *Intolerância à Atividade*
- *Ansiedade*
- *Redução do Débito Cardíaco*
- *Volume de Fluido Deficiente/Em excesso*
- *Troca de Gases Prejudicada*
- *Dor Aguda*

- *Perfusão Tecidual Periférica Inadequada*

O plano de cuidado de enfermagem inclui intervenções baseadas no diagnóstico de enfermagem identificado e nos fatores relacionados. Por exemplo, as características definidoras de uma FC anormal, dispneia por esforço e relato verbal de um paciente de fadiga levam a um diagnóstico de *Intolerância à Atividade*. Quando o fator relacionado é a *inatividade após uma doença prolongada*, as intervenções concentram-se em aumentar a rotina de exercícios diários do paciente. Assim que o plano for implementado, avalie os resultados dos pacientes, incluindo a avaliação de seu pulso.

Respiração

A sobrevivência humana depende da capacidade do oxigênio (O_2) de alcançar as células do corpo e do dióxido de carbono (CO_2) ser removido das células. A respiração é o mecanismo que o organismo utiliza para a troca de gases entre a atmosfera e o sangue e o sangue e as células. A respiração envolve a **ventilação** (o movimento de gases para dentro e para fora dos pulmões), a **difusão** (o movimento de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e os eritrócitos) e a **perfusão** (a distribuição de eritrócitos para e a partir dos capilares pulmonares). Analisar a eficiência respiratória requer a integração de dados de avaliação de todos os três processos. A avaliação da ventilação determina a frequência respiratória, a profundidade, o ritmo e o valor final da expiração de dióxido de carbono ($EtCO_2$). Avalie a difusão e perfusão por meio da determinação da saturação de oxigênio.

Controle Fisiológico

Por via de regra, a respiração é um processo passivo. Em geral, uma pessoa pensa pouco sobre ela. O centro respiratório no tronco encefálico regula o controle involuntário das respirações. Os adultos normalmente respiram em um padrão leve, ininterrupto de 12 a 20 vezes por minuto.

O corpo regula a ventilação usando os níveis de CO_2, O_2 e a concentração de íons de hidrogênio (pH) no sangue arterial. O fator mais importante no controle da ventilação é o nível de CO_2 no sangue arterial. Uma elevação no nível de CO_2 faz que o sistema de controle respiratório no cérebro aumente a frequência e a profundidade da respiração. O esforço ventilatório aumentado remove o excesso de CO_2 (hipercarbia) aumentando a exalação. No entanto, os pacientes com doença pulmonar crônica têm hipercarbia em curso. Para estes, os quimiorreceptores na artéria carótida e na aorta tornam-se sensíveis

à **hipoxemia**, ou baixos níveis de O_2 arterial. Se os níveis de oxigênio arterial caírem, esses receptores sinalizam ao cérebro para aumentar a frequência e a profundidade da ventilação. A hipoxemia ajuda a controlar a ventilação em pacientes com doença pulmonar crônica. Como os baixos níveis de O_2 arterial fornecem o estímulo que permite que um paciente respire, a administração de altos níveis de oxigênio é fatal para pacientes com doença pulmonar crônica.

Mecânica da Respiração

Embora a respiração seja normalmente passiva, o trabalho muscular está envolvido no movimento dos pulmões e da parede torácica. A inspiração é um processo ativo. Durante a inspiração o centro respiratório envia impulsos ao longo do nervo frênico, fazendo que o diafragma se contraia. Os órgãos abdominais movimentam-se para baixo e para frente, aumentando o comprimento da cavidade torácica para movimentar o ar para os pulmões. O diafragma move-se aproximadamente 1 cm e as costelas retraem para cima a partir da linha média do corpo aproximadamente 1,2 a 2,5 cm. Durante a respiração normal, relaxada, uma pessoa inala 500 mL de ar. Esse valor é chamado de volume corrente. Durante a expiração, o diafragma relaxa e os órgãos abdominais retornam às suas posições originais. O pulmão e a parede torácica retornam para uma posição relaxada (Fig. 30-10). A expiração é um processo passivo. Suspirar interrompe a frequência e a profundidade normais de ventilação, **eupneia**. O suspiro, uma respiração mais profunda prolongada, é um mecanismo fisiológico de proteção para a expansão das pequenas vias aéreas e alvéolos não ventilados durante a respiração normal.

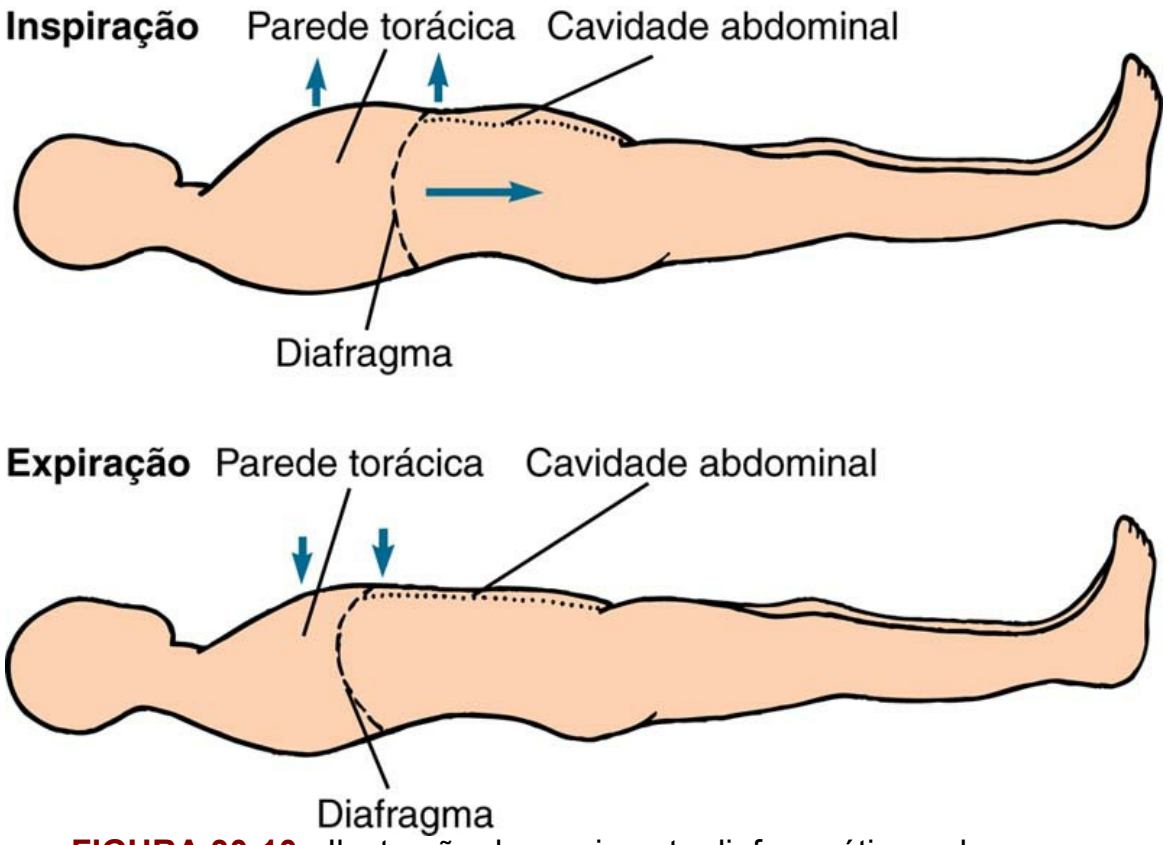


FIGURA 30-10 Ilustração do movimento diafragmático e da parede torácica durante a inspiração e a expiração.

A avaliação precisa das respirações depende do reconhecimento dos movimentos torácicos e abdominais normais. Durante a respiração quieta, a parede torácica gentilmente sobe e desce. A contração dos músculos intercostais entre as costelas ou a contração dos músculos do pescoço e ombros (os músculos acessórios da respiração) não é visível. Durante a respiração quieta normal, o movimento diafragmático faz que a cavidade abdominal suba e desça lentamente.

Avaliação da Ventilação

As respirações são o mais fácil de todos os sinais vitais para serem avaliados, mas elas com frequência são medidas ao acaso. Não estime a frequência das respirações. A medição precisa requer observação e palpação do movimento da parede torácica.

Uma mudança repentina na característica das respirações é importante. Como a respiração está ligada à função de vários sistemas

do corpo, considere todas as variáveis quando ocorrerem alterações (Quadro 30-7). Por exemplo, a queda respiratória que ocorre num paciente após traumatismo craniano significa, frequentemente, lesão ao tronco encefálico. O trauma abdominal fere o nervo frênico, que é responsável pela contração do diafragma.

Quadro 30-7 Fatores que Influenciam as Características das Respirações

Exercício

- O exercício físico aumenta a taxa e a profundidade para atender a necessidade do corpo de oxigênio adicional e para livrar o corpo de CO_2.

Dor Aguda

- A dor altera a taxa e ritmo das respirações; respiração torna-se superficial.
- O paciente inibe ou imobiliza o movimento da parede torácica quando a dor é na área de peito ou no abdome.

Ansiedade

- A ansiedade aumenta a frequência de respiração e profundidade, como resultado da estimulação simpática.

Tabagismo

- O tabagismo crônico muda as vias aéreas pulmonares, resultando em aumento da frequência de respiração em repouso quando não se fuma.

Posição do Corpo

- Uma postura reta, ereta promove a expansão do tórax completa.
- Uma posição inclinada ou caída prejudica o movimento ventilatório.

- Deitar-se reto impede a expansão do tórax completa.

Medicamentos

- Os analgésicos opioides, anestésicos gerais e sedativos hipnóticos deprimem a frequência e a profundidade.
- Anfetaminas e cocaína algumas vezes aumentam a frequência e a profundidade.
- Broncodilatadores tornam mais lenta a frequência, causando a dilatação das vias aéreas.

Lesão Neurológica

- A lesão do tronco encefálico prejudica o centro respiratório e inibe a frequência respiratória e o ritmo.

Função da Hemoglobina

- Os níveis de hemoglobina diminuídos (anemia) reduzem a capacidade de transporte de oxigênio do sangue, o que aumenta a frequência respiratória.
- O aumento da altitude diminui a quantidade de hemoglobina saturada, o que aumenta a frequência respiratória e a profundidade.
- A função da célula sanguínea anormal (p.ex., anemia falciforme) reduz a capacidade da hemoglobina de transportar oxigênio, o que aumenta a frequência respiratória e a profundidade.

Não deixe que o paciente saiba que você está levantando dados das respirações. Um paciente consciente da avaliação pode alterar a frequência e a profundidade da respiração. Meça a frequência respiratória imediatamente depois de medir a frequência de pulso, com a mão ainda no pulso do paciente conforme ele repouse sobre o peito ou abdome. Ao levantar dados sobre as respirações de um paciente, tenha em mente a frequência e o padrão ventilatório normais do paciente, a influência que qualquer doença ou enfermidade tem sobre a função respiratória, a relação entre a função respiratória e a

cardiovascular e a influência de terapias de respiração. As medidas objetivas de estado respiratório incluem a frequência e a profundidade da respiração e o ritmo dos movimentos ventilatórios (Procedimento 30-3 mais adiante).

Capnografia é a medição do dióxido de carbono exalado durante toda a exalação. No final da exalação, a medição do $EtCO_2$ (volume final do dióxido de carbono) que se aproxima do $PaCO_2$ num paciente saudável é normalmente de 35 a 45 mmHg. Em pacientes não entubados, o $EtCO_2$ pode ser obtido a partir de uma cânula nasal especial ligada a um monitor que detecta a percentagem de dióxido de carbono exalado no final do ciclo respiratório. O $EtCO_2$ pode ser utilizado para avaliar o estado respiratório e cardíaco enquanto a interpretação de uma gravação contínua, ou capnograma, pode detectar alterações na ventilação.

Frequência Respiratória

Observar uma inspiração e expiração completa quando se conta a ventilação ou frequência de respiração. A variação habitual de frequência respiratória varia com a idade (Tabela 30-5), diminui ao longo da vida. Uma frequência respiratória acima de 27 respirações/minuto é um fator de risco importante para a parada cardíaca (Parkes, 2011).

Tabela 30-5

Variações Aceitáveis de Frequência Respiratória

Idade	Frequência (respirações/min)
Recém-nascido	30 a 60
Lactente (6 meses)	30 a 50
Toddler (2 anos)	25 a 32
Criança	20 a 30
Adolescente	16 a 20
Adulto	12 a 20

O monitor de apneia é um dispositivo que auxilia na avaliação de frequência respiratória. Esse dispositivo utiliza condutores ligados à parede torácica de um paciente; os condutores percebem o movimento. A ausência de movimento da parede torácica dispara o alarme de apneia. O monitoramento de apneia é usado com frequência com lactentes no hospital e em casa para observar o risco de eventos de apneia prolongada.

Profundidade Ventilatória

Levantar dados sobre a profundidade das respirações observando o grau de excursão ou movimento na parede torácica. Descrever os movimentos ventilatórios como profundos ou superficiais, normais ou com esforço. Uma respiração profunda envolve uma expansão completa dos pulmões com expiração completa. As respirações são superficiais quando apenas uma pequena quantidade de ar passa através dos pulmões, e o movimento ventilatório é difícil de se ver. Usar técnicas mais objetivas se você observar que a excursão do tórax é incomumente rasa (Cap. 31). A Tabela 30-6 resume os tipos de padrões de respiração.

Tabela 30-6

Alterações no Padrão Respiratório

Alteração	Descrição
Bradipneia	Frequência de respiração é regular mas anormalmente lenta (menos de 12 respirações/minuto).
Taquipneia	Frequência de respiração é regular mas anormalmente rápida (maior que 20 respirações/minuto)
Hiperpneia	Respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em frequência (maior que 20 respirações/minuto) (ocorre normalmente durante o exercício físico).
Apneia	Respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente resulta em parada respiratória.
Hiperventilação	Frequência e profundidade de respirações aumenta. Algumas vezes, ocorre hipocarbia.
Hipoventilação	Frequência respiratória é anormalmente baixa e profundidade de ventilação é deprimida. Algumas vezes ocorre hipercarbia.
Respiração de	Frequência respiratória e profundidade são irregulares, caracterizadas por períodos

Cheyne-Stokes	alternantes de apneia e hiperventilação. O ciclo respiratório começa com respirações lentas, superficiais que gradualmente aumentam para frequência e profundidade anormais. O padrão se reverte; a respiração fica lenta e rasa, concluindo como apneia antes de a respiração ser retomada.
Respiração de Kussmaul	As respirações são anormalmente profundas, regulares e aumentadas em frequência.
Respiração de Biot	As respirações são anormalmente rasas por duas a três respirações, seguidas de período irregular de apneia.

Ritmo Ventilatório

Determinar o padrão respiratório através da observação do tórax ou do abdome. A respiração diafragmática resulta da contração e relaxamento do diafragma e você a percebe melhor observando os movimentos abdominais. Homens e crianças saudáveis normalmente demonstram a respiração diafragmática. As mulheres tendem a usar os músculos torácicos para respirar (dados coletados pela observação dos movimentos na parte superior do tórax). As respirações com esforço quase sempre envolvem os músculos acessórios da respiração visíveis no pescoço. Quando algo tal como um corpo estranho interfere no movimento de ar para dentro e para fora dos pulmões, os espaços intercostais retraem durante a inspiração. Uma fase de expiração mais longa é evidente quando o fluxo de saída de ar é obstruído (p.ex., asma, doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC]).

Com a respiração normal, ocorre um intervalo regular após cada ciclo respiratório. Os lactentes tendem a respirar menos regularmente. A criança jovem com frequência respira lentamente por alguns segundos e, então, de súbito, respira mais rapidamente. Ao coletar dados das respirações, estime o intervalo de tempo após cada ciclo respiratório. O ritmo da respiração é regular ou irregular.

Avaliação da Difusão e Perfusão

Avalie os processos respiratórios de difusão e perfusão através da medição da saturação de oxigênio do sangue. O fluxo de sangue através dos capilares pulmonares oferece eritrócitos para a fixação de oxigênio. Após o oxigênio difundir-se a partir dos alvéolos para o sangue pulmonar, a maior parte do oxigênio liga-se a moléculas de

hemoglobina nos eritrócitos. Os eritrócitos transportam as moléculas de hemoglobina oxigenada através do lado esquerdo do coração e para fora para os capilares periféricos, onde o oxigênio se desprende, dependendo das necessidades dos tecidos.

A porcentagem de hemoglobina que está ligada ao oxigênio nas artérias é a porcentagem de saturação da hemoglobina (ou SaO_2). Ela está geralmente entre 95% e 100%; é afetada por fatores que interferem na ventilação, perfusão ou difusão (Cap. 41). A saturação do sangue venoso (SvO_2) é menor, porque os tecidos removeram parte do oxigênio das moléculas de hemoglobina. Os fatores que interferem na demanda de oxigênio nos tecidos, ou aumentam-na, afetam o valor usual para SvO_2, que é de 70%.

Medição da Saturação Arterial de Oxigênio

Um oxímetro de pulso permite a medida indireta da **saturação de oxigênio** (Procedimento 30-4 mais adiante). O oxímetro de pulso é uma sonda com um diodo emissor de luz (LED) conectado por um cabo a um oxímetro (Fig. 30-11). O LED emite comprimentos de onda de luz que as moléculas de hemoglobina oxigenadas e desoxigenadas absorvem de maneira diferente. Um fotodetector na sonda detecta a quantidade de oxigênio ligado a moléculas de hemoglobina, e o oxímetro calcula a saturação de pulso (SpO_2). A SpO_2 é uma estimativa confiável de SaO_2 quando a SaO_2 é superior a 70%. Uma saturação inferior a 90% é uma emergência clínica (WHO, 2011). Os valores obtidos com a oximetria de pulso são menos precisos em saturações inferiores a 70%.

FIGURA 30-11 Oxímetro de pulso portátil com sonda digital.

O fotodetector está localizado na sonda do oxímetro. Selecionar a sonda adequada é importante para reduzir os erros de medição. As sondas de dígitos têm mola e estão em conformidade com vários tamanhos. As sondas de lóbulo têm maior precisão em saturações inferiores e são menos afetadas por vasoconstrição periférica. Você pode aplicar adesivos de sensores descartáveis em uma variedade de locais, incluindo a testa, a ponte nasal de um adulto ou a planta do pé de uma lactente. A medida da saturação de oxigênio utilizando uma sonda de testa é mais rápida que as sondas de dedo (Yont et al., 2011) e mais precisa em condições que diminuem o fluxo de sangue (Nesseler et al., 2012). Fatores que afetam a transmissão de luz ou as pulsações arteriais periféricas afetam a capacidade do fotodetector para medir corretamente SpO_2 (Quadro 30-8). Uma consciência desses fatores permite a interpretação precisa de medições de SpO_2 anormais.

Quadro 30-8 Fatores que Afetam a

Determinação da Saturação de Oxigênio de Pulso (SpO_2)

Interferência na Transmissão de Luz

- Fontes de luz externas interferem na capacidade do oxímetro de processar a luz refletida.
- O monóxido de carbono (causado pela inalação de fumaça ou envenenamento) eleva artificialmente SpO_2 através da absorção de luz similar ao oxigênio.
- O movimento do paciente interfere na capacidade do oxímetro de processar a luz refletida.
- A icterícia interfere na capacidade do oxímetro de processar a luz refletida.
- Os corantes intravasculares (azul de metileno) absorvem a luz semelhante a desoxi-hemoglobina e diminuem a saturação artificialmente.
- O esmalte de unhas na cor preto ou marrom espalha-se nas unhas, e as unhas espessas podem interferir na absorção de luz e na capacidade do oxímetro de processar a luz refletida (Chan et al., 2013).
- O pigmento escuro da pele algumas vezes resulta em perda de sinal ou superestimação de saturação.

Interferência em Pulsações Arteriais

- A doença vascular periférica (aterosclerose) reduz o volume de pulso.
- A hipotermia no local de avaliação diminui o fluxo sanguíneo periférico.
- Os vasoconstritores farmacológicos (p.ex., epinefrina) diminuem o volume do pulso periférico.
- O baixo débito cardíaco e a hipotensão diminuem o fluxo sanguíneo para as artérias periféricas.
- O edema periférico obscurece a pulsação arterial.

- A sonda apertada registra as pulsações venosas no dedo, as quais competem com as pulsações arteriais.

Processo de Enfermagem e Sinais Vitais Respiratórios

A medição da frequência respiratória, do padrão e da profundidade, juntamente com SpO_2, avalia a ventilação, a difusão e a perfusão. Você também conduz outras coletas de dados para medir o estado respiratório (Cap. 31). Use os dados respiratórios da avaliação para determinar a natureza do problema de um paciente; eles são características que definem muitos diagnósticos de enfermagem, incluindo o seguinte:

- *Intolerância à Atividade*
- *Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas*
- *Ansiedade*
- *Padrão Respiratório Ineficaz*
- *Troca de Gases Prejudicada*
- *Dor Aguda*
- *Perfusão Tecidual Periférica Ineficaz*
- *Resposta de Desmame Ventilatório Disfuncional*

O plano de cuidado de enfermagem inclui intervenções baseadas no diagnóstico de enfermagem identificado e nos fatores relacionados. Por exemplo, as características definidoras de taquicardia, alterações na profundidade das respirações, dispneia e um declínio no nível de CO_2 levam a um diagnóstico de *Troca de Gases Prejudicada*. Os fatores relacionados podem incluir *alterações de membrana capilar alveolar por infecção ou um desequilíbrio de ventilação-perfusão*. Você seleciona as intervenções com base no fator relacionado. Depois de intervir, avalie os resultados dos pacientes coletando dados de taxa respiratória, profundidade ventilatória, ritmo e SpO_2.

Pressão arterial

A **pressão arterial** é a força exercida sobre as paredes de uma artéria pelo sangue pulsando sob pressão a partir do coração. O sangue flui através do sistema circulatório por causa das alterações de pressão. Ele movimenta-se a partir de uma área de alta pressão para uma de baixa pressão. A PA sistêmica ou arterial, a PA no sistema de artérias do corpo, é um bom indicador da saúde cardiovascular. A contração do coração força o sangue sob alta pressão para a aorta. O pico de pressão máxima quando a ejeção ocorre é a **pressão sistólica**. Quando os ventrículos relaxam, o sangue restante nas artérias exerce uma pressão mínima ou **pressão diastólica**. A pressão diastólica é a pressão mínima exercida contra as paredes arteriais em todos os momentos.

A unidade-padrão para medir a PA é milímetros de mercúrio (mmHg). A medição indica a altura que a PA sobe em uma coluna de mercúrio. Registre a PA com a leitura sistólica antes da leitura diastólica (p.ex., 120/80). A diferença entre a pressão sistólica e diastólica é a **pressão de pulso**. Por exemplo, para uma PA de 120/80, a pressão de pulso é 40.

Fisiologia da Pressão Arterial

A pressão arterial reflete as inter-relações de débito cardíaco, resistência vascular periférica, volume de sangue, viscosidade do sangue e elasticidade arterial. O conhecimento dessas variáveis hemodinâmicas ajuda na avaliação das alterações da PA.

Débito Cardíaco

A PA depende do débito cardíaco. Quando o volume aumenta em um espaço fechado tal como um vaso sanguíneo, a pressão naquele espaço sobe. Assim como o débito cardíaco aumenta, mais sangue é bombeado contra as paredes arteriais, fazendo que a PA se eleve. O débito cardíaco aumenta como resultado de um aumento da FC,

maior contração do músculo cardíaco ou um aumento no volume de sangue. As mudanças na FC ocorrem mais rapidamente que as mudanças na contratilidade do músculo cardíaco ou volume de sangue. Um aumento rápido ou significativo de FC diminui o tempo de enchimento do coração. Como resultado a PA diminui.

Resistência Periférica

A PA depende da resistência vascular periférica. O sangue circula através de uma rede de artérias, arteríolas, capilares, vênulas e veias. As artérias e arteríolas estão rodeadas por músculo liso que se contrai ou relaxa para alterar o tamanho do lúmen. O tamanho das artérias e arteríolas muda para ajustar o fluxo de sangue às necessidades dos tecidos locais. Por exemplo, quando um órgão principal precisa de mais sangue, as artérias periféricas contraem, diminuindo o seu fornecimento de sangue. Mais sangue se torna disponível para o órgão principal por causa da alteração da resistência na periferia. Normalmente, as artérias e arteríolas permanecem parcialmente constritas para manter um fluxo constante de sangue. A resistência vascular periférica é a resistência ao fluxo sanguíneo determinada pelo tônus da musculatura vascular e diâmetro dos vasos sanguíneos. Quanto menor for o lúmen de um vaso, maior é a resistência vascular periférica ao fluxo sanguíneo. Conforme a resistência sobe, a PA arterial se eleva. Conforme os vasos dilatam e a resistência cai, a PA cai.

Volume de Sangue

O volume de sangue circulando dentro do sistema vascular afeta a PA. A maioria dos adultos têm um volume de sangue circulante de 5.000 mL. Normalmente, o volume de sangue permanece constante. No entanto, um aumento no volume exerce mais pressão contra as paredes arteriais. Por exemplo, a infusão rápida e descontrolada de fluidos IV eleva a PA. Quando o volume de sangue circulante de uma pessoa cai, como no caso de hemorragia ou desidratação, a PA cai.

Viscosidade

A espessura ou a viscosidade do sangue afeta a facilidade com a qual o sangue flui através de pequenos vasos. O **hematócrito**, ou a percentagem de eritrócitos no sangue, determina a viscosidade do sangue. Quando o hematócrito aumenta e o fluxo de sangue fica mais lento, a PA arterial aumenta. O coração contrai com mais força para movimentar o sangue viscoso através do sistema circulatório.

Elasticidade

Via de regra, as paredes de uma artéria são elásticas e facilmente distensíveis. Conforme a pressão no interior das artérias aumenta, o diâmetro das paredes dos vasos aumenta para acomodar a mudança de pressão. A capacidade de distensão arterial impede grandes flutuações na PA. Todavia, em certas doenças, tais como a arteriosclerose, as paredes dos vasos perdem a sua elasticidade e são substituídas por tecido fibroso que não pode alongar bem. A elasticidade reduzida resulta em maior resistência ao fluxo sanguíneo. Como resultado, quando o ventrículo esquerdo ejeta o seu VS, os vasos não cedem mais à pressão. Em vez disso, certo volume de sangue é forçado através das paredes arteriais rígidas, e a pressão sistêmica sobe. A pressão sistólica é mais significativamente elevada que a pressão diastólica como resultado da elasticidade arterial reduzida.

Cada fator hemodinâmico afeta significativamente os outros. Por exemplo, conforme a elasticidade arterial diminui, aumenta a resistência vascular periférica. O complexo controle do sistema cardiovascular quase sempre impede que um único fator altere permanentemente a PA. Por exemplo, se o volume de sangue cair, o corpo compensa com uma resistência vascular aumentada.

Fatores que Influenciam a Pressão Arterial

A PA não é constante. Muitos fatores a influenciam continuamente. Uma medição não pode refletir adequadamente a PA habitual de um paciente. Mesmo sob as melhores condições, ela muda de batimento

cardíaco a batimento cardíaco. As tendências da PA, não as medições individuais, orientam as intervenções de enfermagem. A compreensão desses fatores garante uma interpretação mais precisa das leituras de PA.

Idade

Os níveis de PA normal variam ao longo de toda a vida (Tabela 30-7). A PA aumenta durante a infância. Avalie o nível de PA de uma criança ou adolescente em relação ao tamanho corporal e idade. A PA de um lactente varia de 65 a 115/42 a 80 mmHg. A PA normal para uma criança de 7 anos é 87 a 117/48 a 64 mmHg. Crianças maiores (mais pesadas e/ou mais altas) têm PAs mais elevadas que crianças menores da mesma idade. Durante a adolescência, a PA continua a variar de acordo com o tamanho do corpo.

Tabela 30-7

Pressão Arterial Média Ótima para Idade

Idade	Pressão Arterial (mmHg)
Recém-nascido (3.000g)	40 (média)
1 mês	85/54
1 ano	95/65
6 anos*	105/65
10 a 13 anos*	110/65
14 a 17 anos*	119/75
A partir de 18 anos	< 120/< 80

De James PA et al: 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report by the panel appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8), *JAMA* 31:507, 2014.

* Em crianças e adolescentes, a hipertensão é definida como pressão arterial que em medição repetida está no percentil 95 ou maior ajustado para idade, altura e sexo (NHPAEP, 2003).

A PA de um adulto tende a aumentar com o avançar da idade. A PA ideal para um adulto saudável, de meia-idade é inferior a

120/80 mmHg. Os valores de 120 a 139 sistólica e 80-89 mmHg diastólica são considerados pré-hipertensão (James et al., 2014) (Tabela 30-8). Os idosos com frequência têm um aumento na pressão sistólica relacionado com a diminuição da elasticidade dos vasos; entretanto, a PA maior que 140/90 mmHg é definida como hipertensão e aumenta o risco de doenças relacionadas com a hipertensão.

Tabela 30-8

Classificação de Pressão Arterial para Adultos a partir de 18 Anos de Idade

Categoria	Sistólica (mmHg)*		Diastólica (mmHg)*
Normal	< 120		< 80
Pré-hipertensão†	120 a 139	Ou	80 a 89
Hipertensão estágio 1	≥ 140	Ou	≥ 90
Hipertensão estágio 2	≥ 160	Ou	≥ 90

Dados de James PA, et al: 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report by the panel appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8), *JAMA* 31:507, 2014.

* Tratamento baseado na categoria mais elevada.

† Baseia-se na média de duas ou mais leituras obtidas em cada uma de duas ou mais visitas após uma triagem inicial. O paciente não deve estar tomando medicamentos anti-hipertensivos nem estar com doença aguda. Quando as pressões arteriais sistólica e diastólica caem em categorias diferentes, selecionar a categoria mais elevada para classificar o estado de pressão arterial individual. Por exemplo, classificar 160/92 mmHg como hipertensão estágio 2.

Estresse

Ansiedade, medo, dor e estresse emocional resultam na estimulação simpática, que aumenta a FC, o débito cardíaco e a resistência vascular. O efeito da estimulação simpática aumenta a PA. A ansiedade eleva a PA até 30 mmHg.

Etnia

A incidência de hipertensão (PA elevada) é mais elevada em afro-americanos que em americanos europeus. Aqueles tendem a desenvolver hipertensão mais severa em uma idade mais precoce e têm o dobro do risco de complicações como acidente vascular cerebral e ataque cardíaco. Os fatores genéticos e ambientais são com frequência contribuintes. As mortes relacionadas com a hipertensão também são maiores entre os afro-americanos.

Gênero

Não há nenhuma diferença clinicamente significativa nos níveis de PA entre meninos e meninas. Após a puberdade, os homens tendem a ter leituras de PA mais elevadas. Após a menopausa, as mulheres tendem a ter níveis de PA mais elevados que os homens da mesma idade.

Variação Diária

A pressão arterial varia ao longo do dia, com PA menor durante o sono entre a meia-noite e 3h. Entre 3h e 6h, há um aumento lento e constante na PA. Quando um paciente acorda, há um aumento de manhã cedo. Ela é mais alta durante o dia, entre 10h00 e 18h00. Não há duas pessoas que tenham o mesmo padrão ou grau de variação.

Medicamentos

Alguns medicamentos afetam direta ou indiretamente a PA. Antes da avaliação de PA, pergunte se o paciente está tomando medicamentos anti-hipertensivos, diuréticos ou outros cardíacos, que a diminuem (Tabela 30-9). Outra classe de medicamentos que afetam a PA é a de analgésicos opioides, que também podem baixá-la. Os vasoconstritores e um excesso de volume de líquidos IV a aumentam.

Tabela 30-9

Medicamentos Anti-hipertensivos

Tipo de Medicamento	Exemplo	Ação

Diuréticos	Furosemida (Lasix®), espironolactona (Aldactone®), metolazona, politiazida, hidroclorotiazida	Diminui a pressão arterial pela redução da reabsorção de sódio e água pelos rins, diminuindo assim o volume de fluido circulante
Bloqueadores beta-adrenérgicos	Atenolol, nadolol (Corgard®), maleato de timolol, metoprolol (Lopressor®)	Combinam-se com os receptores no coração, artérias e arteríolas para bloquear a resposta aos impulsos de nervo simpático; reduz a frequência cardíaca e, dessa forma, o débito cardíaco
Vasodilatadores	Cloreto de hidralazina (Apresolina®), minoxidil	Atua no músculo liso arteriolar para causar relaxamento e reduzir a resistência vascular periférica
Bloqueadores do canal de cálcio	Diltiazem (Cardizem®, Dilacor XR®), cloridrato de verapamil (Calan SR®), nifedipino (Procardia®), nicardipino (Cardene®)	Reduz a resistência vascular periférica pela vasodilatação sistêmica
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA)	Captopril (Capoten®), enalapril (Vasotec®), lisinopril (Privinil®, Zestril®), benazepril (Lotensin®)	Diminui a pressão arterial pelo bloqueio da conversão de angiotensina I em angiotensina II, impedindo a vasoconstrição; reduz a produção de aldosterona e a retenção de líquido, diminuindo o volume de líquido circulante
Bloqueadores do receptor de angiotensina II (ARB)	Losartan (Cozaar®), olmesartana (Benicar®)	Diminui a pressão arterial pelo bloqueio da ligação de angiotensina II, que impede a vasoconstrição

Atividade e Peso

Um período de exercício pode reduzir a PA por várias horas depois. Um aumento na demanda de oxigênio pelo corpo durante a atividade aumenta a PA. O exercício inadequado frequentemente contribui para o ganho de peso, e a obesidade é um fator no desenvolvimento de hipertensão.

Fumo

O fumo resulta em vasoconstrição, um estreitamento dos vasos sanguíneos. A PA aumenta quando uma pessoa fuma e retorna à linha de base aproximadamente 15 minutos depois de parar de fumar.

Hipertensão

A alteração mais comum na PA é a **hipertensão**. A hipertensão é com frequência assintomática. A pré-hipertensão é diagnosticada em adultos quando uma média de duas ou mais leituras em pelo menos duas visitas subsequentes está entre 120 e 139 mmHg sistólica e 80 e 89 mmHg diastólica. As leituras diastólicas superiores a 90 mmHg e as leituras sistólicas maiores que 140 mmHg definem hipertensão (James et al., 2014). Categorias de hipertensão foram desenvolvidas (Tabela 30-10) e elas determinam a intervenção clínica. Uma medição de PA elevada não se qualifica como um diagnóstico de hipertensão. No entanto, se uma leitura alta durante a primeira medida da PA (p.ex., 150/90 mmHg) for obtida, o paciente é encorajado a voltar para outra consulta de acompanhamento dentro de 2 meses.

Tabela 30-10

Recomendações para Acompanhamento de Pressão Arterial

Pressão Arterial Inicial	Acompanhamento Recomendado*
Normal	Verificar novamente em 2 anos.
Pré-hipertensão	Verificar novamente em 1 ano.†
Hipertensão estágio 1	Avaliar a terapia dentro de 1 mês (James et al., 2014).†
Hipertensão estágio 2	Avaliar a terapia dentro de 1 mês (James et al., 2014). Para aqueles com pressão arterial elevada (p.ex., > 180/110 mmHg), avaliar e tratar imediatamente ou dentro de 1 semana, dependendo da situação clínica e das complicações.

Dados de James PA et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report by the panel appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8), *JAMA* 31:507, 2014.

* Modificar o esquema de acompanhamento de acordo com informações confiáveis sobre as medições anteriores de pressão arterial, outros fatores de risco cardiovascular ou dano de órgão alvo.

† Orientar sobre mudanças no estilo de vida.

A hipertensão está associada ao espessamento e à perda de elasticidade das paredes arteriais. A resistência vascular periférica aumenta dentro dos vasos grossos e inelásticos. O coração bombeia

continuamente contra a maior resistência. Como resultado, diminui o fluxo de sangue para os órgãos vitais, tais como coração, cérebro e rim.

As pessoas com história familiar de hipertensão estão em risco significativo. Os fatores de risco modificáveis incluem obesidade, tabagismo, consumo excessivo de álcool e ingestão elevada de sódio (sal). O estilo de vida sedentário e a exposição contínua ao estresse também estão ligados à hipertensão. A incidência de hipertensão é maior em pacientes com diabetes, idosos e afro-americanos. É um importante fator subjacente de mortes por acidentes vasculares cerebrais e que contribui para infartos do miocárdio (ataques cardíacos). Quando os pacientes são diagnosticados com hipertensão, oriente-os sobre os valores da PA, cuidados de acompanhamento em longo prazo e terapia, a habitual falta de sintomas (o fato de que ela pode não ser "sentida"), a habilidade da terapia para controlá-la mas não curá-la e um plano de tratamento consistentemente acompanhado que garante um estilo de vida relativamente normal (James et al., 2014).

Hipotensão

A **hipotensão** está presente quando a PA sistólica cai para 90 mmHg ou menos. Embora alguns adultos tenham uma PA baixa normalmente, para a maioria das pessoas a PA baixa é um achado anormal associada à doença.

A hipotensão ocorre por causa da dilatação das artérias no leito vascular, da perda de uma quantidade substancial do volume sanguíneo (p.ex., hemorragia) ou da insuficiência do músculo do coração para bombear adequadamente (p.ex., infarto do miocárdio). A hipotensão associada a palidez, manchas de pele, viscosidade, confusão, FC aumentada ou diminuição do débito urinário é uma ameaça à vida e deve ser relatada a um profissional de saúde imediatamente.

A **hipotensão ortostática**, também chamada de **hipotensão ortostática** ocorre quando uma pessoa normotensa desenvolve sintomas e uma queda na pressão sistólica em pelo menos 20 mmHg

ou uma queda na pressão diastólica de pelo menos 20 mmHg dentro de 3 minutos após levantar-se para uma posição vertical (Shibao et al., 2013). Quando, em condições saudáveis, ocorre uma mudança de uma posição fixa deitada para a posição sentada, os vasos sanguíneos periféricos nas pernas se contraem. Quando em pé, os vasos das extremidades inferiores se contraem, impedindo o acúmulo de sangue nas pernas causado pela gravidade. Assim sendo, um indivíduo normalmente não sente quaisquer sintomas quando em pé. Em contrapartida, quando os pacientes têm um volume de sangue diminuído, seus vasos sanguíneos já estão contraídos. Se um paciente com depleção de volume fica em pé, existe uma queda significativa na PA com um aumento da FC para compensar a diminuição do débito cardíaco. Os pacientes que estão desidratados, anêmicos ou passaram por repouso na cama prolongado ou perda de sangue recente estão em risco de hipotensão ortostática, especialmente na parte da manhã (Shibao et al., 2013). Alguns medicamentos causam hipotensão ortostática se mal utilizados, especialmente em idosos ou pacientes jovens. Sempre meça a PA antes de administrar tais medicamentos.

Levante dados da hipotensão ortostática durante as medições dos sinais vitais através da obtenção de PA e pulso em sequência com o paciente deitado, sentado e em pé. Obtenha leituras de PA dentro de 3 minutos após o paciente mudar de posição. Na maioria dos casos, a hipotensão ortostática é detectada dentro de um minuto em pé. Se isso ocorrer, ajude o paciente a ficar numa posição deitada e notifique o médico ou enfermeira responsável. Enquanto são obtidas as medidas ortostáticas, observe outros sintomas de hipotensão, tais como desmaios, fraqueza, visão turva ou tonturas. A hipotensão ortostática é um fator de risco para quedas, especialmente entre pacientes idosos com hipertensão (Angelousi et al., 2014). Quando são registradas as medições de PA ortostática, registre a posição do paciente, além da aferição da PA (p.ex., 140/80 mmHg supina, 132/72 mmHg sentado, 108/60 mmHg em pé). O procedimento de medições ortostáticas requer pensamento crítico e julgamento de enfermagem em curso quando se determina a resposta de um paciente ao reposicionamento. Não delegue esse procedimento.

Medição da Pressão Arterial

As medições de PA arterial são obtidas diretamente (de modo invasivo) ou indiretamente (de modo não invasivo). O método direto exige a inserção de um cateter fino numa artéria. O tubo de condução conecta o cateter com o equipamento de monitoramento hemodinâmico eletrônico. O monitor exibe uma forma de onda da pressão arterial constante e a leitura. Por causa do risco de perda de sangue súbita a partir de uma artéria, o monitoramento invasivo de PA é utilizado apenas em ambientes de cuidados intensivos. O método indireto comum exige um esfigmomanômetro e estetoscópio. A ausculta ou palpação com ausculta é a técnica mais amplamente utilizada (Procedimento 30-5 mais adiante).

Aparelho de Pressão Arterial

Antes de avaliar a PA, certifique-se de que você está confortável com o uso de esfigmomanômetro e estetoscópio. Um **esfigmomanômetro** inclui um manômetro de pressão, um manguito oclusivo que inclui uma bexiga de borracha inflável e um bulbo de pressão com uma válvula de escape que enche a parte inflável do manguito (Fig. 30-12). O manômetro aneroide tem um calibre circular com paredes de vidro contendo uma agulha que registra calibrações em milímetros. Antes de usar o modelo aneroide, certificar-se de que a agulha aponta até o zero e que o manômetro está corretamente calibrado. Os esfigmomanômetros aneroides requerem calibração biomédica a cada 6 meses para verificar a sua exatidão.

FIGURA 30-12 Esfigmomanômetro aneroide de parede.

O manguito oclusivo vem em tamanhos diferentes. O tamanho selecionado é proporcional à circunferência do membro que está sendo avaliado (Fig. 30-13). Idealmente, a largura do manguito é de 40% da circunferência (ou 20% maior que o diâmetro) do ponto médio do membro no qual o manguito é utilizado para medir a PA. A parte inflável, contida no manguito oclusivo, circunda pelo menos 80% da parte superior do braço de um adulto e todo o braço de uma criança (James et al., 2014). Colocar a borda inferior do manguito acima da fossa antecubital, permitindo espaço para o posicionamento da campânula ou diafragma do estetoscópio. Muitos adultos requerem um manguito para adulto tamanho grande. Usar o antebraço quando um manguito maior não está prontamente disponível não é recomendado e pode levar a uma superestimação da pressão arterial sistólica até 20 mmHg (Schimanski et al., 2014). Um manguito indevidamente adaptado torna as medições de PA imprecisas (Tabela 30-11).

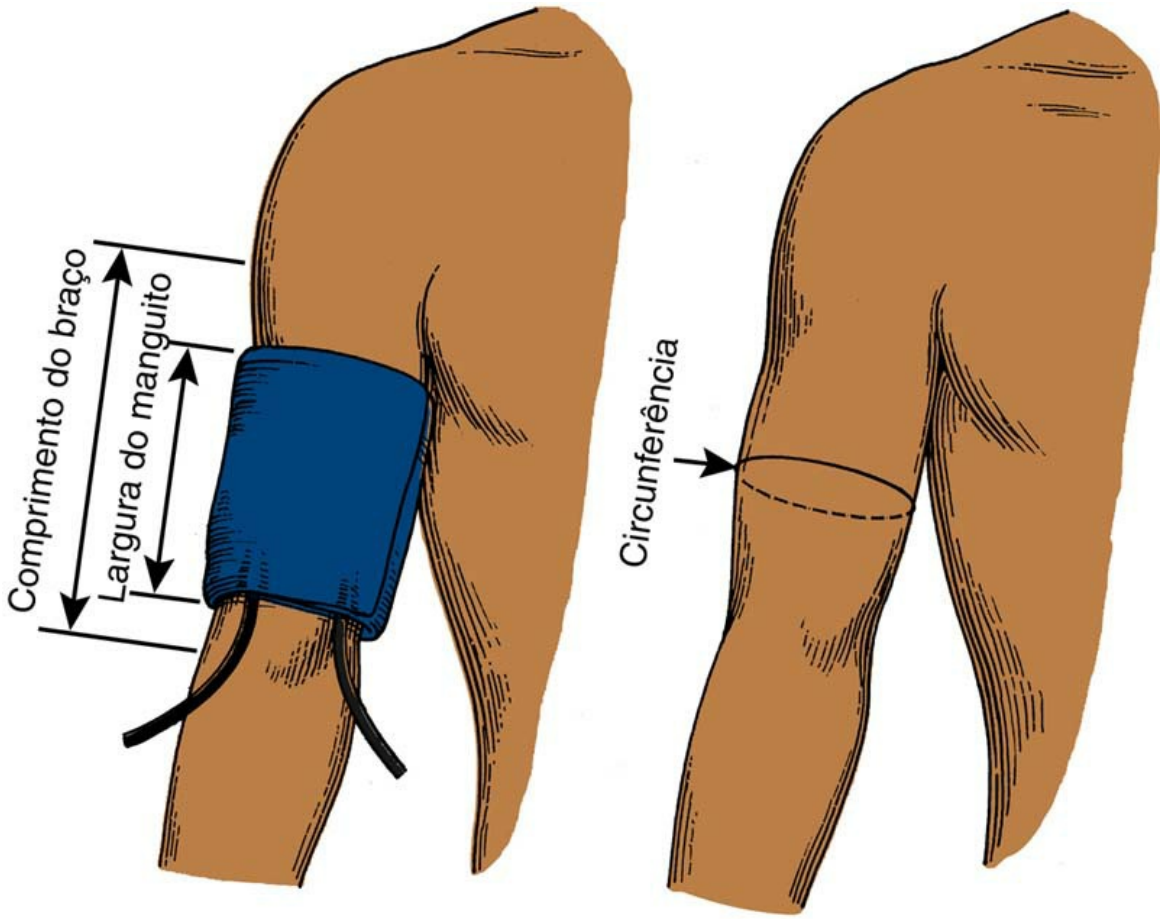


FIGURA 30-13 Diretrizes para a escolha do tamanho adequado do manguito de pressão arterial. Largura do manguito 20% maior que o diâmetro do braço ou 40% da circunferência e dois terços do comprimento do braço.

Tabela 30-11

Erros Comuns na Avaliação de Pressão Arterial

Erro	Efeito
Braçadeira ou manguito muito largos	Leitura falsa-baixa
Braçadeira ou manguito muito estreitos ou muito curtos	Leitura falsa-alta
Manguito envolto muito frouxamente ou de modo irregular	Leitura falsa-alta
Desinflar o manguito muito lentamente	Leitura diastólica falsa-alta
Desinflar o manguito muito rapidamente	Leitura sistólica falsa-baixa e diastólica falsa-alta
Braço abaixo do nível do coração	Leitura falsa-alta

Braço acima do nível do coração	Leitura falsa-baixa
Braço sem apoio	Leitura falsa-alta
Estetoscópio que se adapta mal ou deficiência de audição do examinador, fazendo que os sons sejam amortecidos	Leitura sistólica falsa-baixa e diastólica falsa-alta
Estetoscópio aplicado muito firmemente contra a fossa antecubital	Leitura diastólica falsa-baixa
Inflar muito lentamente	Leitura diastólica falsa-alta
Repetir as medições muito rapidamente	Leitura sistólica falsa-alta
Nível de inflação inadequado	Leitura sistólica falsa-baixa
Múltiplos examinadores utilizando diferentes sons para as leituras diastólicas	Leitura sistólica falsa-alta e diastólica falsa-baixa

A válvula de liberação do esfigmomanômetro precisa ser limpa e livremente móvel em qualquer direção. Uma válvula fechada mantém a pressão constante. Uma válvula pegajosa dificulta a regulagem da deflação do manguito de pressão.

Ausculta

O melhor ambiente para a medição de PA pela ausculta é uma sala silenciosa em uma temperatura confortável. Embora o paciente possa deitar ou ficar de pé, sentar é a posição preferida. Na maioria dos casos, as leituras de PA obtidas com o paciente nas posições de decúbito dorsal, sentado e em pé são semelhantes.

A posição do paciente durante a determinação de PA de rotina deve ser a mesma durante cada medição a fim de permitir uma comparação significativa dos valores. Antes de se obter a PA do paciente, tente controlar os fatores responsáveis pelas leituras artificialmente elevadas, tais como dor, ansiedade ou esforço. A percepção do paciente de que o ambiente físico ou interpessoal é estressante afeta a medição de PA. As medidas de PA tomadas no local de trabalho do paciente ou no consultório de um profissional de saúde são com frequência superiores àquelas obtidas na casa do paciente.

Durante a avaliação inicial, obtenha e registre a PA em ambos os braços. Normalmente, há uma diferença de 5 a 10 mmHg entre os braços. Em coletas de dados subsequentes, meça a PA no braço com a pressão mais elevada. As diferenças de pressão superiores a 10 mmHg indicam problemas vasculares e são relatadas para o médico ou enfermeira responsável.

Peça ao paciente para declarar a sua PA habitual. Se ele(a) não souber, informe-o(a) depois de medir e registrar. Essa é uma boa oportunidade para educar o paciente sobre os valores ideais de PA, fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e os perigos da hipertensão.

A medida indireta da PA arterial trabalha sobre um princípio básico da pressão. O sangue flui livremente através de uma artéria até que um manguito inflado aplique pressão aos tecidos e faça que a artéria entre em colapso. Após a liberação da pressão do manguito, o ponto em que o fluxo de sangue retorna e o som aparece através da auscultação é a pressão sistólica.

Em 1905, Korotkoff, um cirurgião russo, descreveu pela primeira vez os sons ouvidos em uma artéria distal ao manguito de PA quando este era esvaziado. O primeiro é um som rítmico de afunilamento claro correspondente à frequência de pulso que aumenta gradualmente em intensidade. *O início do som corresponde à pressão sistólica*. Um som de sopro ou assobio ocorre conforme o manguito continua a esvaziar, resultando no segundo som. À medida que a artéria distende, há turbulência no fluxo de sangue. O terceiro som é uma batida mais nítida e mais intensa. O quarto som torna-se abafado e grave conforme o manguito é ainda mais esvaziado. Nesse ponto, a pressão do manguito caiu abaixo da pressão dentro das paredes dos vasos; *esse som é a pressão diastólica em lactentes e crianças*. O quinto som marca o desaparecimento do som. *Em adolescentes e adultos, o quinto som corresponde à pressão diastólica* (Fig. 30-14). Em alguns pacientes os sons são claros e distintos. Em outros, apenas os sons de início e fim são claros.

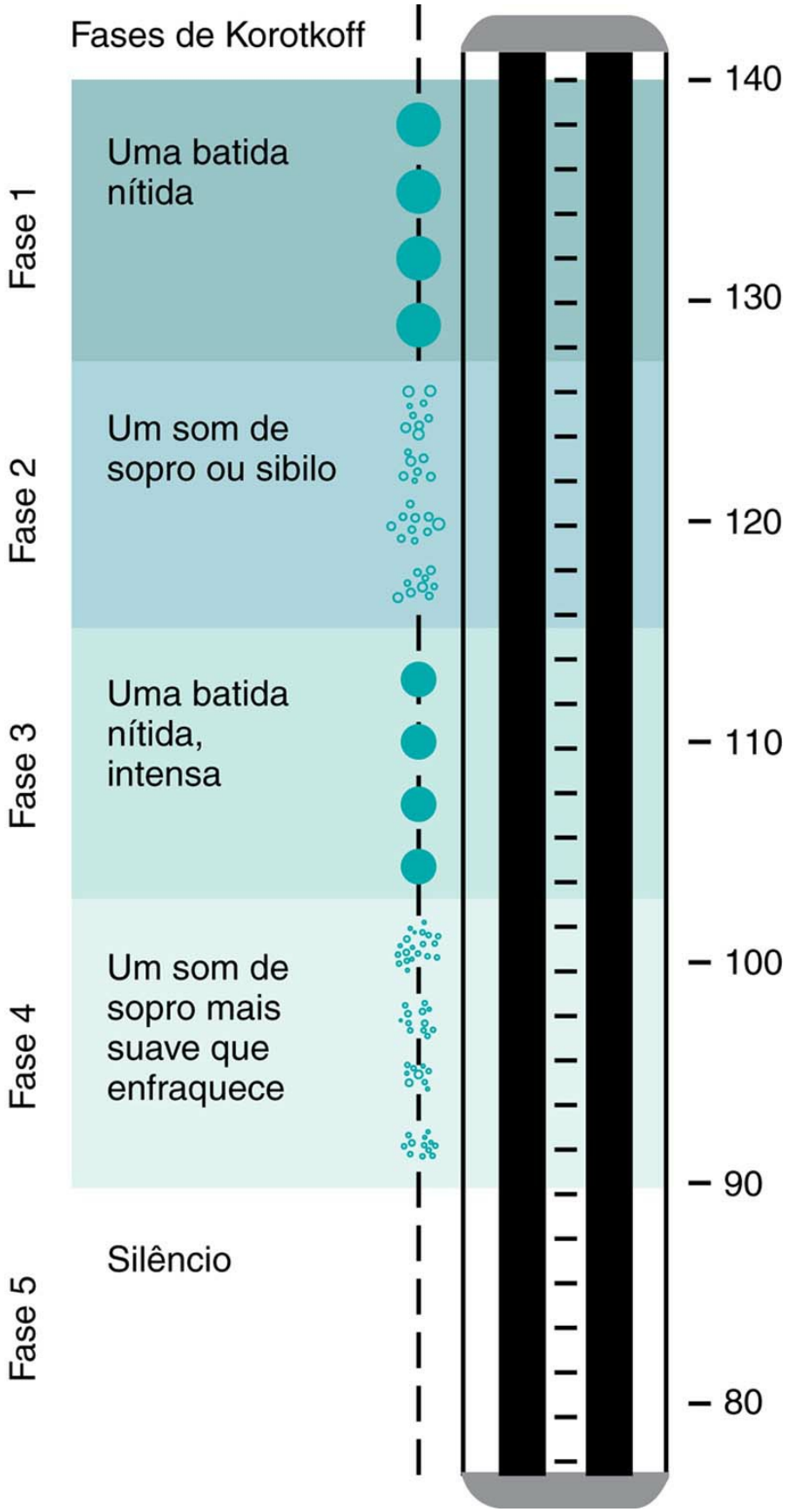

Fases de Korotkoff
Fase 1
Uma batida nítida
Fase 2
Um som de sopro ou sibilo
Fase 3
Uma batida nítida, intensa
Fase 4
Um som de sopro mais suave que enfraquece
Fase 5
Silêncio
140
130
120
110
100
90
80

FIGURA 30-14 Os sons auscultados durante a medição da pressão sanguínea podem ser diferenciados em cinco fases. Neste exemplo, a pressão sanguínea é 140/90 mmHg.

A American Heart Association recomenda o registro de dois números para uma medição de PA: o ponto no manômetro quando se ouve o primeiro som para a sistólica e o ponto no manômetro quando se ouve o quinto som para a diastólica. Algumas instituições recomendam registrar o ponto quando você ouve o quarto som também, especialmente para pacientes com hipertensão. Dividir os números pelas linhas pontilhadas (p.ex., 120/70 ou 120/100/70). Anotar o braço usado para medir a PA (p.ex., o braço direito [BD] 130/70) e a posição do paciente (p.ex., sentado).

As medições da PA resultam em muitas decisões médicas e intervenções de enfermagem. A obtenção de uma medição precisa é essencial. Existem várias fontes de erro (Tabela 30-11). Quando você não tiver certeza de uma leitura, peça a um colega para medir a PA novamente.

Avaliação em Crianças

Todas as crianças de 3 anos até a adolescência precisam ter a PA verificada pelo menos anualmente. A PA em crianças muda com o crescimento e o desenvolvimento. Ajude os pais a compreender a importância dessa triagem de rotina para detectar as crianças que estão em risco de hipertensão. A medição da PA em lactentes e crianças é difícil por várias razões:

- O tamanho do braço diferente requer a seleção cuidadosa e apropriada do tamanho do manguito. Não escolha um manguito com base no nome. Um manguito "de lactente" é com frequência demasiado pequeno para alguns.
- As leituras são difíceis de se obter em lactentes e crianças agitados ou ansiosos. Permitir por pelo menos 15 minutos que as crianças se recuperem das atividades recentes e se tornem menos apreensivas. A cooperação da criança aumenta quando você ou um dos pais a preparou para a sensação incomum do manguito de PA. A maioria

das crianças entende a analogia de um "abraço apertado em seu braço".

- Colocar o estetoscópio muito firmemente na fossa antecubital provoca erros na ausculta. Os sons são difíceis de se ouvir em crianças por causa da baixa frequência e amplitude. Uma campânula de estetoscópio pediátrico é frequentemente útil.

Estetoscópio Ultrassônico

Quando não for possível auscultar sons por causa de um pulso arterial enfraquecido, você pode usar um estetoscópio ultrassônico (Cap. 31). Esse estetoscópio permite que você ouça sons sistólicos de baixa frequência. Você utiliza frequentemente esse dispositivo quando mede a PA de lactentes e crianças e a PA baixa em adultos.

Palpação

A medida indireta da PA por palpação é útil para pacientes cujas pulsações arteriais são demasiado fracas para criar sons. A perda de sangue severa e a diminuição da contratilidade cardíaca são exemplos de condições que resultam em PA muito baixas para serem auscultadas com precisão. Nesses casos, você pode coletar os dados da PA sistólica por palpação (Quadro 30-9). A PA diastólica é difícil de determinar por palpação. Ao usar a técnica de palpação, registre o valor sistólico e como você o mediu (p.ex., RA 90/-, palpado, supino).

Quadro 30-9

Diretrizes para o procedimento

Palpação na Medida da Pressão Sistólica

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

Nos Estados Unidos, o procedimento de palpação na medida da pressão arterial (PA) não pode ser delegado ao auxiliar/técnico de enfermagem.

Materiais

Esfigmomanômetro

Passos

1. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário) de acordo com a política do serviço (TJC, 2016).
2. Higienize as mãos.
3. Aplique o manguito de PA na extremidade selecionada para a medição.
4. Palpe continuamente o pulso da artéria braquial, radial ou poplítea com as pontas dos dedos de uma mão.
5. Infle o manguito de PA 30 mmHg acima do ponto em que você não consegue mais palpar o pulso.
6. Solte lentamente a válvula e desinfle o manguito, permitindo que a agulha manômetro de mercúrio caia 2 mmHg por segundo.
7. Anote o ponto no manômetro quando o pulso é novamente palpável; esta é a PA sistólica.
8. Esvazie o manguito rápida e completamente. Remova o manguito da extremidade do paciente a menos que você precise repetir a medição.
9. Higienize as mãos.
10. Registre PA como sistólica/-, palpada (p.ex., PA 108/-, por palpação, localização) na folha de fluxo de sinal vital, nas anotações de enfermagem ou no prontuário eletrônico. Reporte os resultados anormais à enfermeira responsável ou médico.

Você pode usar a técnica de palpação juntamente com a ausculta. Em alguns pacientes com hipertensão, os sons geralmente ouvidos sobre a artéria braquial quando a pressão do manguito é alta desaparecem à medida que a pressão é reduzida e então reaparecem num nível inferior. Esse desaparecimento temporário de som é o **hiato**

auscultatório. Ele ocorre normalmente entre o primeiro e o segundo sons. A diferença no som abrange uma faixa de 40 mmHg e, dessa forma, causa uma subestimação da pressão sistólica ou superestimação da pressão diastólica. O examinador deve estar certo para inflar o manguito alto o suficiente para ouvir a pressão sistólica verdadeira antes do hiato auscultatório. A palpação da artéria radial ajuda a determinar o quão alto inflar o manguito. O examinador infla o manguito 30 mmHg acima da pressão na qual o pulso radial foi palpado. Registre a variação de pressões em que o hiato auscultatório ocorre (p.ex., BD, PA 180/94 mmHg com um hiato auscultatório de 180 a 160 mmHg, sentado).

Pressão Arterial das Extremidades Inferiores

Curativos, gessos, cateteres IV ou fístulas arteriovenosas ou derivações tornam as extremidades superiores inacessíveis para a medição de PA. Então, você precisa obter a PA em uma extremidade inferior. Comparar a PA da extremidade superior com aquela nas pernas também é necessário para pacientes com certas anomalias cardíacas e de PA. A artéria poplítea, palpável atrás do joelho no espaço poplíteo, é o local para a ausculta. O manguito tem de ser largo e longo o suficiente para permitir a maior circunferência da coxa. Colocar o paciente em posição prona é melhor. Se tal posição for impossível, peça ao paciente para flexionar o joelho ligeiramente a fim de facilitar o acesso à artéria. Posicione o manguito 2,5 cm acima da artéria poplítea com a bexiga sobre o aspecto posterior da parte média da coxa (Fig. 30-15). O procedimento é idêntico à auscultação da artéria braquial. A pressão sistólica nas pernas é geralmente mais elevada em 10 a 40 mmHg que na artéria braquial, mas a pressão diastólica é a mesma (Frese et al., 2011).

FIGURA 30-15 Manguito de pressão arterial de extremidade inferior posicionado acima da artéria poplítea, na metade da coxa, com o joelho flexionado.

Dispositivos Eletrônicos de Medida da Pressão Arterial

Muitos estilos diferentes de aparelhos eletrônicos de medida da PA estão disponíveis para determiná-la automaticamente (Fig. 30-16). Os aparelhos eletrônicos de medida da PA contam com um sensor eletrônico para detectar as vibrações causadas pelo fluxo de sangue através de uma artéria (Quadro 30-10). Use os dispositivos eletrônicos quando a avaliação de PA frequente for necessária, como em pacientes que estão gravemente doentes ou instáveis, durante ou após procedimentos invasivos, ou quando as terapias exigem monitoramento frequente (p.ex., medicamentos IV para o coração e para a PA). O Quadro 30-11 lista as condições que não são apropriadas para dispositivos de PA automáticos.

Welch Allyn
Welch Allyn
Welch Allyn
FlexiPort™ Reusable
Blood Pressure Cuff
ADULT 11

FIGURA 30-16 Monitor automático de pressão arterial.

Quadro 30-10

Diretrizes para o procedimento

Medida Eletrônica de Pressão Arterial

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de obtenção eletrônica da pressão arterial (PA) pode ser delegado ao auxiliar/técnico de enfermagem. No entanto, a enfermeira deve primeiro verificar se o paciente está estável e não precisa ser cuidadosamente monitorado para avaliar a resposta a medicamentos ou outras terapias. Oriente o auxiliar/técnico de enfermagem para:

- Obter a PA em momentos apropriados conforme determinado pela política do serviço, a pedido médico ou conforme a condição do paciente, tais como medidas pós-operatórias frequentes.
- Considerar fatores específicos do paciente que afetam os valores habituais do paciente.
- Obter a PA no membro apropriado usando o manguito de tamanho correto considerando o histórico do paciente, tais como a presença de acessos intravenosos (IV).
- Imediatamente, relatar mudanças significativas de PA conforme especificado pela enfermeira.

Materiais

Aparelho eletrônico de PA, manguito de PA de tamanho apropriado, como recomendado pelo fabricante

Passos

1. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário)

de acordo com a política do serviço (TJC, 2016).

2. Determine a adequação da utilização de medição eletrônica da PA. Pacientes com frequência cardíaca irregular, doença vascular periférica, convulsões, tremores e tremores por frio não são candidatos para este dispositivo (Suokhrie et al., 2013).
3. Determine o melhor local para a colocação do manguito (Procedimento 30-5).
4. Higienize as mãos. Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável, deitado ou sentado. Conecte o dispositivo e coloque-o perto do paciente, garantindo que a mangueira do conector alcançará entre o punho e a máquina.
5. Localize "ligar/desligar" e ligue a máquina para permitir que o dispositivo faça um autoteste dos sistemas de computador.
6. Selecione o manguito de tamanho apropriado para a extremidade do paciente (Quadro 30-11) e manguito adequado para a máquina. O manguito eletrônico de PA e o equipamento são emparelhados pelo fabricante e não são intercambiáveis.
7. Prepare o manguito de PA apertando manualmente todo o ar para fora do manguito e anexe o manguito à mangueira do conector.
8. Remova qualquer roupa apertada para garantir a aplicação adequada do manguito. O manguito de PA pode ser colocado sobre uma manga de camisa fina (Pinar et al., 2010).
9. Envolva o manguito achatado confortavelmente em torno da extremidade, verificando que apenas um dedo se encaixa entre o manguito e a pele do paciente. Certifique-se de que a "artéria" marcada com seta no lado de fora do manguito é colocada corretamente (Ilustração de Procedimento 30-5, Passo 4).
10. Verifique se a mangueira do conector entre o manguito e o equipamento não está dobrada. As dobras impedem a inflação adequada e deflação do manguito.
11. Seguindo as instruções do fabricante, coloque o controle de frequência no automático ou manual e pressione o botão

"iniciar". A primeira medição de PA bombeia o manguito até a pressão de aproximadamente 180 mmHg. Após essa pressão ser alcançada, a máquina começa uma sequência de deflação que determina a PA. A primeira leitura indica a inflação de pico de pressão para medições adicionais.

DECISÃO CLÍNICA: *Se não for possível obter a PA com o dispositivo eletrônico, verifique as conexões do equipamento (p.ex., ligado na tomada elétrica de trabalho, conexões de mangueira e manguito apertadas, máquina ligada, manguito correto). Aguarde pelo menos 1 minuto, mas não mais de 2 minutos para repetir a PA eletrônica; se não for possível obtê-la, use técnica auscultatória (Procedimento 30-5).*

12. Quando a deflação estiver completa, o visor digital fornece valores mais recentes e pisca o tempo, em minutos, que se passou desde que a medição ocorreu.
13. Defina a frequência de medidas de PA e os limites de alarme superior e inferior para leituras de PA sistólica, diastólica e média. Os intervalos entre as medidas da PA são definidos de 1 a 90 minutos.
14. Determine a frequência de medição e os limites de alarme com base no intervalo aceitável de PA do paciente, no julgamento da enfermeira e na prescrição do profissional de saúde.
15. Obtenha leituras adicionais a qualquer momento pressionando o botão iniciar. (Às vezes, você precisa de leituras adicionais para pacientes instáveis.) Pressionar o botão "cancelar" esvazia imediatamente o manguito.
16. Se as determinações de PA frequentes forem necessárias, deixe o manguito em posição. Remova o manguito pelo menos a cada 2 horas para coletar dados sobre a integridade da pele subjacente e, se possível, alterne os locais de PA. Os pacientes com tendências hemorrágicas anormais estão em risco de ruptura microvascular por insuflações repetidas. Quando

terminar de usar a máquina de PA eletrônica, limpe o manguito de PA de acordo com a política do serviço, a fim de reduzir a transmissão de microrganismos.

17. Compare as leituras de PA eletrônicas com a PA auscultatória com vistas a verificar a precisão da medição de PA eletrônica.
18. Registre a PA e o local avaliado em folha de fluxo de sinal vital, em notas de enfermagem ou prontuário eletrônico (por política do serviço). Registre quaisquer sinais de alterações da PA na anotação de enfermagem.
19. Relate os achados anormais à enfermeira responsável ou profissional de saúde.

Quadro 30-11 Condições do Paciente não Apropriadas para Medida Eletrônica de Pressão Arterial

- Frequência cardíaca irregular
- Obstrução vascular periférica (p.ex., coágulos, vasos estreitados)
- Tremores por frio
- Convulsões
- Tremores excessivos
- Incapacidade de cooperar
- Pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg

As vantagens de dispositivos automáticos são a facilidade de utilização e a eficiência quando as medições repetidas ou frequentes são indicadas. A capacidade de utilizar um estetoscópio não é necessária. Todavia, os dispositivos automáticos não são recomendados para pacientes hipertensos, pacientes com frequências cardíacas irregulares ou aqueles que sofreram trauma (Skirton et al., 2011). A maioria dos dispositivos eletrônicos de PA são incapazes de processar sons ou vibrações de baixa PA. A variação de sofisticação de dispositivo também dificulta as comparações de medição de PA.

Automedição da Pressão Arterial

A melhoria da tecnologia em dispositivos de monitoramento eletrônico permite que os indivíduos meçam suas próprias PAs em sua casa apertando um botão. Os dispositivos domésticos portáteis incluem o esfigmomanômetro aneroide e dispositivos de leitura digital eletrônica que não exigem o uso de um estetoscópio. Os dispositivos eletrônicos são mais fáceis de manipular mas exigem recalibração frequente, mais que uma vez por ano. Por causa de sua sensibilidade, a colocação do manguito inadequada ou o movimento do braço faz com que a leitura do dispositivo eletrônico seja incorreta.

Os dispositivos de PA automáticos estacionários são frequentemente encontrados em locais públicos, tais como supermercados, academias, aeroportos ou locais de trabalho. Os clientes simplesmente apoiam seus braços dentro do manguito inflável da máquina, que contém um sensor de pressão. Um visor informa aos usuários sua PA dentro de 60 a 90 segundos. A confiabilidade das máquinas estacionárias é limitada. Os valores de PA variam de 5 a 10 mmHg ou mais (para ambos os valores de sistólica e diastólica) em comparação com as pressões obtidas com um esfigmomanômetro manual.

A automedição da PA tem vários benefícios. Algumas vezes, a PA elevada é detectada em pessoas previamente inconscientes de um problema. As pessoas com pré-hipertensão fornecem informações sobre o padrão dos valores da PA ao seu profissional de saúde. Os pacientes com hipertensão beneficiam-se de participar ativamente de seu tratamento através de automonitoramento, o que ajuda a aderência ao tratamento. As desvantagens de automedição incluem o uso indevido do dispositivo e o risco de leituras imprecisas. Alguns pacientes ficam desnecessariamente alarmados com uma leitura elevada. Outros, com hipertensão, tornam-se excessivamente conscientes de sua PA e inadequadamente autoajustam a medicação.

Os consumidores podem aprender a usar dispositivos de automedição se eles tiverem as informações necessárias para realizar o procedimento corretamente e se eles souberem quando procurar ajuda médica. Aconselhe os pacientes sobre as possíveis imprecisões nos

dispositivos de PA, ajude-os a compreender o significado e as implicações das leituras e lhes ensine as técnicas de medição adequadas. Incentive-os a registrar a data de suas leituras de PA para avaliar a PA ao longo do tempo e compartilhar os resultados com o seu profissional de saúde.

Processo de Enfermagem e Determinação da Pressão Arterial

A avaliação da PA juntamente com a avaliação de pulso avalia o estado geral de saúde cardiovascular e respostas a outros desequilíbrios de sistema. Hipotensão, hipertensão, hipotensão ortostática e pressões de pulso estreitas ou amplas são características definidoras de certos diagnósticos de enfermagem, incluindo o seguinte:

- *Intolerância à Atividade*
- *Ansiedade*
- *Débito Cardíaco Diminuído*
- *Volume de Fluido Deficiente/Em Excesso*
- *Risco de Lesão*
- *Dor Aguda*
- *Perfusão Tecidual Periférica Ineficaz*

O plano de cuidados de enfermagem inclui intervenções baseadas no diagnóstico de enfermagem identificado e nos fatores relacionados. Por exemplo, as características definidoras de hipotensão, tontura, déficit de pulso e arritmia levam a um diagnóstico de *Débito Cardíaco Diminuído*. Os fatores relacionados podem incluir a *ingestão oral precária*, *exposição ao calor excessiva* e uma *história de doença cardíaca valvular*. O fator relacionado orienta a escolha das intervenções de enfermagem. Avalie os resultados dos pacientes pela avaliação de PA após cada intervenção.

Promoção da saúde e sinais vitais

A ênfase na promoção e manutenção de saúde e alta das instalações hospitalares resultou em um aumento na necessidade para os pacientes e suas famílias de monitorarem os sinais vitais em casa. Orientá-los sobre as considerações que afetam todas as medições dos sinais vitais. Incorporá-los dentro do plano de cuidados do paciente (Quadro 30-12).

Quadro 30-12

Educação em saúde do paciente

Promoção de Saúde

Objetivo

- Paciente identifica as medidas para promover a saúde.

Estratégias de Ensino

- Orientar o paciente sobre a importância da dieta, exercício e permanecer sem tabaco.
- Orientar o paciente sobre os fatores de risco de hipotermia, geladura e termoplegia.
- Demonstrar autoavaliação da frequência cardíaca usando o pulso da carótida. Os pacientes que tomam certos medicamentos cardíacos prescritos precisam aprender a medir sua própria frequência de pulso para detectar os efeitos colaterais dos medicamentos. Os pacientes submetidos à reabilitação cardíaca precisam aprender a medir sua própria frequência de pulso para determinar a sua resposta ao exercício.
- Orientar o paciente sobre os valores normais de pressão arterial, fatores de risco para hipertensão e habitual falta de sintomas de hipertensão.

- Demonstrar ao cuidador familiar como obter a pressão arterial do paciente usando um manguito de pressão arterial de dimensão apropriada para uso doméstico no mesmo momento, todos os dias, depois de o paciente ter um breve descanso, e na mesma posição e braço cada vez que a pressão é medida.

Avaliação

- Pedir ao paciente para indicar três atividades de promoção da saúde.
- Observar o paciente obtendo a frequência de pulso da carótida.
- Observar a medição do cuidador familiar de pressão arterial.

Quando se considera como ensinar os pacientes e suas famílias sobre a medição de sinais vitais e sua importância e significado, a idade do paciente é um fator importante. Com o aumento da população de idosos, há uma maior necessidade de cuidadores familiares estarem cientes das mudanças que são exclusivas a esse grupo. O Quadro 30-13 identifica algumas dessas variações.

Quadro 30-13

Foco em idosos

Fatores que Afetam os Sinais Vitais de Idosos

Temperatura

- A temperatura de idosos está na extremidade inferior do intervalo de temperatura normal, de 36°C a 36,8°C por via oral ou axilar e de 36,6°C a 37,2°C por via retal. Portanto, as temperaturas consideradas dentro da normalidade algumas vezes refletem uma febre em um idoso Num idoso, a febre está presente quando uma única temperatura oral é superior a 37,8°C; as temperaturas orais repetidas são superiores a 37,2°C; as temperaturas retais são superiores a 37,5°C; ou a temperatura aumentou mais que 1°C ao

longo da linha de base.

- Os idosos são muito sensíveis a pequenas alterações na temperatura ambiental, porque os seus sistemas de termorregulação não são tão eficientes.
- Uma diminuição na reatividade das glândulas sudoríparas nos idosos resulta em um patamar mais elevado para transpirar em altas temperaturas, o que leva à hipertermia e termoplegia.
- Fique especialmente atento às mudanças sutis de temperatura e outras manifestações de febre nesta população, tais como taquipneia, anorexia, quedas, delírio e declínio funcional geral.
- Os idosos sem dentes ou com controle muscular pobre podem ser incapazes de fechar a boca firmemente para obter leituras de temperatura orais precisas.

Frequência de Pulso

- Se é difícil palpar o pulso de um idoso obeso, um dispositivo Doppler proporciona uma leitura mais precisa.
- Os pulsos de pedal são com frequência difíceis de palpar em idosos.
- O idoso tem uma frequência cardíaca diminuída em repouso.
- Leva mais tempo para a frequência cardíaca aumentar em idosos para atender às crescentes demandas súbitas que resultam de estresse, doença ou emoção. Uma vez elevada, a frequência de pulso demora mais tempo para voltar à frequência normal de repouso.
- Os sons cardíacos são algumas vezes abafados ou difíceis de ouvir em idosos por causa de um aumento no espaço de ar nos pulmões.

Pressão Arterial

- Os idosos que perderam massa do braço, especialmente os idosos frágeis, exigem especial atenção para a seleção de um manguito de tamanho menor de pressão arterial.
- Algumas vezes, os idosos têm um aumento da pressão sistólica relacionado com a diminuição da elasticidade dos vasos, enquanto

a pressão diastólica se mantém a mesma, resultando numa pressão de pulso mais ampla.

- Oriente-os a mudar a posição lentamente e esperar após cada alteração para evitar a hipotensão postural e prevenir lesões.
- A pele de idosos é mais frágil e suscetível a pressão do manguito durante as medições frequentes. A avaliação mais frequente da pele sob o manguito ou o rodízio dos locais de medida da pressão arterial é recomendada.

Respirações

- O envelhecimento causa ossificação da cartilagem costal e inclinação descendente das costelas, resultando em uma caixa torácica mais rígida, o que reduz a expansão da parede torácica. Cifose e escoliose que ocorrem em idosos também restringem a expansão do tórax e diminuem o volume corrente.
- Os idosos dependem mais dos músculos abdominais acessórios durante a respiração que os músculos torácicos mais fracos.
- O sistema respiratório amadurece no momento em que uma pessoa atinge 20 anos e começa a declinar em pessoas saudáveis após os 25 anos. Apesar dessa diminuição, os idosos são capazes de respirar sem esforço enquanto estiverem saudáveis. No entanto, eventos repentinos que exigem um aumento da demanda de oxigênio (p.ex., exercício, estresse, doença) criam falta de ar em pessoas idosas.
- Identificar um local de sonda de oxímetro de pulso aceitável é difícil com idosos por causa do risco de doença vascular periférica, diminuição do débito cardíaco, vasoconstrição induzida pelo frio e anemia.

Registro dos sinais vitais

Existem fluxogramas gráficos eletrônicos e em papel, especiais para registrar os sinais vitais (Cap. 26). Identifique o procedimento da instituição para registro em um gráfico. Além dos valores dos sinais vitais reais, registre nas anotações de enfermagem quaisquer sintomas acompanhantes ou precipitantes, tais como dor no peito e tonturas com PA anormal, falta de fôlego com respirações anormais, cianose com hipoxemia ou rubor e diaforese com temperatura elevada. Registre quaisquer intervenções iniciadas como resultado de medição de sinais vitais, tais como a administração da terapia de oxigênio, hidratação ou uma medicação anti-hipertensiva.

Os pacientes que estão sendo tratados em caminhos críticos com frequência têm valores de sinais vitais listados como resultados. Se um valor de sinal vital estiver acima ou abaixo dos resultados previstos, escreva uma nota de variância para explicar a natureza da variância e o curso de enfermagem da ação. Por exemplo, um caminho para um paciente que foi submetido a cirurgia de pulmão tem com frequência um resultado durante o período pós-operatório de "afebril". Se o paciente tiver febre, a nota de variância da enfermagem aborda possíveis fontes de febre (p.ex., secreções pulmonares retidas) e intervenções de enfermagem (p.ex., aumento da aspiração, drenagem postural ou hidratação).

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é um papel essencial da enfermeira. Para garantir a segurança do paciente, comunique-se claramente com os membros da equipe de saúde, avalie e incorpore as prioridades de cuidado do paciente e as preferências e utilize a melhor evidência na tomada de decisões sobre os cuidados do seu paciente. Ao realizar os procedimentos descritos neste capítulo, lembre-se dos seguintes pontos para garantir o cuidado seguro,

individualizado e centrado no paciente.

- Aparelhos para medir sinais vitais são frequentemente partilhados entre os pacientes. Limpar cada dispositivo cuidadosamente entre os pacientes diminui o risco de infecção dos pacientes.
- Os manguitos de pressão arterial e sensores de oximetria de pulso podem aplicar pressão excessiva sobre a pele frágil. Alternar os locais durante as medições repetidas diminui o risco de ruptura da pele.
- Analisar as tendências para medir sinais vitais e relatar achados anormais ao profissional de saúde.
- Determine a frequência de medição dos sinais vitais com base na condição do paciente.

Procedimento 30-1 Medida da temperatura corporal

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de medição de temperatura pode ser delegado ao auxiliar/técnico de enfermagem. Oriente o auxiliar/técnico de enfermagem sobre:

- Usar a via, o dispositivo e a frequência apropriados para a medição da temperatura.
- Implementar as precauções adequadas ao posicionar o paciente para medição da temperatura retal.
- Considerar fatores específicos relacionados ao paciente que falsamente aumentam ou diminuem a temperatura.
- Obter medições de temperatura em momentos apropriados conforme determinado pela política do serviço, solicitação do profissional de saúde ou condição do paciente, tal como quando um paciente está tremendo por frio ou se sente quente.
- Conhecer os valores de temperatura usuais para o paciente.
- Relatar imediatamente anormalidades à enfermeira para uma

avaliação mais aprofundada.

Material

- Termômetro adequado (Quadro 30-4)
- Tecidos moles ou algodão
- Algodão embebido em álcool
- Lubrificante (para medições retais apenas)
- Caneta, folha de fluxo de sinal vital ou registro ou prontuário eletrônico do paciente
- Luvas de procedimento, folha descartável de termômetro, sonda descartável ou tampa do sensor
- Toalha

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Avalie os sinais e sintomas de alterações de temperatura e fatores que acompanham as alterações de temperatura do corpo. ***Hipertermia:*** Diminuição do turgor da pele; taquicardia; hipotensão; urina concentrada ***Termoplegia:*** Pele quente, seca; taquicardia; hipotensão; sede excessiva; cãibras musculares; distúrbi visuais; confusão ou delírio ***Hipotermia:*** Pele pálida; pele fria ou fria ao toque; bradicardia e arritmias; tremores por frio descont redução do nível de consciência; respirações superficiais
2. Determine atividade anterior que interfere na precisão da medição da temperatura. Ao obter a temp oral, espere 20 a 30 minutos antes de medir a temperatura se o paciente tiver fumado ou ingerido líq ou alimentos quentes ou frios.
3. Avalie valores laboratoriais pertinentes, incluindo hemograma completo (HC).
4. Identifique quaisquer medicamentos ou tratamentos que podem influenciar a temperatura do corpo.
5. Determine o local de temperatura adequada e um dispositivo para o paciente.
6. Obtenha a temperatura da linha de base anterior e o local de medição no registro do paciente.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e n do prontuário) de acordo com a política do serviço.

2. Explique a via pela qual a temperatura será obtida e a importância de manter a posição correta até qu leitura seja concluída.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos.
2. Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável que forneça um acesso fácil ao local de medida temperatura.
3. Obtenha a leitura da temperatura.

a. **Medida de temperatura oral com termômetro eletrônico**

(1) Calce luvas de procedimento (opcional) quando houver secreções respiratórias ou drenagem d facial ou bucal

(2) Remova a embalagem do termômetro da unidade carregadora. Conecte a haste da sonda do termômetro oral (ponta azul) à unidade do termômetro. Pegue a parte superior da haste da sonc cuidado de não exercer pressão sobre o botão de ejeção.

(3) Deslize a tampa da sonda de plástico descartável sobre a haste da sonda do termômetro até que trave na posição (ilustrações).

(4) Peça ao paciente para abrir a boca; coloque gentilmente a sonda do termômetro debaixo da líng bolsa sublingual posterior lateral, ao centro da mandíbula (ilustração).

(5) Peça ao paciente para segurar a sonda do termômetro com os lábios fechados.

(6) Deixe a sonda do termômetro em posição até que o sinal sonoro indique a conclusão e a leitura temperatura apareça no visor digital; remova a sonda do termômetro que está sob a língua do p

(7) Pressione o botão de ejeção na haste da sonda do termômetro para descartar a capa da sonda d plástico no receptáculo apropriado.

(8) Volte a haste da sonda do termômetro para a posição de armazenamento da unidade de gravaç

(9) Se forem utilizadas luvas, remova e descarte em recipiente apropriado. Higienize as mãos.

(10) Volte o termômetro para o carregador.

b. **Medida de temperatura retal com termômetro eletrônico**

(1) Puxe a cortina ao redor da cama e/ou feche a porta do quarto. Ajude o paciente a ficar na posiçã Sims com a perna de cima flexionada. Movimente o lençol da cama para o lado a fim de expor a área anal. Mantenha a parte superior do corpo do paciente e as extremidades inferiores cobertos lençol ou cobertor.

PASSO 3A(3) Uma capa de plástico descartável é colocada sobre a sonda.

PASSO 3A(4) Sonda debaixo da língua, na bolsa sublingual posterior.

(2) Calce luvas de procedimentos. Limpe a região anal quando estiverem presentes fezes e/ou secr
Remova as luvas sujas e calce novamente outro par de luvas de procedimentos

(3) Remova o conjunto do termômetro da unidade carregadora. Coloque a haste da sonda anal (po
vermelha) na unidade do termômetro. Pegue a parte superior da haste da sonda, tendo o cuidar
para não exercer pressão no botão de ejeção.

(4) Deslize a capa de sonda plástica descartável sobre a haste da sonda do termômetro de forno até
tampa trave no lugar.

(5) Esprema uma porção generosa de lubrificante sobre o tecido. Mergulhe a extremidade da capa
sonda no lubrificante, cobrindo 2,5 a 3,5 cm para adultos.

(6) Com a mão não dominante separe as nádegas do paciente para expor o ânus. Peça ao paciente
respirar lentamente e relaxar.

(7) Insira com cuidado a sonda do termômetro no ânus na direção do umbigo 2,5 a 3,5 cm para adu
Não force o termômetro.

DECISÃO CLÍNICA: *Se você não conseguir inserir adequadamente o termômetro no reto, remova-o e conside*

(8) Uma vez posicionado, mantenha a sonda do termômetro no lugar (ilustração) até que o sinal so
indique a conclusão e a temperatura do paciente apareça no visor digital; remova a sonda do
termômetro do ânus.

(9) Pressione o botão de ejeção na haste do termômetro para descartar a capa da sonda de plástico
receptáculo apropriado. Limpe a haste da sonda com algodão embebido em álcool, com especial
atenção para as bordas onde a cobertura da haste da sonda conecta com a sonda.

(10) Volte a haste da sonda do termômetro para a posição de armazenamento da unidade de grava

(11) Limpe a área anal do paciente com tecido macio para remover o lubrificante ou fezes e descart
tecido. Ajude o paciente a assumir uma posição confortável.

(12) Retire e descarte as luvas no receptáculo apropriado. Higienize as mãos.

(13) Volte o termômetro para o carregador. Verifique se o carregador e sondas são limpos com álco
diariamente.

c. **Temperatura da membrana timpânica com termômetro infravermelho eletrônico**

(1) Ajude a paciente a assumir uma posição confortável com a cabeça voltada para o lado oposto a
Se o paciente estiver deitado de lado, use a orelha superior.

(2) Observe se há cera de ouvido óbvia no canal auditivo do paciente.

PASSO 3B(8) Sonda posicionada no ânus. (Direitos autorais de © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

(3) Remova a unidade portátil do termômetro da base carregadora.

(4) Deslize a cobertura de espéculo descartável limpa sobre a ponta da lente do tipo otoscópio até o trave no lugar. Tenha cuidado para não aplicar pressão no botão de ejeção e não tocar a capa da

(5) Insira o espéculo infravermelho no canal do ouvido seguindo as instruções do fabricante para o posicionamento da sonda timpânica:

(a) Retraia o pavilhão auricular para trás, para cima e para fora em um adulto. Em crianças de 3 mais jovens, aponte a sonda coberta em direção ao ponto médio entre a sobrancelha e as coste Em crianças com mais de 3 anos, retraia a orelha para cima e para trás (Hockenberry e Wilson

(b) Mova o termômetro em um padrão em forma de oito (instruções do fabricante).

(c) Ajuste a ponta do espéculo confortavelmente no canal e não movimente (ilustração), apontar ponta do espéculo na direção do nariz.

(6) Uma vez posicionado, pressione o botão de varredura na unidade portátil. Deixe o espéculo no até que o sinal sonoro indique a conclusão e a temperatura do paciente apareça no visor digital.

(7) Remova cuidadosamente o espéculo do meato acústico.

(8) Pressione o botão de ejeção na unidade portátil para descartar a cobertura do espéculo em rece apropriado.

(9) Se a temperatura estiver anormal ou uma segunda leitura for necessária, reponha a capa do esp espere 2 a 3 minutos antes de repetir a medição na mesma orelha. Repita a medição na outra ore tente um local de temperatura alternativo ou instrumento.

(10) Retorne a unidade portátil para a base de carregamento.

(11) Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável.

(12) Higienize as mãos.

d. **Medida da temperatura da artéria temporal com termômetro infravermelho eletrônico**

(1) Certifique-se de que a testa está seca; limpe com toalha, se necessário.

(2) Coloque o nível do sensor na testa do paciente acima da sobrancelha (ilustração).

(3) Com o polegar, pressione o botão de varredura vermelho. Deslize aos poucos o termômetro retilineamente na testa, mantendo nivelado o sensor na pele.

(4) Mantenha pressionado o botão de varredura, levante o sensor da testa e toque o sensor na pele pescoço, logo atrás do lóbulo da orelha. A temperatura de pico ocorre quando se ouve um estali durante as paradas de varredura (ilustração). Solte o botão de varredura e anote a leitura.

PASSO 3C(5)(C) Termômetro timpânico com tampa de sonda inserido no canal auditivo.

(5) Limpe o sensor com algodão embebido em álcool.

(6) Volte o termômetro para o carregador ou base de termômetro.

e. **Medida de temperatura axilar com termômetro eletrônico**

(1) Feche a cortina em volta da cama ou feche a porta do quarto. Ajude o paciente a ficar em uma p supina ou sentado. Movimente a roupa ou camisola para longe do ombro e braço.

(2) Remova o conjunto do termômetro da unidade de carregamento. Conecte a haste da sonda do termômetro oral (ponta azul) com a unidade de termômetro. Segure a parte superior da haste da do termômetro, tomando cuidado para não aplicar pressão sobre o botão de ejeção.

(3) Deslize a capa da sonda de plástico descartável sobre a haste do termômetro até que a tampa tr lugar.

(4) Levante o braço do paciente para longe do torso. Verifique se há lesões de pele e transpiração excessiva. Insira a sonda do termômetro no centro da axila (ilustração). Abaixe o braço sobre a s coloque o braço sobre o peito do paciente.

PASSO 3D(2) Fazendo a varredura da testa. (Direitos autorais © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

PASSO 3E(4) Colocar o termômetro na axila.

(5) Uma vez posicionada, mantenha a sonda do termômetro no lugar até que o sinal sonoro indiqu conclusão e a temperatura do paciente apareça no visor digital. Remova a haste do termômetro axila.

(6) Pressione o botão de ejeção na haste do termômetro para descartar a capa da sonda de plástico receptáculo apropriado.

(7) Volte a haste do termômetro para a posição de armazenamento/carregador da unidade de regis

4. Fale sobre os achados com o paciente e explique o significado.

AVALIAÇÃO

1. Se a temperatura for avaliada pela primeira vez, estabelecer a temperatura como linha de base se ela dentro da faixa normal.
2. Comparar a leitura da temperatura com a linha de base anterior do paciente e a variação de tempera aceitável para a sua faixa etária.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. Temperatura 1°C acima da faixa normal
   - Avaliar possíveis locais (p.ex., cateter de linha central, feridas) para infecção localizada e dados rel
   - Seguir as intervenções listadas no Quadro 30-7.
2. A febre persiste ou atinge um nível inaceitável, tal como definido pelo profissional de saúde.
   - Notifique o profissional de saúde e administre antitérmicos e antibióticos como prescritos.
3. Temperatura 1°C abaixo da faixa normal
   - Remova qualquer corrente de ar, roupa molhada ou roupa de cama.
   - Aplique cobertores extras e, a menos que contraindicado, ofereça líquidos quentes.
   - Monitore a taxa de pulso apical e o ritmo, porque a hipotermia provoca bradicardia e arritmias.

REGISTRO E RELATO

- Registre a temperatura na evolução de enfermagem ou folha de fluxo de sinal vital ou Prontuário eletrônico. específicas em forma de narrativa na evolução de enfermagem.
- Reporte os resultados anormais para a enfermeira responsável ou profissional de saúde.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Avalie a temperatura e a ventilação do ambiente do paciente para determinar a existência de qualquer condiç

Procedimento 30-2 Avaliação dos pulsos radial e apical

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de medição de pulso pode ser delegado à equipe auxiliar/técnico de enfermagem se o paciente estiver estável e não for de alto risco para problemas cardíacos agudos ou graves. A enfermeira orienta o auxiliar/técnico de enfermagem para:

- Considerar os fatores relacionados com a história do paciente, valores habituais e risco de pulso anormalmente lento ou

irregular.

- Obter a frequência de medição de pulso adequada em momentos apropriados conforme determinado pela política do serviço, prescrição médica ou condição do paciente, tal como na presença de dor no peito ou tontura.
- Relatar imediatamente alterações ou anomalias significativas para a enfermeira para posterior avaliação.

Material

- Estetoscópio (pulso apical apenas)
- Relógio de pulso com segundo visor ou visor digital
- Caneta, folha de fluxo de sinais vitais ou registro de saúde eletrônico do paciente
- Algodão embebido em álcool

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Determine a necessidade de avaliação de pulso radial ou apical:
a. Avalie quaisquer fatores de risco para alterações de pulso. • História de doença cardíaca • Arritmias cardíacas • Início de dor súbita no peito ou dor aguda a partir de qualquer local • Testes diagnóstico cardiovasculares invasivos • Cirurgia • Infusão súbita de grande volume de líquido por via intravenosa (IV) • Hemorragia interna ou externa, desidratação • Administração de medicamentos que alteram a função cardíaca
b. Avalie sinais e sintomas de alteração de volume sistólico e débito cardíaco, tais como dispneia, fad no peito, ortopneia, síncope, palpitações (consciência desagradável em relação à frequência cardíac distensão venosa jugular, edema de partes do corpo dependentes, cianose ou palidez da pele (Cap
c. Avalie sinais e sintomas de doença vascular periférica, tais como extremidades pálidas, frias; pele brilhante, com crescimento de pelos diminuído; unhas espessadas.
2. Avalie os fatores que influenciam a frequência de pulso e o ritmo: idade, exercício, mudanças de pos equilíbrio de fluidos, medicamentos, temperatura e estimulação simpática.
3. Avalie valores laboratoriais pertinentes, incluindo potássio sérico e hemograma completo (HC).
4. Determine a frequência de pulso basal anterior do paciente se disponível em seu registro.

5. Determine se o paciente tem alergia ao látex.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e n do prontuário) de acordo com a política do serviço

2. Explique que você vai avaliar pulso ou frequência cardíaca. Incentive o paciente a relaxar e não falar paciente estava ativo, aguarde de 5 a 10 minutos antes de avaliar o pulso.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos.
2. Feche a cortina em torno da cama e/ou feche a porta.
3. Obtenha a medição de pulso.
   a. **Pulso radial**
      (1) Ajude o paciente a ficar em uma posição supina ou sentado.
      (2) Se na posição supina, coloque o antebraço do paciente em linha reta ao lado do corpo ou na par inferior do tórax ou na parte superior do abdome com o punho estendido reto (ilustração). Se se incline o cotovelo do paciente a 90 graus e apoie o braço inferior na cadeira ou no seu braço.
      (3) Colocar as pontas dos primeiros dois ou três dedos médios da mão sobre o sulco ao longo do la radial ou polegar do pulso interno do paciente. Estenda ligeiramente ou flexione o punho com a para baixo até que você observe o pulso mais forte (ilustração).
      (4) Comprima levemente o pulso contra o rádio, perdendo o pulso inicialmente, e depois relaxe a p de modo que o pulso torna-se facilmente palpável.
      (5) Determine a intensidade de pulso. Observe se a pressão do vaso contra a ponta dos dedos é lat (4), cheia/forte (3), normal ou esperada (2), diminuída ou muito pouco palpável (1) ou ausente ((

PASSO 3A(2) Verificação de pulso com o antebraço do paciente ao lado com o punho flexionado.

(6) Depois de sentir um pulso regular, olhe para um relógio e comece a contar a frequência: contar primeira batida após a segunda mão exibir o número no mostrador; conta como um, então dois por diante.

(7) Se o pulso for regular, conte a taxa por 30 segundos e multiplicar o total por 2.

(8) Se o pulso for irregular, conte a frequência por 1 minuto (60 segundos). Avalie frequência e p de irregularidade. Compare os pulsos radiais bilateralmente.

DECISÃO CLÍNICA: *Se o pulso for irregular, faça uma avaliação de pulso apical/radial para detectar um déficit o pulso radial. Comece a contagem de pulso apical em voz alta para avaliar simultaneamente os pulsos. Se a algumas vezes indica alterações no débito cardíaco.*

b. **Pulso apical**

(1) Limpe as olivas auriculares e o diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool. Higienize as mãos.

(2) Puxe a cortina em volta da cama e/ou feche a porta.

(3) Ajude o paciente a ficar em uma posição supina ou sentado. Afaste a roupa de cama para o la roupa do paciente para expor o esterno e o lado esquerdo do peito.

(4) Localize os marcos anatômicos para identificar o ponto de impulso máximo (PIM), também chamado de *impulso apical* (ilustrações A-D). O coração está localizado atrás e à esquerda do es com a base na parte superior e o ápice na parte inferior. Encontre o ângulo de Louis logo abai incisura supraesternal entre o corpo do esterno e o manúbrio; a sensação é semelhante à de ur proeminência óssea (ilustração A). Deslize os dedos de cada lado do ângulo para encontrar o segundo espaço intercostal (EIC) (ilustração B). Mova cuidadosamente os dedos para baixo do

esquerdo do esterno até o quinto EIC (ilustração C) e lateralmente para a linha mesoclavicular esquerda (LMC) (ilustração D). Um leve toque sentido dentro de uma área de 1 a 2 cm do PMI refletido a partir do ápice do coração.

PASSO 3B(4) **A,** Localização do ângulo de Louis. **B,** Localização do segundo espaço intercostal (EIC). **C,** Localizaç

DECISÃO CLÍNICA: *Ao avaliar a taxa apical de uma mulher idosa, levante o tecido mamário suavemente e co da mama.*

(5) Coloque o diafragma do estetoscópio na palma da mão durante 5 a 10 segundos.

(6) Coloque o diafragma do estetoscópio sobre o PIM no quinto EIC no LMC esquerda e ausculte a bulhas cardíacas normais S_1 e S_2 (ouvidas como "lub-dub) (ilustrações).

(7) Quando você ouvir S_1 e S_2 com regularidade, use a segunda mão do relógio e comece a contar a frequência; quando a mão de varredura contar o número 12 no visor, comece a contar com zero, um, dois e assim por diante.

(8) Se a frequência apical for regular, contar por 30 segundos e multiplicar por 2.

DECISÃO CLÍNICA: *Se a frequência cardíaca for irregular ou o paciente estiver recebendo medicação cardiov avaliação com mais precisão quando medida ao longo de um intervalo mais longo.*

(9) Observe se a frequência cardíaca é irregular e descreva o padrão ou irregularidade (S_1 e S_2 ocor no início ou posteriormente após a sequência anterior de sons [p.ex., a cada terceira ou quarta ba pulada]).

(10) Substitua a roupa do paciente e a roupa de cama do paciente; ajude o paciente a retornar a um posição confortável.

(11) Higienize as mãos.

(12) Limpe as olivas auriculares e o diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool rotineiramente após cada uso.

4. Fale sobre os achados com o paciente, conforme necessário.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Compare as leituras com a linha de base anterior e/ou variação aceitável de frequência cardíaca para do paciente (Tabela 30-3).
2. Compare a pulsação periférica com a frequência apical e observe a discrepância.
3. Compare a igualdade de pulso radial e observe a discrepância.
4. Correlacione a frequência de pulso com os dados obtidos a partir da pressão arterial e sinais e sintom relacionados (palpitações, tontura).

PASSO 3B(6) **A,** Localização do ponto de impulso máximo (PIM) no adulto. **B,** Diafragma do estetoscópio sobre PIM

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. A frequência do pulso radial é inferior ao valor esperado, fraco, filiforme ou difícil de palpar.
   - Avalie ambos os pulsos radiais e compare os resultados. A obstrução local para uma extremidade (
   - Avalie o inchaço nos tecidos circundantes ou outra razão que cause diminuição do fluxo sanguíneo
   - Realize uma avaliação completa de todos os pulsos periféricos (Cap. 31).
   - Observe sintomas associados à diminuição da perfusão tecidual, incluindo palidez e temperatura d
   - Meça o pulso apical e radial simultaneamente para determinar a presença de déficit de pulso.
   - Tenha uma segunda enfermeira avaliando a pulsação.
2. O pulso apical é maior que o valor normal esperado (p.ex., frequência superior a 100 batimentos/min
   - Identifique os dados relacionados, incluindo febre, ansiedade, dor, exercício recente, hipotensão, d
   - Observe sinais e sintomas de débito cardíaco inadequado, incluindo fadiga, dor no peito, ortopneia
3. O pulso apical é menor que o valor normal esperado (p.ex., frequência inferior a 60 batimentos/min [
   - Avalie os fatores que alteram a frequência cardíaca, tais como betabloqueadores e medicamentos a
   - Observe sinais e sintomas de débito cardíaco inadequado, incluindo fadiga, dor no peito, ortopneia

REGISTRO E RELATO

- Registre frequência de pulso com o local de avaliação na evolução de enfermagem ou folha de fluxo de sinais específicas na forma de narrativa na evolução de enfermagem.
- Reporte os resultados anormais à enfermeira responsável ou profissional de saúde imediatamente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Avalie o ambiente familiar a fim de determinar um quarto que ofereça ambiente tranquilo para auscultar a fre

Procedimento 30-3 Avaliação da respiração

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de medida de respiração pode ser delegado ao auxiliar/técnico de enfermagem a menos que o paciente seja considerado instável. A enfermeira orienta o auxiliar/técnico de enfermagem a:

- Obter a frequência adequada de respirações conforme determinado pela história do paciente e pelo risco de alternâncias de frequência respiratória, ritmo ou profundidade.
- Considerar fatores específicos do paciente relacionados com a história ou risco para frequência respiratória aumentada ou diminuída ou respirações irregulares.
- Informar imediatamente alterações ou anomalias significativas à

enfermeira imediatamente, para uma avaliação posterior.

Material

- Relógio de pulso na segunda mão ou visor digital
- Caneta, folha de fluxo de sinal vital ou registro, ou registro eletrônico do paciente.

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Determine a necessidade de avaliar a respiração do paciente:	A enfermeira usa o julgamento clínico para determinar a necessidade de avaliação.
a. Identifique fatores de risco para alterações respiratórias, incluindo: • Febre, dor, ansiedade • Doenças da parede torácica ou nos músculos • Tórax constritivo ou curativos abdominais • Distensão gástrica • Doença pulmonar (enfisema, bronquite, asma, pneumonia, bronquite aguda) • Lesão traumática da parede torácica com ou sem colapso do tecido pulmonar subjacente; cirurgia torácica ou abdominal • Presença de dreno torácico • Edema pulmonar e êmbolos • Traumatismo craniano com danos ao tronco encefálico • Anemia	As condições que colocam o paciente em risco de alterações ventilatórias e respiratórias são detectadas por alterações na frequência respiratória, profundidade e ritmo.
b. Avalie sinais e sintomas de alterações respiratórias tais como a aparência azulada ou cianótica das unhas, lábios, membranas mucosas e pele; agitação, irritabilidade, confusão, redução do nível de consciência; dor durante a inspiração; respiração trabalhosa ou difícil; sons respiratórios adventícios (Cap. 31) ou incapacidade de respirar espontaneamente; catarro espesso, espumoso, tingido de sangue ou abundante produzido ao tossir.	Os sinais e sintomas físicos indicam alterações no estado respiratório.
2. Avalie valores laboratoriais pertinentes:	
a. **Gasometria arterial (GA):** GA normais (os valores variam um pouco entre as instituições): • pH: 7,35 a 7,45 • $PaCO_2$: 35 a 45 mmHg • PaO_2: 80 a 100 mmHg • SaO_2: 95 a 100%	A GA mede o pH do sangue arterial; a pressão parcial de O_2 e de CO_2; e a saturação arterial de O_2, que reflete o estado de oxigenação do paciente.
b. **Oximetria de pulso (SpO_2):** A SpO_2 aceitável varia de 95% a 100%; um valor de menos que 90% é considerado hipoxemia; entretanto, os valores abaixo de 90% podem ser aceitáveis para certas doenças crônicas	Muitas vezes, a SpO_2 inferior a 90% é acompanhada de alterações na frequência respiratória, profundidade e ritmo.

(Procedimento 30-4).	
c. **Hemograma completo (HC):** HC normal para adultos (os valores variam entre as instituições): • *Hemoglobina:* 14 a 18 g/100 mL, no sexo masculino; 12 a 16 g/100 mL, no sexo feminino • *Hematócrito:* 42% a 52%, no sexo masculino; 37% a 47%, no sexo feminino • *Contagem de glóbulos vermelhos do sangue:* 4,7 a 6,1 milhão/mm^3, no sexo masculino; 4,2 a 5,4 milhões/mm^3, no sexo feminino (Pagana e Pagana, 2015)	O hemograma completo mede a contagem de eritrócitos; volume de eritrócitos; e a concentração de hemoglobina, o que reflete a capacidade do paciente de transportar O_2.
3. Avalie os fatores que influenciam as respirações (Quadro 30-7).	Permite que você controle fatores que podem afetar a medição.
4. Determine a frequência respiratória anterior (se disponível) a partir do registro do paciente.	Permite que você avalie uma mudança na condição. Fornece comparação com as medições respiratórias futuras.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
1. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário) de acordo com a política do serviço.	Garante que seja o paciente correto. Em conformidade com as normas da Joint Commission e melhora a segurança do paciente (TJC, 2016).
2. Planeje avaliação das respirações após a medição de pulso em um adulto.	A avaliação discreta da respiração imediatamente após a avaliação de pulso impede o paciente de alterar de forma consciente ou não intencionalmente a frequência e a profundidade da respiração.
IMPLEMENTAÇÃO	
1. Faça a higiene das mãos. Puxe a cortina ao redor da cama e/ou feche a porta.	Evita a transmissão de microrganismos. Mantém a privacidade.
2. Certifique-se de que o paciente está em posição confortável, de preferência sentado ou deitado com a cabeça da cama elevada de 45 a 60 graus. Certifique-se de que o peito do paciente esteja visível. Se necessário, movimente a roupa de cama ou roupa do paciente.	Sentar-se ereto promove o movimento ventilatório completo. Garante a visão clara da parede torácica e movimentos abdominais.
3. Coloque o braço do paciente em posição relaxada sobre o abdome ou parte inferior do tórax ou coloque a mão diretamente sobre a parte superior do abdome do paciente.	Uma posição semelhante utilizada durante a avaliação de pulso permite que a avaliação da frequência respiratória seja discreta. A mão do paciente ou sua mão sobe e desce durante o ciclo respiratório.
4. Observe o ciclo respiratório completo (uma inspiração e	A frequência é determinada com

uma expiração).	precisão somente depois de você ter observado um ciclo respiratório.
5. Depois de observar um ciclo, olhe para segunda mão do relógio e comece a contar a frequência; quando a mão de contagem tocar o número no visor, comece a estrutura de tempo, contando um com o primeiro ciclo respiratório completo.	A contagem de tempo começa com a contagem de um. As respirações ocorrem mais lentamente que o pulso; assim, a contagem de tempo não começa com zero.
6. Se o ritmo for regular, conte o número de respirações em 30 segundos e multiplique por 2. Se o ritmo for irregular, menos que 12 ou maior que 20, conte durante 1 minuto inteiro.	A frequência respiratória é equivalente ao número de respirações por minuto. Irregularidades suspeitas necessitam de avaliação por pelo menos 1 minuto (Tabela 30-6).
7. Observe a profundidade de respirações subjetivamente com dados coletados pela observação do grau de movimento da parede torácica durante a contagem de frequência. Você também avalia a profundidade objetivamente pela palpação da excursão da parede torácica ou auscultando a parte posterior do tórax após a frequência ter sido contada (Cap. 31). Descreva a profundidade como superficial, normal ou profunda.	As características do movimento ventilatório revela estados de doença específicos que restringem o volume de ar de mover-se para dentro e para fora dos pulmões.
8. Observe o ritmo do ciclo ventilatório. A respiração normal é regular e ininterrupta. Não confundir o suspiro com ritmo anormal.	A característica das ventilações revela tipos específicos de alterações. Periodicamente, as pessoas fazem, de modo inconsciente, respirações profundas simples ou suspiros para expandir as pequenas vias aéreas propensas a entrarem em colapso.
9. Observe qualquer aumento do esforço para inspirar e expirar. Peça ao paciente para descrever a experiência subjetiva da respiração em comparação com o padrão de respiração normal.	Os pacientes com doença pulmonar crônica podem ter dificuldade para respirar o tempo todo e podem descrever melhor o seu próprio desconforto pela falta de ar.
DECISÃO CLÍNICA: *Um padrão respiratório irregular ou a ocorrência de períodos de apneia (cessação da respiração durante alguns segundos) é um sintoma de doença subjacente no adulto e deve ser relatado à enfermeira responsável ou a outro profissional de saúde. O paciente requer uma avaliação mais aprofundada (Cap. 31) e precisa de intervenção imediata. Uma frequência respiratória irregular e períodos de apneia curtos são normais em recém-nascidos.*	
10. Substitua a roupa de cama e a roupa do paciente.	Restaura o conforto e promove a sensação de bem-estar.
11. Higienize as mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
12. Fale sobre os achados com o paciente, conforme necessário.	Promove a participação nos cuidados e compreensão do

	estado de saúde.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Se estiver avaliando as respirações pela primeira vez, estabeleça a frequência, o ritmo e a profundidade como linha de base se dentro da variação normal.	Utilizado para comparar a avaliação respiratória futura.
2. Compare as respirações do paciente com a linha de base anterior e a taxa, o ritmo e a profundidade normais.	Permite que a enfermeira avalie as mudanças na condição do paciente e presença de alterações respiratórias.
3. Correlacione a frequência respiratória, a profundidade e o ritmo com os dados obtidos a partir de oximetria de pulso e medições de GA se disponíveis.	Ventilação, perfusão e difusão estão inter-relacionados.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONADAS

1. O paciente apresenta uma frequência respiratória que está fora dos valores normais esperados (p.ex., menos de 12 (bradipneia) ou superior a 20 (taquipneia) respirações/min num adulto; Tabela 30-5). O padrão respiratório é irregular. A profundidade de respirações aumenta ou diminui: paciente queixa-se de dispneia.
   - Observe fatores relacionados, tais como obstrução das vias aéreas; avaliar sons respiratórios anormais, tosse produtiva, agitação, irritabilidade, ansiedade, confusão (Cap. 31).
   - Ajude o paciente a ficar em posição sentada (de semi-Fowler ou Fowler alta) a menos que contraindicado, o que melhora a ventilação.
   - Forneça oxigênio conforme prescrito (Cap. 31).
   - Avalie os fatores ambientais que influenciam a frequência respiratória do paciente, tais como o fumo passivo e má ventilação da sala e faça correções.

REGISTRO E RELATO

- Registre a frequência e característica do padrão respiratório na evolução de enfermagem ou folha de fluxo de sinal vital.
- Registre a profundidade anormal e o ritmo na forma de narrativa na evolução de enfermagem.
- Registre a medição da frequência respiratória após a administração de terapias específicas na forma de narrativa na evolução de enfermagem.
- Indique o tipo e a quantidade de oxigenoterapia, se usado por paciente durante a avaliação. Registre a avaliação respiratória após a administração de terapias específicas na forma de narrativa na evolução de enfermagem.
- Reporte os resultados anormais para a enfermeira responsável ou profissional de saúde imediatamente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Avalie os fatores ambientais do domicílio que influenciam a frequência respiratória do paciente, tais como o fumo passivo, a má ventilação, fumaças de gás ou lareira, poeira e animais de estimação.

Procedimento 30-4 Medida da saturação de

oxigênio (oximetria de pulso)

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento adotado na medida da saturação de oxigênio pode ser delegado ao auxiliar/técnico de enfermagem a menos que o paciente esteja instável. A enfermeira orienta o auxiliar/técnico de enfermagem sobre:

- A frequência, a localização da sonda e a posição do paciente para a medida da saturação de oxigênio com base na condição do paciente, tal como aparecimento de dispneia, respiração com esforço ou cianose.
- O local apropriado do sensor, a sonda e a posição do paciente para medir a saturação de oxigênio.
- Abster-se de oximetria de pulso como uma avaliação da frequência cardíaca, porque o oxímetro não detecta um pulso irregular.
- Necessidade de comunicar imediatamente quaisquer alterações ou anomalias significativas e qualquer leitura de SpO_2 inferior a 90% à enfermeira imediatamente.

Material

- Oxímetro
- Sonda do oxímetro apropriada para o paciente e recomendada pelo fabricante
- Acetona ou removedor de esmalte para unhas, se necessário
- Caneta, folha de fluxo de sinal vital ou formulário de registro ou o prontuário eletrônico do paciente

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Determine a necessidade de medir a saturação de oxigênio do paciente:	O julgamento clínico determina necessidade de avaliação.
a. Identifique fatores de risco da diminuição da saturação de oxigênio, incluindo insuficiência respiratória aguda ou crônica, recuperação da anestesia geral ou sedação consciente, lesão traumática da parede torácica com ou sem colapso do tecido pulmonar subjacente,	Certas condições colocam os pacientes em risco de saturação de oxigênio diminuída.

dependência do ventilador, mudanças na terapia de oxigênio suplementar.	
b. Avalie sinais e sintomas de alterações na saturação de oxigênio, tais como alteração de frequência respiratória, profundidade ou ritmo; sons respiratórios adventícios (Cap. 31); aparência cianótica dos leitos ungueais, lábios, membranas mucosas e pele; agitação, irritabilidade, confusão; redução do nível de consciência; respiração trabalhosa ou difícil.	Com frequência, os sinais e sintomas físicos indicam a saturação anormal de oxigênio.
2. Avalie os fatores que normalmente influenciam a medição de SpO_2 (Quadro 30-8), além de terapia de oxigênio, níveis de hemoglobina, temperatura corporal e medicamentos tais como broncodilatadores.	Permite avaliar com precisão as variações de saturação de oxigênio.
3. Determine a SpO_2 de linha de base anterior (se disponível) a partir do registro do paciente.	A informação basal fornece parâmetros para comparação e ajuda na avaliação do estado atual e das intervenções.
4. Determine o local mais adequado específico do paciente (p.ex., dedo, lóbulo da orelha, testa) para a colocação de sonda do sensor medindo o enchimento capilar (Cap. 31). Se o enchimento capilar for maior que 2 segundos, selecione um local alternativo.	O sensor requer leito vascular pulsante para identificar moléculas de hemoglobina que absorvem a luz emitida. As alterações em SpO_2 são refletidas na circulação do leito capilar do dedo dentro de 30 segundos e do leito capilar do lóbulo da orelha dentro de 5 a 10 segundos. Os sensores de testa são preferidos para os pacientes criticamente doentes que necessitam de vasopressores (Nesseler et al., 2012).
a. O local deve ter circulação local adequada e estar sem umidade.	A umidade impede que o sensor detecte os níveis de SpO_2.
b. Coloque a sonda no dedo sem esmalte para unhas.	As cores de esmalte para unhas preto ou marrom alteram as leituras (Chan et al., 2013).
c. Se tremores estiverem presentes, use o lóbulo da orelha como local.	O artefato de movimento é a causa mais comum de leituras imprecisas (Chan et al., 2013).
d. Se o paciente for obeso, a sonda com grampo pode não encaixar corretamente; obtenha sonda de utilização única (colada).	
5. **Determine se o paciente tem alergia ao látex.**	Não usar sensores adesivos se o paciente tiver alergia ao látex.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
1. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário) de acordo com a política da agência.	Garante que seja o paciente correto. Em conformidade com as normas da Joint Commission e melhora a segurança do paciente (TJC, 2016).

2. Explique o propósito de procedimento e como você mede a saturação de oxigênio para o paciente. Oriente o paciente a respirar normalmente.	Promove a cooperação do paciente e aumenta a complacência. Previne grandes flutuações na ventilação minuto e possível erro nas leituras de SpO_2.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
2. Posicione o paciente confortavelmente. Quando usar o dedo como local de monitoramento, apoie o antebraço.	Garante o posicionamento da sonda e diminui o artefato de movimento que interfere na determinação de SpO_2.
3. Oriente o paciente a respirar normalmente.	Impede grandes flutuações na frequência e profundidade respiratórias e possíveis mudanças em SpO_2.
4. Quando usar o dedo como local de monitoramento, remova o esmalte para unhas em um dedo com acetona ou removedor de esmalte. As unhas de acrílico sem esmalte para unhas não interferem na determinação de SpO_2.	Garante leituras precisas. O esmalte para unhas pode alterar falsamente a saturação (Chan et al., 2013).
5. Conecte a sonda do sensor ao local de monitoramento. Oriente o paciente que a sonda com grampo dá a sensação de um prendedor de roupa no dedo, mas não vai doer.	A tensão de mola de pressão da sonda do sensor sobre o dígito periférico ou lobo da orelha é inesperada.
DECISÃO CLÍNICA: *Não conecte a sonda ao dedo, orelha, testa ou ponte do nariz se a área estiver edematosa ou a integridade da pele estiver comprometida. Não conecte a sonda a dedos que estão hipotérmicos. Selecione testa, orelha ou ponte do nariz se o paciente adulto tiver história de doença vascular periférica. Não use sensores para lóbulo da orelha e ponte do nariz em lactentes e crianças pequenas por causa da fragilidade da pele. Não use sondas adesivas descartáveis se o paciente tiver alergia ao látex. Não coloque o sensor na mesma extremidade que o manguito de pressão arterial eletrônico, porque o fluxo sanguíneo para o dedo é interrompido temporariamente quando o manguito infla, provocando leituras imprecisas que disparam alarmes.*	
6. Uma vez que o sensor esteja no lugar, ligue o oxímetro. Observe o visor de forma de onda/intensidade de pulso e sinal sonoro audível. Correlacione a frequência de pulso do oxímetro com o pulso radial do paciente. As diferenças exigem reavaliação da colocação da sonda do oxímetro e podem exigir nova avaliação das frequências de pulso.	A forma de onda/intensidade de pulso permite a detecção de pulso válida ou a presença de sinal interferente. O tom de sinal sonoro é proporcional ao valor de SpO_2. Verificar duas vezes a frequência de pulso garante a precisão do oxímetro. A frequência de pulso do oxímetro, o pulso radial do paciente e a frequência de pulso apical devem ser os mesmos. Qualquer diferença exige a reavaliação da colocação da sonda do sensor do oxímetro e nova avaliação das frequências de pulso.
7. Deixe a sonda no lugar até que a leitura do oxímetro atinja um valor constante e o visor de pulso atinja força completa durante cada ciclo cardíaco. Informe o paciente que o oxímetro soará um alarme se a sonda cair ou se o paciente	A leitura leva de 10 a 30 segundos, dependendo do local selecionado.

movimentar a sonda. Leia SpO_2 no visor digital.	
8. Se o monitoramento contínuo de SpO_2 for necessário, verifique os limites de alarme de SpO_2 e de volume, que são predefinidos pelo fabricante em valores baixos de 85% e altos de 100%. Determine os limites de alarmes para SpO_2 e frequência de pulso com base na condição de cada paciente. Verifique se os alarmes estão ligados. Avalie a integridade da pele a cada 2 horas debaixo do sensor da sonda. Mude de local o sensor da sonda pelo menos a cada 24 horas ou mais frequentemente se a integridade da pele estiver alterada ou a perfusão tecidual comprometida.	Os alarmes são fixados em limites e volumes adequados para evitar assustar os pacientes e visitantes. A tensão da sonda do sensor e a sensibilidade à sonda do sensor descartável adesiva causa irritação da pele e leva à ruptura da integridade da pele.
9. Ajude o paciente a voltar para uma posição confortável.	Restaura o conforto e promove a sensação de bem-estar.
10. Higienize as mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
11. Fale sobre os achados com o paciente, conforme necessário.	Promove a participação no cuidado e compreensão do estado de saúde.
12. No caso de planejamento intermitente ou medições de SpO_2 de verificação pontual, remova a sonda e desligue o oxímetro. Guarde a sonda no local apropriado.	A bateria vai acabar se o oxímetro for deixado ligado. As sondas do sensor são caras e vulneráveis a danos.
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Compare as leituras de SpO_2 com os valores de linha de base do paciente e valores aceitáveis. Observe o uso de terapia de oxigênio, o que pode afetar SpO_2.	A comparação revela a presença de anormalidade.
2. Correlacione SpO_2 com SaO_2 obtido a partir de medições ABG (Cap. 42), se disponível.	Documenta a confiabilidade da avaliação não invasiva.
3. Correlacione a leitura de SpO_2 com os dados obtidos a partir da avaliação de frequência, profundidade e ritmo respiratórios (Procedimento 30-3).	As medições que coletam dados de ventilação, perfusão e difusão estão inter-relacionadas.
4. Durante o monitoramento contínuo, colete dados de integridade da pele debaixo da sonda pelo menos a cada 2 horas, com base na circulação periférica do paciente.	Impede a isquemia tecidual.
RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONADAS	
1. SpO_2 é inferior a 90%. • Verifique se a sonda do oxímetro está intacta e a transmissão de luz externa não influencia a	

medição.
- Observe sinais e sintomas de diminuição da oxigenação: ansiedade, agitação, taquicardia, cianose.
- Verifique se o sistema de fornecimento de oxigênio suplementar é administrado conforme prescrito e está funcionando corretamente.
- Observe e minimize os fatores que diminuem SpO_2, tais como secreções pulmonares, aumento da atividade e hipertermia.
- Ajude o paciente a ficar em uma posição que maximize o esforço ventilatório (p.ex., colocar o paciente obeso na posição de Fowler alta).
- Notifique a enfermeira responsável ou o profissional de saúde imediatamente.

2. A frequência de pulso indicada no oxímetro é inferior ao pulso radial ou apical do paciente.
   - Reposicione o sensor da sonda em um local alternativo com o fluxo sanguíneo aumentado.
   - Avalie o paciente para sinais de débito cardíaco alterado (p.ex., diminuição da pressão arterial, pele fria, confusão).

REGISTRO E RELATO

- Registrar o valor de SpO_2 na evolução de enfermagem ou folha de fluxo de sinal vital.
- Indique o tipo e a quantidade de terapia de oxigênio usada pelo paciente durante a avaliação.
- Registre os sinais e sintomas de dessaturação de oxigênio na evolução de enfermagem.
- Reporte os resultados anormais à enfermeira responsável ou profissional de saúde imediatamente.
- Documente a saturação de oxigênio após a administração de terapias específicas na forma de narrativa na evolução de enfermagem.
- Registre nas notas de enfermeiros o uso pelo paciente de oximetria de pulso contínua ou intermitente (documenta o uso de equipamentos para os contribuintes de terceiros).

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- A oximetria de pulso é usada no cuidado domiciliar para monitorar de forma não invasiva a terapia de oxigênio ou mudanças na terapia de oxigênio.
- Oriente os cuidadores familiares para examinar o local do oxímetro antes de aplicar o sensor.
- Oriente os cuidadores familiares sobre o procedimento a implementar quando a saturação de oxigênio não estiver dentro dos valores aceitáveis.

Procedimento 30-5 Medida da pressão arterial

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento da aferição da pressão arterial (PA) pode ser delegado ao auxiliar/técnico de enfermagem a menos que o paciente seja considerado instável. A enfermeira orienta o auxiliar/técnico de enfermagem sobre:

- Os momentos apropriados para obter as medições de PA, conforme determinado pela política do serviço, pedido do profissional de saúde ou condição do paciente.
- Os fatores específicos do paciente relacionados com a história do

paciente que podem alterar a PA, tais como cirurgia anterior ou risco de hipotensão ortostática.

- O membro apropriado para usar para a medição de PA.
- O tamanho apropriado do manguito de PA a ser usado para membro e equipamento designados (eletrônico ou manual).
- Quando relatar quaisquer alterações significativas ou anormalidades à enfermeira para posterior avaliação.

Material

- Esfigmomanômetro aneroide
- Manguito de pressão de tecido ou de vinil descartável de tamanho apropriado para a extremidade do paciente
- Estetoscópio
- Algodão embebido em álcool
- Caneta, folha de fluxo de sinal vital ou formulário de registro ou prontuário eletrônico

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Determine a necessidade de avaliar a PA do paciente:
a. Identifique fatores de risco, incluindo: • História de doença cardiovascular, cerebrovascular ou doença renal, diabetes • Choque circulatório (hipovolêmico, séptico, cardiogênico ou neurogênico) • Dor aguda ou crônica • Infusão intravenosa rápida de fluidos ou produtos derivados do sangue • Aumento da pressão intracraniana • Toxemia gravídica (eclâmpsia e pré-eclâmpsia)
b. Observe sinais e sintomas de alterações da PA:
(1) PA alta (hipertensão): dor de cabeça (geralmente occipital), rubor da face, hemorragia nasal e fa em idosos
(2) PA baixa (hipotensão): tonturas, confusão mental; inquietação; pele e membranas mucosas páli obscuras ou cianóticas; pele manchada fria sobre as extremidades
2. Avalie os fatores que afetam a PA (Tabela 30-11).
3. Determine o melhor local para a avaliação de PA. Evite aplicar manguito em uma extremidade onde fluidos intravenosos estão infundindo, uma linha de cateter central com inserção periférica foi inseri presente uma derivação arteriovenosa ou fístula, foi realizada uma cirurgia de mama ou axilar naqu ou a extremidade foi traumatizada ou está doente ou necessita de um gesso ou curativo volumoso. U extremidades inferiores quando as artérias braquiais são inacessíveis.
4. Determine a PA de linha de base anterior (se disponível) a partir do registro do paciente.

5. Determine se o paciente tem alergia ao látex.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e n do prontuário) de acordo com a política do serviço

2. Explique ao paciente que você vai coletar dados da PA. Faça com que o paciente descanse pelo menc minutos antes de medir PA sentado ou deitado; aguarde 1 minuto se o paciente estiver em pé. Quan possível, sente o paciente em uma cadeira com as pernas descruzadas (James et al., 2014; National H Blood Pressure Education Program (NHBPEP), 2003NHBPEP, 2003). Peça ao paciente para não falar durante a medição de PA e respirar normalmente.

3. Certifique-se de que o paciente não tenha ingerido cafeína ou fumado 20 a 30 minutos antes da medi

4. Ajude o paciente a ficar em uma posição sentada com as pernas descruzadas nos joelhos (Adiyaman, se apropriado. Certifique-se de que a sala esteja aquecida, tranquila e relaxante.

5. Selecione o manguito de tamanho apropriado.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos, as olivas auriculares e o diafragma do estetoscópio com algodão embebido em ál

2. Posicione o paciente.

   a. Braço: Posicione o paciente sentado ou deitado; posicione o seu antebraço na altura do coração (ilustração). Vire a palma para cima. Se sentado, instrua o(a) paciente para manter os pés no chão, cruzar as pernas.

   b. Coxa: Posicione o paciente deitado com a coxa reta (fornecer apoio conforme necessário): Deixar o levemente flexionado.

3. Exponha a extremidade (braço ou perna) totalmente removendo roupas apertadas. O manguito pode colocado sobre a manga da camisa contanto que o estetoscópio descanse sobre a pele do espaço ante (Quadro 30-14).

PASSO 2A Braço de paciente apoiado na cama. (Direitos autorais © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

4. Palpe a artéria braquial (braço) (ilustração) ou artéria poplítea (perna). Com o manguito totalmente esvaziado, coloque a bexiga do manguito acima da artéria centralizando as setas marcadas no mangu sobre a artéria. Se não houver setas centrais no manguito, estime o centro da bexiga e coloque-o sobr artéria. Posicione o manguito 2,5 cm acima do local da pulsação (antecubital ou espaço poplíteo). En manguito uniforme e confortavelmente em torno de extremidade (ilustrações).

5. Posicione o manômetro na vertical ao nível dos olhos e não mais que a 1 m de distância.

6. Meça a PA.

a. **Método de dois passos**

(1) Localize novamente o pulso braquial ou poplíteo. Palpe a artéria distal ao manguito com as p dos dedos da mão não dominante enquanto infla o manguito rapidamente, para pressionar 30 mmHg acima do ponto em que o pulso desaparece. Lentamente, desinfle o manguito e obs ponto quando o pulso reaparece. Desinfle o manguito totalmente e aguardar 30 segundos.

(2) Posicione as olivas auriculares do estetoscópio nos ouvidos e tenha certeza de que os sons sã não abafados.

(3) Localize novamente a artéria braquial ou poplítea e coloque a campânula ou peça torácica do diafragma do estetoscópio sobre ela. Não permita que a peça torácica toque o manguito ou as (ilustração).

(4) Feche o bulbo da válvula de pressão no sentido horário até estar firme.

(5) Infle rapidamente o manguito até 30 mmHg além da pressão sistólica palpada (pressão sistól estimada do paciente) (ilustração).

(6) Solte lentamente a válvula do bulbo de pressão e permita que a agulha do manômetro caia a taxa de 2 a 3 mmHg/s. Certifique-se de que não há sons estranhos.

(7) Observe o ponto no manômetro quando você ouvir o primeiro som claro. O som aumenta lentamente em intensidade.

PASSO 4 **A,** Palpe a artéria braquial. **B,** Alinhe a seta do manguito do aparelho de pressão arterial com a artéria bra

(8) Continue a desinflar o manguito, observado o ponto em que o som abafado ou amortecido ap

(9) Continue a desinflar manguito gradualmente, observando o ponto em que o som desaparece adultos. Ouça por 10 a 20 mmHg após o último som e permita que o ar restante escape rapida

b. **Método de um passo**

(1) Coloque as olivas auriculares do estetoscópio nos ouvidos e tenha certeza de que os sons são não abafados.

(2) Localize novamente a artéria braquial ou poplítea e coloque a campânula ou peça torácica do diafragma do estetoscópio sobre ela. Não permita que a peça torácica toque o manguito ou as

(3) Feche a válvula de bulbo de pressão no sentido horário até ficar firme.

(4) Infle rapidamente o manguito a 30 mmHg além da pressão sistólica normal do paciente.

(5) Solte lentamente a válvula do bulbo de pressão e permita que a agulha do manômetro caia a velocidade de 2 a 3 mmHg/s.

(6) Observe o ponto no manômetro quando você ouvir o primeiro som claro. O som aumenta lentamente em intensidade.

(7) Continue a desinflar o manguito, observando o ponto no qual aparecem sons abafados ou amortecidos.

(8) Enquanto se esvazia gradualmente o manguito, observe o ponto em que o som desaparece er adultos. Ouça por 10 a 20 mmHg após o último som e permita que o ar restante escape rapida

7. A American Heart Association recomenda a média de dois conjuntos de medição de PA, com 2 mi de intervalo. Use o segundo conjunto de medidas da PA como linha de base. Se as leituras forem diferentes em mais de 5 mmHg, leituras adicionais são necessárias.

8. Remova o manguito de extremidade a menos que você precise repetir a medição. Se esta for a prin avaliação do paciente, repita a avaliação de PA na outra extremidade.

9. Ajude o paciente a retornar à posição confortável e cubra a parte superior do braço se vestido anteriormente.

10. Fale sobre os achados com o paciente, conforme necessário.

11. Higienize as mãos. Limpe o manguito com agentes de limpeza aprovados pelo serviço se usado e pacientes.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Compare a leitura com o valor de linha de base anterior e/ou o valor aceitável da PA para a idade paciente.

2. Compare a PA em ambos os braços ou pernas.

3. Correlacione PA com os dados obtidos a partir da avaliação de pulso e sinais cardiovasculares relacionados e sintomas.

PASSO 6A(3) Estetoscópio sobre a artéria braquial para medir a PA. (Direitos autorais © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

RESULTADOS INESPERADOS E NTERVENÇÕES RELACIONAD

1. Não é possível obter a leitura de PA
   - Determine que nenhuma crise imediata esteja presente pela obtenção de pulso e frequência respira
   - Avalie se há sinais de redução do débito cardíaco; se presentes, notifique a enfermeira responsável
   - Use locais ou procedimentos alternativos para obter a PA: ausculte a PA na extremidade inferior, u de palpação para obter a PA sistólica.
   - Repita a medição de PA com esfigmomanômetro. Os dispositivos de PA eletrônicos são menos pre
2. PA não é suficiente para perfusão e oxigenação adequadas dos tecidos.
   - Compare o valor de PA à linha de base. Uma leitura sistólica de 90 mmHg é um valor aceitável par
   - Coloque o paciente na posição supina para melhorar a circulação e restringir a atividade se ele esti
   - Avalie os sinais e sintomas de hipotensão, tais como taquicardia; pulso fraco, filiforme; fraqueza, to
   - Notifique a enfermeira responsável ou profissional de saúde imediatamente.
   - Aumente a velocidade de infusão intravenosa ou administre medicamentos vasoconstritores se pre
3. PA está acima da faixa aceitável.
   - Repita a medição de PA no outro braço e compare os resultados. Verifique o tamanho e a colocação
   - Peça a outra enfermeira para repetir a medição em 1 a 2 minutos.
   - Observe o desenvolvimento de sintomas relacionados, embora os sintomas algumas vezes não seja
   - Relate PA elevada à enfermeira responsável ou profissional de saúde para iniciar a avaliação e o tra
   - Administre medicamentos anti-hipertensivos conforme prescrito.
4. O paciente tem uma diferença de mais de 20 mmHg sistólica ou diastólica ao comparar as medidas d
   - Reporte os resultados anormais à enfermeira responsável ou profissional de saúde.

REGISTRO E RELATO

- Registre a PA na evolução de enfermagem ou folha de fluxo de sinal vital. A aferição da PA após a administra evolução de enfermagem.
- Registre quaisquer sinais ou sintomas de alterações da PA na forma de narrativa na evolução de enfermagem
- Registre a medição da PA após a administração de terapias específicas na forma de narrativa na evolução de e

• Reporte os resultados anormais à enfermeira responsável ou profissional de saúde imediatamente.
CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES
• Avalie o nível de ruído na casa fim de determinar o cômodo que fornece o ambiente mais tranquilo para avali • Considere o manguito eletrônico de PA para a casa se o paciente tem dificuldades de audição, possui recursos

Quadro 30-14

Prática baseada em evidências

Efeitos das Roupas sobre as Medições de Pressão Arterial

Questão PICO: Qual é o efeito sobre a medida da pressão arterial comparando-se à colocação do manguito no braço vestido e nu?

Resumo de Evidência

A obtenção de medições de pressão arterial tem tradicionalmente exigido a exposição de um braço nu, seja arregaçando a manga da camisa seja removendo peças de vestuário superiores. Rolar as mangas tem o potencial para contrair os vasos subjacentes. Alguns pacientes podem ficar desconfortáveis por despir-se, levando à perda de dignidade e privacidade e podendo infringir as crenças religiosas. A maioria das camisas de algodão tem menos de 2 mm de espessura e oferece pouca resistência à pressão gerada por um manguito de pressão arterial inflado. Um estudo obteve duas leituras de pressão arterial auscultatória manuais em um braço nu, braço com mangas compridas e novamente em um braço nu de 258 pacientes hipertensos (Pinar et al., 2010). Não houve diferença significativa entre as seis medições. Um estudo semelhante (Ki et al., 2013) comparou as medições de pressão arterial no braço com mangas, com mangas elevadas e nu usando um esfigmomanômetro oscilométrico automático em 141 pacientes clínicos. Não houve diferença entre os grupos nas medidas sistólica ou diastólica.

Aplicação para a Prática de Enfermagem

- Os manguitos de pressão arterial aplicados sobre as mangas vão economizar tempo durante as triagens de rotina de pressão arterial e desastres.
- Permitir que o paciente permaneça vestido pode proporcionar um cuidado culturalmente congruente em alguns serviços.
- Considere a privacidade do paciente e crenças culturais quando se reposiciona a roupa para a medição da pressão arterial.

Pontos-chave

- A medida dos sinais vitais inclui a medida fisiológica de temperatura, pulso, PA, respirações e saturação de oxigênio.
- As enfermeiras medem os sinais vitais como parte de um exame físico completo ou em uma revisão da condição de um paciente.
- As enfermeiras avaliam as alterações nos sinais vitais com outros achados físicos da avaliação, usando o julgamento clínico para determinar a frequência de medição.
- O conhecimento dos fatores que influenciam os sinais vitais ajuda a determinar e avaliar os valores anormais.
- Os sinais vitais fornecem uma base para avaliar a resposta às intervenções de enfermagem.
- Meça os sinais vitais quando o paciente estiver inativo e o ambiente estiver controlado para o conforto.
- As enfermeiras ajudam os pacientes a manter a temperatura corporal iniciando as intervenções que promovem a perda, a produção ou a conservação de calor.
- A febre é um dos mecanismos de defesa normais do organismo.
- A medição da temperatura por meio da artéria temporal é o método menos invasivo e mais preciso de se obter a temperatura central.
- A avaliação respiratória inclui determinar a eficácia da ventilação, perfusão e difusão.
- A avaliação da respiração envolve observar movimentos ventilatórios através do ciclo respiratório.

- Variáveis que afetam a ventilação, a perfusão e a difusão influenciam a saturação de oxigênio.
- Para coletar dados da função cardíaca, é fácil medir a frequência de pulso e o ritmo usando os pulsos radial ou apical.
- A hipertensão arterial é diagnosticada apenas após uma média de leituras feitas durante duas ou mais visitas subsequentes revelar uma PA elevada.
- A seleção e aplicação inadequadas do manguito de medida de PA resultam em erros na medição de PA.
- As alterações em um sinal vital frequentemente influenciam as características de outros sinais vitais.

Questões de revisão

Você Está Pronto para Testar Seus Conhecimentos de Enfermagem?

1. Uma mulher de 52 anos está internada com dispneia e desconforto no peito do lado esquerdo com respirações profundas. Ela fumou por 35 anos e, recentemente, perdeu mais de 4,5 kg. Seus sinais vitais na internação são: FC 112 bpm, PA 138/82 mmHg, FR 22 ipm, temperatura timpânica 36,8°C e saturação de oxigênio de 94%. Ela está recebendo oxigênio a 2 L/min através de uma cânula nasal. Qual sinal vital reflete um resultado positivo da oxigenoterapia?
   1. Temperatura: 37°C
   2. Pulso radial: 112 bpm
   3. Frequência respiratória: 24 ipm
   4. Saturação de oxigênio: 96%
   5. Pressão arterial: 134/78 mmHg
2. A enfermeira na passagem de plantão informa os sinais vitais de quatro de seus pacientes. Qual paciente você precisa avaliar primeiro?
   1. Homem de 84 anos internado recentemente com

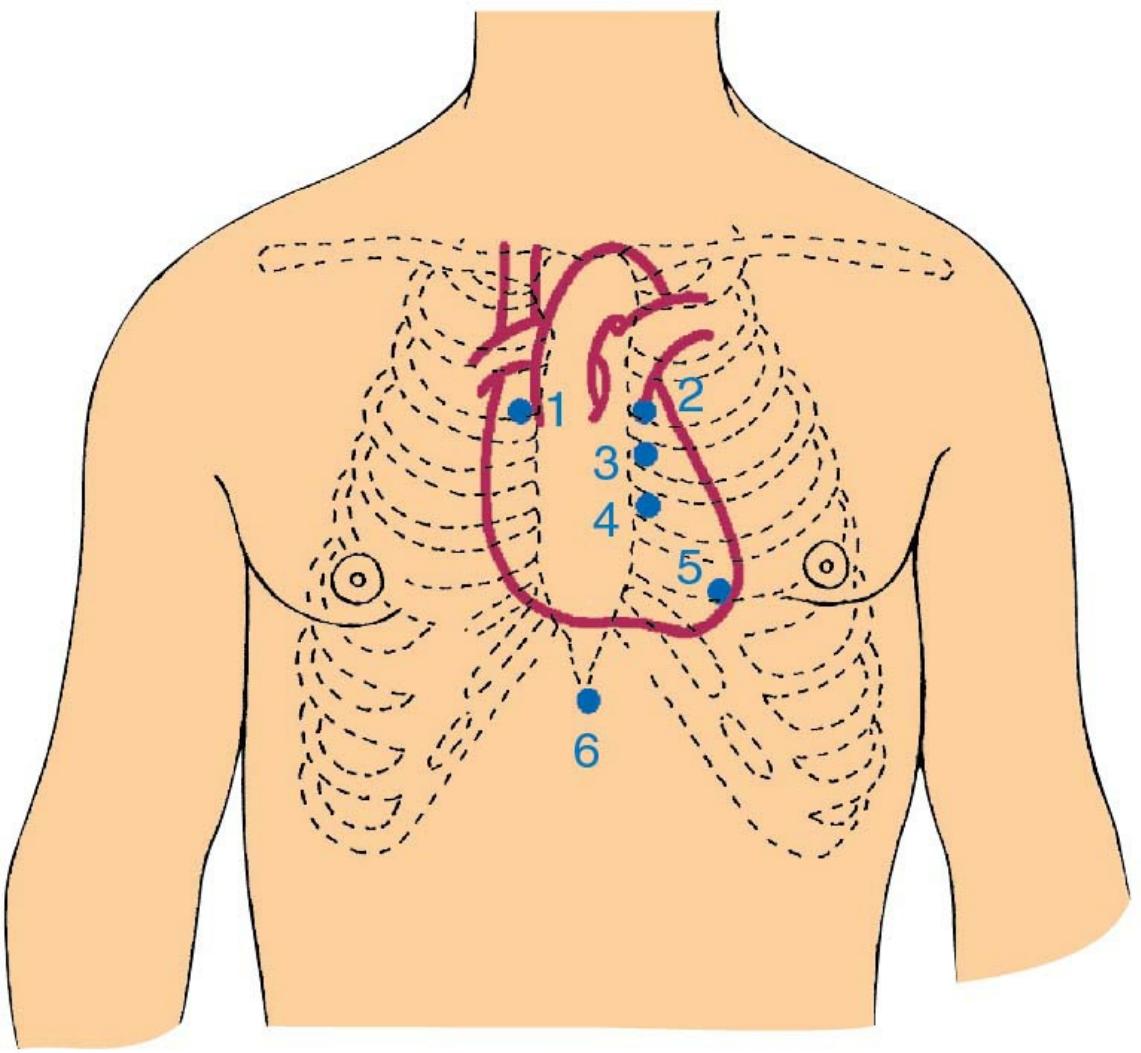
pneumonia, FR 28 ipm, SpO_2 de 89%
   2. Mulher de 54 anos, internada após cirurgia para braço fraturado, PA 160/86 mmHg, FC 72 bpm
   3. Homem de 63 anos com úlceras venosas por diabetes, temperatura de 37,3°C, FC 84 bpm
   4. Mulher de 77 anos com mastectomia esquerda há 2 dias, FR 22 ipm, PA 148/62 mmHg
3. Uma paciente do sexo feminino de 55 anos sofreu um acidente de automóvel e foi internada em uma unidade cirúrgica após a reparação de um braço esquerdo e perna esquerda fraturados. Ela também tem uma laceração na testa. Uma linha intravenosa (IV) está infundindo na fossa antecubital direita e as meias de compressão pneumática estão na parte inferior da perna direita. Ela está recebendo oxigênio através de uma máscara facial simples. Quais os locais que você orienta o auxiliar de enfermagem para serem usados na obtenção de pressão arterial e temperatura da paciente?
   1. Antecubital direito e axila
   2. Poplítea direita e retal
   3. Antecubital esquerda e oral
   4. Poplítea esquerda e artéria temporal
4. A enfermeira observa um estudante de enfermagem medindo a pressão arterial (PA) em um paciente. A enfermeira observa que o estudante esvazia muito lentamente o manguito numa tentativa de ouvir os sons. A variação da PA do paciente ao longo das últimas 24 horas é 132/64 a 126/72 mmHg. Qual das seguintes leituras de PA feitas pelo estudante é provavelmente causada por uma técnica incorreta?
   1. 96/40 mmHg
   2. 110/66 mmHg
   3. 130/90 mmHg
   4. 156/82 mmHg
5. Quando você está obtendo a saturação de oxigênio em uma estudante universitária de 19 anos com asma grave você nota que ela tem esmalte nas unhas na cor preta. Você remove o

esmalte de uma unha e ela lhe pergunta por que o esmalte teve que ser removido. Qual é a melhor resposta?

1. O esmalte para unhas atrai microrganismos e contamina o sensor de dedo.
2. O esmalte para unhas aumenta a saturação de oxigênio.
3. O esmalte para unhas interfere na função do sensor.
4. O esmalte para unhas cria calor excessivo na sonda do sensor.

6. Um paciente ficou internado pelas últimas 48 horas com uma febre de origem desconhecida. Seu registro médico indica temperaturas timpânicas de 38,7°C (04h), 36,6°C (08h), 36,9°C (12h), 37,6°C (16h) e 38,3°C (20h). Como você descreveria esse padrão de medições de temperatura?
   1. Variação habitual de medições do ritmo circadiano
   2. Padrão de febre mantida
   3. Padrão de febre intermitente
   4. Padrão de febre em resolução
7. Um paciente apresenta-se na clínica com tonturas e fadiga. O auxiliar/técnico de enfermagem relata um pulso radial lento, mas regular, de 44 bpm. Qual é a sua intervenção prioritária?
   1. Pedir que o auxiliar/técnico de enfermagem repita a verificação do pulso
   2. Pedir um eletrocardiograma (ECG)
   3. Coletar os dados de pulso apical do paciente e evidência de um déficit de pulso
   4. Preparar-se para administrar medicamentos estimulantes cardíacos
8. Qual paciente está em maior risco de taquicardia?
   1. Um jogador de basquetebol saudável durante exercícios de aquecimento
   2. Um paciente internado com hipotermia
   3. Um paciente com uma febre de 39,4°C
   4. Um homem de 90 anos que toma betabloqueadores
9. Qual dos seguintes pacientes estão em maior risco para taquipneia? (Selecionar tudo que se aplica.)

    1. Paciente acabou de ser internado com quatro fraturas de costelas
    2. Mulher que está grávida de 9 meses
    3. Adulto que consumiu bebidas alcoólicas
    4. Adolescente despertando do sono
    5. Fumante de três maços por dia com pneumonia
10. Qual número marca o local onde você auscultaria o ponto de impulso máximo (PIM)?
    1. 1
    2. 2
    3. 3
    4. 4
    5. 5
    6. 6



11. Uma paciente foi internada por causa de um acidente vascular cerebral (AVC). Ela não consegue movimentar seu braço direito e tem uma inclinação facial do lado direito. Ela é capaz de comer com a dentadura em posição e engolir com segurança. O auxiliar/técnico de enfermagem informa a você que a paciente não vai manter a sonda do termômetro oral em sua boca. Que orientação você fornece aos membros da equipe de enfermagem?
    1. Orientar o auxiliar/técnico de enfermagem para segurar o termômetro no lugar com a mão enluvada
    2. Orientar o auxiliar/técnico de enfermagem para mudar a sonda do termômetro sob a bolsa sublingual esquerda

3. Orientar o auxiliar/técnico de enfermagem para obter uma temperatura axilar
4. Orientar o auxiliar/técnico de enfermagem para usar um termômetro na artéria temporal da direita para esquerda

12. O auxiliar/técnico de enfermagem informa a você que a pressão arterial (PA) da paciente da questão 11 é 140/76 no braço esquerdo e 128/72 no braço direito. Que ações você toma com base nesta informação? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Notificar o profissional de saúde imediatamente
    2. Repetir as medições em ambos os braços usando um estetoscópio
    3. Perguntar à paciente se ela tomou seus medicamentos para pressão arterial recentemente
    4. Obter medições de pressão arterial em membros inferiores
    5. Verificar se o manguito de tamanho correto foi usado durante as medições
    6. Revisar o prontuário da paciente para seus sinais vitais de linha de base
    7. Comparar os pulsos radial direito e esquerdo quanto à força
13. O auxiliar/técnico de enfermagem informa que o aparelho eletrônico de medida pressão arterial na paciente que voltou recentemente de uma cirurgia após a remoção de sua vesícula biliar está piscando uma pressão arterial de 65/46 e tocando o alarme. Coloque suas atividades de atendimento por ordem de prioridade.
    1. Pressionar o botão de início da máquina de pressão arterial eletrônica para obter uma nova leitura.
    2. Obter uma pressão arterial manual com um estetoscópio.
    3. Verificar o pulso distal do paciente com o manguito da pressão arterial.
    4. Avaliar o estado mental da paciente.
    5. Lembrar a paciente para não dobrar o braço com o manguito da pressão arterial.
14. Um paciente adulto saudável diz à enfermeira que mediu sua

pressão arterial em "uma dessas máquinas rápidas no *shopping*" e ficou alarmado que ela estava 152/72, quando o seu valor normal varia de 114/72 a 118/78. A enfermeira obtém uma pressão arterial de 116/76. O que contaria para a pressão arterial de 152/92? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Manguito muito pequeno
2. Braço posicionado acima do nível do coração
3. Inflação lenta do manguito pela máquina
4. O paciente não removeu sua camisa de mangas compridas
5. Tempo insuficiente entre as medidas

15. Um paciente é internado para a desidratação causada por pneumonia e falta de ar. Ele tem uma história de doença cardíaca e arritmias cardíacas. O auxiliar/técnico de enfermagem relata seus sinais vitais da internação para a enfermeira. Que medidas a enfermeira deve reavaliar? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. PA no braço direito: 118/72 mmHg
    2. Frequência de pulso radial: 72 bpm e irregular
    3. Temperatura temporal: 37,4°C
    4. Frequência respiratória: 28 ipm
    5. Saturação de oxigênio: 99%

Respostas: 1. 4; **2.** 1; **3.** 1; **4.** 3; **5.** 3; **6.** 3; **7.** 3; **8.** 3; **9.** 1, 2, 5; **10.** 5; **11.**4; **12.** 2, 6; **13.** 4, 1, 3, 2, 5; **14.** 1, 5; **15.** 2, 4, 5.

Referências

Frese EM, et al. Blood pressure measurement guidelines for physical therapists. *Cardiopulmon Phys Ther J*. 2011;22(2):5.

Goforth CW, Kazman JB. Exertional heat stroke in Navy and Marine personnel: a hot topic. *Crit Care Nurse*. 2015;35(1):52.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

James P, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC8). *JAMA*. 2014;311:507: 2014.

Kaplan N, et al: *Overview of hypertension in adults, UpToDate*, 2014. http://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults. Accessed June 10, 2015.

Lehne R. *Pharmacology for nursing care*. ed 8 Philadelphia: Elsevier; 2013.

National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institutes of Health (NIH): The seventh report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. 2003;289(19):2560.

Pagana KD, Pagana TJ. *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*. ed 12 St Louis: Mosby; 2015.

Parkes R. Rate of respiration: the forgotten vital sign. *Emerg Nurse*. 2011;19:12.

Shibao C, et al. Evaluation and treatment of orthostatic hypotension. *J Am Soc Hypertens*. 2013;7:317.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess' Gerontological nursing & healthy aging*. ed 4 Mosby; 2014.

World Health Organization (WHO): *WHO pulse oximetry training manual*, ©2011. http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/pulse_oximetry/who_ps_pulse_o Accessed June 10, 2015.

Referências de pesquisa

Adiyaman A. The effect of crossing legs on blood pressure. *Blood Press Monit*. 2007;12(3):189.

Angelousi A, et al. Association between orthostatic hypotension and cardiovascular risk, cerebrovascular risk, cognitive decline and falls, as well as overall mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2014;32:1562.

Chan E, et al. Pulse oximetry: understanding its basic principles facilitates appreciation of its limitations. *Respir Med*. 2013;107:789.

Charafeddine L, et al. Axillary and rectal thermometry in the newborn: Do they agree?. *BMC Res Notes*. 2014;31(7):584.

Counts D, et al. Evaluation of temporal artery and disposable digital oral thermometers in acutely ill patients. *Medsurg Nurs*. 2014;23(4):239.

Haugan B, et al. Can we trust the new generation of infrared tympanic thermometers in clinical practice?. *J Clin Nurs*. 2012;22:698.

Ki J, et al. Differences in blood pressure measurements obtained using an automatic oscillometric sphygmomanometer depending on clothes-wearing status. *Korean J Fam Med*. 2013;34:145.

Lu S, et al. A systematic review of body temperature variations in older people. *J Clin Nurs*. 2010;19:4.

Mourad J, et al. Impact of miscuffing during home blood pressure measurement on the prevalence of masked hypertension. *Am J Hypertens*. 2013;26:1205.

Nesseler N, et al. Pulse oximetry and high-dose vasopressors: a comparison between forehead reflectance and finger transmission sensors. *Intensive Care Med*. 2012;38:1718.

Ozdemir H, et al. A comparison of different methods of temperature measurements in sick newborns. *J Trop Pediatr*. 2011;57:418.

Pinar R, et al. The effect of clothes on sphygmomanometric blood pressure measurement in hypertensive patients. *J Clin Nurs*. 2010;19:1861.

Reynolds M, et al. Are temporal artery temperatures accurate enough to replace rectal temperature measurement in pediatric ED patients?. *J Emerg Nurs*. 2014;40:46.

Rowland T. Fluid replacement requirements for child athletes. *Sports Med*. 2011;41:279.

Schey BM, et al. Skin temperature and core-peripheral temperature gradient as markers of hemodynamic status in crucially ill patients: a review. *Heart Lung*. 2010;39(1):27.

Schimanski K, et al. Comparison study of upper arm and forearm non-invasive blood pressures in adult emergency department patients. *Int J Nurs Studies*. 2014;51(12):1575.

Skirton H, et al. A systematic review of variability and reliability of manual and automated blood pressure readings. *J Clin Nurs*. 2011;20:614.

Suokhrie L, et al. Differences in automated and manual blood pressure measurement in hospitalized psychiatric patients. *J Psychosoc Nurs*. 2013;51(3):32.

Yont GH, et al. Comparison of oxygen saturation values and measurement times by pulse oximetry in various parts of the body. *Appl Nurs Res*. 2011;24(4):e39.

Zheng D, et al. How important is the recommended slow cuff pressure deflation rate for blood pressure measurement?. *Ann Biomed Eng*. 2011;39:2584.

Zheng D, et al. Effect of respiration, talking and small body movements on blood pressure measurement. *J Human Hypertens*. 2012;26:458.

31

Avaliação de Saúde e Exame Físico

OBJETIVOS

- Discutir a finalidade de uma avaliação física.
- Discutir como a diversidade cultural influencia a abordagem da enfermeira e os achados de avaliação de saúde.
- Listar as técnicas de preparação física e psicológica de um paciente antes e durante o exame.
- Descrever as técnicas de entrevista utilizadas para melhorar a comunicação durante a investigação clínica.
- Preparar o ambiente físico antes de um exame.
- Identificar os dados coletados no histórico de enfermagem antes do exame.
- Demonstrar as técnicas utilizadas em cada procedimento de avaliação física.
- Discutir os achados físicos normais para uma pessoa jovem, adulto de meia-idade e idoso.
- Discutir os modos de se incorporar a promoção da saúde e a educação em saúde como parte do exame.
- Identificar formas de uso dos procedimentos da avaliação física durante os cuidados de enfermagem de rotina.
- Descrever as medidas físicas consideradas na avaliação do sistema corporal.

• Identificar os exames de autoavaliação geralmente realizados pelos pacientes.

• Identificar triagens preventivas e as idades apropriadas para que cada uma possa ocorrer.

TERMOS-CHAVE

Afasia, p. 593
Alopecia, p. 541
Arco senil, p. 548
Disritmia, p. 566
Atrofiado, 590
Auscultação, p. 533
Borborigmos, p. 580
Cerume, p. 549
Cianose, p. 538
Cifose, p. 587
Conjuntivite, p. 548
Distensão, p. 579
Ectrópio, p. 547
Edema, p. 539
Endurecido, p. 539
Entrópio, p. 547
Eritema, p. 539
Escoliose, p. 587
Escoriação, p. 553
Estenose, p. 567
Estrias, p. 579

Frêmito vocal ou tátil, p. 561
Frêmito, p. 566
Galope ventricular, p. 566
Goniômetro, p. 588
Hipertonicidade, p. 588
Hipocratismo digital, p. 570
Hipotonicidade, p. 590
Icterícia, p. 539
Impulso apical ou ponto de impulso máximo, (PIM), p. 564
Inspeção, p. 531
Lordose, p. 587
Malignidade, p. 556
Murmúrios, p. 566
Nistagmo, p. 547
Olfação, p. 531
Ortopneia, p. 560
Ototoxicidade, p. 551
Osteoporose, p. 587
Palpação, p. 531
Percussão, p. 532
Peristaltismo, p. 580
PERRLA, p. 548
Petéquias, p. 539
Pigmentação, p. 538
Pólipos, p. 553
Ptose, p. 547
Ruído, p. 568
Síncope, p. 567
Sistema tegumentar, p. 536

Sons adventícios, p. 562
Turgor, p. 539

A avaliação de saúde e o exame físico são passos importantes para um cuidado de enfermagem seguro e competente. Como enfermeira, você está em posição singular para determinar o estado de saúde de cada paciente naquele momento, distinguir as variações da norma e reconhecer melhoras ou piora da condição do paciente. Também, você deve ser capaz de reconhecer e interpretar o estado físico e comportamental de cada paciente. Através de avaliações de saúde e exames clínicos, você identifica os padrões de saúde e avalia a resposta de cada paciente ao tratamento e terapias.

As enfermeiras reúnem dados de avaliação sobre as condições de saúde passadas e presentes dos pacientes de várias maneiras, utilizando uma abordagem abrangente ou específica, dependendo da situação do paciente. As avaliações são realizadas em feiras de saúde, clínicas de triagem, em um consultório de um profissional de saúde, em unidades de tratamento de condições agudas ou na residência do paciente. Dependendo do resultado de uma avaliação, a enfermeira considera as recomendações de tratamento baseadas em evidências de acordo com os valores do paciente, a especialidade do profissional clínico ou a sua própria experiência pessoal.

Uma avaliação de saúde completa envolve o histórico de enfermagem (Cap. 16) e um exame físico e do comportamento. Através da entrevista para o levantamento da história de saúde do paciente, você coleta dados subjetivos sobre a condição do paciente; obtém dados objetivos enquanto observa o comportamento e o estado geral dele; identifica dados objetivos complementares através de uma análise completa dos sistemas do corpo durante o exame físico. O seu julgamento clínico é feito com base em todos os dados coletados para criar um plano de cuidado para cada situação. Com dados precisos, você cria um plano de cuidado específico para o paciente, identificando os diagnósticos de enfermagem, os resultados desejados

do paciente e as intervenções de enfermagem. A continuidade do cuidado de saúde melhora quando você evolui o paciente através de contínuas avaliações objetivas e abrangentes.

Objetivos do exame físico

Faz-se um exame físico como uma avaliação inicial durante a triagem para os cuidados de emergência; para que o rastreamento de rotina promova sensação de bem-estar e medidas preventivas de atenção à saúde; para determinar a elegibilidade a um seguro de saúde, serviço militar ou novo emprego; ou para internar um paciente em um hospital ou unidade de cuidados de longo prazo. Depois de analisar a condição atual do paciente, a enfermeira seleciona o exame físico específico a ser realizado em um determinado sistema ou região do corpo. Por exemplo, quando o paciente apresenta um episódio severo de asma, a enfermeira concentra-se primeiro nos sistemas pulmonar e cardiovascular para que os tratamentos possam ter início imediato. Quando o paciente não corre mais risco de um desfecho ou lesão grave, a enfermeira procede a um exame mais abrangente de outros sistemas do corpo.

No caso de pacientes hospitalizados, a enfermeira integra a coleta de dados da avaliação física aos cuidados de rotina com o paciente, validando os achados com o que se conhece sobre o histórico de saúde do paciente. Por exemplo, ao entrar no quarto de um paciente, a enfermeira pode observar sinais comportamentais do paciente que indiquem conforto, ansiedade ou tristeza; avaliar a pele durante o banho no leito; ou avaliar os movimentos físicos e a capacidade de deglutição enquanto administra medicamentos. Use o exame físico para fazer o seguinte:

- Levantar dados basais sobre o estado de saúde do paciente.
- Complementar, confirmar ou refutar dados subjetivos constantes no histórico de enfermagem.
- Identificar e confirmar os diagnósticos de enfermagem.
- Tomar decisões clínicas em relação às mudanças do estado de saúde e do tratamento do paciente.
- Avaliar os resultados dos cuidados ao paciente.

Sensibilidade Cultural

Respeite as diferenças culturais entre os pacientes de diversos perfis ao realizar um exame. É importante lembrar que as diferenças culturais influenciam o comportamento do paciente. Considere as convicções do paciente em assunto de saúde, o uso de terapias alternativas, os hábitos alimentares, o relacionamento com a família e o conforto com a proximidade física durante o exame e o levantamento do histórico. Esses fatores afetarão tanto a sua abordagem quanto os tipos de achados que você pode esperar encontrar.

Seja culturalmente consciente e evite criar estereótipos com base em atributos como sexo, raça, escolaridade ou outros fatores culturais. Existe uma diferença entre as características culturais e físicas. Aprenda a reconhecer as características e os distúrbios comuns entre aqueles que pertencem a populações étnicas na comunidade. Igualmente importante é conhecer as variações das características físicas, como aquelas relacionadas com a pele e com o sistema musculoesquelético, associadas a variáveis raciais. Considere as crenças culturais do paciente antes de avaliar como a pessoa recebe, processa e compreende as informações sobre cuidados de saúde e como ele toma decisões sobre seus próprios cuidados (Ingram, 2012). Com o reconhecimento da diversidade cultural, você demonstra respeito pela singularidade de cada paciente, contribuindo para um cuidado de qualidade superior e melhores resultados clínicos (Cap. 9).

Preparação para o exame

O exame físico é um componente rotineiro da avaliação do paciente conduzida por uma enfermeira. Em muitos ambientes de cuidados, é necessária uma avaliação cefalocaudal diariamente. Você faz uma reavaliação quando a condição do paciente muda para melhor ou para pior. Em alguns ambientes de cuidados em saúde, como durante uma visita domiciliar por um profissional de saúde, é preferível um exame físico específico. A preparação adequada do ambiente, do material e do paciente garante um exame físico tranquilo com poucas interrupções. Uma abordagem desorganizada resulta em erros e achados incompletos. A segurança para pacientes confusos é uma prioridade; nunca deixe um paciente confuso ou combativo sozinho durante um exame.

Controle de Infecção

Alguns pacientes apresentam lesões cutâneas abertas, feridas infectadas ou outras doenças transmissíveis. Siga os cuidados-padrão durante todo o exame (Cap. 29). Na presença de ferida aberta ou microrganismo, use luvas para reduzir o contato com agentes contaminantes. Se o paciente apresentar drenagem excessiva ou houver risco de drenagem da ferida, deve-se usar equipamento de proteção individual adicional, como capote e óculos de proteção. Siga as políticas-padrão de higienização das mãos antes de iniciar ou após concluir uma avaliação física.

Embora a maioria das unidades de saúde não disponibilize luvas de látex, cabe a você identificar se os pacientes apresentam eventuais alergias a essa substância e usar produtos que não a contenham em sua composição. Reconhecendo os fatores de risco para alergias ao látex, os pacientes permanecem livres de uma resposta alérgica ao látex de borracha natural (LBN). A mais imediata é uma reação imunológica do tipo 1, para a qual o corpo desenvolve anticorpos conhecidos como *imunoglobina E* e que podem provocar uma resposta

anafilática. Ocorre atopia quando o corpo demonstra crescente tendência à formação de anticorpos em decorrência da resposta imune. A segunda é a dermatite alérgica de contato do tipo 4, causando uma reação tardia que se manifesta em 12 a 48 horas após o contato (Huether e McCance, 2012). Ambas exigem exposição anterior à substância à qual o corpo reage. O grau de severidade da resposta varia entre as pessoas. A Tabela 31-1 apresenta uma lista de produtos que contêm látex e sugere as alternativas disponíveis.

Tabela 31-1

Produtos que Contêm Látex e Substitutos sem Látex*

Produtos que Contêm Látex	Substitutos sem Látex
Material Médico	
Luvas descartáveis	Luvas de vinil, nitrilo ou neoprene
Manguitos de pressão arterial	Manguitos recobertos
Tubo para estetoscópio	Tubo recoberto
Portas de injeção intravenosa	Sistema sem agulha, válvulas reguladoras de fluxo, portas recobertas com látex
Torniquetes	Torniquetes que não contenham látex ou recobertos com tecido
Seringas	Seringas de vidro
Fita adesiva	Fitas que não contenham látex
Vias aéreas orais e nasais	Tubos que não contenham látex
Tubos endotraqueais	Tubos de plástico rígido
Cateteres	Cateteres de silicone
Óculos de proteção	Óculos de proteção em silicone
Máscaras para anestesia	Máscaras de silicone
Respiradores	Respiradores que não contenham látex
Capote ou roupões de borracha	Capote ou roupões revestidos com tecido
Drenos para feridas	Drenos de silicone
Tampas para frascos de medicamentos	Tampas removidas
Itens Domésticos	
Elásticos de borracha	Barbante; elásticos que não contenham látex
Apagadores	Apagadores de silicone
Punho de guidão de motocicleta e	Empunhaduras removidas ou recobertas

bicicleta	
Carpete	Outros tipos de peso
Óculos de natação	Produzidos em silicone
Sola de sapatos	Sapatos de couro
Tecido expansível (p. ex., com elástico na cintura)	Tecido removido ou recoberto
Luvas para lavar louças	Luvas de vinil
Preservativos	Preservativos que não contenham látex
Diafragmas	Diafragmas de borracha sintética
Balões	Balões Mylar
Chupetas e bicos de mamadeira	Chupetas e bicos de mamadeira em silicone, plástico ou de material que não contenha látex

Modificado a partir de American Latex Allergy Association: *Literature review on latex-food cross-reactivity, 1991-2006,* 2011, http://latexallergyresources.org/sites/default/files/attachments/Latex-food%20cross-reacitivy%20review.pdf. Acesso em 13 de novembro de 2014; e Seidel HM et al: *Mosby's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.

* Esta lista tem por finalidade fornecer exemplos de produtos e alternativas; não é completa.

Ambiente

Um exame respeitoso e atencioso requer privacidade. Em um ambiente de cuidados intensivos, as enfermeiras conduzem as avaliações no quarto do paciente. As salas de exame são utilizadas em clínicas ou consultórios. No caso, o exame é realizado em um espaço em que possa haver privacidade, como o quarto do paciente, por exemplo.

Os espaços reservados para exames precisam estar equipados para quaisquer procedimentos. É necessária uma luz adequada para iluminar corretamente as partes do corpo. No quarto do hospital, o paciente tem privacidade garantida para se sentir à vontade e discutir a sua condição. Elimine quaisquer ruídos extras e tome providências no sentido de evitar interrupções da parte de outras pessoas. O quarto deve estar suficientemente aquecido para manter o conforto.

Dependendo da parte do corpo que estiver sendo avaliada, pode ser difícil executar um determinado procedimento de avaliação quando o

paciente está no leito ou em uma maca. As mesas especiais de exame facilitam o posicionamento, tornando as áreas do corpo mais acessíveis. Ao ajudar o paciente a subir e descer das mesas de exame, você pode evitar a ocorrência de lesões e quedas. As mesas de exame podem ser desconfortáveis; eleve a cabeceira da mesa cerca de 30 graus. Um travesseiro pequeno pode contribuir para o conforto da cabeça e do pescoço. Se o exame for realizado no quarto do paciente, eleve a cama para que você possa alcançar o paciente com mais facilidade.

Material

Faça a higienização completa das mãos antes de manusear o material e iniciar um exame. Arrume qualquer material necessário para que os itens estejam prontamente disponíveis e fáceis de usar; e prepare-o conforme necessário (p. ex., aqueça o diafragma do estetoscópio entre as mãos antes de aplicá-lo à pele). Verifique se os materiais estão funcionando corretamente antes de usá-los (p. ex., verifique se as baterias e lâmpadas do oftalmoscópio e do otoscópio estão boas). O Quadro 31-1 relaciona o material normalmente utilizado durante um exame físico.

Quadro 31-1 Equipamento e Material para Avaliação Física

- Escova cervical ou coletores do tipo vassoura (se necessário)
- Aplicadores de algodão
- Absorventes descartáveis/toalhas de papel
- Campos cirúrgicos/cobertas
- Optótico (p. ex., optótico de Snellen)
- Lanterna e refletor
- Formulários (p. ex., exames clínicos e laboratoriais)
- Luvas que não contenham látex (limpas)
- Roupão para o paciente

- Oftalmoscópio
- Otoscópio
- Preparo líquido para exame Papanicolaou (Pap) (se necessário)
- Martelo de percussão (reflexo)
- Oxímetro de pulso
- Régua
- Balança com medidor de altura
- Recipientes para coleta de espécimes, lâminas para microscopia, espátula de madeira ou plástico e fixador citológico (se necessário)
- Esfigmomanômetro e manguito
- Esfregaços estéreis
- Estetoscópio
- Fita métrica
- Termômetro
- Lenços de papel
- Abaixadores de língua
- Diapasão
- Espéculo vaginal (se necessário)
- Lubrificante solúvel em água
- Relógio com o segundo ponteiro dos segundos ou com mostrador digital

Preparação do Ambiente Físico do Paciente

Para demonstrar respeito ao paciente, garanta o atendimento das necessidades de conforto físico. Antes de começar, pergunte se ele precisa usar o banheiro. A bexiga e o intestino vazios facilitam o exame do abdome, da genitália e do reto. Nessa ocasião, você vai coletar urina ou amostras fecais, se necessário.

A preparação do ambiente físico consiste em garantir a privacidade do paciente com a vestimenta e as cortinas de proteção adequadas. No hospital, o paciente provavelmente usará apenas um roupão comum.

Na clínica ou no consultório do profissional de saúde, ele precisa despir-se e normalmente recebe um lençol ou um roupão descartável. Se o exame for limitado a determinados sistemas do corpo, é sempre necessário que o paciente se dispa completamente. Ofereça-lhe privacidade e bastante tempo para se despir, a fim de evitar constrangimentos. Depois de trocar de roupa e vestir o roupão recomendado ou cobrir-se, o paciente deve se sentar ou deitar sobre a mesa de exames com um lençol leve sobre as pernas ou sobre a parte inferior do tronco. Mantenha-o aquecido, eliminando correntes de ar, controlando a temperatura do quarto e fornecendo-lhe cobertores quentes. Pergunte sempre se ele está confortável.

Posicionamento

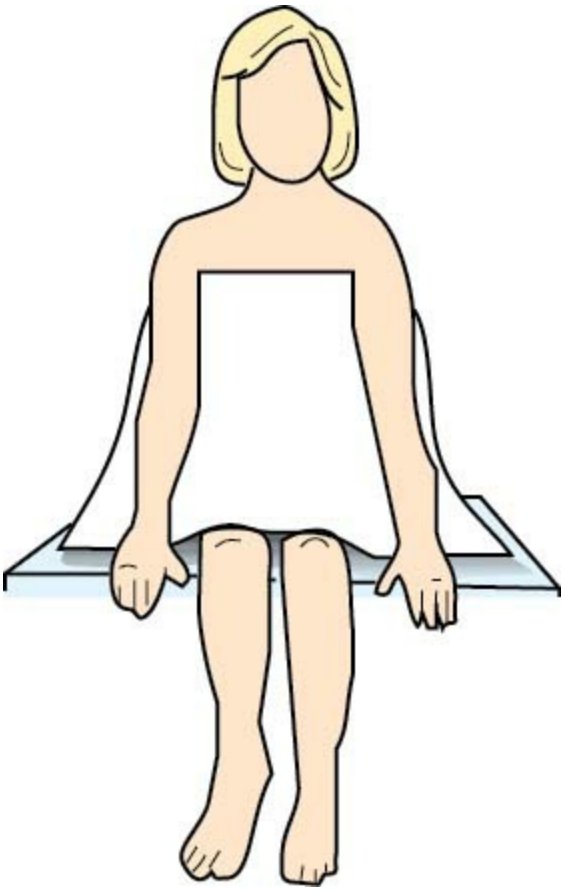
Durante o exame, peça ao paciente que assuma as posições adequadas para que as partes do corpo estejam acessíveis e ele se sinta confortável. A Tabela 31-2 relaciona as posições preferidas para cada parte do exame e contém figuras ilustrativas das posições. A capacidade do paciente de assumir posições depende de sua força física, mobilidade, facilidade para respirar, idade e grau de bem-estar. Depois de explicar uma posição, ajude o paciente a assumi-la corretamente. Tenha o cuidado de manter o respeito e demonstrar consideração ajustando os campos cirúrgicos de modo que somente a área examinada permaneça acessível. Durante o exame, o paciente pode precisar assumir mais de uma posição. Para diminuir o número de mudanças de posição, organize o exame de modo que todas as técnicas que exigem a posição sentada sejam realizadas em primeiro lugar; em seguida, aquelas que exigem a posição supina; e assim por diante. Recomenda-se cuidado redobrado ao posicionar idosos com deficiências e limitações.

Tabela 31-2

Posições para Exame

Posição

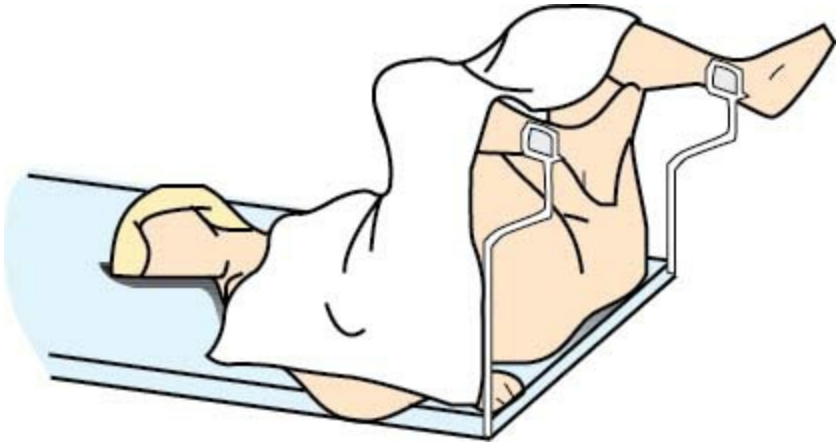
Sentada



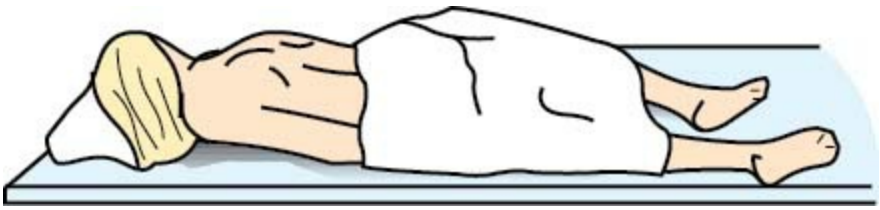
Supina ou Decúbito dorsal

Decúbito dorsal recumbente

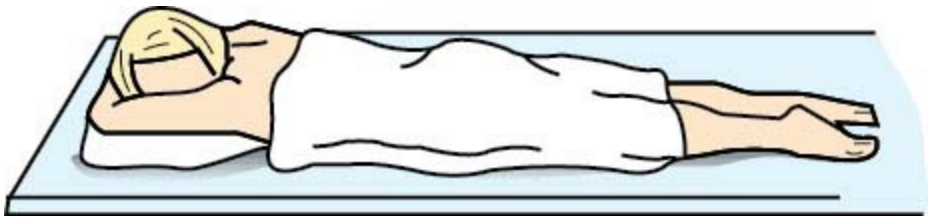
Litotômica*



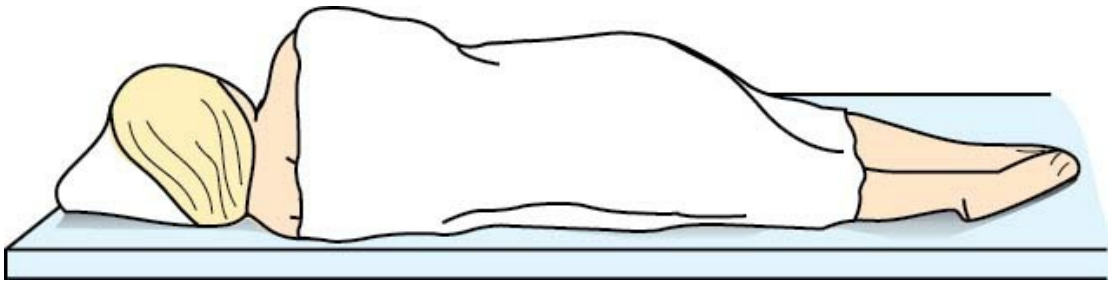
Posição de Sims



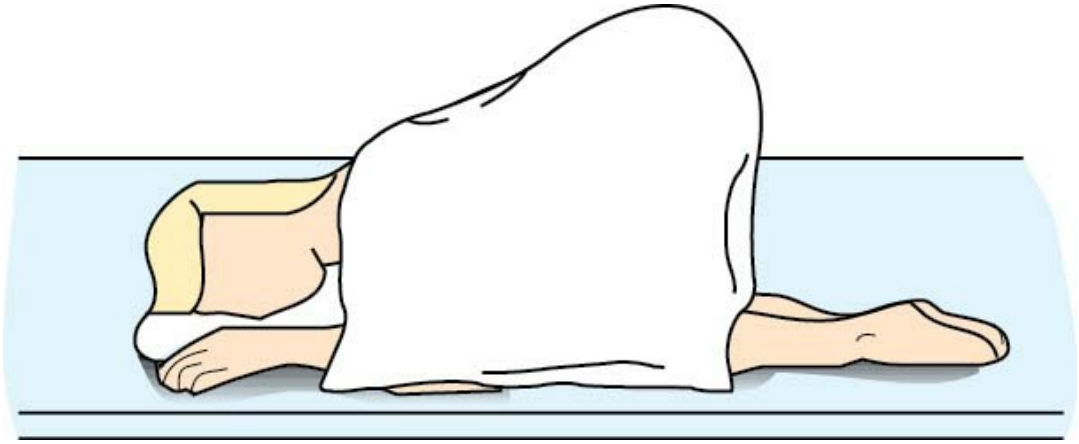
Prona ou decúbito ventral



Decúbito lateral recumbente



Genupeitoral



* Alguns pacientes com artrite ou outras deformidades articulares não conseguem assumir essa posição.

Preparação Psicológica do Paciente

Muitos pacientes acham o exame algo estressante e cansativo ou se sentem ansiosos em relação a possíveis achados. Uma explicação completa da finalidade e das etapas de cada avaliação permite que o paciente saiba o que esperar e como cooperar. Adapte as explicações ao nível de entendimento do paciente e incentive-o a questionar e comentar qualquer desconforto. Transmita uma abordagem aberta e profissional, mantendo, ao mesmo tempo, a descontração. Uma conduta silenciosa e formal inibe a capacidade de comunicação do paciente, mas um estilo muito informal, por outro lado, pode fazer que ele ponha em dúvida a competência de quem o examina. (Ball et al., 2015).

Considere as normas culturais e sociais ao realizar um exame em

uma pessoa do sexo oposto. Quando essa situação ocorrer, outra pessoa, do mesmo sexo do paciente ou um membro da família aprovado pela cultura dela, precisa estar presente na sala. Com essa atitude, você demonstra consciência cultural pelas necessidades individuais do paciente. Como benefício adicional, a segunda pessoa testemunha a conduta do examinador e do paciente caso surja qualquer problema.

Durante o exame, esteja atento às respostas do paciente observando se as suas expressões faciais demonstram medo ou preocupação ou se os movimentos do corpo indicam ansiedade. Se você mantiver a calma, ele tem mais probabilidade de relaxar. Especialmente se o paciente estiver debilitado ou for idoso, é necessário dosar o ritmo do exame, fazendo pausas para perguntar como ele está tolerando a avaliação. Se o paciente estiver se sentindo bem, o exame pode prosseguir. Entretanto, não o force a cooperar baseado no seu tempo. O adiamento do exame é vantajoso, porque os achados podem ser mais precisos quando o paciente estiver em condições de cooperar e relaxar.

Avaliação de Grupos Etários

É necessário utilizar diferentes estilos de entrevista e abordagens para conduzir o exame físico em pacientes de diferentes faixas de idade. A sua abordagem vai variar a cada grupo. Ao avaliar crianças, demonstre sensibilidade e preveja a percepção da criança em relação ao exame como uma experiência estranha com a qual ela não está familiarizada. Os exames pediátricos de rotina visam a promover a saúde e prevenir doenças, especialmente em crianças saudáveis que recebem cuidados competentes dos pais e não apresentam problemas sérios de saúde (Hockenberry e Wilson, 2015). Esse exame foca o crescimento e o desenvolvimento, o rastreamento sensorial, o exame bucal e a avaliação de comportamento. Crianças com condições crônicas ou deficiência e crianças sob tutela, nascidas em outro país ou adotadas, às vezes, necessitam de consultas adicionais para exames. Ao examinar crianças, as seguintes dicas podem auxiliar na coleta de dados:

- Colete todo ou parte do histórico sobre lactentes e crianças junto aos pais ou responsáveis. Use perguntas abertas para permitir que os pais compartilhem mais informações e descrevam mais dos problemas dos filhos. Você pode entrevistar crianças com mais idade, que geralmente fornecem detalhes sobre o seu histórico de saúde e a severidade dos sintomas.
- Conquiste a confiança da criança antes de fazer qualquer tipo de exame. Faça o exame em uma área que não apresente ameaças. Converse e brinque com a criança antes. Faça as partes visuais do exame antes de tocar a criança. Comece o exame das regiões periféricas para o centro (p. ex., comece pelos membros antes de chegar ao peito).
- Como os pais, às vezes, acham que o examinador os está testando, ofereça apoio durante o exame e não faça julgamentos.
- Trate as crianças pelo primeiro nome; e os pais, por "Sr." ou "Sra.", e não pelo primeiro nome, exceto se instruído a fazê-lo diferente.
- Trate os adolescentes como adultos e indivíduos, uma vez que eles tendem a responder melhor quando tratados dessa maneira. Lembre-se de que adolescentes têm direito ao sigilo. Após conversar com os pais sobre as informações contidas no histórico do paciente, fale a sós com o adolescente.

Uma avaliação e um exame físico abrangentes de pacientes idosos incluem dados físicos; estágio de desenvolvimento; relacionamento com a família; orientação religiosa e ocupação; e uma análise do nível cognitivo, afetivo e social do paciente. Um aspecto importante é avaliar a capacidade do paciente de desempenhar atividades básicas da vida diária (p. ex., tomar banho, cuidar da aparência) e atividades instrumentais complexas do cotidiano (p. ex., fazer ligações telefônicas).

Durante um exame, reconheça que, à medida que a idade avança, o corpo não demonstra lesões ou doenças óbvias com tanta intensidade, uma vez que pacientes mais jovens e idosos nem sempre apresentam os sinais e sintomas esperados (Touhy e Jett, 2014). Caracteristicamente, os idosos apresentam sinais e sintomas sutis e atípicos. Eis alguns princípios a serem seguidos durante o exame de

um idoso:

- Não crie estereótipos em relação ao nível de cognição de pacientes mais velhos. A maioria dos idosos é capaz de se adaptar às mudanças e aprender sobre a própria saúde. Da mesma forma, a maioria são historiadores confiáveis.
- Reconheça que alguns idosos têm limitações sensoriais e físicas que afetam o ritmo em que eles podem ser entrevistados e examinados. Talvez seja necessário programar mais de uma sessão de exames. Às vezes, convém fornecer aos pacientes um questionário inicial de saúde para que eles respondam antes de comparecer a uma clínica ou a um consultório.
- Realize os exames com o espaço adequado; esse é um aspecto especialmente importante para pacientes que utilizam instrumentos de auxílio à mobilidade, como bengala ou andador.
- Durante o exame, seja paciente, permita pausas e observe os detalhes. Reconheça as mudanças fisiológicas e de comportamento características de uma fase mais avançada da vida.
- Para pacientes mais velhos, é estressante fornecer determinados tipos de informações de saúde. Alguns veem a doença como uma ameaça à independência e um passo para a institucionalização.
- Tenha ciência da localização do banheiro mais próximo caso o paciente sinta necessidade urgente de eliminação.
- Esteja atento aos sinais de crescente fadiga, como suspiros, contorções faciais, irritabilidade, ato de apoiar-se nos objetos e cabeça e ombros pendentes.

Organização do exame

Conduz-se um exame físico avaliando cada sistema do corpo. Use a capacidade de julgamento para garantir que o exame seja relevante e consista nas avaliações corretas. Pacientes com sintomas ou necessidades específicas necessitam apenas de determinadas partes de um exame; portanto, quando o paciente chega a uma clínica com sintomas de resfriado sério, não deve ser necessária uma avaliação neurológica. O paciente que dá entrada no setor de emergência com sintomas abdominais agudos requer uma avaliação dos sistemas do corpo que mais apresentam risco de anormalidade. Entretanto, quando o paciente é hospitalizado, você realiza um exame completo por ocasião da internação e, pelo menos, uma vez por dia, a fim de manter e monitorar a linha basal do paciente. As diretrizes do serviço podem definir os componentes de um exame completo (ver política do serviço). Um paciente da comunidade busca um exame de rastreamento para a verificação de condições específicas, geralmente dependendo de sua idade ou dos riscos de saúde apresentados na Tabela 31-3.

Tabela 31-3

Exames Preventivos de Triagem Recomendados

Doença/Condição	Grupo Etário	Medidas de Triagem
Câncer de mama* (mulheres com risco médio)	40–44 anos	Devem ter a opção de começar a fazer o rastreamento anual de câncer de mama com mamografias, se desejarem. Os riscos do rastreamento e seus possíveis benefícios devem ser levados em consideração. O autoexame mensal das mamas (AEM) depende das recomendações do profissional de saúde (não recomendado pela ACS).
	45–54 anos	O autoexame mensal das mamas (AEM, na sigla em inglês) depende das recomendações do profissional de saúde (não recomendado pela ACS). Deve fazer mamografia anualmente
	Acima de 55 anos	Deve passar a fazer uma mamografia a cada 2 anos ou ter a opção de continuar com o rastreamento anual.
	Mulheres com histórico pessoal ou familiar de câncer de mama, mutação	

	genética conhecida por aumentar o risco de câncer de mama (como *BRCA*) e aquelas submetidas a radioterapia do tórax antes dos 30 anos apresentam mais risco de incidência de câncer de mama, não um risco médio. Essas mulheres requerem um rastreamento mais precoce e mais extenso.	
Câncer de cólon/reto**	Acima de 50 anos	Homens e mulheres precisam fazer um dos seguintes exames: pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) ou teste imunoquímico fecal (TIF) anualmente ou sigmoidoscopia flexível (TSIG) a cada 5 anos; a combinação de PSOF e TIF anual e uma TSIG a cada 5 anos é preferível em relação a qualquer das duas opções anteriores; ou enema de bário com duplo contraste a cada 5 anos; ou colonoscopia a cada 10 anos. Esses pacientes precisam também fazer um exame de toque retal na mesma ocasião. O rastreamento precoce é necessário na presença de fatores de risco.
Distúrbios óticos	Todas as idades	Verificações óticas periódicas, conforme necessário
	Acima de 65 anos	Verificações óticas regulares
Distúrbios oculares	Menos de 40 anos	Exame de vista completo a cada 3 a 5 anos (mais frequente em caso de histórico de doença ocular [p. ex., diabetes])
	40–64 anos	Exame de vista completo a cada 2 anos para o rastreamento de condições que possam passar despercebidas (p. ex., glaucoma) Exame anual se o paciente tiver diabetes
	Acima de 65 anos	Exame de vista completo anualmente.
Distúrbios cardíacos/vasculares	Homens de 45 a 65 anos Mulheres de 45 a 65 anos	Medição regular dos níveis totais de colesterol, lipídios e triglicerídeos; rastreamentos da pressão arterial (se o paciente apresentar fatores de risco para doença arterial coronária [DAC], o rastreamento da pressão arterial precisa começar aos 20–35 anos para homens e 20–45 anos para mulheres.)
Obesidade	Todas as idades	Medições periódicas de altura e peso
Distúrbios da cavidade oral/faríngeos/câncer	Todas as idades (crianças, adultos e idosos)	Exames odontológicos regulares a cada 6 meses
Câncer de ovário**	Acima de 18 anos ou após o início da atividade sexual	Exame pélvico anual realizado por um profissional de saúde (esse rastreamento ocasionalmente detecta a presença de câncer de ovário em estágio avançado. Pacientes que apresentam alto risco necessitam de um exame pélvico completo, uma ultrassonografia transvaginal e um exame de sangue (marcador de tumores CA 125].)
Câncer de próstata**	Acima de 50 anos	Homens com uma expectativa de vida de, pelo menos, 10 anos precisam submeter-se a exame de toque retal (ETR) e exame de sangue de antígeno específico da próstata (PSA) anualmente. Homens que apresentam alto risco requerem rastreamento em idade mais precoce.
Câncer de pele**	20–40 anos	Consultas com um especialista a cada 3 anos
	Acima de 40 anos	Verificações de pele anuais com biópsia de lesões suspeitas
Câncer de testículo**	Acima de 15	Autoexame mensal dos testículos (AMT)

	anos	
Câncer de útero**	O rastreamento começa 3 anos após o coito vaginal, mas não após os 21 anos	Exame pélvico anual realizado por profissional de saúde e teste Papanicolaou (Pap) anual
Câncer cervical	A United States Preventive Services Task Force (USPSTF) (2012) e a American Cancer Society (ACS) não recomendam mais o teste Pap **anual**.	
	21–29 anos	Exame pélvico realizado por um profissional de saúde e teste Pap com citologia a cada 3 anos; o papilomavírus humano (HPV) é necessário somente se o teste Pap for anormal (USPSTF, 2012; ACS, 2012)
	30–65 anos	Teste Pap com citologia a cada 3 anos. Mulheres que queiram estender o intervalo do exame: exame pélvico com uma combinação de citologia e teste de HPV a cada 5 anos (USPSTF, 2012; ACS, 2012)
	Acima de 65 anos	Não é necessário nenhum exame se os testes regulares forem normais e não houver alto risco de câncer cervical (USPSTF, 2012; ACS, 2012). Mulheres diagnosticadas com pré-câncer cervical devem continuar a ser rastreadas
Câncer de endométrio	O mesmo que para o câncer cervical	Biópsia endometrial aos 35 anos para pacientes de alto risco (aquelas com risco de câncer de cólon hereditário não poliposo [HNPCC]) (Na menopausa, as mulheres com risco médio ou alto precisam ser informadas dos sinais e sintomas a serem relatados.)

* Dados extraídos de American Cancer Society (ACS): American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms, http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcanceearlydetecancer-early-detection-acs-recs. Accessed October 26, 2015.

** Dados extraídos de American Cancer Society (ACS): *American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer,* 2014, http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/americancancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer. Acesso em 12 de novembro de 2014; Agency Healthcare Research and Quality: *Guide to clinical preventive services,* AHRQ Publication No. 14-05158, Rockville, MD, 2014, http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/cpsguide.pdf. Acesso em 13 de novembro de 2014.

Qualquer exame físico deve seguir uma rotina sistemática para evitar que escapem achados importantes. Uma abordagem completa dos pés à cabeça inclui todos os sistemas do corpo, e o examinador recorda e executa cada etapa em uma ordem predeterminada. Para

um adulto, o exame começa com uma avaliação da cabeça e do pescoço, progredindo metodicamente de modo a abranger todos os sistemas do corpo. As seguintes dicas ajudarão a manter a boa organização de um exame:

- Compare os dois lados do corpo para verificação da simetria. É normal um certo grau de assimetria (p. ex., os músculos bíceps do braço dominante, às vezes, se apresentam mais desenvolvidos que os mesmos músculos do braço não dominante).
- Se o paciente estiver gravemente enfermo, avalie primeiro os sistemas do corpo que mais apresentam risco de anormalidade. Por exemplo, um paciente com dor no peito deve passar primeiro por uma avaliação cardiovascular.
- Se o paciente sentir fadiga, ofereça-lhe períodos de repouso entre as avaliações.
- Realize os procedimentos dolorosos próximo ao final do exame.
- Registre as avaliações em termos específicos na ficha eletrônica ou em papel. Um formulário-padrão permite o registro das informações na mesma sequência em que elas são coletadas.
- Use termos médicos e abreviaturas comuns e aceitos de modo a manter a precisão, brevidade e concisão das anotações.
- Faça anotações rápidas durante o exame para evitar atrasos. Complete quaisquer anotações de registro mais extensas ao final do exame.

Técnicas de avaliação física

As quatro técnicas utilizadas em um exame físico são a inspeção, a palpação, a percussão e a ausculta.

Inspeção

Para inspecionar, olhe, ouça e cheire cuidadosamente para distinguir achados normais de anormais. Para isso, você deve estar ciente de quaisquer déficits visuais, auditivos ou olfativos. É importante praticar deliberadamente essa habilidade e aprender a reconhecer todos os dados possíveis que possam ser coletados apenas através de inspeção. A **inspeção** ocorre durante a interação com o paciente, observando-se as expressões não verbais dos estados emocional e mental. Os movimentos físicos e os componentes estruturais também podem ser identificados dessa maneira informal. O mais importante é que você seja ponderado e preste atenção aos detalhes. Para alcançar os melhores resultados durante a inspeção, siga estas diretrizes:

- Certifique-se de que haja iluminação adequada, direta ou tangencial.
- Utilize uma fonte de iluminação direta (p. ex., uma lanterna de bolso ou uma lâmpada) para inspecionar as cavidades do corpo.
- Inspecione cada área para verificar o tamanho, a forma, a cor, a simetria, a posição e a presença de qualquer anormalidade.
- Posicione e exponha as partes do corpo conforme necessário, de modo que todas as superfícies possam ser visualizadas, porém mantendo a privacidade.
- Quando possível, verifique a simetria de lado a lado comparando cada área com o seu equivalente do lado oposto do corpo.
- Valide os achados com o paciente.

Durante a avaliação do paciente, reconheça a natureza e a fonte dos odores corporais (Tabela 31-4). Um odor incomum geralmente indica uma patologia subjacente. A **olfação** ajuda a detectar anomalias que não têm como ser reconhecidas por quaisquer outros meios. Por

exemplo, quando o hálito do paciente tem um odor adocicado e frutado, avalie os sinais de diabetes. Continue a inspecionar diversas partes do corpo durante o exame físico. Pode-se utilizar a palpação concomitantemente com a inspeção ou prosseguir com a inspeção de modo mais deliberado.

Tabela 31-4
Avaliação de Odores Característicos

Odor	Local ou Fonte	Possíveis Causas
Álcool	Cavidade bucal	Ingestão de álcool, diabetes
Amônia	Urina	Infecção do trato urinário, renal
Odor corporal	Pele, especialmente nas áreas em que há atrito entre as partes do corpo (p. ex., axilas e sob as mamas)	Má higiene, transpiração excessiva (hiperidrose), transpiração com mau cheiro (bromidrose)
	Local de ferida	Abscesso de ferida
	Vômito	Irritação abdominal, alimento contaminado
Fezes	Vômito/cavidade bucal (odor fecal)	Obstrução intestinal Incontinência fecal
	Área retal	Incontinência fecal
Fezes com mau cheiro em lactentes	Fezes	Síndrome da má absorção
Halitose	Cavidade bucal	Má higiene dentária e bucal, doença periodontal
Cetonas doces e frutadas	Cavidade bucal	Acidose diabética
Urina rançosa	Pele	Acidose urêmica
Odor doce, pesado e encorpado	Ferida drenante	Infecção por *Pseudomonas* (bacteriana)
Cheiro de mofo	Parte do corpo engessada	Infecção no interior do gesso
Odor fétido e adocicado	Traqueostomia ou secreção de muco	Infecção da árvore brônquica (bactéria *Pseudomonas*)

Palpação

Para reunir informações, a **palpação** envolve o uso do tato, através do

qual você pode fazer julgamentos sobre os achados esperados e inesperados em relação à pele e ao tecido subjacente, aos músculos e aos ossos. Por exemplo, você palpa a pele para verificar aspectos como temperatura, a umidade, a textura, o turgor, a sensibilidade e a espessura, e o abdome para verificar a eventual presença de sensibilidade, distensão ou massas. Use diferentes partes da mão para detectar diferentes características (Tabela 31-5). A superfície palmar da mão e a polpa dos dedos são mais sensíveis que as pontas dos dedos e devem ser usadas para determinar posição, textura, tamanho, consistência e a presença de massas, líquido e crepitação (Fig. 31-1, *A*). Avalie a temperatura do corpo utilizando a superfície dorsal ou posterior da mão (Fig. 31-1, *B*). A superfície palmar da mão e dos dedos (Fig. 31-1, *C*) é mais sensível à vibração. Meça a posição, a consistência e o turgor segurando de leve a parte do corpo com as pontas dos dedos.

Tabela 31-5

Exemplos de Medidas Características Associadas à Palpação

Área Examinada	Critérios Medidos	Porção da Mão Utilizada
Pele	Temperatura	Dorso da mão/dedos
	Umidade	Superfície palmar
	Textura	Superfície palmar
	Turgor e elasticidade	Segurar a parte do corpo com as pontas dos dedos
	Sensibilidade	Polpa dos dedos/superfície palmar dos dedos
	Espessura	Superfície palmar
Órgãos (p. ex., fígado e intestino)	Tamanho	Toda a superfície palmar da mão ou a superfície palmar dos dedos
	Forma	
	Sensibilidade	
	Ausência de massas	
Glândulas (p. ex., tireoide e linfática)	Inchaço	Polpa dos dedos
	Simetria e mobilidade	
Vasos sanguíneos (p. ex., artéria carótida ou femoral)	Amplitude do pulso	Superfície palmar/polpa dos dedos

	Elasticidade	
	Frequência	
	Ritmo	
Tórax	Excursão	Superfície palmar
	Sensibilidade	Polpa dos dedos/superfície palmar dos dedos
	Frêmito	Superfície palmar ou ulnar de toda a mão

FIGURA 31-1 **A**, O pulso radial é detectado com a polpa dos dedos, a parte mais sensível da mão. **B**, O dorso da mão detecta as variações de temperatura na pele. **C**, A parte óssea da palma na base dos dedos detecta as vibrações.

Tocar o paciente é uma experiência pessoal tanto para você quanto para o paciente. Demonstre respeito e preocupação durante todo o exame. Antes de palpar, considere a condição e a capacidade do paciente de tolerar as técnicas de avaliação, prestando muita atenção às áreas doloridas ou sensíveis. Além disso, esteja sempre consciente do ambiente e de quaisquer ameaças à segurança do paciente.

Prepare-se para palpar aquecendo as mãos, mantendo as unhas curtas e usando uma abordagem delicada. A palpação se faz de forma lenta, suave e ponderada. O paciente precisa ser orientado a relaxar e sentir-se confortável, uma vez que a tensão muscular dificulta a avaliação. Para promover o relaxamento, faça com que o paciente respire de forma lenta e profunda com os dois braços estendidos ao longo do corpo. Peça-lhe para apontar as áreas sensíveis, observando os sinais não verbais de desconforto. *Deixe para palpar as áreas sensíveis por último.*

Utilizam-se dois tipos de exame físico, o leve e o profundo. Faça uma palpação leve colocando a mão sobre a parte do corpo que está sendo examinada, pressionando-a para dentro cerca de 1 cm. A

palpação leve e superficial de estruturas como o abdome dá ao paciente a chance de identificar áreas de sensibilidade (Fig. 31-2, *A*). Indague sobre áreas de sensibilidade, avaliando-as quanto à presença de patologias graves. Use a palpação para examinar a condição de órgãos, como os abdominais (Fig. 31-2, *B*). Pressione cerca de 4 cm a área que está sendo examinada (Ball et al., 2015), usando uma ou ambas as mãos (bimanualmente). Ao utilizar a palpação bimanual, relaxe uma das mãos (a que está sentindo), colocando-a de leve sobre a pele do paciente. A outra mão (mão ativa) ajuda a aplicar pressão à mão que está sentindo. A mão de baixo não exerce pressão direta e, portanto, permanece sensível para detectar as características dos órgãos. Por uma questão de segurança, o seu professor/preceptor deve observar a palpação profunda durante a sua primeira tentativa de realizar o procedimento.

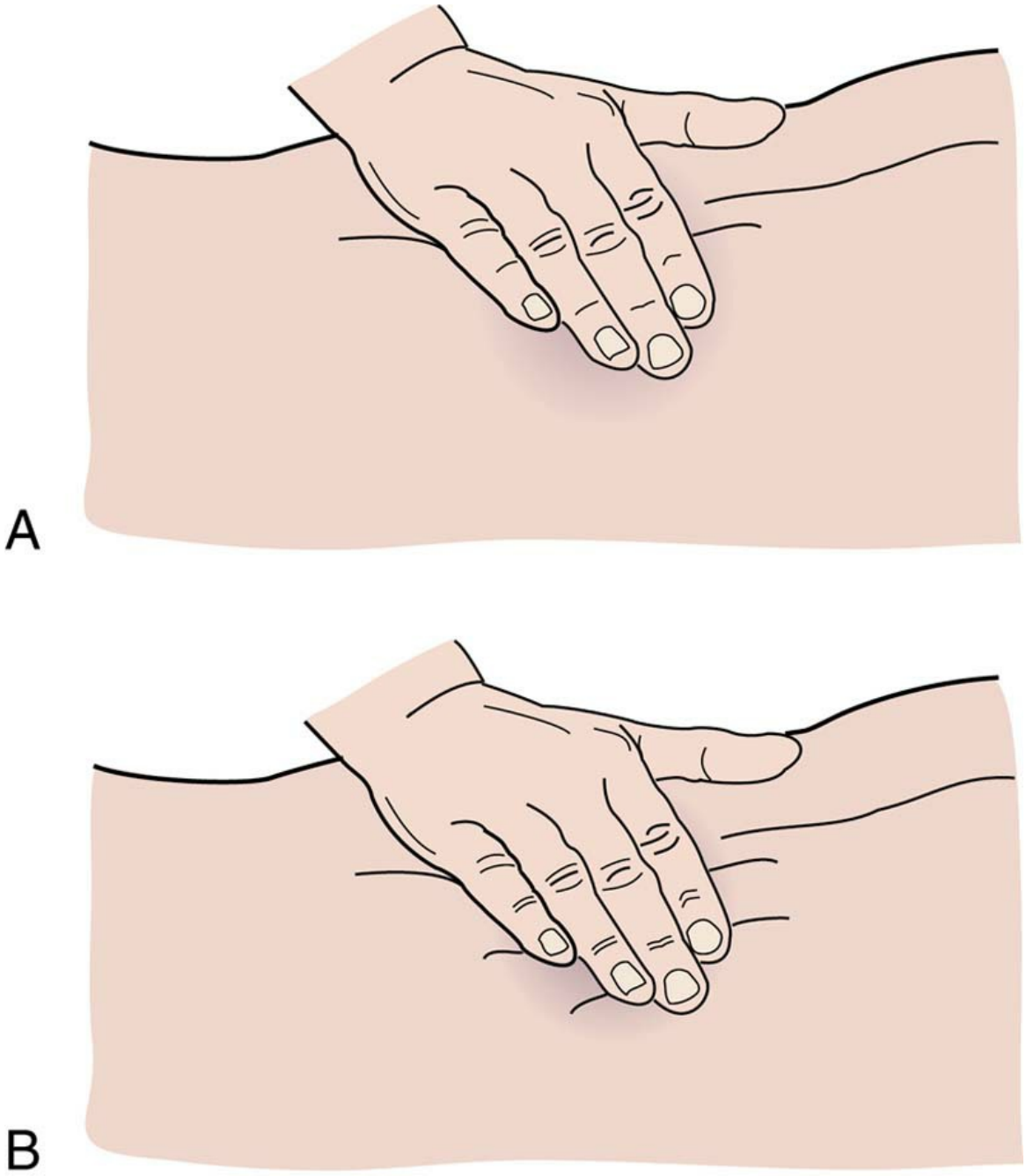


FIGURA 31-2 **A**, Durante a palpação leve, ao pressionar suavemente a pele e os tecidos subjacentes, é possível detectar áreas de irregularidade e sensibilidade. **B**, Durante a palpação profunda, deprima o tecido para avaliar a condição dos órgãos subjacentes.

Percussão

A **percussão** consiste em tamborilar a pele com as pontas dos dedos de modo a produzir vibração nos tecidos e órgãos subjacentes. A vibração percorre os tecidos do corpo, e a natureza do som produzido reflete a densidade do tecido subjacente. Quanto mais denso o tecido, mais baixo é o som. Sabendo como as diversas densidades influenciam o som, é possível localizar órgãos ou massas, mapear suas bordas e determinar o seu tamanho. Um som anormal sugere a presença de uma massa ou substância como ar ou líquido no interior de um órgão ou de uma cavidade do corpo. O procedimento da percussão é utilizado com mais frequência por enfermeiras especialistas (de prática avançada) que por enfermeiras da rotina de cuidado diário à beira do leito.

Ausculta

A **ausculta** consiste em ouvir os sons do corpo para detectar variações das condições normais. Alguns sons, como a fala e a tosse, podem ser ouvidos sem equipamento adicional, mas o estetoscópio é necessário para ouvir os sons internos do corpo.

Os sons internos são produzidos pelo sangue, pelo ar ou pelo conteúdo gástrico à medida que eles se deslocam contra as estruturas do corpo. Por exemplo, os sons normais do coração são produzidos quando as válvulas cardíacas se fecham, movimentando o sangue para a parte seguinte do sistema cardiovascular. Mais adiante, este capítulo trata dos sons normais de cada sistema do corpo. Aprenda a reconhecer os sons anormais depois de aprender as variações normais. Alcança-se a proficiência na auscultação quando se passam a conhecer os tipos de sons produzidos por cada estrutura do corpo e do local em que os sons são mais audíveis.

Para auscultar os sons internos, você precisa ouvir bem, ter um bom estetoscópio e saber usá-lo adequadamente. As enfermeiras com distúrbios auditivos podem usar estetoscópios com ampliação extra de som. O Capítulo 30 descreve as partes do estetoscópio e o seu uso geral. A campânula é mais adequada para ouvir sons graves, como os sons vasculares e determinados sons cardíacos, enquanto o diafragma é mais adequado para sons agudos, como os sons do intestino e do

pulmão.

Praticando com o estetoscópio, você se torna proficiente no seu uso e percebe quando os sons são claros e quando existem sons estranhos. Os sons estranhos criados pelo atrito contra o tubo ou a peça torácica do estetoscópio interferem na ausculta dos sons dos órgãos do corpo. Produzindo intencionalmente esses sons, você aprende a reconhecer e desconsiderá-los durante o exame real. O Quadro 31-2 apresenta algumas maneiras de praticar o uso e as técnicas de cuidados com o estetoscópio. Descreva qualquer som que você ouvir utilizando as seguintes características:

- A frequência indica o número de ciclos de ondas de som que um objeto em vibração gera por segundo. Quanto mais alta a frequência, mais alta é a tonalidade de um som e vice-versa.

Quadro 31-2 Uso e Cuidados com o Estetoscópio

- Verifique se a oliva acompanha o contorno dos canais do ouvido. Aprenda a ajustá-la da maneira que melhor lhe convier comparando a ampliação dos sons com as olivas em ambas as direções.
- Coloque as olivas nos ouvidos com as pontas voltadas para o rosto. Sopre *suavemente* na campânula. Coloque novamente as olivas nos ouvidos, dessa vez com as extremidades em direção à parte posterior da cabeça. Sopre *suavemente* no diafragma. Você vai notar que sons são mais claros que com as olivas voltadas para o rosto. Depois de ter aprendido o ajuste correto para obter a mais alta ampliação do som, use o estetoscópio sempre da mesma maneira.
- Coloque o estetoscópio e sopre *suavemente* no diafragma. Se o som for pouco audível, sopre *suavemente* na campânula. O som se transmite por apenas uma parte da peça do tórax de cada vez. Se o som se transmitir muito ampliado através do diafragma, significa que o diafragma está na posição correta para uso; se, por outro lado, o som sai pouco audível através do diafragma é porque a

campânula está na posição correta para uso. A rotação do diafragma e da campânula coloca a peça do tórax na posição desejada. Deixe o diafragma na posição para o próximo exercício.

- Coloque o diafragma sobre a parte anterior do seu peito. Peça a um amigo que fale em um tom normal de voz. Os ruídos do ambiente diminuem seriamente a audição dos sons produzidos pelos órgãos do corpo. Ao utilizar o estetoscópio, o paciente e o examinador devem permanecer em silêncio.
- Posicione o estetoscópio e bata levemente na tubulação. Em geral, é difícil evitar o estiramento ou a movimentação do tubo. O examinador deve posicionar-se de modo que a tubulação penda livremente. O ato de movimentar ou tocar o tubo produz sons estranhos.
- *Cuidados com o estetoscópio:* Retire e limpe regularmente as aurículas; remova o cerume (cera de ouvido). Mantenha a campânula e o diafragma livres de poeira, fios de algodão e óleos corporais. Mantenha a tubulação longe de qualquer tipo de óleo corporal. Evite pendurar o estetoscópio em volta do pescoço próximo à pele. Limpe todo o estetoscópio (p. ex., diafragma, extensão) diariamente com álcool ou água e sabão. Seque todas as peças por completo. Siga as recomendações do fabricante.
- *Controle de infecção:* Bactérias nocivas, como bacilos gram-positivos, *Staphylococcus aureus* miticilino-resistente (MRSA, Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*), *Staphylococcus* não *aureus*, *Enterobacter cloacae* e *S. aureus* sensível à meticilina podem transmitir-se de paciente para paciente através do uso de equipamentos portáteis, como estetoscópios por exemplo. Limpe o estetoscópio (diafragma/campânula) *antes* de reutilizá-lo em outro paciente. O uso de um desinfetante como álcool isopropílico (com ou sem clorexidina), benzalcônio ou hipoclorito de sódio é eficaz para reduzir o número de colônias de bactérias. Os higienizadores de mãos atendem bem a essa finalidade. As peças dos estetoscópios que tocam as orelhas são fontes de bactérias transmissíveis. Ao tocar inadvertidamente as suas orelhas e cuidar do paciente, patógenos potenciais podem contaminar as peças do

ouvido. A higienização das mãos antes e depois do contato com o paciente reduz o risco de transmissão de microrganismos do seu ouvido para o seu paciente. Para diminuir esse risco, siga o protocolo de controle de infecções da instituição, especialmente no que diz respeito às precauções de contato.

- A sonoridade refere-se à amplitude de uma onda sonora. Os sons auscultados variam de suaves a altos.
- A qualidade refere-se aos sons de frequência e sonoridade similares provenientes de diferentes fontes. Termos como *estouro* ou *gorgolejo* descrevem a qualidade do som.
- A duração significa o espaço de tempo que as vibrações do som duram. A duração do som é curta, média ou longa. As camadas de tecido mole amortecem a duração dos sons provenientes dos órgãos internos profundos.

A ausculta requer concentração e prática. Enquanto escuta, saiba que sons são produzidos em determinadas partes do corpo e o que causa esses sons. Os sons normais serão discutidos em cada seção deste capítulo que trata dos sistemas do corpo. Depois de entender a causa e a característica dos sons normais auscultados, torna-se mais fácil reconhecer os sons anormais e suas origens.

Inspeção geral

Quando o paciente entra na sala de exames, observe o seu caminhar ou a sua aparência geral e esteja atenta ao seu comportamento e ao seu modo de vestir. Uma inspeção geral, ou avaliação, da aparência e do comportamento do paciente fornece informações sobre as características de uma doença, a capacidade do paciente de agir de forma independente, a imagem corporal, o estado emocional, alterações recentes no peso e o grau de desenvolvimento. Em caso de anomalias ou problemas, avalie mais detidamente o sistema afetado do corpo durante o exame completo.

Aparência Geral e Comportamento

Verifique a aparência e o comportamento do paciente enquanto o prepara para o exame. Essa revisão inclui:

- *Sexo e raça:* O sexo de uma pessoa afeta o tipo de exame realizado e a ordem das avaliações. Características físicas diferentes estão relacionadas com o sexo e com a raça. Certas doenças têm mais probabilidade de afetar um sexo ou uma raça específica (p. ex., a incidência de câncer de pele é mais comum em brancos que em negros, o câncer de próstata é mais elevado em homens negros que em homens brancos e o câncer de bexiga é mais elevado em homens que em mulheres (ACS, 2015a).
- *Idade:* A idade influencia as características físicas normais e a capacidade da pessoa em realizar determinadas partes do exame.
- *Sinais de angústia:* Às vezes, sinais e sintomas óbvios indicam dor (caretas, área imobilizada dolorida), dificuldade de respirar (falta de ar, retrações do esterno) ou ansiedade. Estabeleça prioridades e examine primeiramente as áreas físicas correlatas.
- *Tipo de corpo:* Observe se o paciente se apresenta em boa condição muscular, obeso ou excessivamente magro. O tipo de corpo reflete o nível de saúde, a idade e o estilo de vida.
- *Postura:* A postura normal em pé exibe uma posição ereta com os

quadris e ombros alinhados paralelamente. A postura sentada envolve algum grau de curvatura dos ombros. Observe se o paciente apresenta uma postura caída, ereta ou curvada, o que reflete o estado de humor ou a presença de dor. Eventuais alterações na fisiologia de idosos geralmente resultam em uma postura curvada para a frente com os quadris e joelhos um tanto flexionados e os braços curvados nos cotovelos.

- *Marcha:* Observe quando o paciente entrar na sala ou estiver em pé ao lado da cama (se ele consegue andar sozinho). Observe se os movimentos são coordenados ou descoordenados. Em geral, a pessoa caminha suavemente, com os braços movimentando-se livremente nas laterais do corpo e a cabeça e a face acompanhando o corpo.
- *Movimentos do corpo:* Observe se os movimentos do corpo são intencionais, atento a quaisquer tremores nos membros. Verifique se alguma parte do corpo está imóvel.
- *Higiene e aparência pessoais:* Note o nível de higiene do paciente observando a aparência do cabelo, da pele e das unhas. Verifique se as roupas estão limpas. O cuidado pessoal depende das funções cognitiva e emocional, das atividades sociais ou da vida diária e da ocupação do paciente. Observe o uso excessivo de cosméticos ou colônias que possam indicar alteração na autopercepção.
- *Vestuário:* A cultura, o estilo de vida, o nível socioeconômico e as preferências pessoais afetam a escolha e o uso das roupas. Entretanto, você deve avaliar se as roupas são apropriadas para a temperatura, condições climáticas ou ambiente. Pessoas deprimidas ou mentalmente doentes podem não ser capazes de escolher roupas adequadas, e um idoso pode ter tendência a usar peças extras devido à sensibilidade ao frio.
- *Odor corporal:* Um odor corporal desagradável pode ser decorrente de exercício físico, falta de higiene ou certas doenças. Verifique quaisquer odores que possam indicar problemas de saúde.
- *Afeto e humor:* O afeto é um conjunto de sentimentos que uma pessoa manifesta diante dos outros. Os pacientes expressam humor ou estado emocional de forma verbal ou não verbal.

Determine se as expressões verbais e não verbais são condizentes com o comportamento verbal e se o humor é adequado para a situação. Por meio do contato visual, você poderá observar as expressões faciais enquanto faz as perguntas.

- *Fala:* A fala normal é compreensível, moderadamente pausada e associada aos pensamentos da pessoa. Entretanto, as emoções ou as deficiências neurológicas, às vezes, causam aceleração ou retardo da fala. Observe se o paciente fala em um tom normal com uma clara entonação das palavras.
- *Sinais de abuso do paciente:* Durante o exame, observe se o paciente aparenta medo do cônjuge, do cuidador, dos pais ou de um filho adulto. O abuso de crianças, mulheres e idosos é um crescente problema de saúde. Considere qualquer lesão física óbvia ou negligência como sinais de possível abuso (p ex., evidência de desnutrição ou presença de contusões nos membros ou no tronco) (OMS, 2015). O abuso ocorre de muitas formas: físico, mental ou emocional, sexual, social e financeiro ou econômico. Observe o comportamento da pessoa para identificar quaisquer sinais de frustração, explicações que não condizem com a sua condição física ou sinais de maus-tratos. A maioria dos estados (nos Estados Unidos) envia um relatório para um centro de serviço social quando há suspeita de abuso ou negligência (Quadro 31-3). É difícil detectar abuso, pois as vítimas normalmente não se queixam ou não relatam que foram expostas a situação abusiva. Em caso de suspeita de abuso, procure uma maneira de entrevistar o paciente em particular; os pacientes são mais propensos a revelar seus problemas quando o agressor não se encontra presente na sala. É imperativo que você ajude o paciente a encontrar uma casa segura ou buscar proteção contra o agressor, uma vez que o risco de novos episódios de abuso é elevado depois que a vítima denuncia o problema ou tenta libertar-se da situação abusiva.

Quadro 31-3 Indicadores Clínicos de Abuso

Achados Físicos	Achados Comportamentais

Abuso Infantojuvenil

Secreção vaginal ou peniana Sangue nas roupas íntimas Dor, prurido ou odor incomum na região genital Lesões genitais Dificuldade para sentar-se ou andar Dor durante a micção; infecções recorrentes do trato urinário Presença de corpos estranhos no reto, na uretra ou na vagina Infecções sexualmente transmissíveis Gravidez em adolescentes	Dificuldade para dormir ou alimentar-se, ansiedade, depressão Medo de certas pessoas ou lugares Brincadeiras que recriam a situação de abuso Regressão de comportamento Comportamentos e ações de cunho sexual Conhecimento sobre assuntos de sexo explícito Preocupação com a própria genitália ou com a dos outros Alterações rápidas e profundas de personalidade Queda acentuada do desempenho escolar Mau relacionamento com os colegas

Violência Praticada pelo Parceiro Íntimo

Lesões e traumas não condizentes com a causa relatada Lesões múltiplas envolvendo a cabeça, a face, o pescoço, os seios, o abdome e a genitália (olhos com cianose, fraturas e órbita, nariz quebrado, fratura de crânio, lacerações nos lábios, dentes quebrados, lacerações vaginais) Radiografias que mostrem fraturas novas e antigas em diferentes estágios de regeneração Escoriações, lacerações, contusões/vergões Queimaduras por cigarro ou outros Mordidas humanas Lesões inexplicáveis (p. ex., contusões, fraturas e vergões) Marcas de estrangulamento no pescoço, de queimaduras por corda ou contusões, dor de garganta, alterações na voz, dificuldade para engolir, lesão no osso hioide Distúrbios relacionados com o estresse, como síndrome do intestino irritável, exacerbação da asma ou dor crônica	Uso excessivo dos serviços de saúde Pensamentos ou tentativa de suicídio Distúrbios alimentares ou do sono Ansiedade e ataques de pânico Padrão de uso abusivo de substância (seguido de abuso físico) Baixa autoestima Depressão, dificuldade para alimentar-se ou dormir Sensação de desamparo Culpa Tabagismo Queixas relacionadas com o estresse (dores de cabeça, ansiedade) Paciente dependente financeiramente do agressor Isolamento Comportamentos sexuais perigosos

Abuso de Idoso	
Lesões e traumas não condizentes com a causa relatada (arranhões, contusões ou mordidas) Hematomas, contusões em vários estágios de regeneração Equimoses ou vergões inexplicáveis, padrão de contusões Queimaduras Contusões, irritações, escoriações nos pulsos ou nas pernas (limitações) Fraturas não condizentes com a causa descrita Sangue ressecado Excesso ou insuficiência de uso de medicamentos Exposição a condições climáticas severas, frio ou calor Roupas íntimas com sangue e rasgadas ou presença de hematomas vaginais e anais Olhos fundos ou perda de peso Sede extrema Escaras	Paciente dependente de um cuidador Dificuldade física e/ou cognitiva Combatividade, agressividade verbal Devaneios Apoio social mínimo Intervalos prolongados entre a lesão e o tratamento médico As circunstâncias de vida não correspondem ao tamanho do patrimônio do paciente Falta de comunicação ou isolamento

Dados extraídos de Cooper C et al.: The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, *Age Aging* 37(2): 151, 2008; Hockenberry MJ, Wilson P: *Wong's nursing care of infants and children*, ed 10, St Louis, 2015, Mosby; World Health Organization (WHO): Intimate partner violence, 2012 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_36/en/index.html. Accessed October 26, 2015.

No Brasil, procede-se a notificação de suspeitas de abuso infantil ao Conselho Tutelar, cabendo a esse órgão conduzir a investigação. Conforme disposto na Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente envolve uma articulação de ações governamentais das três esferas de governo, a federal, estadual e municipal. Portanto, crianças e adolescentes vítimas de violência e abuso sexual devem ser afastadas do perpetrador, por decisão do Poder Judiciário, mediante acurada investigação do Conselho Tutelar. A notificação da suspeita é obrigatória para todos os profissionais de saúde, que ao interagir com a criança detecte sinais de violência ou abuso. Conforme preconizado no Art. 130, "Verificada a hipótese de maus-tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá

determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum."

A ficha de notificação compulsória pode ser baixada diretamente do site http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf

Fonte:

1. BRASIL. Lei N° 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Acesso em: 6 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.>
2. SOUZA LIMA, J.; FERREIRA DESLANDES, S. A. Notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, jul./set., 2011, vol. 15, núm. 38.

- *Uso abusivo de substâncias:* Um comportamento incomum ou incoerente pode ser indicativo do uso abusivo de substâncias lícitas ou ilícitas, o que pode afetar todos os grupos socioeconômicos. Embora uma única visita do paciente à clínica nem sempre seja suficiente para revelar o problema, quaisquer comportamentos incomuns devem ser investigados com mais rigor, a fim de revelar comportamentos que devem ser confirmados com um histórico e um exame físico detalhados. Sempre aborde o paciente de forma cuidadosa e sem fazer julgamentos; o uso abusivo de substâncias lícitas e ilícitas envolve questões tanto emocionais quanto de estilo de vida. O Quadro 31-4 relaciona as características de pacientes que devem ser avaliados para a verificação do possível uso abusivo de substâncias. Em caso de suspeita de abuso ou vício em pessoas acima de 18 anos, uma ferramenta como o NIDA Quick Screen V1.0 ajuda a identificar o nível ou os riscos associados ao uso abusivo de substâncias (NIDA, 2012). Caso você suspeite de que o uso abusivo de álcool constitui um problema sério, o questionário CAGE oferece um útil

conjunto de perguntas que pode servir de orientação para a avaliação. CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener)* é um acrônimo para o seguinte:

- Você já sentiu necessidade de **reduzir** (*cut down*) a bebida ou o uso de drogas?

Quadro 31-4 Comportamentos Suspeitos de Abuso de Substância

Entre adolescentes e adultos: Agitação; comportamento inadequado; dificuldade para pensar com clareza, lembrar-se e prestar atenção; má coordenação motora; convulsões; depressão respiratória; coma; asfixia; aspiração; edema pulmonar; arritmias cardíacas; comprometimento do sistema imunológico, traumatismo autoinfligido; e ideias suicidas.

Sinais de alerta:

- O risco de suicídio, convulsões e comportamento violento é alto entre os usuários abusivos de substâncias lícitas ou ilícitas
- Pacientes intoxicados, especialmente aqueles com intoxicação por fenciclidina (PCP, phenycyclidine) ou meta-anfetamina, apresentam risco significativo de tornarem-se agitados ou violentos, sujeitando a si próprios e os outros ao risco de lesões
- Observe as combinações ou a repetição desses comportamentos
- Frequente descumprimento de compromissos
- Frequentes solicitações de justificativas por escrito para faltar à escola ou ao trabalho
- Abandono da escola
- Queixas principalmente de insônia, "problemas de nervos" ou dor que não corresponde a um padrão específico
- Relatos de receitas perdidas (p. ex., tranquilizantes ou medicamentos para dor) ou pedidos frequentes de aviamento de novas receitas
- Visitas frequentes aos centros de emergências médicas
- Histórico de mudanças de profissionais de saúde ou uso de

medicamentos receitados por vários profissionais diferentes

- Histórico de sangramentos gastrintestinais, úlceras pépticas, pancreatite, celulite ou infecções pulmonares frequentes
- Infecções sexualmente transmissíveis (IST) frequentes, gestações complicadas, múltiplos abortos ou disfunção sexual
- Queixas de dores no peito ou palpitações ou histórico de internações hospitalares com a finalidade de descartar a hipótese de ataques cardíacos
- Histórico de atividades que colocam o paciente em risco de infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (múltiplo(a)s parceiro(a)s, múltiplos estupros)
- Histórico familiar de vício; histórico de abuso sexual, físico ou emocional na infância; ou problemas sociais e financeiros ou conjugais
- Violência praticada pelo parceiro

Dados extraídos de American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders,* ed 4, text revision, Washington, DC, 2000, The Association; American Society of Addiction Medicine and Widlitz M, Marin D: Substance abuse in older adults: an overview, *Geriatrics* 57(12):29, 2002; and Walsh K et al: Examining the interface between substance misuse and intimate partner violence, *Substance Abuse Res Treatment* 3:25, 2009; and National Institute on Drug Abuse: *Drugs, brains and behavior: the science of addiction,* 2014, https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/introduction; Acesso em 26 de outubro de 2015.

- As pessoas já **irritaram** (*annoyed*) você com críticas a respeito da bebida ou do uso de drogas?
- Você já se sentiu mal ou **culpado** (*guilty*) por beber ou usar drogas?
- Você já utilizou a bebida como a primeira ingesta pela manhã para **acordar** (*eye-opener*) ou como forma de acalmar os nervos ou se sentir normal?

Entre os idosos, os fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados com o consumo de álcool incluem distúrbios crônicos de saúde, distúrbios do sono, isolamento social, solidão, privação e dor aguda ou crônica. Ao avaliar adolescentes, utilize a

alteração T-ACE para avaliar o grau de tolerância do paciente (p. ex., quantos drinques são necessários para que você se sinta bêbado?) (Burns et al., 2010).

Sinais Vitais

Após concluir a inspeção geral, verifique os sinais vitais do paciente (Cap. 30). A mensuração dos sinais vitais é mais precisa quando realizada antes das mudanças iniciais de posição ou dos movimentos necessários para o exame físico. Se houver a possibilidade de os sinais vitais estarem alterados por ocasião da primeira verificação, reavalie-os posteriormente durante o restante do exame. A dor, considerada o quinto sinal vital, também deve ser avaliada.

Altura e Peso

A relação de altura e peso reflete o estado geral de saúde de uma pessoa. Avalie cada paciente para identificar se ele se apresenta com um peso saudável, acima do peso ou obeso. O peso é rotineiramente mensurado durante as avaliações de saúde nos consultórios ou clínicas e na ocasião da internação hospitalar. Em lactentes e crianças, a altura e o peso são mensurados a cada consulta de rotina para verificação dos níveis saudáveis de crescimento e desenvolvimento. No caso de idosos que se encontram abaixo do peso, as dificuldades com a alimentação e outras atividades funcionais são uma possível causa a ser levada em consideração durante o exame. A mensuração da altura e do peso em idosos, juntamente com o histórico alimentar (Quadro 31-5), pode mostrar os fatores de risco para doenças crônicas.

Quadro 31-5 História Alimentar para Idosos

- O idoso necessita ou tem ajuda para ir às compras ou preparar suas refeições?
- A renda familiar é adequada para a compra de alimentos? É necessária a assistência de programas sociais do governo?
- O paciente salta refeições?

- Os cinco grupos de alimentos básicos do programa MyPlate (frutas, grãos, proteínas, vegetais, laticínios) encontram-se representados na dieta diária (Cap. 45) (USDA, 2011)?
- O idoso toma suplementos nutricionais, como complexos multivitamínicos, por exemplo?
- O idoso segue alguma crença e prática religiosa ou cultural que influencie a sua dieta?
- O idoso tem alguma dieta especial, intolerância alimentar ou alergia? A dieta do paciente contém uma quantidade incomum de álcool, doces ou frituras?
- O idoso tem problemas de mastigação, deglutição ou salivação?
- O idoso sofre de problemas gastrintestinais que interfiram na ingestão alimentar?

Dados extraídos de Meiner SE: *Geontologic nursing*, ed 4, St Louis, 2011, Mosby; e US Department of Agriculture and US Department Health and Human Services: *Dietary guidelines or Americans, 2010*, ed 7, Washington, DC, 2010, US Government Printing Office.

Avalie as tendências de mudança de peso em comparação com a altura para identificar possíveis sinais de problemas de saúde. As avaliações levam em consideração as alterações anormais de peso. Em geral, o peso de um paciente varia diariamente devido à perda ou retenção de líquido. Entretanto, uma tendência de queda de peso em um idoso frágil indica uma séria redução das reservas nutricionais. O histórico de enfermagem ajuda a focar as possíveis causas da alteração de peso (Tabela 31-6). Peça ao paciente que relate sua altura e peso atuais, juntamente com um histórico de qualquer ganho ou perda substancial de peso. Um ganho de peso de 2,3 kg em 1 dia indica problemas de retenção de líquido. Uma perda de peso é considerada significativa se o paciente apresentar uma perda de mais de 5% do peso corporal em um mês ou de 10% em 6 meses.

Tabela 31-6

Histórico de Enfermagem para Avaliação de Peso

Avaliação	Justificativa
Pergunte sobre a perda ou o ganho total de peso; compare com o peso normal; observe o espaço de tempo para a perda se ela foi planejada (p. ex., gradual, brusca, desejada ou indesejada).	A avaliação determina a severidade do problema e revela se a alteração de peso está relacionada com processo patológico, mudança do padrão alimentar ou gravidez.
Caso a perda de peso tenha sido desejada, pergunte sobre os hábitos alimentares, o plano alimentar seguido, o preparo dos alimentos, a ingestão calórica, o apetite, o padrão de exercícios, a participação em um grupo de apoio, a meta de peso.	A avaliação ajuda a determinar a adequabilidade do plano alimentar seguido.
Caso a perda de peso tenha sido indesejada, pergunte sobre a presença de anorexia, vômitos, diarreia, sede, micção frequente e mudança de estilo de vida, atividade e níveis de estresse.	A avaliação concentra-se nos problemas que causam perda de peso (p. ex., problemas gastrintestinais).
Verifique se o paciente notou alterações nos aspectos sociais da alimentação: mais refeições em restaurantes, refeições feitas às pressas, estresse no trabalho ou salto de refeições.	As mudanças de estilo de vida, às vezes, contribuem para as alterações de peso.
Verifique se o paciente recebe quimioterapia ou faz uso de diuréticos, insulina, fluoxetina, supressores de apetite com ou sem receita médica, laxantes, hipoglicêmicos orais ou suplementos fitoterápicos (perda de peso); esteroides, anticoncepcionais orais, antidepressivos, insulina (ganho de peso).	O ganho ou a perda de peso é um efeito colateral desses medicamentos.
Verifique se há preocupação com o peso ou a forma corporal, como jejum, o fato de nunca se sentir suficientemente magro, ingestão calórica inusitadamente restrita ou restrições, uso abusivo de laxantes, indução de vômito, amenorreia, prática excessiva de exercícios, ingestão alcoólica.	Os excessos indicam distúrbio alimentar.

Quando o paciente está hospitalizado, o peso é medido diariamente na mesma hora do dia, na mesma balança e com o paciente vestindo aproximadamente as mesmas roupas (Byrd et al., 2011). Isso permite uma comparação objetiva com as medidas subsequentes. A precisão da mensuração do peso é importante, uma vez que os profissionais de saúde baseiam as tomadas de decisões médicas e de enfermagem (p. ex., dosagem de medicamentos, medicações) nas alterações verificadas.

Existem vários tipos diferentes de balanças que podem ser utilizados. Os pacientes capazes de sustentar o próprio peso utilizam uma balança para pesagem em pé. A calibragem de uma balança de plataforma padrão é feita deslocando-se os pesos grandes e pequenos até o zero. Ajustando-se o fiel da balança, o braço da balança é nivelado e estabilizado. O paciente fica em pé sobre a plataforma da balança e permanece imóvel enquanto a enfermeira ajusta o peso

maior para o acréscimo de 22,5 kg sob o peso do paciente, movendo, em seguida, o peso menor de modo a equilibrar a balança no 0,1 kg mais próximo (Ball et al., 2015). As balanças eletrônicas são calibradas automaticamente a cada vez que são utilizadas e mostram o peso automaticamente em questão de segundos.

As balanças de cama e cadeira são próprias para pacientes que não conseguem sustentar o peso do corpo. As camas hospitalares eletrônicas mais novas possuem balanças eletrônicas embutidas para a pesagem de pacientes que não conseguem sair da cama.

Para pesar lactentes, pode-se utilizar uma balança com cesto ou plataforma. Depois de tirar a roupa do lactente, pese-o com fralda descartável. Ajuste a medição posteriormente para o peso da fralda, a fim de garantir uma leitura precisa. Mantenha a sala aquecida para evitar calafrios. Coloque um pano leve ou uma folha de papel na superfície da balança do lactente para evitar contaminação cruzada por urina ou fezes. Ao colocar o lactente no cesto ou sobre a plataforma, mantenha a mão levemente sobre ele para detectar quaisquer movimentos e evitar quedas acidentais. Meça o peso dele em gramas.

Em pacientes capazes de ficar em pé, meça a altura com o paciente descalço. A plataforma deve estar limpa. Utilize uma haste de medição fixada verticalmente a uma balança ou uma régua antropométrica presa à parede. Com o paciente de pé em posição ereta, coloque sobre a cabeça dele uma superfície plana nivelada com a medida vertical. Em seguida, leia na balança ou na régua o número que indica a altura dele em centímetros.

Tire os sapatos do paciente que não seja capaz de sustentar o peso do corpo e coloque-o (como um lactente) em decúbito dorsal sobre uma superfície firme. Ao medir um lactente, segure a cabeça e verifique se ele está com as pernas retas na altura dos joelhos. Depois de posicioná-lo, utilize uma fita métrica para medir o comprimento da cabeça até a sola dos pés (Fig. 31-3). Registre o comprimento do lactente de acordo com o 0,5 cm mais próximo.

FIGURA 31-3 Mensuração do comprimento do lactente.
(Extraído de Murray SS, McKinney ES: *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing,* ed 5, St. Louis, 2010, Saunders.)

Pele, cabelo e unhas

O **sistema tegumentar** abrange a pele, o cabelo, o couro cabeludo e as unhas. Para avaliar o tegumento, você obtém primeiramente um histórico de saúde que possa servir de orientação para o seu exame e utiliza as técnicas de inspeção e palpação.

Pele

Inicie a avaliação da pele concentrando-se nas perguntas sobre a história de saúde contidas na Tabela 31-7. O exame físico começa com uma inspeção de todas as superfícies visíveis da pele; as superfícies menos visíveis são avaliadas durante o exame de outros sistemas do corpo. Use os sentidos da visão, do olfato e do tato enquanto realiza a inspeção e a palpação da pele.

Tabela 31-7

Histórico de Enfermagem para Avaliação da Pele

Avaliação	Justificativa
Questione o paciente sobre a história de alterações na pele: ressecamento, prurido, feridas, erupções, caroços, cor, textura, odor e lesão que não cicatriza.	O paciente é a melhor fonte para reconhecer as alterações. Em geral, o câncer de pele é observado inicialmente como uma alteração localizada da cor da pele.
Observe se o paciente tem o seguinte histórico: tez clara, sardenta ou corada; cabelos ou olhos claros; tendência a queimar-se facilmente.	As características são fatores de risco para câncer de pele.
Verifique se o paciente trabalha ou passa tempo excessivo ao ar livre. Nesse caso, pergunte se ele usa filtro solar e o nível de proteção do filtro.	As áreas expostas, como o rosto e os braços, são mais pigmentadas que o restante do corpo. A American Cancer Society (2015a) recomenda o uso de proteção contra o sol e de filtro solar e bálsamo labial com amplo espectro de proteção e fator de proteção solar (FPS) 30 ou superior.
Verifique se o paciente observou a presença de lesões, erupções ou equimoses.	A maioria das alterações cutâneas não se desenvolve de repente. As mudanças de característica da lesão podem indicar câncer. A presença de equimoses indica traumatismo ou distúrbio de sangramento.
Questione o paciente sobre a	O excesso de banho e o uso de sabões agressivos ressecam a pele.

frequência de banho e o tipo de sabão usado.	
Pergunte se o paciente sofreu traumatismo de pele recente.	Algumas lesões causam equimoses e alterações na textura da pele.
Verifique se o paciente tem histórico de alergias.	As erupções cutâneas normalmente são decorrentes de alergias.
Pergunte se o paciente usa medicamentos tópicos ou remédios caseiros na pele.	O uso incorreto de agentes tópicos causa inflamação ou irritação.
Pergunte se o paciente frequenta salões de bronzeamento artificial, usa lâmpadas de bronzeamento ou toma pílulas de bronzeamento.	A exposição excessiva da pele a esses agentes irritativos pode causar câncer de pele.
Pergunte se o paciente tem história familiar de distúrbios cutâneos graves, como câncer de pele ou psoríase.	O histórico familiar pode revelar informações sobre a condição do paciente.
Verifique se o paciente trabalha com creosoto, carvão, alcatrão, derivados de petróleo, compostos arsênicos ou rádio.	A exposição a esses agentes apresenta risco de câncer de pele.

A avaliação da pele revela o estado de saúde do paciente no que diz respeito a oxigenação, circulação, nutrição, lesões teciduais locais e hidratação. Verifique a condição do tegumento do paciente para determinar a necessidade de cuidados de enfermagem. Por exemplo, os achados da avaliação podem ajudar a determinar o tipo de medidas de higiene necessário para manter a integridade do tegumento (Cap. 40). Por exemplo, secar a pele vigorosamente com toalha prejudica significativamente a função de barreira da pele em adultos, enquanto o uso de produtos de limpeza sem enxágue e lenços de limpeza causa menos danos à pele (Cowdell, 2011). A nutrição e a hidratação adequadas passam a ser objetivos da terapia em caso de alteração da condição tegumentar (Cap. 45).

Todo paciente corre risco de sofrer lesões cutâneas durante a realização de cuidados em um ambiente hospitalar. O risco aumenta se houver pressão contra a pele quando o paciente está imóvel, bem como em decorrência de reações a diversos medicamentos utilizados no tratamento e da presença de umidade resultante de incontinência urinária ou drenagem de ferida. De alto risco, são aqueles pacientes com comprometimento neurológico ou doença crônica ou que

sofreram lesões ortopédicas ou vasculares. Apresentam risco mais elevado também pacientes com deterioração do estado mental, baixa oxigenação tecidual, baixo débito cardíaco ou nutrição inadequada. Pacientes que estão prestes a receber alta ou que se encontram em casas de repouso ou unidades de cuidados extensivos geralmente apresentam risco de lesões por pressão, dependendo de seu nível de mobilidade e da presença de doença crônica. Avalie rotineiramente a pele de todo paciente com quadro de risco para procurar lesões primárias ou iniciais que possam se desenvolver. Sem os cuidados adequados, as lesões primárias podem se deteriorar e transformar-se em lesões secundárias que exigem cuidados de enfermagem mais extensivos. Por exemplo, o desenvolvimento de uma lesão por pressão prolonga o tempo de internação hospitalar, a menos que seja evitada ou descoberta e tratada logo no início (Cap. 48).

É necessária uma iluminação adequada para a avaliação da pele. A luz do dia é a melhor opção para identificar variações na cor da pele, especialmente para detectar alterações de cor em pacientes de pele escura. Na falta da luz solar, a luz fluorescente é a melhor alternativa. A temperatura ambiente também afeta a avaliação da pele. Um ambiente demasiadamente quente causa vasodilatação superficial, resultando no aumento da vermelhidão da pele. Um ambiente frio, por sua vez, leva o paciente sensível a desenvolver cianose em torno dos lábios e dos leitos ungueais (Ball et al. 2015).

Embora se inspecione a pele de cada parte do corpo durante um exame, convém fazer uma breve, mas cuidadosa, varredura visual de todo o corpo. Essa abordagem permite que se tenha uma boa ideia da distribuição e extensão de quaisquer lesões e da simetria geral da cor da pele. Inspecione toda a superfície da pele, inclusive ao examinar outros sistemas do corpo. Quase sempre negligenciada, a inspeção dos pés é absolutamente essencial para pacientes com má circulação e diabetes. Caso encontre quaisquer anomalias durante o exame, palpe as áreas envolvidas. Use luvas descartáveis para a palpação na eventual presença de lesões abertas, úmidas ou drenantes.

Durante o exame, esteja atento aos odores da pele. Adolescentes e adultos brancos e negros normalmente têm odor corporal devido a

um maior número de glândulas apócrinas em funcionamento. Por outro lado, asiáticos e os povos indígenas americanos geralmente não apresentam odor (Ball et al., 2015). A Figura 31-4 ilustra um corte transversal normal da pele.

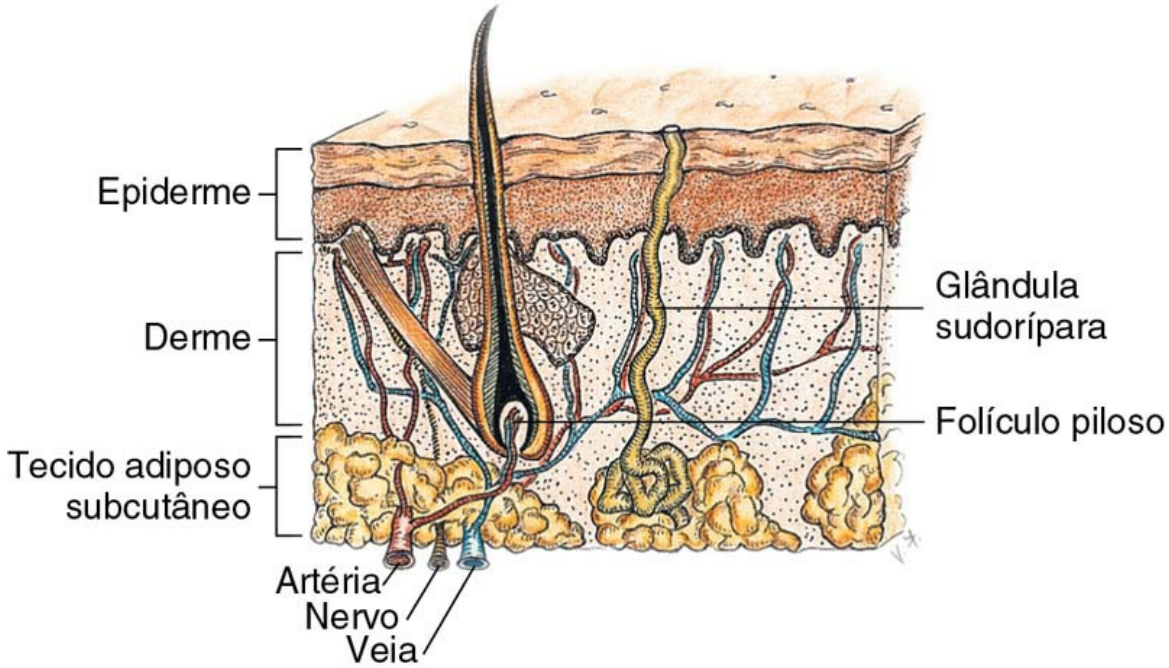


FIGURA 31-4 O corte transversal da pele revela três camadas: epiderme, derme e tecidos adiposos subcutâneos.

Cor

A cor da pele varia de uma parte do corpo para outra e de uma pessoa para outra. Apesar das variações individuais, no entanto, a cor é uniforme em todo o corpo. A Tabela 31-8 relaciona algumas variações comuns. A pigmentação normal da pele varia de um tom marfim ou ligeiramente rosado a fortemente corado na pele clara e de marrom leve a profundo ou cor de oliva na pele escura. Em idosos, a **pigmentação** aumenta de forma irregular, causando descoloração da pele. Durante a inspeção da pele, tenha em mente que os cosméticos e agentes bronzeadores, às vezes, mascaram a cor normal da pele.

Tabela 31-8
Variações de Cor da Pele

Cor	Condição	Causas	Locais de Avaliação
Azulada (cianose)	Maior quantidade de hemoglobina desoxigenada (associada a hipóxia)	Doença cardíaca ou pulmonar, ambiente frio	Leitos ungueais, lábios, boca, pele (casos severos)
Palidez (diminuição da cor)	Quantidade reduzida de oxi-hemoglobina	Anemia	Face, conjuntiva, leitos ungueais, palmas das mãos
	Visibilidade reduzida da oxi-hemoglobina em decorrência do menor fluxo sanguíneo	Choque	Pele, leitos ungueais, conjuntiva, lábios
Perda de pigmentação	Vitiligo	Condição congênita ou autoimune causadora da perda de pigmentação	Áreas manchadas na pele do rosto, das mãos e dos braços
Amarelo-alaranjada (icterícia)	Maior depósito de bilirrubina nos tecidos	Doença hepática, destruição dos glóbulos vermelhos	Esclera, membranas mucosas, pele
Vermelha (eritema)	Maior visibilidade da oxi-hemoglobina causada por dilatação ou aumento do fluxo sanguíneo	Febre, trauma direto, rubor, ingestão alcoólica	Face, área de traumatismo, sacro, ombros, outros locais comuns para úlceras de pressão
Bronzeada	Maior quantidade de melanina	Bronzeamento solar, gravidez	Áreas expostas ao sol: rosto, braços, aréolas, mamilos

A avaliação da cor envolve primeiramente as áreas da pele não expostas ao sol, como as palmas das mãos, por exemplo. Observe se a pele se apresenta inusitadamente pálida ou escura. As áreas expostas ao sol, como o rosto e os braços, são mais escuras. É mais difícil notar alterações como palidez ou cianose em pacientes de pele escura. Em geral, os tons de cor são mais evidentes nas palmas das mãos, nas solas dos pés, nos lábios, na língua e nos leitos ungueais. As áreas de cor mais intensa (hiperpigmentação) e menos intensa (hipopigmentação) são comuns. No paciente de pele escura, as pregas e dobras da pele são mais escuras que o restante do corpo.

Inspecione os locais em que as anomalias sejam mais facilmente identificadas. Por exemplo, a palidez é mais evidente na face, na mucosa bucal (boca), na conjuntiva e nos leitos ungueais. Observe se há presença de **cianose** (descoloração azulada) nos lábios, nos leitos

ungueais, na conjuntiva palpebral e nas palmas das mãos. Ao reconhecer palidez no paciente de pele escura, observe que a pele morena normal parece marrom-amarelada, enquanto a pele negra normal apresenta uma coloração cinzenta. A avaliação da presença de cianose no paciente de pele escura requer observação das áreas menos pigmentadas (conjuntiva, esclera, mucosa bucal, língua, lábios, leitos ungueais, palmas das mãos e solas dos pés). Além disso, confira esses achados com as manifestações clínicas (Ball et al., 2015).

O melhor local para inspecionar a presença de **icterícia** (descoloração amarelo-alaranjada) é na esclera do paciente. Você pode notar hiperemia reativa normal ou vermelhidão, principalmente nas regiões expostas a pressão, como o sacro, os calcanhares e o trocanter maior. Verifique se existem manchas ou áreas de variação de cor da pele. As alterações cutâneas localizadas, como palidez ou **eritema** (descoloração avermelhada), indicam alterações circulatórias. Por exemplo, uma área de eritema é causada por vasodilatação localizada resultante de queimadura solar, inflamação ou febre. É difícil observar o eritema no paciente de pele escura; portanto, palpe a área para verificar se está quente ou morna e observar se há presença de inflamação na pele. Compare a área com outra parte da pele para detectar diferenças de temperatura. A área de um membro que se apresente inusitadamente pálida é resultante de oclusão arterial ou edema. Pergunte se o paciente observou alguma alteração na coloração da pele.

Existe também um padrão de achados associados a dependentes químicos ou usuários abusivos de drogas intravenosas (IV) (Tabela 31-9). Às vezes, é difícil reconhecer sinais e sintomas através de um exame isolado. O paciente que toma repetidas injeções intravenosas apresenta áreas edematosas, avermelhadas e mornas nos braços e pernas. Esse padrão sugere injeções recentes. As evidências de locais de injeção antigos apresentam-se como áreas hiperpigmentadas e brilhantes ou cicatriciais.

Tabela 31-9

Achados Físicos da Pele Indicativos de Abuso de Substâncias

Achado Cutâneo	Substância Geralmente Associada
Diaforese	Sedativo-hipnóticos (inclusive álcool)
Angiomas aracnoides	Álcool, estimulantes
Queimaduras (especialmente nos dedos)	Álcool
Marcas de agulha	Opioides
Contusão, lacerações, cortes, cicatrizes	Álcool, outros sedativo-hipnóticos, opioides intravenosos (IV)
Tatuagens "caseiras"	Cocaína, opioides IV (impede a detecção dos locais de injeção)
Vasculite	Cocaína
Pele vermelha e seca	Fenciclidina (PCP)

Modificado a partir de Lehne RA: *Pharmacology for nursing care*, ed 8, St Louis, 2013, Saunders; Ries R, Wilford B: *Principles of addiction medicine*, ed 4, Chevy Chase, MD, 2009, Lippincott Williams & Wilkins.

Umidade

A hidratação da pele e das membranas mucosas ajuda a revelar desequilíbrio hídrico do corpo, alterações no ambiente da pele e regulação da temperatura do corpo. A umidade subentende umedecimento e oleosidade. A pele normalmente é macia e seca. As dobras da pele, como as axilas, por exemplo, normalmente são úmidas. Em geral, há uma presença mínima de transpiração ou oleosidade (Ball et al., 2015). O aumento da transpiração pode estar associado a fatores como atividade física, exposição a ambientes quentes, obesidade, ansiedade ou agitação. Utilize as pontas dos dedos, sem luvas, para palpar a superfície da pele. Observe o embotamento, o ressecamento, a formação de crosta e a descamação semelhante a caspa ao esfregar levemente a superfície da pele. A pele excessivamente seca é comum em idosos e pessoas que usam quantidades excessivas de sabão durante o banho (Cowdell, 2011). Outros fatores que causam o ressecamento da pele são a falta de umidade, a exposição ao sol, o tabagismo, o estresse, a transpiração excessiva e a desidratação. O ressecamento excessivo agrava as condições presentes da pele, como eczema e dermatite. Pacientes com grandes dobras abdominais apresentam alto risco de umidade no interior das dobras. Essa umidade promove o crescimento de bactérias e fungos, contribuindo para erupções e infecções (Rush e Muir, 2012).

A umidade excessiva pode causar a maceração da pele ou o amolecimento dos tecidos, resultando em maior risco de colapso da pele (Cap. 48).

Temperatura

A temperatura da pele depende da quantidade de sangue que circula pela derme. A elevação ou a redução da temperatura cutânea indica aumento ou diminuição do fluxo sanguíneo. O aumento da temperatura da pele geralmente acompanha a presença de eritema localizado ou vermelhidão da pele. A redução da temperatura, por outro lado, quase sempre acompanha palidez e reflete uma redução do fluxo sanguíneo. É importante lembrar que uma sala de exame fria ou excessivamente quente pode causar alterações na temperatura e na cor da pele do paciente.

Avalie precisamente a temperatura palpando a pele com o dorso ou as costas da mão. Compare as partes simétricas do corpo. Normalmente, a temperatura da pele é morna. Às vezes, é a mesma em todo o corpo; outras, varia em uma determinada área. Sempre verifique a de pacientes com risco de deficiência circulatória, como após uma aplicação de gesso ou uma cirurgia vascular. Você pode identificar uma lesão por pressão de estágio I no início observando o calor em uma área eritematosa da pele (Cap. 48).

Textura

A textura refere-se à característica da superfície da pele e à sensação das camadas mais profundas. Palpando levemente com as pontas dos dedos, você determina se a pele do paciente é macia ou áspera, fina ou espessa, enrijecida ou elástica e **endurecida** ou mole. A textura da pele normalmente é lisa, macia, regular e flexível em crianças e adultos. Entretanto, a textura geralmente não é uniforme em todas as áreas. A textura das palmas das mãos e das solas dos pés geralmente é mais espessa. Nos idosos, a pele torna-se enrugada e coriácea devido a uma redução do colágeno, da gordura subcutânea e das glândulas sudoríparas.

As alterações cutâneas localizadas resultam de traumatismo, feridas cirúrgicas ou lesões. Quando houver irregularidades na textura, como cicatrizes ou endurecimentos, questione o paciente sobre a ocorrência de lesões recentes da pele. Às vezes, a palpação mais profunda revela irregularidades como sensibilidade ou áreas localizadas de endurecimento, que podem ser causadas pela aplicação de repetidas injeções.

Turgor

O **turgor** refere-se à elasticidade da pele. Normalmente, a pele perde a sua elasticidade com a idade, mas o equilíbrio hídrico também pode afetar o turgor da pele. Para avaliá-lo, segure com as pontas dos dedos uma dobra de pele da parte posterior do antebraço ou da área do esterno e solte (Fig. 31-5). Como a pele das costas da mão normalmente é frouxa e fina, a avaliação do turgor nesse local não é confiável (Ball et al., 2015). Em geral, a pele eleva-se com facilidade e retorna imediatamente à posição de repouso. Quando o turgor é baixo, a pele permanece elevada. Avalie a facilidade com que a pele se move e a rapidez com que ela retorna ao seu estado de repouso. O fato de a pele não recuperar o seu contorno ou a sua forma normal indica desidratação. O paciente com baixo turgor cutâneo não oferece a resiliência adequada ao desgaste normal da pele, e a redução do turgor o predispõe a quebra da integridade da pele.

FIGURA 31-5 Avaliação do turgor da pele. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Vascularidade

A circulação da pele afeta a cor em áreas localizadas, resultando no aparecimento de vasos sanguíneos superficiais. A vascularidade, que ocorre em áreas de pressão localizadas quando os pacientes permanecem em uma determinada posição, tem aspecto avermelhado, rosado ou pálido (Cap. 48). Com a idade, os capilares tornam-se frágeis e lesionam-se com mais facilidade. As **petéquias** são pontos vermelhos ou roxos do tamanho de uma cabeça de alfinete que aparecem na pele em decorrência de pequenas hemorragias no interior das camadas cutâneas e que não clareiam. Muitas petéquias não têm causa conhecida, mas algumas podem indicar sérios distúrbios de coagulação sanguínea, reações a medicamentos ou doença hepática.

Edema

Determinadas áreas da pele apresentam inchaço ou edemas resultantes do acúmulo de líquido nos tecidos. O traumatismo direto e o comprometimento do retorno venoso são duas causas comuns de **edema**. Inspecione o local, a cor e a forma das áreas edematosas. A formação de edema separa a superfície da pele das camadas pigmentadas e vascularizadas, mascarando a cor da pele. Além disso, a pele edemaciada apresenta-se esticada e brilhante. Palpe as áreas edemaciadas para verificar o grau de mobilidade, consistência e sensibilidade. Quando a pressão dos dedos do examinador deixa uma depressão na área edemaciada, configura-se a existência de um *edema mole*. Para avaliar o grau de afundamento do edema, pressione firmemente a área edemaciada com o polegar por vários segundos e solte. A profundidade da indentação, registrada em milímetros, determina o grau do edema (Ball et al., 2015). Por exemplo, um edema 1+ equivale a um edema de 2 mm de profundidade; um edema 2+, a um edema de 4 mm; um edema 3+, a um edema de 6 mm; e um edema 4+, a um edema de 8 mm (Fig. 31-6).

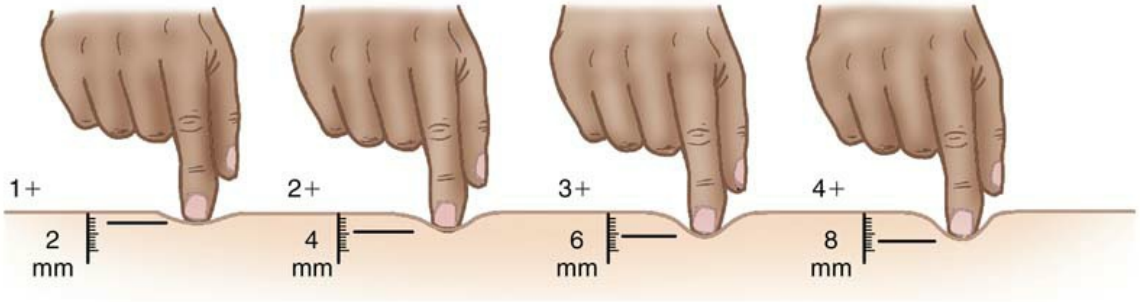


FIGURA 31-6 Avaliação de edema depressível. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

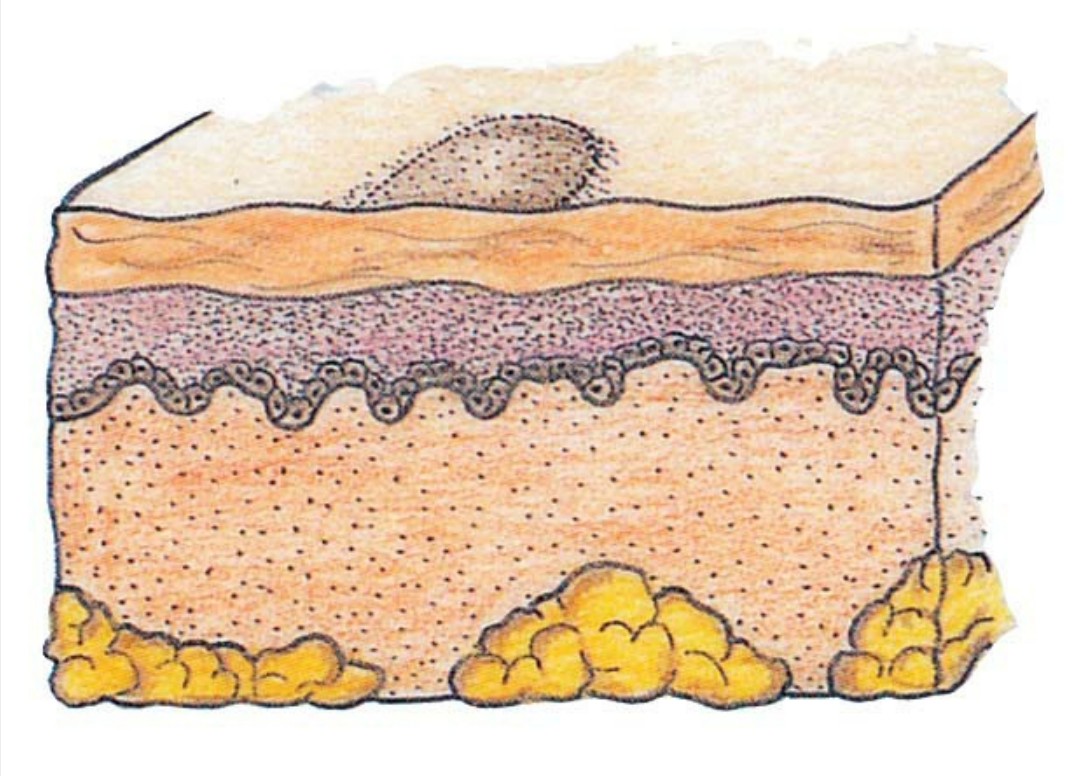
Lesões

O termo *lesão* refere-se, em sentido amplo, a qualquer achado incomum da superfície da pele. Em geral, a pele é isenta de lesões, à exceção de sardas comuns ou alterações relacionadas com a idade,

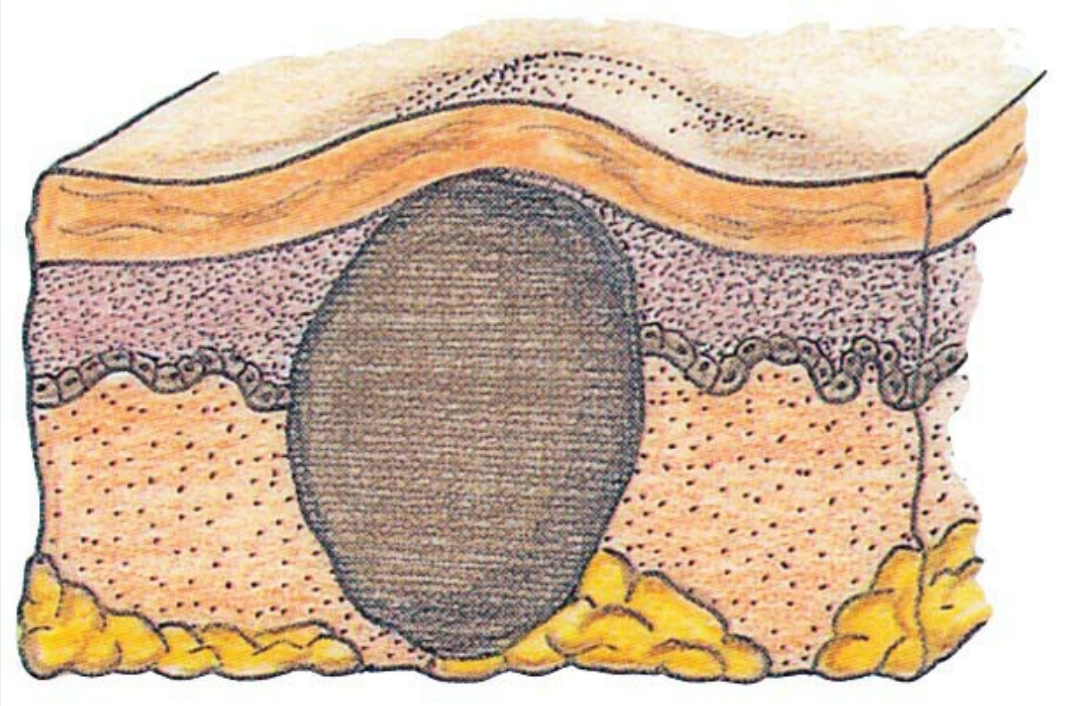
como projeções de pele, ceratose senil (espessamento da pele), angiomas-cereja (pápulas vermelho-rubi) e verrugas atróficas. As lesões primárias ocorrem como um sinal inicial espontâneo de um processo patológico, como uma picada de inseto. As lesões secundárias resultam de formação posterior ou traumatismo de uma lesão primária, tal como ocorre com uma lesão por pressão, por exemplo. Ao encontrar uma lesão, busque informações-padrão sobre a cor, o local, a textura, o tamanho, a forma, o tipo, o agrupamento (aglomerada ou linear) e a distribuição (localizada ou generalizada) da lesão. Em seguida, observe a eventual presença de exsudato, odor, proporções e consistência da lesão. Com uma régua pequena, transparente e flexível, meça o tamanho da lesão em centímetros. Meça a altura, a largura e a profundidade de cada lesão.

A palpação ajuda a determinar a mobilidade, o contorno (plano, elevado ou deprimido) e a consistência (mole ou endurecida) de uma lesão. Determinados tipos de lesão apresentam padrões característicos. Por exemplo, um tumor normalmente é uma lesão sólida e elevada com mais de 2 cm. As lesões primárias, como as máculas e os nódulos, formam-se a partir de algum estímulo da pele (Quadro 31-6). As lesões secundárias, como as úlceras, ocorrem como alterações das lesões primárias. Depois de identificar uma lesão, inspecione-a minuciosamente em um ambiente bem-iluminado. Palpe-a delicadamente, abrangendo toda a área lesionada. Se houver umidade ou líquido drenando, use luvas durante a palpação e preste atenção se o paciente identifica alguma área de sensibilidade.

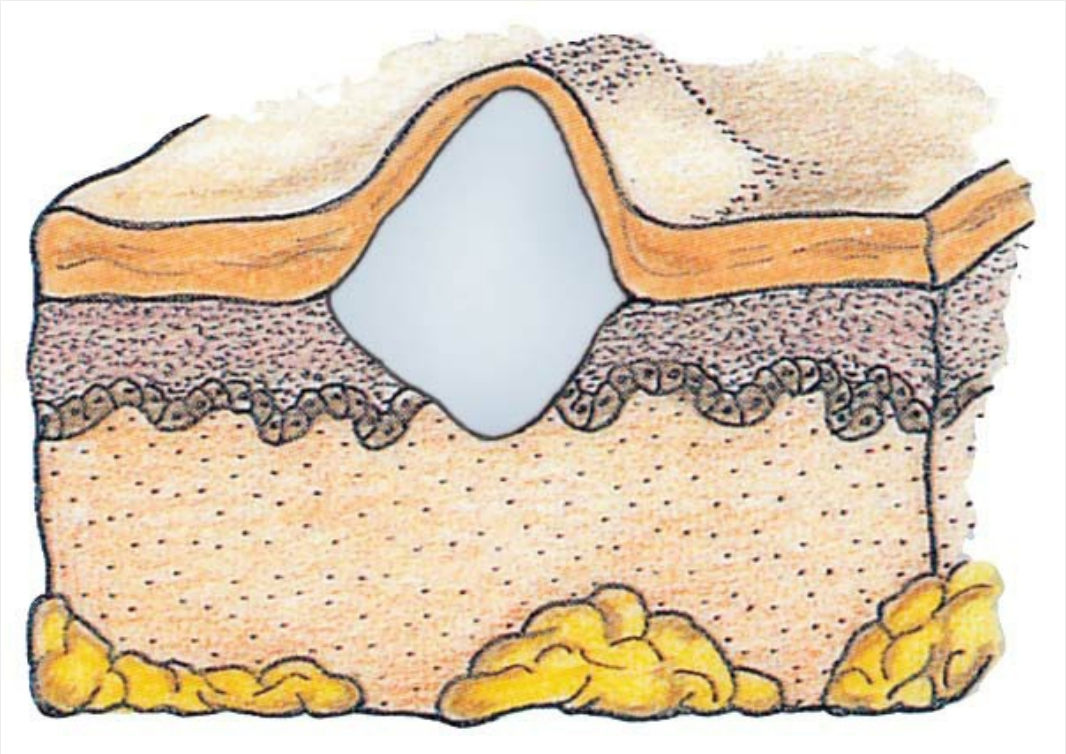
Quadro 31-6 Tipos de Lesões Cutâneas Primárias



Mácula: Alteração plana, não palpável, na cor da pele; menos de 1 cm (p. ex., sarda, petéqui



Tumor: Massa sólida que se estende para as camadas profundas do tecido subcutâneo; mais 2 cm (p. ex., epitelioma)



Pústula: Elevação circunscrita da pele semelhante à vesícula, mas preenchida por pus; varia tamanho (p. ex., acne, infecção por estafilococos)

As malignidades da pele (cutâneas) são as neoplasias mais comuns encontradas nos pacientes. Por essa razão, o examinador deve fazer uma avaliação de pele completa em todo paciente. As lesões cancerosas apresentam características distintas e, com o tempo, sofrem alterações de cor e tamanho (Quadro 31-7). O carcinoma das células basais é mais comum em áreas expostas ao sol e geralmente ocorre associado a um história de pele danificada pelo sol, quase nunca se disseminando para outras partes do corpo. O carcinoma das células escamosas é mais sério que o das células basais e desenvolve-se nas camadas externas da pele expostas ao sol; essas células podem deslocar-se para os linfonodos e todas as partes do corpo. O melanoma maligno, um câncer de pele que se desenvolve a partir dos

melanócitos, começa como uma pinta ou outra área que muda de aparência e normalmente encontra-se localizada na pele normal (**NOTA:** o melanoma pode originar-se também em locais primários não cutâneos, como no epitélio mucoso (trato GI), nas retinas e nas leptomeninges). Nos afrodescendentes (mais que em outras raças), pode aparecer também sob as unhas ou nas palmas das mãos ou nas solas dos pés. Use a mnemônica *ABCD* para avaliar a pele e verificar a eventual presença de qualquer tipo de carcinoma (ACS, 2015a):

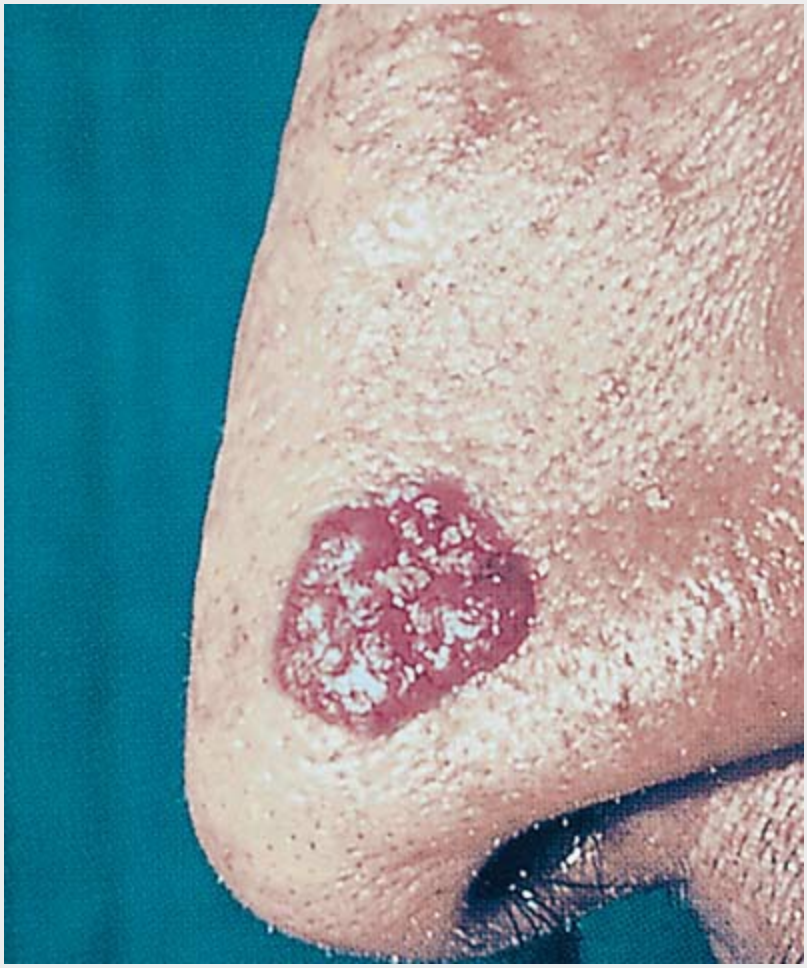
- *A*ssimetria – Procure uma forma irregular. Metade de uma pinta não corresponde à outra.

Quadro 31-7 Malignidades da Pele

Carcinoma das Células Basais

Lesão plana ou elevada de 0,5 a 1,0 cm com crosta e uma borda arredondada um tanto descamativa

Frequente aparecimento de vasos sanguíneos subjacentes amplamente dilatados no interior da lesão



Carcinoma de Células Escamosas

Ocorre com mais frequência nas superfícies da mucosa e nas áreas da pele não expostas que o carcinoma de células basais

Lesão escamosa de 0,5 a 1,5 cm, às vezes, ulcerada ou com crosta; aparece com frequência e cresce com mais rapidez que o carcinoma das células basais

Melanoma

Lesão plana de 0,5 a 1,0 cm e cor marrom; aparece na pele exposta ou não ao sol; pigmentação variada, bordas irregulares e margens indistintas

Ulceração, crescimento recente ou alterações recentes em uma pinta antiga são maus sinais

Ilustrações de Belcher AE: *Cancer nursing*, St Louis, 1992, Mosby; Habif TP: *Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy*, ed 3, St Louis, 1996, Mosby; and Zitelli BJ, McIntyre SC, Nowalk AJ: *Zitelli and Davis' atlas of pediatric physical diagnosis*, ed 6, St Louis, 2012, Saunders.

- *B*orda irregular – Procure a presença de bordas indefinidas, entalhadas ou irregulares.
- *C*or – Procure uma pigmentação não homogênea; áreas variadas de tonalidade azulada, enegrecida e marrom e áreas de coloração rosada, esbranquiçada, acinzentada, azulada ou avermelhada são anormais.
- *D*iâmetro – Procure áreas com mais de 6 mm (aproximadamente do tamanho de um apagador [borracha] de lápis normal).

Relate para o profissional de saúde a presença de quaisquer lesões anormais para que ele examine melhor. Como a luz ultravioleta do sol ou as camas de bronzeamento artificial aumentam o risco de desenvolvimento de câncer de pele, esclareça aos pacientes os riscos existentes. Eles devem ser orientados sobre como fazer o autoexame da pele utilizando materiais de ensino da melhor qualidade.

Cabelo e Couro Cabeludo

Existem dois tipos de pelos que cobrem o corpo: os pelos macios, finos e aveludados, que cobrem o corpo; e os pelos terminais grossos, longos e espessos, facilmente visíveis no couro cabeludo, nas axilas e na área púbica, bem como na barba dos homens. Obtenha primeiramente as informações da história de saúde relacionadas na Tabela 31-10. Prepare-se para inspecionar a condição e a distribuição dos pelos e a integridade do couro cabeludo providenciando, em primeiro lugar, uma boa fonte de iluminação. Além disso, a avaliação dos pelos ocorre durante todas as partes do exame.

Tabela 31-10

Histórico de Enfermagem para Avaliação do Cabelo e do Couro Cabeludo

Avaliação	Justificativa
Pergunte ao paciente se ele está usando peruca ou aplique e peça-lhe que o retire.	As perucas ou apliques interferem na inspeção do cabelo e do couro cabeludo. (O paciente, às vezes, pede que essa parte do exame seja omitida.)
Verifique se o paciente notou alteração no padrão de crescimento, perda de cabelo ou mudança de textura ou cor.	As alterações quase sempre ocorrem lentamente ao longo do tempo.
Identifique os tipos de produtos utilizados nos procedimentos de cuidados do cabelo.	O uso excessivo de agentes químicos e a queimadura do cabelo provocam o seu ressecamento, tornando-o quebradiço.
Verifique se o paciente recebeu tratamento recente com quimioterapia (medicamentos que provocam a queda do cabelo) ou tomou algum tipo de vasodilatador (minoxidil) para crescimento do cabelo.	Os agentes quimioterápicos matam as células que se multiplicam rapidamente, como as células tumorais ou as células pilosas normais. O menoxidil causa o crescimento excessivo do cabelo.
O paciente notou alterações na alimentação ou no apetite?	A nutrição influencia a condição do cabelo.

Inspeção

Durante a inspeção, explique que é necessário separar partes dos pelos para detectar anomalias. Use um par de luvas limpas se observar a presença de lesões abertas ou piolhos.

Primeiro, inspecione a cor, a distribuição, a quantidade, a espessura, a textura e a lubrificação dos pelos do corpo. Os pelos do couro cabeludo são grossos ou finos, enrolados ou lisos; e devem ser brilhantes, macios e maleáveis. Enquanto separa as seções de pelos do couro cabeludo, observe as características de cor e espessura. A cor varia de louro-claro a negro e cinza, às vezes alterada por rinsagem ou tintura. Nos idosos, o cabelo fica cinza embotado, branco ou amarelado.

Observe a distribuição normal do crescimento capilar no homem e na mulher. Na puberdade, ocorre uma maior quantidade e distribuição de pelos em ambos os sexos. Durante o processo de envelhecimento, o cabelo pode afinar no couro cabeludo, nas axilas e nas áreas púbicas. Os pelos faciais em homens idosos diminuem. Uma mulher com hirsutismo apresenta crescimento de pelos no lábio superior, no queixo e nas bochechas, com o engrossamento dos pelos aveludados do corpo. Isso pode estar relacionado com um distúrbio endócrino. Para alguns, uma alteração no crescimento do cabelo afeta negativamente a imagem corporal e o bem-estar emocional. A quantidade de pelos que cobre os membros, às vezes, diminui com a idade ou em consequência de insuficiência arterial capaz de reduzir o crescimento capilar nos membros inferiores. Nos Estados Unidos e em algumas outras culturas, as mulheres costumam raspar as pernas e as axilas, embora isso continue sendo uma questão de preferência pessoal entre mulheres de todas as culturas.

Avalie as causas das alterações de espessura, textura e lubrificação dos pelos do couro cabeludo. Às vezes, essas alterações são decorrentes de doenças febris ou do couro cabeludo que resultam na perda de cabelo. Condições como doença da tireoide alteram a condição do cabelo, tornando-o fino e quebradiço. A perda de cabelo (**alopecia**) ou o afinamento do cabelo normalmente está relacionado com tendências genéticas ou distúrbios endócrinos, como diabetes, tireoidite e até mesmo menopausa. Uma má alimentação provoca cabelos pegajosos, opacos, ressecados e finos. O óleo das glândulas sebáceas lubrifica o cabelo, mas o cabelo excessivamente oleoso é associado à estimulação do hormônio androgênio. Com a idade e o

uso excessivo de agentes químicos, o cabelo torna-se ressecado e quebradiço.

Normalmente, o couro cabeludo é liso e inelástico com uma coloração homogênea. Separe cuidadosamente as mechas de cabelo e inspecione minuciosamente o couro cabeludo para verificar se há lesões, o que não é fácil de notar no cabelo espesso. Observe as características de qualquer lesão existente no couro cabeludo. No caso de caroços ou equimoses, pergunte se o paciente sofreu traumatismo recente na cabeça. A presença de pintas no couro cabeludo é comum, mas elas podem sangrar se o cabelo for penteado ou escovado de forma vigorosa. A caspa ou a psoríase geralmente provoca a descamação ou o ressecamento do couro cabeludo.

Uma inspeção cuidadosa dos folículos pilosos do couro cabeludo e das áreas púbicas pode revelar a presença de piolhos ou outros parasitas. Os três tipos de piolho são *Pediculus humanus capitis* (piolho da cabeça), *Pediculus humanus corporis* (piolho do corpo) e *Pediculus pubis* (piolho-caranguejo). A presença de piolho não significa que a pessoa tenha maus hábitos de higiene. Os piolhos se alastram facilmente, sobretudo entre crianças que brincam juntas. Os piolhos da cabeça e do corpo prendem seus ovos ao cabelo. Os minúsculos ovos parecem partículas ovais de caspa, embora seja difícil de enxergar os piolhos propriamente ditos (Fig. 31-7). Os piolhos da cabeça e do corpo são muito pequenos e têm o corpo branco-acinzentado, enquanto o piolho-caranguejo tem as pernas vermelhas. Para melhor identificar as infestações, observe se há presença de pequenas erupções pustulares avermelhadas nos folículos pilosos e nas áreas em que as superfícies da pele se encontram, como atrás das orelhas e na virilha. A pessoa geralmente sente coceira intensa no couro cabeludo, especialmente na parte posterior da cabeça ou na nuca. O uso de um pente fino revela os pequenos piolhos de forma oval; a descoberta de piolhos requer tratamento imediato. Ensine o paciente a adotar as melhores práticas de higiene do cabelo e do couro cabeludo (Quadro 31-8).

FIGURA 31-7 Infestação de piolhos da cabeça. (Extraído de Habif TP: *Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy*, ed 4, Filadélfia, 2004, Mosby.)

Quadro 31-8

Educação em saúde do paciente

Avaliação do Cabelo e do Couro Cabeludo

Objetivo

- O paciente adotará práticas de higiene adequadas para os cuidados do cabelo e do couro cabeludo.

Estratégias de Ensino

- Oriente o paciente quanto às práticas de higiene básicas para os cuidados do cabelo e do couro cabeludo.
- Oriente os pacientes que têm piolhos a lavar bem a cabeça com xampu pediculicida (vendido em drogarias) em água fria na pia. Não use banheira ou chuveiro, onde o medicamento pode atingir outras partes do corpo. Penteie bem o cabelo com um pente fino (seguindo as instruções de uso do produto) e descarte o pente. *Atenção: Não use produtos que contenham Lindane, um ingrediente tóxico conhecido por causar reações adversas*. Repita a aplicação do xampu 12 a 24 horas depois.
- Após a lavagem com xampu, remova quaisquer lêndeas ou casulos de lêndeas com uma pinça ou um pente de metal próprio para esse fim. Uma solução diluída de vinagre com água ajuda a desprender as lêndeas.
- Oriente os pacientes e os pais quanto às maneiras de reduzir a transmissão de piolhos:
  - Não compartilhar escovas de cabelo, pentes, apliques de cabelo, chapéus, roupas de cama, toalhas ou roupas com alguém que tenha piolhos.
  - Passar aspirador de pó em todos os tapetes, assentos do carro, travesseiros, móveis e piso e descartar o saco do aspirador.
  - Lacrar os itens não laváveis em sacos plásticos por 14 dias se não for possível lavá-los a seco ou aspirá-los.
  - Seguir rigorosamente as práticas de higiene das mãos.
  - Lavar todas as roupas de uso pessoal e de cama em água quente

com detergente; em seguida, secá-las a quente por, pelo menos, 31 minutos. Lavar a seco os itens não laváveis.
- Não usar inseticida.
- Avisar a(o) sua(seu) parceira(o) caso os piolhos tenham sido transmitidos por via sexual.
- Evitar o contato físico com pessoas infestadas e seus pertences, especialmente roupas de uso pessoal e de cama.
- Deixar de molho durante 15 minutos em água muito quente com amônia (1 colher de chá de amônia para 2 xícaras de água), ou em água fervente por 10 minutos, qualquer pente ou escova utilizada para remover piolhos.

Avaliação de Enfermagem

- Peça ao paciente que descreva os métodos utilizados para cuidar do cabelo e do couro cabeludo.
- Peça ao paciente que explique as providências a serem tomadas para reduzir a transmissão de piolhos em casa.

Unhas

A condição das unhas reflete a saúde geral, o estado nutricional, a ocupação e os hábitos de higiene de uma pessoa. Antes de avaliar as unhas, reúna um breve histórico (Tabela 31-11). A parte mais visível das unhas é a placa ungueal, a camada transparente de células epiteliais que recobre o leito ungueal (Fig. 31-8). A vascularidade do leito ungueal cria a cor subjacente à unha. A área esbranquiçada em forma de meia-lua na base do leito ungueal se chama *lúnula*, a partir da qual cresce a placa ungueal.

Tabela 31-11

Histórico de Enfermagem para Avaliação das Unhas

Avaliação	Justificativa
Pergunte se o paciente sofreu algum trauma recente ou observou quaisquer alterações nas unhas (rachaduras, quebra, descoloração, espessamento).	Os traumas alteram a forma e o crescimento das unhas. As condições sistêmicas causam alterações de cor, crescimento e forma.
O paciente apresenta outros sintomas de dor, inchaço, presença de doença sistêmica com febre ou estresse psicológico ou físico?	As alterações, às vezes, ocorrem lentamente ao longo do tempo.
Questione as práticas de cuidados das unhas adotadas pelo(a) paciente. Verifique se ele(a) possui unhas acrílicas ou postiças.	As alterações nas unhas podem ser causadas por problema local ou sistêmico. As unhas acrílicas ou postiças são áreas propícias ao crescimento de fungos.

Verifique se o paciente apresenta riscos de problemas nas unhas ou nos pés (p. ex., diabetes, doença vascular periférica, idade avançada, obesidade).	Os agentes químicos provocam o ressecamento das unhas. Cuidados inadequados danificam as unhas e cutículas. As alterações vasculares associadas ao diabetes e a doença vascular periférica reduzem o fluxo sanguíneo para os tecidos periféricos; a ocorrência de lesões nos pés e o espessamento das unhas são comuns. Alguns idosos têm dificuldade para cuidar adequadamente dos pés e das unhas devido à visão fraca, falta de coordenação motora ou incapacidade de se curvar. Pacientes obesos têm dificuldade para se curvar.

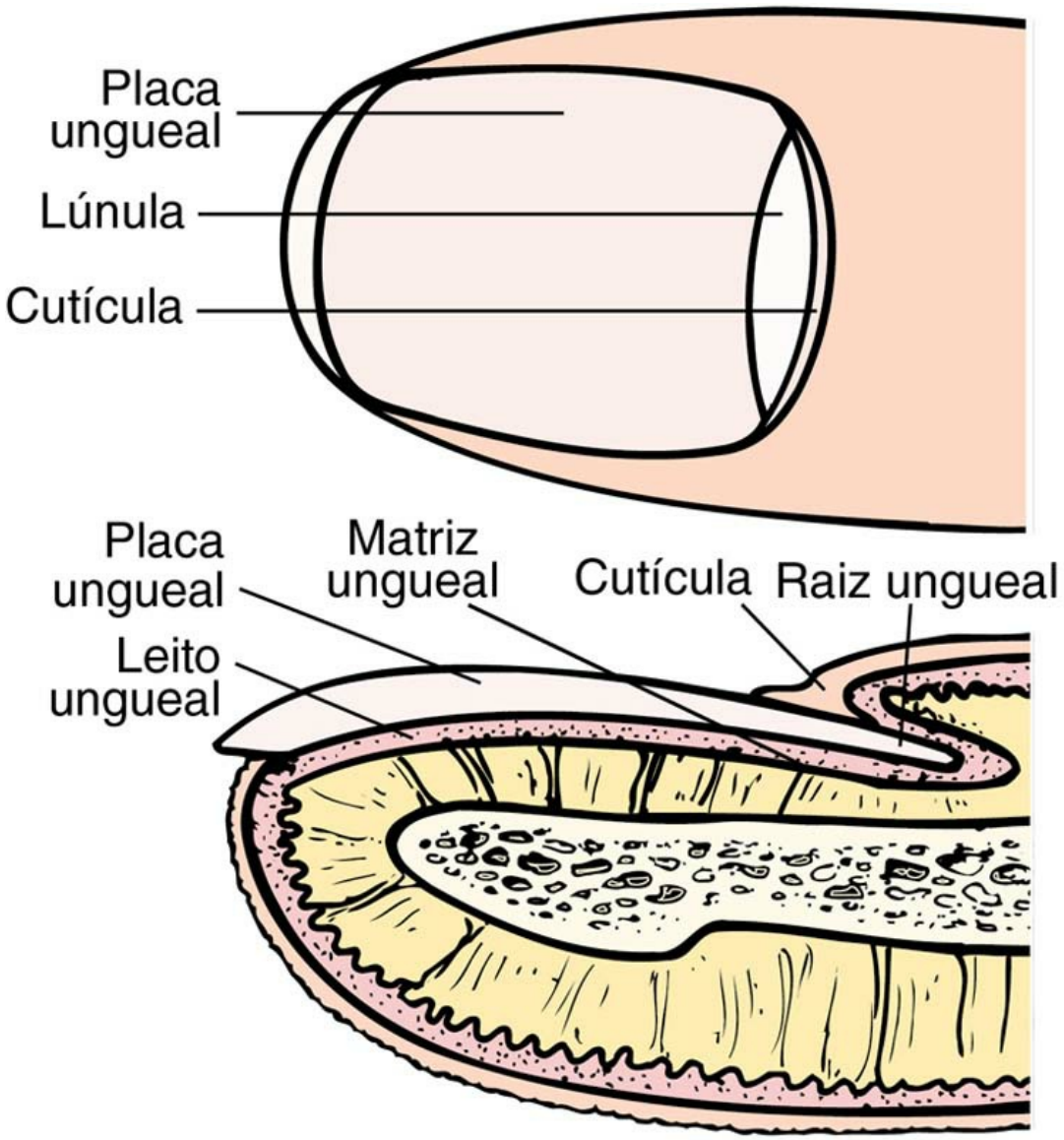
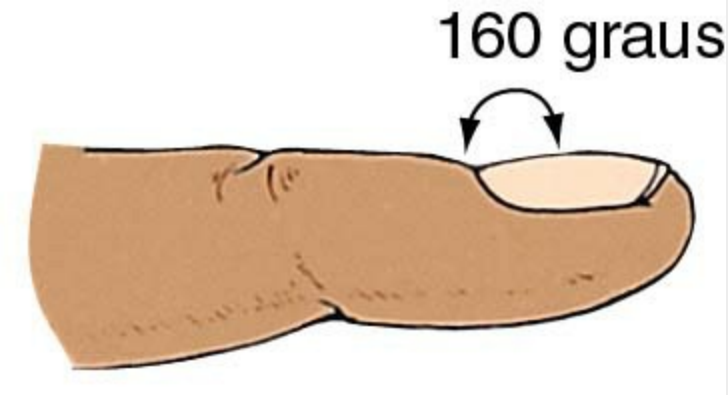


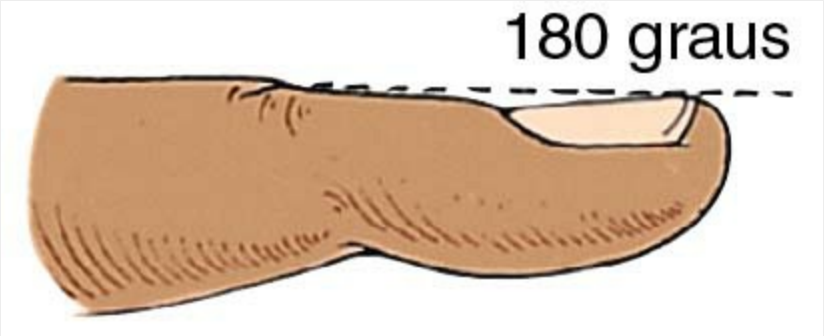
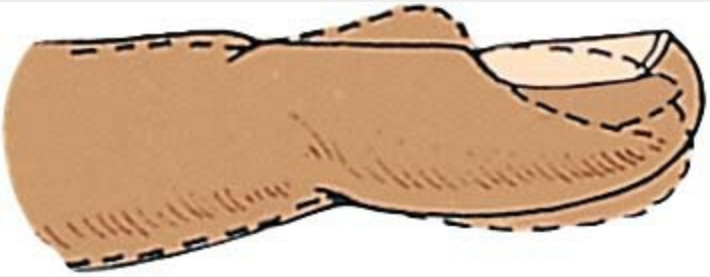
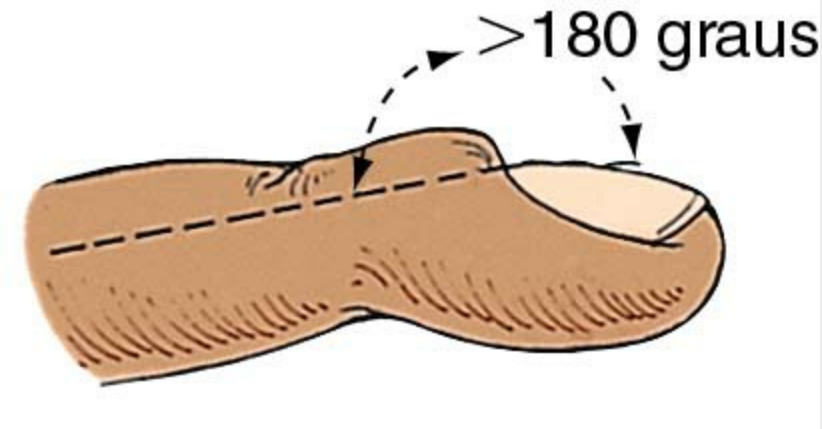
FIGURA 31-8 Componentes da unidade ungueal. (Extraído de Lewis SL et al: *Medical-surgical nursing,* ed 9, St Louis, 2014, Mosby.)

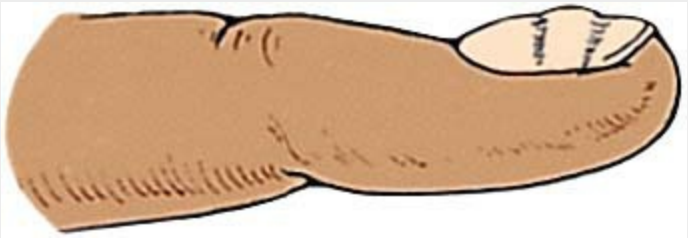
Inspeção e Palpação

Inspecione o leito ungueal para verificar a cor, o comprimento, a simetria, a limpeza e a configuração das unhas. A forma e a condição das unhas fornecem pistas para a eventual presença de problemas fisiopatológicos. Avalie a espessura e a forma da unha, a sua textura, o ângulo entre a unha e o leito ungueal, e a condição das dobras laterais e proximais em torno da unha. Ao inspecionar as unhas, você tem uma noção das práticas de higiene do paciente. As unhas normalmente são transparentes, lisas, bem arredondadas e convexas, e o ângulo do leito ungueal é de aproximadamente 160 graus (Quadro 31-9). Um ângulo maior e o amolecimento do leito ungueal indicam problemas crônicos de oxigenação. As cutículas em torno das unhas devem apresentar-se macias, intactas e sem inflamação. Ao avaliar os cuidados básicos das unhas, você reconhece que unhas roídas, manchas e bordas irregulares representam desleixo com as unhas ou são aspectos causados por hábitos ou exposição ocupacional a graxa ou sujeira. As bordas das unhas ou cutículas irregulares, roídas ou quebradas predispõem o paciente a infecções localizadas.

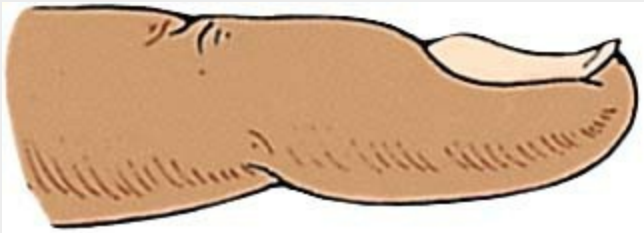
Quadro 31-9 Anomalias do Leito Ungueal

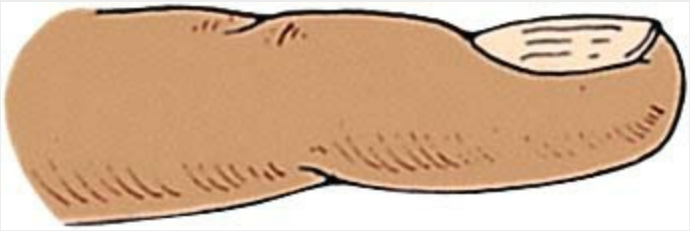
	**Unha normal:** Ângulo de aproximadamente 160 graus entre

	a placa ungueal e a unha
  	**Hipocratismo digital:** Alteração do ângulo entre a unha e a base da unha (superior a 180 graus); amolecimento do leito ungueal com aplainamen

	to da unha; frequente aumento das pontas dos dedos. *Causas:* Falta crônica de oxigênio: doença cardíaca ou pulmonar
	**Linhas de Beau:** Depressões transversais

	nas unhas que indicam distúrbio temporário do crescimento ungueal (a unha leva vários meses para crescer). *Causas:* Doença sistêmica, como infecção severa; lesão da

	unha
	**Coiloníquia (unha em forma de colher):** Curvas côncavas *Causas:* Anemia por deficiência de ferro, sífilis, uso de detergentes fortes
	Hemorragia em estilhaço:

	Estrias lineares vermelhas ou marrons no leito ungueal *Causas:* Pequenos traumatismos, endocardite bacteriana subaguda, triquinose
	Paroníquia: Infla

	maçãodapelenabasedaunha *Causas:* Infecção local, traumatismo

Ao palpar, você deve esperar encontrar uma base ungueal firme e verificar se existem quaisquer anomalias, como eritema ou inchaço. No caso de pacientes com problemas de circulação, observe principalmente os primeiros sinais de infecção ou a presença de lesões abertas. Para palpar, segure delicadamente o dedo do paciente e observe a cor do leito ungueal. O leito ungueal e as unhas apresentam uma coloração rosada com as pontas das unhas brancas em pacientes brancos. Em paciente de pele mais escura, os leitos ungueais apresentam pigmentação escura com uma tonalidade azulada ou avermelhada. Uma pigmentação marrom ou negra com estrias longitudinais é normal (Fig. 31-9). Trauma, cirrose, diabetes melito e hipertensão causam hemorragias em estilhaço. As alterações nos níveis de vitamina, proteína e eletrólitos provocam a formação de diversas linhas ou bandas nos leitos ungueais.

FIGURA 31-9 Bandas pigmentadas na unha de um paciente de pele escura. (Extraído de Habif TP: *Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy*, ed 5, St Louis, 2010, Mosby.)

As unhas normalmente crescem em um ritmo constante, mas a

presença de lesões diretas ou doença generalizada altera os padrões de crescimento. Com a idade, as unhas das mãos e dos pés tornam-se mais duras e espessas. Desenvolvem-se estriações longitudinais, e o ritmo de crescimento das unhas diminui. As unhas tornam-se mais friáveis, embotadas e opacas, assumindo uma coloração amarelada em idosos com insuficiência de cálcio. Além disso, a cutícula torna-se menos espessa e larga.

Os dedos dos pés e das mãos normalmente apresentam calos e calosidades. Os calos são planos e indolores, resultantes do espessamento da epiderme. O atrito e a pressão dos sapatos causam calosidades, normalmente nas proeminências ósseas. Durante o exame, oriente o paciente sobre como cuidar adequadamente das unhas (Quadro 31-10).

Quadro 31-10

Educação em saúde do paciente

Avaliação das Unhas

Objetivo

- O paciente cuidar adequadamente dos pés e das unhas das mãos e dos pés.

Estratégias de Ensino

- Oriente o paciente a cortar as unhas somente após deixá-las de molho por cerca de 10 minutos em água morna. (*Exceção:* Pacientes com diabetes ou doença vascular periférica são alertados para não deixar as unhas de molho por risco de maceração da pele, podendo levar a infecções. Em longo prazo, a imersão provoca também o ressecamento das mãos e dos pés; a pele seca e rachada leva a infecções.)
- Alerte o paciente quanto às fórmulas de venda livre para o tratamento de calosidades, calos ou unhas dos pés encravadas.

- Oriente o paciente a cortar as unhas em linha reta de ponta a ponta e rente às pontas dos dedos das mãos e dos pés. Se o paciente tiver diabetes, diga-lhe que lixe as unhas, em vez de cortá-las (Cap. 40).
- Oriente o paciente a aparar as unhas com uma lixa.
- Se o paciente tiver diabetes:
  - Lave os pés diariamente com água morna, secando-os cuidadosamente, sobretudo entre os dedos. Inspecione os pés diariamente em local bem iluminado, procurando locais ressecados e rachaduras na pele. Amoleça os pés ressecados aplicando creme ou loção, como Nivea, Eucerin ou Alpha Keri.
  - Não use loção entre os dedos; a umidade entre os dedos propicia o crescimento de microrganismos, causando infecções.
  - Alerte o paciente quanto ao uso de objetos perfurocortantes para cutucar ou desencravar as unhas dos pés ou em torno da cutícula.
  - Aconselhe o paciente a consultar um podólogo para o tratamento de unhas dos pés encravadas ou de unhas espessas ou com tendência a rachar-se

Avaliação de Enfermagem

- Inspecione as unhas durante a próxima visita domiciliar.
- Peça ao paciente que explique as providências a serem tomadas para evitar lesões.

Cabeça e pescoço

Um exame da cabeça e do pescoço inclui uma avaliação da cabeça, dos olhos, dos ouvidos, do nariz, da boca, da faringe e do pescoço (linfonodos, artérias carótidas, glândula tireoide e traqueia). Durante a avaliação das artérias periféricas, avalie também as artérias carótidas. A avaliação da cabeça e do pescoço utiliza a inspeção, a palpação e a ausculta, com a inspeção e a palpação quase sempre utilizadas simultaneamente.

Cabeça

Inspeção e Palpação

O histórico de enfermagem rastreia a presença de lesões intracranianas e deformidades locais ou congênitas (Tabela 31-12). Inspecione a cabeça do paciente, observando a posição, o tamanho, a forma e o contorno. A cabeça normalmente é mantida na posição vertical e na linha mediana em relação ao tronco. A posição da cabeça inclinada para um dos lados age como um indicador comportamental de uma possível perda auditiva ou visual unilateral ou como um indicador físico de fraqueza dos músculos do pescoço. Um espasmo horizontal ou movimento para cima e para baixo indica a presença de tremor.

Tabela 31-12

Histórico de Enfermagem para Avaliação da Cabeça

Avaliação	Justificativa
Verifique se o paciente sofreu traumatismo recente na cabeça. Nesse caso, avalie o estado de consciência após a lesão (imediatamente ao retornar e 5 minutos depois), o tempo de inconsciência e os fatores predispositores (p. ex., convulsões, problema de visão, blecaute).	O traumatismo é a principal causa de caroços, protuberâncias, cortes, equimoses ou deformidades no couro cabeludo ou no crânio. A perda de consciência após uma lesão na cabeça indica a possível presença de lesão cerebral.
Pergunte ao paciente se ele tem histórico de dores de cabeça; note o início, a duração, as características, o	As características da dor de cabeça ajudam a revelar fatores causativos, como infecção

padrão e os sintomas correlatos.	dos seios nasais, enxaqueca ou distúrbios neurológicos.
Verifique o espaço de tempo durante o qual o paciente vivenciou sintomas neurológicos.	A duração dos sinais e sintomas revela a gravidade do problema.
Analise a história ocupacional do paciente quanto ao uso de capacetes de segurança.	A natureza de algumas ocupações impõe risco de lesões na cabeça.
Pergunte se o paciente pratica esportes de contato, ciclismo, patinação ou skate.	Essas atividades exigem o uso de capacete de segurança.

Observe as características faciais do paciente, como a forma e simetria das pálpebras, sobrancelhas, dobras nasolabiais e da boca. É normal haver uma leve assimetria. Se houver assimetria facial, observe se todas as características de um lado da face são afetadas ou se apenas uma parte da face é envolvida. Diversos distúrbios neurológicos (p. ex., paralisia do nervo facial) afetam os diferentes nervos que enervam os músculos da face.

Examine o tamanho, a forma e o contorno do crânio. Em geral, este é redondo com proeminências na região frontal no plano anterior e na região occipital no plano posterior. Os traumatismos geralmente causam deformidades cranianas locais. Em lactentes, uma cabeça grande é resultante de anomalia congênita ou do acúmulo de líquido cefalorraquidiano nos ventrículos (hidrocefalia). Alguns adultos apresentam a mandíbula e os ossos faciais aumentados em decorrência de acromegalia, um distúrbio causado pela secreção excessiva de hormônio do crescimento. Palpe o crânio para verificar a presença de nódulos ou massas. Gire suavemente as pontas dos dedos, passando-as pela linha mediana do couro cabeludo e pelas laterais da cabeça para identificar anomalias. Palpe o espaço da articulação temporomandibular (ATM) bilateralmente. Posicione as pontas dos dedos anteriormente ao trago de cada orelha. Quando o paciente abrir a boca, deslize as pontas dos dedos para dentro do espaço articular para palpar cuidadosamente os espaços articulares. Normalmente, os movimentos devem ser suaves, embora não seja incomum ouvir ou sentir um clique, um rangido ou um estalo na ATM, um indício de doença articular degenerativa (Ball et al., 2015).

Olhos

O exame ocular inclui uma avaliação da acuidade visual, dos campos visuais, dos movimentos extraoculares e das estruturas oculares externas e internas. A Figura 31-10 mostra um corte transversal do olho. A avaliação ocular detecta alterações visuais e determina o nível geral de assistência de que os pacientes necessitam para deambular ou realizar atividades de cuidados pessoais. Alguns pacientes com problemas visuais necessitam também de recursos especiais de auxílio para ler material educativo ou instruções (p. ex., rótulos de medicamentos). A Tabela 31-13 analisa a história de enfermagem em um exame ocular. O Quadro 31-11 descreve os tipos comuns de problemas visuais.

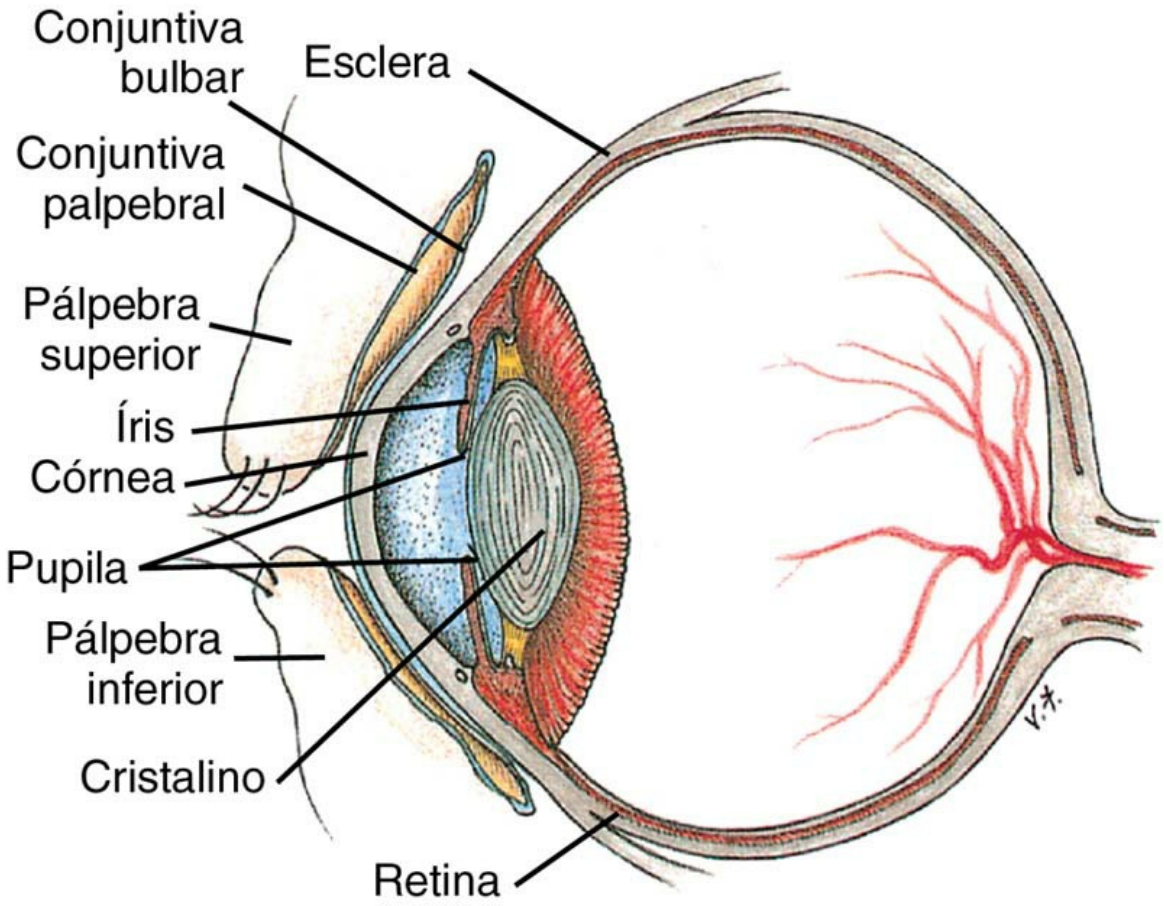


FIGURA 31-10 Corte transversal do olho.

Tabela 31-13

Histórico de Enfermagem para Avaliação Ocular

Avaliação	Justificativa
Verifique se o paciente tem história de doença ocular (p. ex., glaucoma, retinopatia, catarata), traumatismo ocular, diabetes, hipertensão ou cirurgia oftalmológica.	Algumas doenças ou traumas causam risco de perda parcial ou total da visão. O paciente pode ter sofrido cirurgia para correção de um distúrbio visual.
Verifique problemas que tenham levado o paciente a buscar cuidados de saúde. Questione o paciente sobre a existência de dor nos olhos, fotofobia (sensibilidade à luz), ardência ou prurido, excesso de lacrimejamento ou formação de crosta, diplopia (visão dupla) ou visão turva, consciência da existência de um "filme" ou "cortina" sobre o campo de visão, flutuadores oculares (pequenos pontos negros que parecem flutuar no campo de visão), luzes piscando ou auréolas em torno de fontes luminosas.	Sintomas comuns de doença ocular indicam necessidade de assistência prestada por um profissional de saúde.
Verifique se existe história familiar de distúrbios ou doenças oculares.	Determinados problemas oculares, como glaucoma ou retinite pigmentosa, são hereditários.
Analise o histórico ocupacional e os *hobbies* recreativos do paciente. Ele usa óculos de segurança?	A execução de tarefa complexa realizada de perto provoca fadiga ocular. O trabalho com computadores causa tensão ocular. Determinadas tarefas ocupacionais (p. ex., trabalho com substâncias químicas) e atividades recreativas (p. ex., esgrima, motociclismo) sujeitam as pessoas ao risco de lesão ocular, a menos que elas tomem as devidas precauções.
Pergunte ao paciente se ele usa óculos ou lentes de contato e, em caso afirmativo, com que frequência?	Os pacientes precisam usar óculos ou lentes de contato durante determinadas partes do exame para uma avaliação precisa.
Verifique quando foi a última consulta do paciente com um oftalmologista.	A data do último exame revela os cuidados preventivos do paciente.
Avalie os medicamentos que o paciente está tomando, inclusive colírios ou pomadas.	Determine a necessidade de avaliar os conhecimentos do paciente acerca dos medicamentos. Alguns deles provocam sintomas visuais.

Quadro 31-11 Problemas Oculares e Visuais Comuns

Hiperopia

Hiperopia é a visão de longe, um erro refrativo em que os raios de luz entram no olho e concentram seu foco atrás da retina. As pessoas conseguem enxergar claramente objetos distantes, mas não objetos próximos.

Miopia

Miopia é a visão de perto, um erro refrativo em que os raios de luz entram no olho e concentram seu foco na frente da retina. As pessoas conseguem enxergar claramente objetos próximos, mas não objetos distantes.

Presbiopia

Presbiopia é a visão de perto prejudicada em pessoas de meia-idade e idosos em decorrência da perda de elasticidade do cristalino e do processo de envelhecimento correlato.

Retinopatia

Retinopatia é um distúrbio ocular não inflamatório resultante de alterações nos vasos sanguíneos da retina. É uma das principais causas da cegueira.

Estrabismo

Estrabismo é uma condição (congênita) em que os dois olhos não focam um objeto simultaneamente; os olhos parecem cruzados. O comprometimento dos músculos extraoculares ou de seu suprimento nervoso causa estrabismo.

Catarata

Uma catarata é uma crescente opacidade do cristalino que bloqueia a entrada dos raios de luz no olho. A catarata, que, às vezes, se desenvolve de forma lenta e progressiva após os 35 anos ou repentinamente após um trauma, é um dos distúrbios oculares mais comuns. A maioria dos idosos (acima de 65 anos) apresenta alguma

evidência de comprometimento visual decorrente de catarata.

Glaucoma

Glaucoma é uma lesão estrutural intraocular resultante de pressão intraocular elevada. A obstrução do efluxo do humor aquoso provoca a condição. Sem tratamento, o distúrbio leva à cegueira.

Degeneração Macular (DM)

A degeneração macular está associada ao envelhecimento e resulta no lesionamento da visão central nítida. Existem dois tipos de degeneração macular: úmida e seca. A DMI (degeneração macular relacionada com a idade) úmida ocorre quando vasos sanguíneos anormais existentes por trás da retina começam a crescer sob a mácula, acabando por levar ao vazamento de sangue e líquido. A DMI seca, por outro lado, ocorre quando a mácula se afina com o tempo como parte do processo de envelhecimento, ofuscando gradativamente a visão central (CDC, 2013). A degeneração macular, que é uma das principais causas de cegueira e visão fraca nos Estados Unidos (CDC, 2013), não tem cura.

Acuidade Visual

A avaliação da acuidade visual (p. ex., a capacidade de enxergar pequenos detalhes) testa a visão central. A maneira mais fácil de avaliar a visão de perto é pedindo ao paciente que leia letras pequenas sob iluminação adequada. Verifique o idioma que o paciente fala e a sua capacidade de leitura. Pedir ao paciente que leia em voz alta é uma maneira de determinar o grau de escolaridade. Se o paciente tiver dificuldade para ler, passe à etapa seguinte.

A avaliação da visão de longe requer o uso de uma tabela (ou optótico) de Snellen (tabela de papel ou tela de projeção). A tabela deve estar bem iluminada. Teste a visão primeiramente sem lentes de correção visual. Peça ao paciente que se sente ou fique de pé a 6,0 m (20 pés) de distância da tabela e tente ler todas as letras, começando por qualquer linha, com ambos os olhos abertos. Em seguida, peça-lhe

que leia a linha com cada olho separadamente (o paciente cobre o olho do lado oposto com uma ficha ou venda para o olho, a fim de evitar a aplicação de pressão ao olho). Observe a menor linha na qual o paciente consiga ler todas as letras corretamente e registre a acuidade visual correspondente a essa linha. Conclua o teste com rapidez suficiente para que o paciente não memorize a tabela (Ball et al., 2015). Caso o paciente não consiga ler, utilize uma tabela *E* ou com fotos de objetos familiares. Em vez de ler as letras, o paciente diz em que direção cada *E* está apontando ou o nome do objeto.

A tabela de Snellen contém números padronizados ao final de cada linha da tabela. O numerador é o número 20 (correspondente a 20 pés), ou a distância a que o paciente se encontra da tabela. O denominador é a distância da qual o olho normal é capaz de ler a tabela. A acuidade visual normal é de 20/20. Quanto maior o denominador, mas baixa a acuidade visual do paciente. Por exemplo, um valor de 20/40 significa que o paciente, posicionado a 6 metros de distância (20 pés), é capaz de ler uma linha que uma pessoa com visão normal consegue ler a 12 metros (40 pés) de distância. Registre a acuidade visual para cada olho e para ambos os olhos, bem como se o teste foi realizado com ou sem correção visual (óculos ou lentes de contato).

Se o paciente não conseguir ler nem mesmo as letras ou os números maiores de um optótico de Snellen, teste a capacidade dele de distinguir a presença de luz ou mostre alguns dedos da mão e peça-lhe que conte os dedos levantados. Coloque uma das mãos a 30 cm de distância do rosto do paciente e peça-lhe que conte os dedos da sua mão que se encontram erguidos. Para verificar a percepção do paciente em relação à presença de luz, focalize uma lanterna de bolso no olho e apague a luz. Se o paciente notar quando a luz está acesa ou apagada, significa que a sua percepção da presença de luz está intacta.

Avalie a visão de perto pedindo ao paciente que leia uma tabela de triagem de visão. O paciente segura a tabela a uma distância confortável (5 a 6 cm) dos olhos e lê a menor linha possível. Essa parte do exame é uma boa ocasião para discutir a necessidade de exames oftalmológicos como procedimento de rotina (Quadro 31-12).

Quadro 31-12

Educação em saúde do paciente

Avaliação Ocular

Objetivo

- O paciente seguirá as recomendações de exames de vista regulares e de prevenção de lesões.

Estratégias de Ensino

- Explicar a frequência recomendada para o teste de visão com um optótico de Snellen e a realização de exames (Tabela 31-3).
- Descrever os sintomas típicos das doenças oculares.
- Oriente o idoso a tomar as seguintes precauções diante de alterações normais da visão: evitar ou ser cauteloso ao dirigir à noite, aumentar a iluminação em casa para reduzir o risco de quedas e pintar com uma cor viva o primeiro e o último degraus de uma escadaria, bem como a borda de cada um dos demais degraus, para auxiliar a percepção de profundidade.
- Lembrar ao paciente que o uso de equipamento de proteção ocular previne lesões causadas por resíduos e respingos.

Avaliação de Enfermagem

- Peça ao paciente ou a um membro da família que relate a visita mais recente do paciente a um oftalmologista.
- Peça ao paciente que descreva quando é recomendável fazer um exame de vista.
- Peça ao paciente que descreva os sintomas comuns de doença ocular.
- Observe o ambiente doméstico do paciente com déficits visuais.

Modificado a partir de Agency for Healthcare Research and Quality: *Guide to clinical preventive services,* AHRQ Publication No. 14-05158, 2014, Rockville, MD, http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-

recommendations/guide/cpsguide.pdf. Acesso em 13 de novembro de 2014.

Movimentos Extraoculares

Seis pequenos músculos orientam os movimentos de cada olho. Os dois olhos movimentam-se paralelamente um ao outro em cada uma das seis direções do olhar (Fig. 31-11). Para avaliar os movimentos extraoculares, o paciente fica sentado ou em pé, e a enfermeira posiciona-se diante dele a uma distância de 60 cm. Ela coloca o dedo a uma distância confortável (15 a 30 cm) dos olhos do paciente. Enquanto ele mantém a cabeça em uma posição fixa olhando para a frente, a enfermeira o direciona para acompanhar com os olhos somente os movimentos de seu dedo para a direita, para a esquerda e diagonalmente para cima e para baixo, para a esquerda e a direita. A enfermeira movimenta o dedo suave e lentamente dentro do campo de visão normal.

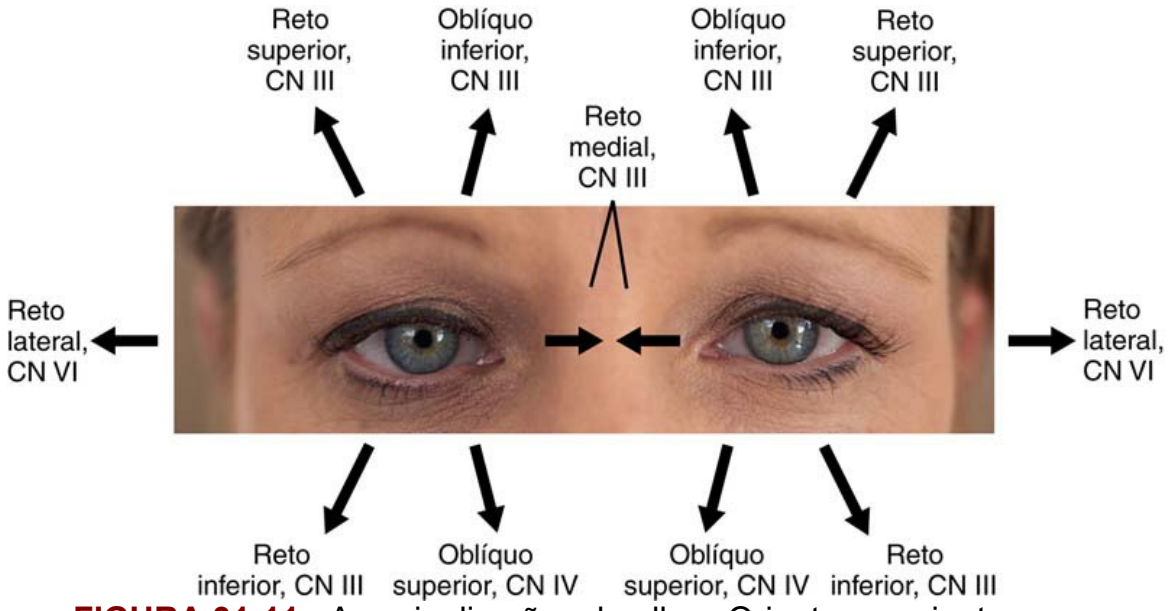


FIGURA 31-11 As seis direções do olhar. Oriente o paciente a acompanhar o movimento do dedo em cada uma delas. *CN*, Nervo craniano.

À medida que o paciente olha em cada direção, observe o

movimento paralelo dos olhos, a posição da pálpebra superior em relação à íris e a presença de movimentos anormais. Quando os olhos se movimentam em cada direção do olhar, a pálpebra superior cobre ligeiramente a íris. O **nistagmo**, uma oscilação rítmica e involuntária dos olhos, ocorre em consequência de uma lesão local nos músculos oculares e nas estruturas de apoio ou de um distúrbio dos nervos cranianos que enervam os músculos. Provoque o nistagmo em pacientes com movimentos oculares normais fazendo que eles olhem para o ponto extremo esquerdo ou direito.

Campos Visuais

Olhando reto para a frente, a pessoa normalmente consegue ver todos os objetos existentes na periferia. Para avaliar os campos visuais, instrua o paciente a ficar em pé ou sentar-se a uma distância de 60 cm no nível dos olhos. O paciente deve fechar ou cobrir levemente um dos olhos (p. ex., o olho esquerdo) e olhar para o seu olho (do examinador), diretamente em frente a ele. Feche o seu olho oposto (nesse caso, o olho direito) para que o campo de visão se sobreponha ao do paciente. Em seguida, movimente o dedo equidistante entre você e o paciente fora do campo de visão, retornando-o lentamente para dentro do campo visual. O paciente deve informar quando consegue ver o dedo. Se você conseguir ver o dedo antes do paciente, isso significa que uma parte do campo visual do paciente está reduzida. Para testar a visão do campo temporal, posicione um objeto ou o dedo ligeiramente atrás do paciente. Repita o procedimento para cada campo de visão para o outro olho. Pacientes com problemas de campo visual estão sujeitos a lesões por não conseguirem enxergar todos os objetos à sua frente. Os idosos normalmente apresentam perda da visão periférica causada por alterações no cristalino.

Estruturas Externas dos Olhos

Para inspecionar as estruturas externas dos olhos, coloque-se de pé em frente ao paciente no nível dos olhos e peça-lhe que olhe para o seu rosto.

Posição e Alinhamento

Avalie a posição dos olhos entre si. Normalmente, eles se apresentam paralelos um ao outro. Olhos saltados (exoftálmicos) normalmente são indício de hipertireoidismo; olhos cruzados (estrabismo) são resultantes de lesão neuromuscular ou anomalias hereditárias; em geral, a presença de tumores ou inflamação na órbita provoca protrusão anormal dos olhos.

Para o restante do exame ocular, peça ao paciente que retire as lentes de contato.

Sobrancelhas

Inspecione o tamanho, a extensão, a textura dos pelos, o alinhamento e os movimentos das sobrancelhas. Normalmente, as sobrancelhas são simétricas. Sobrancelhas com pelos grossos e que não se estendem além do canto temporal possivelmente revelam a presença de hipotireoidismo. As sobrancelhas finas, por outro lado, podem ser resultantes de depilação com cera ou pinça. O envelhecimento provoca perda do terço lateral das sobrancelhas. Para avaliar os movimentos, peça ao paciente que levante e abaixe as sobrancelhas. Em geral, as sobrancelhas fazem esses movimentos simetricamente. A incapacidade de movimentá-las indica paralisia do nervo facial (nervo craniano VII).

Pálpebras

Inspecione a posição, a cor e a condição as pálpebras, bem como a condição e direção dos cílios e a capacidade do paciente de abrir, fechar e piscar os olhos. Quando os olhos estão abertos em uma posição normal, as pálpebras cobrem a esclera acima da íris, mas não a pupila. Além disso, as pálpebras ficam próximas ao globo ocular. Um queda anormal da pálpebra sobre a pupila se chama **ptose**, uma condição causada por edema ou comprometimento do terceiro nervo craniano. No idoso, a ptose resulta da perda de elasticidade que acompanha o envelhecimento. Você observa defeitos na posição das margens das pálpebras. No idoso, as margens das pálpebras geralmente são viradas para fora (**ectrópio**) ou para dentro (**entrópio**).

O entrópio, às vezes, faz com que o bater das pálpebras irrite a conjuntiva e a córnea, aumentando o risco de infecção. Normalmente, os cílios apresentam-se distribuídos de forma homogênea e curvados para fora, distanciados dos olhos. Um caroço eritematoso ou amarelado (hordéolo ou terçol) no folículo de um cílio indica uma inflamação supurativa aguda.

Para inspecionar a superfície das pálpebras superiores, peça ao paciente que feche os olhos e observe a presença de tremores nas pálpebras. Normalmente, as pálpebras são lisas e da mesma cor que a pele circundante. A presença de vermelhidão é indício de inflamação ou infecção. O edema das pálpebras, às vezes causado por alergias ou por insuficiência cardíaca ou renal, impede o fechamento das pálpebras. Inspecione quaisquer lesões e observe se elas apresentam características típicas e provocam desconforto ou produzem drenagem. Use luvas limpas se houver presença de drenagem.

As pálpebras normalmente se fecham de forma simétrica e, quando não se fecham, expõem a córnea ao ressecamento. Essa condição é comum em pacientes inconscientes ou naqueles com paralisia do nervo facial. Para inspecionar as pálpebras inferiores, peça ao paciente que abra os olhos novamente enquanto você procura as mesmas características observadas nas pálpebras superiores. Em geral, o paciente pisca involuntariamente dos dois lados até 20 vezes por minuto. O reflexo do piscar de olhos lubrifica a córnea.

Aparelho Lacrimal

A glândula lacrimal (Fig. 31-12), localizada na parte anterior e lateral da órbita na sua porção superior externa, é responsável pela produção de lágrima. As lágrimas fluem da glândula, atravessam a superfície do olho e chegam ao canal lacrimal, localizado no canto nasal ou no canto interno do olho. A glândula lacrimal, às vezes, é o local de tumores e infecções, devendo-se inspecioná-la para verificar a eventual presença de edema e vermelhidão. Palpe suavemente a glândula para detectar a existência de sensibilidade, a qual normalmente é imperceptível.

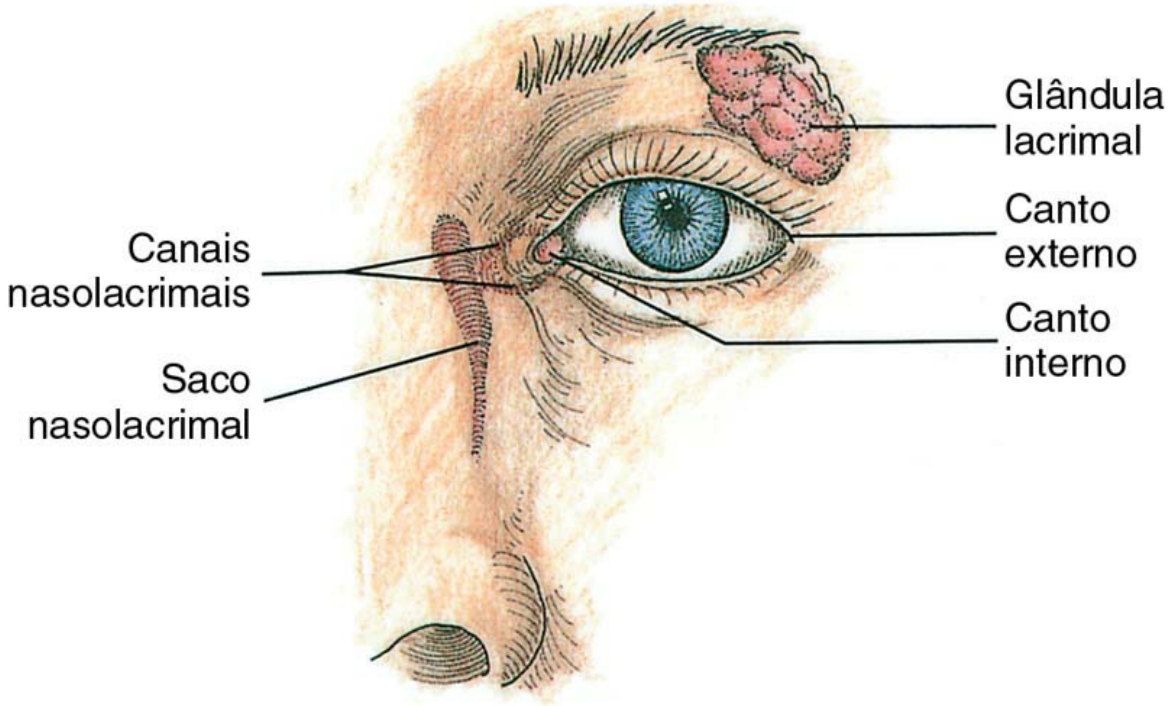


FIGURA 31-12 O aparelho lacrimal secreta e drena as lágrimas, que umedecem e lubrificam as estruturas oculares.

O canal nasolacrimal, às vezes, se obstrui, bloqueando o fluxo de lágrimas. Observe se há evidência de edema no canto interno. A palpação suave do canal localizado na pálpebra inferior, do lado de dentro da borda orbital inferior, provoca uma regurgitação das lágrimas.

Conjuntiva e Esclera

A conjuntiva bulbar cobre a superfície exposta do globo ocular até a borda externa da córnea. Observe a esclera sob a conjuntiva bulbar; normalmente, ela é da cor de porcelana branca em pacientes de pele clara e é amarelo-clara em pacientes de pele escura. A esclera torna-se pigmentada e apresenta uma coloração amarelada ou esverdeada na presença de doença hepática.

Tenha cuidado ao inspecionar a conjuntiva. Para obter a exposição adequada da conjuntiva bulbar, retraia as pálpebras sem exercer pressão direta sobre o globo ocular. Retraia delicadamente ambas as pálpebras, pressionando o polegar e o indicador contra as órbitas

ósseas inferior e superior. Peça ao paciente que olhe para cima, para baixo e de um lado para o outro. Muitos pacientes começam a piscar, dificultando o exame. Inspecione a cor, a textura e a presença de edema ou lesões. Normalmente, as conjuntivas não apresentam eritema. A presença de vermelhidão é indício de **conjuntivite** alérgica ou infecciosa. Sangue vermelho-vivo em uma área localizada rodeada por uma conjuntiva aparentemente normal quase sempre indica a presença de hemorragia subconjuntival. A conjuntivite é uma infecção altamente contagiosa. É fácil passar a drenagem com crosta de um olho para o outro. Use luvas limpas durante o exame. É necessário fazer a higienização adequada das mãos antes e depois do exame.

Córneas

A córnea é a parte transparente e incolor do olho que cobre a pupila e a íris. Vista lateralmente, lembra o cristal de um relógio de pulso. Com o paciente olhando para a frente, inspecione a clareza e a textura da córnea, focando uma lanterna de bolso obliquamente sobre toda a sua superfície. A córnea normalmente é brilhante, transparente e lisa. Nos idosos, ela perde o seu lustre. Qualquer irregularidade na superfície da córnea é indício de laceração ou ruptura que requer um exame mais minucioso conduzido por um profissional de saúde. Ambas as condições são muito dolorosas. Observe a cor e os detalhes da íris subjacente. No idoso, a íris se torna desbotada. Um círculo fino e esbranquiçado na margem da íris, chamado **arco senil**, é comum com a idade, mas é anormal em qualquer pessoa com menos de 40 anos. Para testar o reflexo corneano, consulte a seção deste capítulo sobre o teste do nervo craniano.

Pupilas e Íris

Observe o tamanho, a forma, a equidade, a acomodação e a reação das pupilas à luz. Normalmente, elas são negras, redondas, regulares e de tamanhos iguais (3 a 7 mm de diâmetro) (Fig. 31-13). A íris deve ser claramente visível.

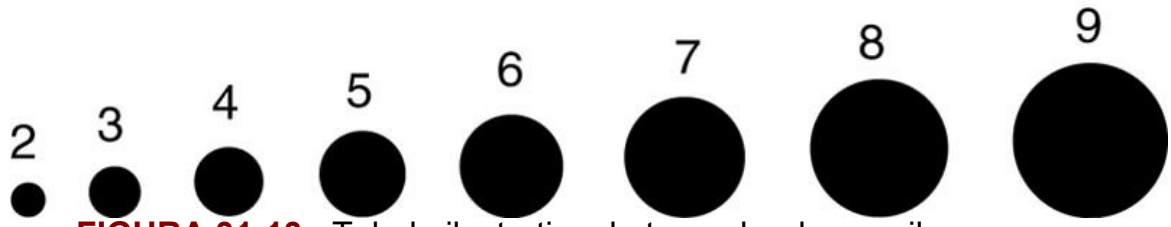


FIGURA 31-13 Tabela ilustrativa do tamanho das pupilas em milímetros.

Pupilas nebulosas indicam a presença de catarata; pupilas dilatadas resultam de glaucoma, trauma, distúrbios neurológicos, medicamentos oftálmicos (p. ex., atropina) ou suspensão de opioides. A inflamação da íris ou o uso de medicamentos (p. ex., pilocarpina, morfina ou cocaína) causa constrição das pupilas. A presença de pontos minúsculos nas pupilas é um sinal comum de intoxicação por opioides. Focando um feixe de luz na retina através da pupila, você estimula o terceiro nervo craniano, fazendo com que os músculos da íris se contraiam. Qualquer anormalidade nas vias nervosas da retina para a íris altera a capacidade das pupilas de reagir à luz. As alterações na pressão intracraniana, as lesões nas vias nervosas, os medicamentos oftálmicos de aplicação local e o traumatismo direto do olho alteram a reação pupilar.

Teste os reflexos pupilares (à luz e à acomodação) em um ambiente com pouca iluminação. Instrua o paciente a evitar olhar diretamente para a luz. Com ele olhando para a frente, aproxime uma lanterna de bolso pela lateral do rosto dele, direcionando a luz para a pupila (Fig. 31-14). Esta, sob efeito direto da luz, se contrai, enquanto a pupila oposta a acompanha, contraindo-se consensualmente. Observe a rapidez e a uniformidade do reflexo. Repita o exame no olho oposto.

A

B

FIGURA 31-14 **A,** Para verificar os reflexos pupilares, a enfermeira primeiro segura uma lanterna de bolso ao lado do rosto do paciente. **B,** A iluminação da pupila provoca a constrição pupilar.

Para testar a acomodação, peça ao paciente que olhe para um objeto distante (a parede mais distante dele) e depois para um objeto de teste (dedo ou lápis) posicionado a aproximadamente 10 cm da ponte do nariz do paciente. As pupilas quase sempre convergem e acomodam-se, contraindo-se quando olham para objetos próximos. As respostas pupilares são iguais. O teste da acomodação só é importante se o paciente apresentar defeito na resposta das pupilas à luz (Ball et al., 2015). Se a avaliação da reação pupilar for normal em todos os testes, registre a abreviatura **PERRLA** (pupilas iguais, redondas, reativas à luz e acomodação).

Estruturas Oculares Internas

O exame das estruturas internas dos olhos com o auxílio de um oftalmoscópio foge ao alcance da prática de uma enfermeira recém-graduada. As enfermeiras de prática avançada utilizam o oftalmoscópio para examinar o fundo do olho (Fig. 31-15), que inclui a retina, a coroide, o disco do nervo óptico, a mácula, a fóvea central e os vasos retinais. Os pacientes que mais necessitam de exame são aqueles com diabetes, hipertensão e distúrbios intracranianos.

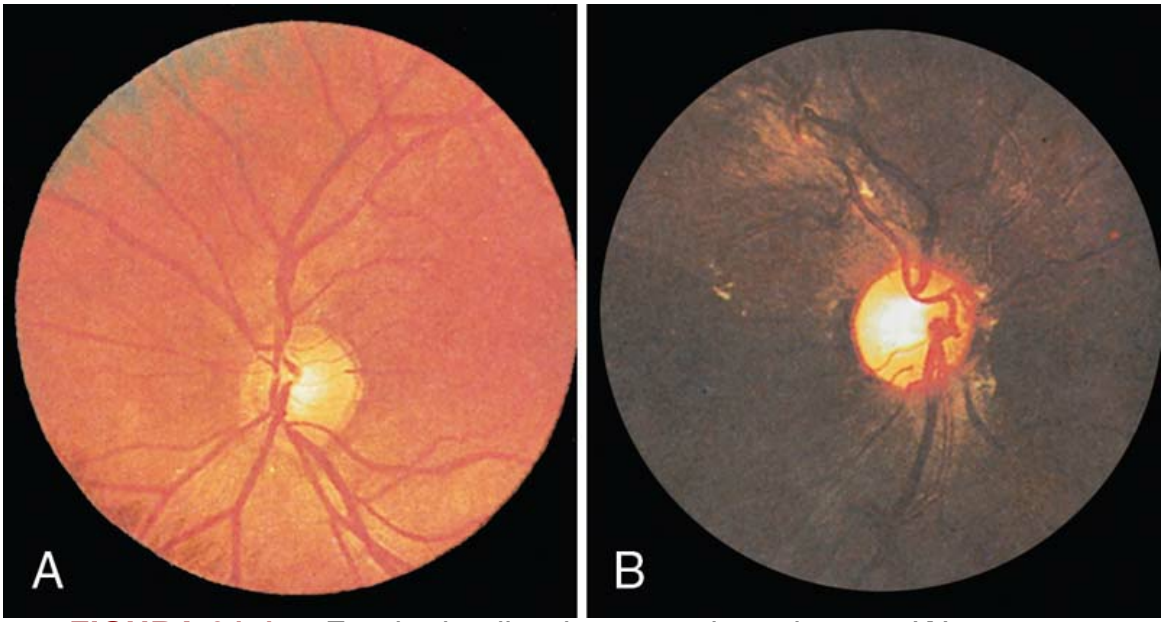


FIGURA 31-15 Fundo do olho de um paciente branco **(A)** e de um paciente negro **(B)**. (Cortesia MEDCOM, Cypress, CA.)

Orelhas/Ouvido

A avaliação da orelha/ouvido determina a integridade das estruturas auriculares e a acuidade auditiva. As três partes do ouvido são o ouvido externo, o ouvido médio e o ouvido interno (Fig. 31-16). Inspecione e palpe as estruturas do ouvido externo, que consiste na aurícula, o canal auditivo externo e a membrana timpânica (tímpano). No adulto, o canal auditivo normalmente é uma estrutura curva com cerca de 2,5 cm de comprimento, revestida de pele formada com pelos finos, terminações nervosas e glândulas secretoras de cerume. O ouvido médio é inspecionado com um otoscópio. Trata-se de uma cavidade cheia de ar que contém três ossículos (martelo, bigorna e estribo). A trompa de Eustáquio conecta o ouvido médio à nasofaringe e estabiliza a pressão entre a atmosfera externa e o ouvido médio. Por fim, testa-se o ouvido interno medindo a acuidade auditiva do paciente. O ouvido interno contém a cóclea, o vestíbulo e os canais semicirculares. A avaliação auricular determina a integridade das estruturas auriculares e a condição da audição. Utilize os dados do histórico de enfermagem para identificar os riscos de distúrbios

auditivos do paciente (Tabela 31-14).

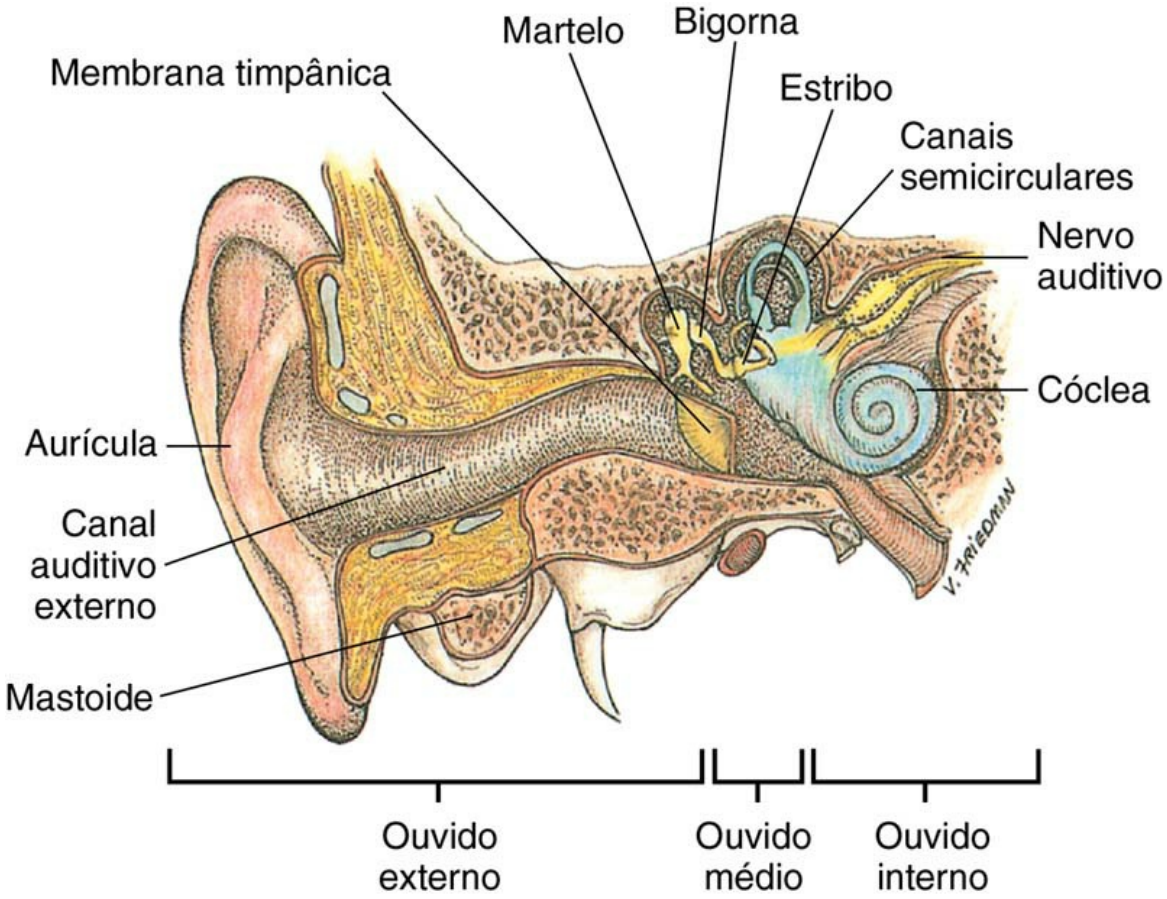


FIGURA 31-16 Estruturas dos ouvidos externo (orelha), médio e interno.

Tabela 31-14
Histórico de Enfermagem para Avaliação do Ouvido

Avaliação	Justificativa
Pergunte ao paciente se ele sente dor de ouvido, prurido, secreção, vertigem, tinido (zumbido no ouvido) ou qualquer alteração na audição.	Esses sinais e sintomas indicam a presença de infecção ou perda auditiva.
Avalie os riscos de problema auditivo. *Lactentes/crianças:* Hipóxia ao nascer, meningite, peso de nascimento inferior a 1.500 kg, história familiar de perda auditiva, anomalias congênitas do crânio ou da face, infecções	Os fatores de risco predispõem o paciente a perda auditiva permanente. É difícil avaliar a condição auditiva de lactentes

intrauterinas não bacterianas (rubéola, herpes), uso de medicamentos pela mãe, bilirrubina excessivamente elevada, traumatismo craniano *Adolescentes:* Exposição frequente a música alta em *shows* e através do rádio do carro e de telefones celulares ou iPods com o uso de fones de ouvido ou outros dispositivos *Adultos:* Exposição a ruídos industriais ou recreativos, doença genética (doença de Ménière), distúrbio neurodegenerativo	apenas através de exame.
Verifique a exposição do cliente a ruídos altos no trabalho e a disponibilidade de dispositivos de proteção.	A exposição prolongada a ruídos causa perda auditiva temporária ou permanente.
Observe no paciente comportamentos indicativos de perda auditiva, como incapacidade de responder quando se fala, pedidos para repetir comentários, o ato de inclinar-se para a frente para ouvir e no caso de crianças, desatenção e tom monótono de voz.	As pessoas com perda auditiva lidam com o déficit sensorial através de diversas formas de comportamento que servem de pistas para a detecção do problema.
Avalie se o paciente toma doses elevadas de aspirina ou outros medicamentos ototóxicos (p. ex., aminoglicosídeos, furosemida, estreptomicina, cisplatina, ácido etacrínico).	Esses medicamentos produzem efeitos colaterais de perda auditiva.
Verifique se o paciente usa algum dispositivo auditivo.	Essa informação permite que a enfermeira avalie a capacidade do paciente de cuidar do dispositivo e ajustar o tom de voz para se comunicar.
Caso o paciente tenha tido algum problema auditivo recente, verifique quando os sintomas se manifestaram, os fatores contribuintes, o ouvido afetado e o efeito do problema nas atividades diárias do paciente.	Ajuda a determinar a natureza e a severidade do problema auditivo.
Verifique se o paciente apresenta história repetitiva de acúmulo de cerume no ouvido.	A impactação do cerume é uma causa comum de surdez de condução.

Conhecer os mecanismos de transmissão de som ajuda na tarefa de identificar a natureza dos distúrbios auditivos. O som atravessa o ouvido conduzido pelo ar e pelos ossos. Os impulsos nervosos da cóclea dirigem-se para o nervo auditivo (oitavo nervo craniano) e o córtex cerebral. Os distúrbios do ouvido resultam de vários tipos de problemas, entre os quais, disfunção mecânica (bloqueio provocado por cerume ou corpo estranho), traumatismo (corpos estranhos ou exposição a ruídos), distúrbios neurológicos (lesão do nervo auditivo), doença aguda (infecção viral) e efeitos tóxicos causados por medicamentos.

Aurículas

Com o paciente sentado confortavelmente, inspecione o tamanho, a forma, a simetria, as referências, a posição e a cor das aurículas (Fig. 31-17). Elas normalmente são de tamanhos iguais e niveladas umas com as outras. O ponto superior de conexão forma uma linha reta com o canto lateral, ou canto do olho. A posição da aurícula é quase vertical. As orelhas com implantação baixa ou que apresentam um ângulo de implantação incomum são um sinal de anomalia cromossômica, como síndrome de Down. A cor das orelhas normalmente é a mesma do rosto, sem pintas, cistos, deformidades ou nódulos. Vermelhidão é sinal de inflamação ou febre; palidez excessiva indica a presença de lesões de congelamento induzidas pelo frio.

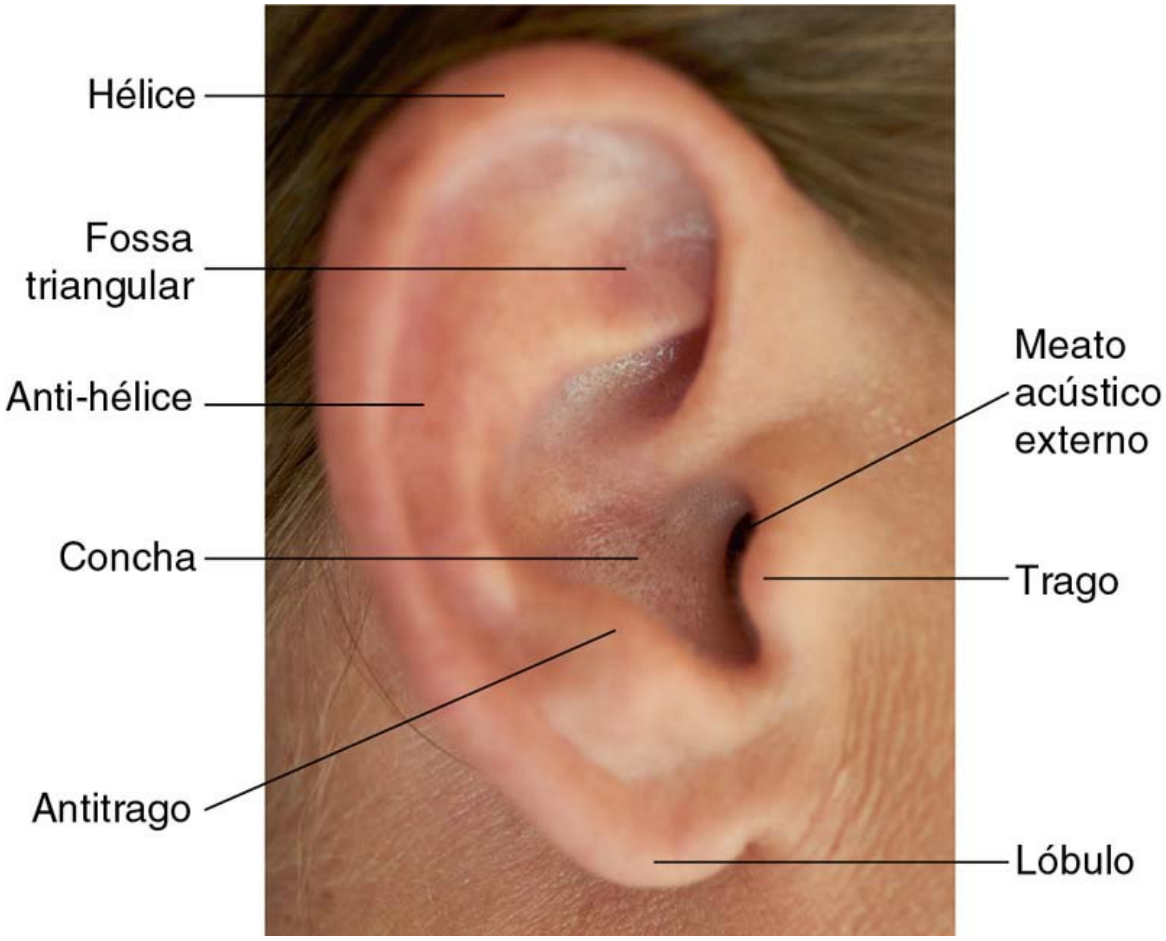


FIGURA 31-17 Estruturas anatômicas da aurícula.

Palpe as aurículas para verificar a textura, a sensibilidade e a presença de lesões cutâneas. Se o paciente se queixar de dor, puxe delicadamente a aurícula, pressione o trago e palpe a região posterior da orelha sobre o processo mastoide. Se a palpação do ouvido externo aumentar a dor, é provável que o ouvido externo esteja infeccionado. Se a palpação da aurícula e do trago não influenciar a dor, o paciente pode estar com infecção no ouvido médio. A sensibilidade na região do mastoide indica mastoidite.

Inspecione a abertura do canal auditivo e a presença de secreção. Se houver secreção, use luvas limpas. Um meato inchado ou obstruído não é normal. A presença de uma substância amarela e cerosa chamada **cerume** é comum. Secreção amarelada ou esverdeada com mau cheiro é indício de infecção ou corpo estranho.

Canais Auditivos e Tímpanos

Observe as estruturas mais profundas dos ouvidos externo e médio com o auxílio de um otoscópio. Um espéculo auditivo especial é acoplado ao cabo do oftalmoscópio. Para uma melhor visualização, escolha o maior espéculo que se encaixe confortavelmente no ouvido do paciente e, antes de inseri-lo, verifique se existem corpos estranhos na abertura do canal auditivo.

O paciente não deve mexer a cabeça durante o exame, a fim de evitar lesões ao canal e à membrana timpânica. Recém-nascidos e crianças precisam ser segurados com firmeza para impedir o movimento. Deite o recém-nascido em decúbito dorsal com a cabeça virada para um dos lados e os braços mantidos paralelamente ao corpo. Crianças maiores devem se sentar no colo dos pais com as pernas seguras entre os joelhos deles.

Ligue o otoscópio girando o disco localizado na parte superior do cabo. Para inserir o espéculo corretamente, peça ao paciente que incline ligeiramente a cabeça em direção ao ombro oposto. Segure o cabo do otoscópio no espaço entre o polegar e o dedo indicador, mantendo-o apoiado no dedo médio. Essa posição permite que o lado ulnar da mão repouse contra a cabeça do paciente, estabilizando o otoscópio inserido no canal (Ball et al., 2015). Existem duas maneiras

de segurar o otoscópio: (1) segurando o cabo longitudinalmente ao rosto do paciente, com os dedos encostados no rosto ou no pescoço; (2) apoiando levemente o otoscópio invertido contra a lateral da cabeça ou a bochecha do paciente. A segunda posição, utilizada em crianças, evita movimentos acidentais do otoscópio para o interior do canal do ouvido. No caso de adultos ou crianças mais velhas, insira o escopo puxando, simultaneamente, a aurícula para cima e para trás (Fig. 31-18). Essa manobra retifica o canal auditivo. Em recém-nascidos, a aurícula deve ser puxada para baixo e para trás.

FIGURA 31-18 Exame otoscópico. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Insira o espéculo de 1 a 1,5 cm no canal auditivo, ligeiramente voltado para baixo e para a frente. Tenha cuidado para não raspar a mucosa sensitiva, o que causa dor. O canal auditivo normalmente contém pouco cerume e é uniformemente rosado com minúsculos pelos no terço externo do canal. Observe a cor e se há presença de secreção, descamação, lesões, corpos estranhos e cerume. Normalmente, o cerume é seco (marrom-claro a cinzento e escamoso) ou úmido (amarelo-escuro ou marrom) e pegajoso. O cerume seco é comum em asiáticos e indígenas norte-americanos (Ball et al., 2015). Um canal avermelhado com secreção é sinal de inflamação ou infecção. Em outros adultos, o acúmulo de cerume é um problema comum e causa uma leve perda auditiva. Durante o exame, pergunte ao paciente sobre os métodos que ele utiliza para limpar o canal do ouvido (Quadro 31-13).

Quadro 31-13

Educação em saúde do paciente

Avaliação do Ouvido

Objetivo

- O paciente seguirá as diretrizes preventivas na triagem de perda auditiva e a técnica adequada de limpeza dos ouvidos.

Estratégias de Ensino

- Explique que a perda auditiva induzida por ruídos pode resultar em dificuldades de comunicação, dificuldades de aprendizado, dor ou zumbido nos ouvidos (tinido), audição distorcida ou abafada e incapacidade de ouvir alguns sons do ambiente e sinais de advertência.
- Utilize a sensibilidade cultural para incentivar os pacientes a adotar formas de comportamento que visem à proteção da audição (CDC, 2015a), como:

- Evitar ou limitar a exposição a sons excessivamente altos
- Baixar o volume de sistemas de música
- Afastar-se da fonte de sons altos quando possível
- Usar dispositivos de proteção auditiva quando não for viável evitar a exposição a sons altos ou reduzi-los a níveis seguros

- Oriente o paciente sobre a maneira correta de limpar o ouvido externo (Cap. 40), evitando o uso de cotonetes e objetos perfurocortantes, como grampos de cabelo por exemplo, que causam impactação profunda do cerume no interior do canal auditivo ou traumatismo.
- Diga ao paciente que evite inserir objetos pontiagudos no canal do ouvido.
- Incentive os pacientes com mais de 65 anos a fazer avaliações auditivas regulares. Explique que a redução da audição é uma condição normal do processo de envelhecimento (Cap. 49).
- Oriente os membros da família de pacientes com perda auditiva para que evitem gritar; falem mais devagar e em tons mais baixos; e permitam que o paciente veja o rosto de seu interlocutor.

Avaliação de Enfermagem

- Peça ao paciente que descreva formas de proteger a audição em casa.
- Peça ao paciente que explique a técnica adequada para limpar os ouvidos.
- Em uma visita de acompanhamento, pergunte ao paciente com que frequência ele têm feito avaliações auditivas.
- Observe a maneira como o paciente com perda auditiva interage com familiares.

A luz do otoscópio permite a visualização da membrana timpânica. Conheça as referências anatômicas comuns e sua aparência (Fig. 31-19). Movimente suavemente o otoscópio para visualizar toda a membrana timpânica e sua periferia. Como a membrana timpânica forma um ângulo em sua posição afastada do canal auditivo, a luz do

otoscópio apresenta-se em forma de cone, e não de círculo. Um anel de cartilagem fibrosa contorna a membrana oval. O umbo fica próximo ao centro da membrana, atrás do qual está fixado o martelo. O processo curto inferior do martelo forma uma estrutura protuberante na parte superior do tímpano. Verifique cuidadosamente se a membrana apresenta rupturas ou fissuras. Quando normal, ela é translúcida, brilhante e tem uma coloração cinza-perolada, sem rupturas ou fissuras. Uma membrana abaulada de cor rosa ou vermelha indica infecção; uma coloração esbranquiçada revela a existência de pus por trás dela. A membrana é tensa, à exceção da parte flácida (*pars flaccida*), pequena e triangular, próximo ao topo. Se o cerume estiver bloqueando a membrana timpânica, a irrigação com água morna remove com segurança a cera.

FIGURA 31-19 Membrana timpânica direita normal. (Cortesia do Dr. Richard A. Buckingham, Abraham Lincoln School of Medicine, University of Illinois, Chicago.)

Acuidade Auditiva

O paciente com perda de audição geralmente não responde à conversação. A perda auditiva pode ser de três tipos: condução, sensório-neural e mista. A perda da condução interrompe as ondas de som em seu percurso do ouvido externo para a cóclea do ouvido interno, uma vez que as ondas sonoras não se transmitem através das estruturas dos ouvidos externo e médio. Por exemplo, as causas de

uma perda de condução incluem inchaço do canal auditivo e rupturas na membrana timpânica. Uma perda sensório-neural envolve o ouvido interno, o nervo auditivo ou o centro auditivo do cérebro. O som é conduzido através das estruturas externas e médias, mas a transmissão contínua do som é interrompida em algum ponto além dos ossículos. Uma perda mista envolve uma combinação de perda de condução e sensório-neural. Pacientes que trabalham ou vivem próximo ao barulho e aqueles que ouvem música alta correm risco de perder a audição. De acordo com o CDC (2015a), a estimativa é de que 12,5% das crianças e adolescentes de 6 a 19 anos (aproximadamente 5,2 milhões) e 17% dos adultos de 20 a 69 anos sofram lesões auditivas permanentes por exposição excessiva ao barulho.

Os idosos sofrem da incapacidade de ouvir sons de alta frequência e consonantes (p. ex., *S, Z, T* e *G*). Neles, a deterioração da cóclea e o espessamento da membrana timpânica promovem a perda gradual da acuidade auditiva, especialmente com risco de perda auditiva causada por **ototoxicidade** (lesão do nervo auditivo) resultante da ingestão de altas doses de manutenção de antibióticos (p. ex., aminoglicosídeos).

Para conduzir uma avaliação auditiva, peça que o paciente retire qualquer aparelho auditivo que ele possa estar usando e observe as suas respostas às perguntas. Geralmente, ele responde sem que as perguntas precisem ser repetidas. Em caso de suspeita de perda de audição, verifique a resposta do paciente à voz sussurrada. Teste um ouvido de cada vez, enquanto ele tampa o outro ouvido com o dedo. Peça ao paciente que responda ao teste de sussurro movendo suavemente o dedo para cima e para baixo. De pé, a uma distância de 30 a 60 cm do ouvido que está sendo testado, fale cobrindo a boca para que o paciente não faça leitura labial. Após expirar completamente, sussurre de modo suave em direção ao ouvido que não está tampado, pronunciando números com a mesma acentuação tônica, tais como a sequência *nove–quatro–dez*. Se necessário, aumente gradativamente a intensidade da voz até que o paciente repita corretamente os números. Em seguida, teste o outro ouvido para fins de comparação. Ball et al. (2015) relatam que os pacientes quase sempre ouvem claramente os números quando sussurrados,

respondendo de maneira correta, pelo menos, 50% das vezes.

Na presença de perda auditiva, teste a audição utilizando um diapasão; em geral, de 256 a 512 hertz (Hz). O diapasão permite a comparação da audição através de condução óssea com aquela através de condução aérea. Segure a base do mesmo com uma das mãos sem tocar nos dentes do instrumento. Bata levemente o garfo contra a palma da outra mão para fazê-lo vibrar (Tabela 31-15).

Tabela 31-15

Testes com Diapasão

Testes e Etapas	Justificativa
Teste de Weber (Lateralização do Som)	
Segure o diapasão pela base e bata-o levemente contra a parte posterior da palma da mão. Coloque a base do garfo em vibração no vértice da linha mediana da cabeça do paciente ou nomeio da testa (ver ilustração *A*.) Pergunte ao paciente se ele ouve o som igualmente com ambos os ouvidos ou melhor com um deles (lateralização).	O paciente com audição normal ouve o som igualmente com ambos ouvidos. Na surdez de condução, o som é ouvido melhor com o comprometido. Na perda auditiva sensório-neural, o som é ouvi melhor com o ouvido normal.
Teste de Rinne (Comparação entre Condução Aérea e Condução Óss	
Coloque o cabo do diapasão em vibração contra o processo mastoide do paciente (ver ilustração *B*). Comece a contar o intervalo no seu relógio. Peça ao paciente que lhe diga quando não estiver mais ouvindo o som; observe o número de segundos. Coloque rapidamente os dentes do garfo, enquanto ainda estiverem vibrando, a 1 a 2 cm do canal auditivo e peça ao paciente que lhe diga quando ele não estiver mais ouvindo o som (ver ilustração *C*). Continue contando o tempo durante o qual o som é ouvido por condução aérea.	O paciente deve ouvir o som conduzido pelo ar duas vezes mais qu conduzido por via óssea (proporção de 2:1). Por exemplo, se o p ouvir por 10 segundos o som conduzido por via óssea, ele deve som conduzido por via aérea por outros 10 segundos. Na surdez condução, o paciente ouve a condução óssea por mais tempo qu condução aérea com o ouvido afetado. Na perda sensório-neura outro lado, o paciente ouve a condução aérea por mais tempo qu condução óssea com o ouvido afetado, mas em uma proporção i a 2:1 (Ball et al., 2015).

Compare o número de segundos durante os quais o som é ouvido por condução óssea e por condução aérea.	

Nariz e Seios da Face

Use a inspeção e a palpação para avaliar a integridade do nariz e dos

seios da face. O paciente permanece sentado durante o exame. Com o auxílio de uma lanterna de bolso, é possível examinar macroscopicamente cada narina. Um exame mais detalhado requer o uso de um espéculo nasal para inspecionar os turbinados nasais mais profundos. Não use o espéculo, a não ser na presença de um profissional de saúde qualificado, como uma enfermeira preceptora, professora ou uma enfermeira de prática avançada. A Tabela 31-16 relaciona os componentes do histórico de enfermagem.

Tabela 31-16

Histórico de Enfermagem para Avaliação do Nariz e dos Seios da Face

Histórico de Enfermagem	Justificativas
Pergunte se o paciente sofreu traumatismo nasal.	O traumatismo causa desvio do septo e assimetria do nariz externo.
Pergunte se ele tem histórico de alergias, secreção nasal, epistaxe (sangramento nasal) ou gotejamento pós-nasal.	O histórico é útil para determinar a fonte ou a natureza da drenagem nasal ou sinusal.
Se houver histórico de secreção nasal, avalie a cor, a quantidade, o odor, a duração e os sintomas correlatos (p. ex., espirros, congestão nasal, obstrução ou respiração pela boca).	Ajuda a descartar a presença de infecção, alergia ou uso de drogas.
Avalie o histórico de sangramento nasal, inclusive o local, a frequência, a quantidade de sangramento, o tratamento e a dificuldade de estancar o sangramento.	As características, às vezes, revelam a ocorrência de traumatismo, o uso de medicamentos ou a evidência de ressecamento excessivo como fatores causativos.
Pergunte se o paciente usa aerossol ou gotas nasais, indagando, inclusive, a quantidade, a frequência e o tempo de uso.	O uso excessivo de soluções nasais de venda livre provoca alterações físicas na mucosa.
Pergunte se o paciente ronca à noite ou tem dificuldade para respirar.	A dificuldade para respirar ou o ronco indica desvio ou obstrução de septo.

Nariz

Ao inspecionar o nariz externo, observe a forma, o tamanho, a pele, a cor e a presença de deformidade ou inflamação. O nariz normalmente é liso e simétrico, com a mesma cor de pele que o rosto. Traumatismos recentes, às vezes, causam edema e descoloração. Se houver inchaço ou deformidades, palpe delicadamente a crista e o tecido mole do

nariz colocando um dedo de cada lado do arco nasal e movimentando suavemente os dedos da ponte do nariz para a ponta. Observe se há evidência de sensibilidade, massas ou desvios subjacentes. As estruturas nasais normalmente são firmes e estáveis.

Em geral, o ar passa livremente através do nariz quando a pessoa respira. Para avaliar a patência das narinas, coloque um dedo do lado do nariz do paciente e obstrua uma das narinas. Peça ao paciente que respire com a boca fechada. Repita o procedimento na outra narina.

Iluminando as narinas anteriores, inspecione a mucosa, verificando a cor, a eventual presença de lesões, secreção ou inchaço e se há evidência de sangramento. Se houver secreção, use luvas. A mucosa é rosada e úmida, sem lesões. A mucosa pálida com secreção transparente é sinal de alergia; uma secreção com muco, por outro lado, é indício de rinite. Uma infecção sinusal, por sua vez, resulta na produção de secreção amarelada ou esverdeada. O uso habitual de cocaína intranasal ou opioides causa intumescência e aumento da vascularidade da mucosa nasal. No caso de paciente com sonda nasogástrica, verifique rotineiramente evidência de ulceração local da pele (**escoriação**) da narina, caracterizada por vermelhidão e esfolamento da pele.

Para visualizar o septo e os turbinados, peça ao paciente que incline a cabeça ligeiramente para trás, a fim de permitir uma visualização clara. Ilumine o septo e observe o alinhamento e se há presença de perfuração ou sangramento. Normalmente, o septo fica próximo à linha mediana e é mais espesso na porção anterior que na porção posterior. Os turbinados são recobertos por membranas mucosas que aquecem e umedecem o ar inspirado. A mucosa normal é rosada e úmida, sem lesões. O septo desviado obstrui a respiração e interfere na passagem de uma sonda nasogástrica; a perfuração do mesmo geralmente ocorre após o uso repetido de cocaína intranasal. Observe se existem **pólipos** (crescimentos semelhantes a tumores) ou drenagem purulenta.

Seios da Face

O exame dos seios da face envolve palpação. Em casos de alergias ou

infecção, o interior dos seios se inflama e incha. A maneira mais eficaz de avaliar a sensibilidade é palpando externamente as regiões frontal e maxilar da face (Fig. 31-20). Palpe o seio frontal exercendo pressão com o polegar para cima e embaixo da sobrancelha do paciente. A pressão ascendente leve provoca sensibilidade facilmente se o seio estiver irritado. Não aplique pressão sobre os olhos. Em caso de sensibilidade sinusal, os seios podem ser transiluminados. Entretanto, esse procedimento exige experiência avançada. O Quadro 31-14 descreve as diretrizes de ensino durante a avaliação do nariz e dos seios da face.

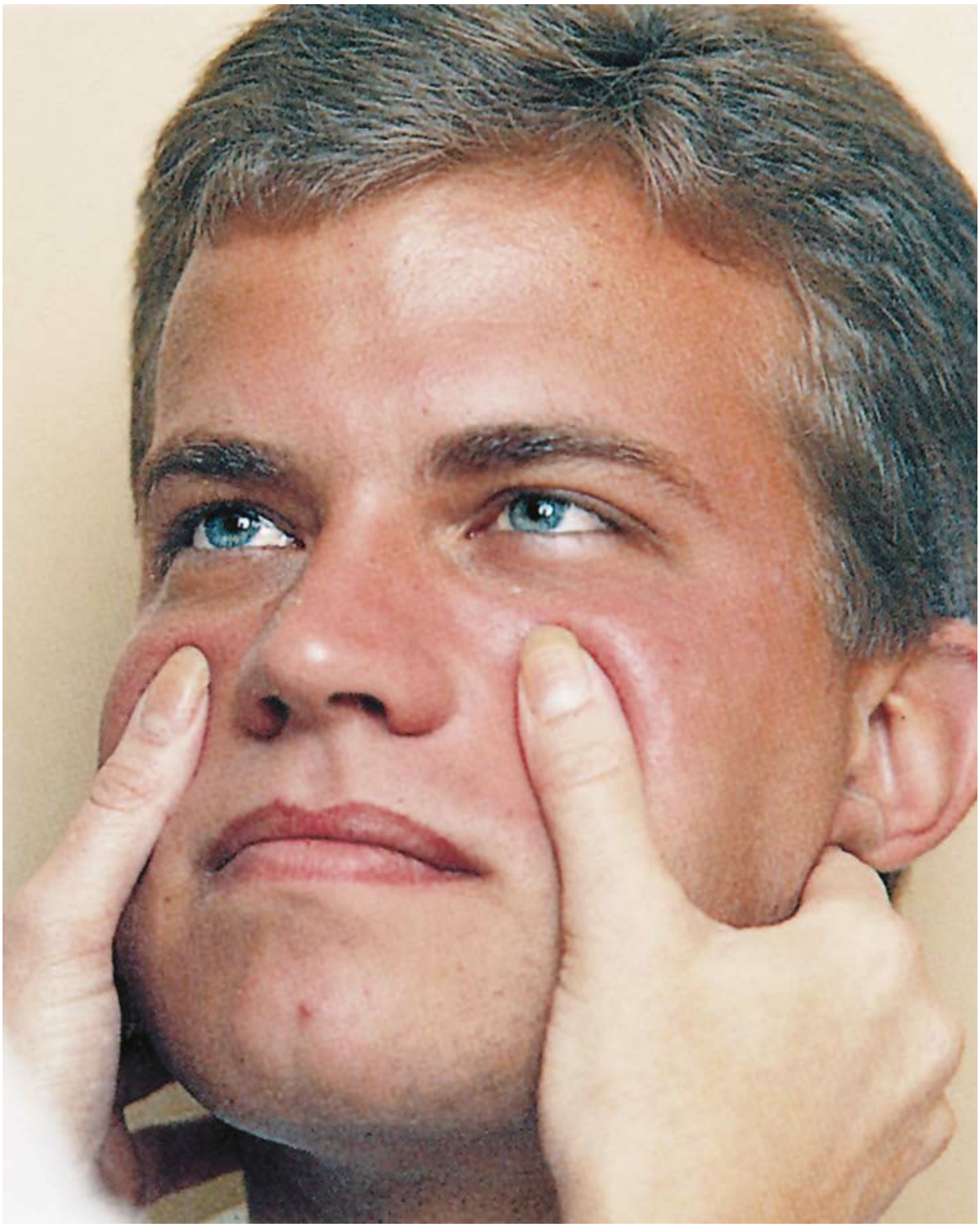


FIGURA 31-20 Palpação dos seios maxilares.

Quadro 31-14

Educação em saúde do paciente

Avaliação do Nariz e dos Seios da Face

Objetivo

- O paciente explicará as medidas de autocuidado para cuidar e minimizar a perda de olfato.

Estratégias de Ensino

- Alerte o paciente para o uso excessivo de aerossóis nasais de venda livre, o que resulta no efeito "rebote", causando excesso de congestão nasal.
- Oriente os pais sobre os cuidados com uma criança que apresenta sangramento nasal: deve-se sentar a criança inclinada para a frente para evitar que ela aspire o sangue, aplicar pressão à narina anterior com o polegar e o indicador enquanto a criança respira pela boca, e aplicar gelo ou um pano frio à ponte do nariz se a pressão não estancar o sangramento.
- Oriente os idosos com perda de olfato a tomar medidas de precaução:
  - Instalar detectores de fumaça em cada andar de suas casas.
  - Pedir aos outros que os avisem quando a comida estiver com cheiro de azeda.
- Oriente os idosos a sempre verificar o prazo de validade nos rótulos dos alimentos a fim de se precaverem contra produtos deteriorados.

Avaliação de Enfermagem

- Peça ao paciente que explique o uso adequado dos aerossóis nasais vendidos sem receita médica.
- Peça aos pais que demonstrem e descrevam a técnica para fazer estancar um sangramento.
- Inspecione a casa do paciente durante a visita e procure os detectores de fumaça. Peça para verificar alguns alimentos na

geladeira.

Boca e Faringe

Avalie a boca e a faringe para detectar sinais da saúde geral. Verifique as necessidades de higiene bucal do paciente e as terapias necessárias se ele apresentar desidratação, ingestão alimentar restrita, traumatismo bucal ou obstrução das vias aéreas. Para avaliar a cavidade bucal, utilize uma lanterna de bolso e um abaixador de língua ou quadrado de gaze. Use luvas limpas durante o exame. O paciente deve ficar sentado ou deitado. Avalie a cavidade bucal também enquanto administra a higiene bucal (Cap. 40). A Tabela 31-17 descreve o histórico de enfermagem para avaliação da boca e da faringe.

Tabela 31-17

Histórico de Enfermagem para Avaliação da Boca e da Faringe

Avaliação	Justificativa
Verifique se o paciente usa dentadura ou fixadores e se são confortáveis.	O paciente precisa retirar a dentadura para que a enfermeira possa visualizar e palpar as gengivas. Dentaduras mal encaixadas causam irritação crônica na mucosa e na gengiva.
Verifique se o paciente sofreu alteração recente de apetite ou de peso.	Os sintomas resultam de condições dolorosas da boca e de má higiene.
Verifique se o paciente utiliza produtos de tabaco: • Fuma cigarro, charuto ou cachimbo; tabaco sem fumaça; masca tabaco e rapé • Cigarros eletrônicos ou cigarros de vapor	O uso do tabaco sob qualquer forma (com ou sem fumaça) aumenta o risco de câncer orofaríngeo (ACS, 2015a). Em longo prazo, os usuários de rapé apresentam maior risco de câncer da gengiva e das bochechas (ACS, 2015a). Exposição aos efeitos viciantes da nicotina; efeitos desconhecidos dos inalantes sobre a cavidade bucal (Cancer Net, 2015)
Reveja o histórico no que diz respeito ao consumo de álcool.	Os cânceres bucal e faríngeo são mais comuns em usuários de álcool que em não usuários. A combinação de tabaco com o uso excessivo de álcool aumenta significativamente o risco, uma vez que os dois agem de forma sinergística (ACS, 2015a). Aqueles que fumam e bebem correm um risco 15 vezes maior de desenvolver câncer bucal que outros (Oral Cancer Foundation, 2014). Os efeitos do álcool também independem do uso do tabaco.

Avalie as práticas de higiene dentária, inclusive o uso de pasta com flúor, a frequência das escovações e o uso de fio dental, bem como a frequência das visitas odontológicas.	A avaliação revela a necessidade de esclarecimento e/ou suporte financeiro do paciente. As doenças periodontais são mais prevalentes em idosos com histórico de alto acúmulo de placa, uso de tabaco e visitas irregulares ao dentista.
Pergunte se o paciente sente dor ao mastigar ou comer. Nesse caso, pergunte se há lesões na boca, há quanto tempo e os sintomas correlatos.	A dor geralmente está associada a dentes quebrados, ranger de dentes ou problemas na articulação temporomandibular. É preciso cuidado redobrado durante a administração da higiene bucal.
Revise o histórico clínico do paciente no que diz respeito a um diagnóstico anterior de vírus do papiloma humano (HPV).	O HPV, especialmente o HPV16, já foi comprovadamente implicado como risco para cânceres bucais, principalmente aqueles que ocorrem na parte posterior da boca (orofaringe, base da língua, pilares e cripta tonsilares, bem como as tonsilas propriamente ditas) (Oral Cancer Foundation, 2014; ACS, 2015a).

Lábios

Inspecione a cor, a textura, a hidratação, o controle e a presença de lesões nos lábios. Com o paciente com a boca fechada, examine os lábios de uma ponta a outra. Normalmente, os lábios são rosados, úmidos, simétricos e lisos (Fig. 31-21). A cor dos lábios no paciente de pele escura varia de cor-de-rosa a ameixa. Peça às pacientes do sexo feminino que retirem o batom antes do exame. A anemia provoca a palidez dos lábios, com cianose causada por problemas respiratórios ou cardiovasculares. Os lábios cor de cereja indicam intoxicação por monóxido de carbono. Ao inspecionar qualquer lesão, considere a possibilidade de se tratar a infecção, irritação ou câncer de pele.

FIGURA 31-21 Os lábios normalmente são rosados, simétricos, lisos e úmidos.

Mucosa Bucal/Oral, Gengivas e Dentes

Peça ao paciente que cerre os dentes e sorria para observar a oclusão dentária. Os molares superiores normalmente repousam diretamente sobre os molares inferiores, e os incisivos superiores traspassam ligeiramente os incisivos inferiores. Um sorriso simétrico revela função normal do nervo facial.

Inspecione os dentes para determinar a qualidade da higiene dental (Quadro 31-15). Observe a posição e o alinhamento dos dentes. Para examinar a superfície posterior dos dentes, peça que o paciente abra a boca com os lábios relaxados. Use um abaixador de língua para retrair os lábios e as bochechas, especialmente quando estiver examinando os molares. Observe a cor dos dentes e a presença de cáries dentárias, tártaro e sítios de extração. Os dentes normais e saudáveis são lisos, brancos e brilhantes. Uma descoloração branco-giz do esmalte é um

indício precoce de formação de cáries; a descoloração marrom ou preta indica a formação de cáries. O uso do tabaco resulta em uma coloração amarela manchada; o café, o chá e as colas produzem uma mancha marrom. No idoso, a ocorrência de dentes frouxos ou perda de dentes é comum na medida em que a reabsorção óssea aumenta. Os dentes do idoso geralmente se tornam ásperos quando o esmalte se calcifica. Dentes amarelos ou escurecidos também são comuns nos idosos devido ao desgaste geral que expõe a dentina subjacente mais escura.

Quadro 31-15

Educação em saúde do paciente

Avaliação da Boca e da Faringe

Objetivo

- O paciente adotará medidas adequadas de higiene bucal/cuidados com os dentes e identificará sintomas de câncer bucal.

Estratégias de Ensino

- Discuta as técnicas adequadas de higiene bucal, inclusive a escovação e o uso do fio dental (Cap. 40).
- Explique os primeiros sinais de alerta do câncer da cavidade bucal e da faringe que devem ser averiguados por um profissional de saúde, inclusive a presença de ferida na boca que sangre com facilidade e não cicatrize, caroço ou espessamento da bochecha, mancha persistente branca ou vermelha na mucosa, garganta inflamada ou sensação de que há algo preso na garganta, entorpecimento da língua ou outra região da boca, ou inchaço da mandíbula que impeça o encaixe de dentaduras (Oral Cancer Foundation, 2014).
- Os sintomas tardios de câncer bucal são dificuldade para mastigar, engolir ou movimentar a língua ou a mandíbula

(ACS, 2015a).

- Incentive a realização de exame dentário regular a cada 6 meses para crianças, adultos e idosos.

Avaliação de Enfermagem

- Peça que o paciente demonstre a escovação.
- Peça-lhe que identifique quando deve fazer verificações dentárias regulares.
- Peça que ele identifique os sinais de alerta de câncer da cavidade bucal e da faringe que exigem uma avaliação mais profunda conduzida por um profissional de saúde.

Para visualizar a mucosa e a gengiva, peça que o paciente retire qualquer acessório dentário. Para visualizar a mucosa bucal interna, peça que o paciente abra e relaxe ligeiramente a boca e, em seguida, retraia suavemente o lábio inferior, afastando-o dos dentes (Fig. 31-22). Repita esse processo com o lábio superior. Inspecione a cor, a hidratação, a textura e a presença de lesões na mucosa, como ulcerações, abrasões ou cistos. Normalmente, a mucosa se apresenta brilhante, rosada, lisa e úmida. Algumas pequenas lesões comuns branco-amareladas em relevo na mucosa bucal e nos lábios são grânulos de Fordyce ou glândulas sebáceas ectópicas (Ball et al., 2015). Na presença de lesões, palpe-as delicadamente com a mão enluvada para verificar a sensibilidade, o tamanho e a consistência das lesões.

FIGURA 31-22 Inspeção da mucosa bucal interna do lábio inferior.

Para inspecionar a mucosa bucal, peça que o paciente abra a boca e retraia delicadamente as bochechas com um abaixador de língua (Fig. 31-23). Visualize a superfície da mucosa da direita para a esquerda e de cima para baixo. Com uma lanterna de bolso, ilumine a parte posterior da mucosa. A mucosa normal é brilhante, rosada, mole, úmida e lisa. A presença de tons variáveis de hiperpigmentação é normal em 10% das pessoas brancas após os 50 anos e em 90% das pessoas negras da mesma idade. Para pacientes com pigmentação normal, a mucosa bucal é um bom local para a inspeção da presença de icterícia e palidez. Em idosos, a mucosa normalmente é seca devido à salivação reduzida. Placas brancas e espessas (leucoplaquia) representam uma lesão pré-cancerosa observada em fumantes pesados e alcoólatras. Palpe quaisquer lesões bucais colocando o dedo indicador no interior da cavidade bucal e o polegar na superfície externa da bochecha. Os pacientes que fumam cigarro, charuto ou cachimbo e aqueles que usam tabaco sem fumaça apresentam mais

risco de câncer de boca, faringe, laringe e esôfago. Essas pessoas podem ter leucoplaquia ou outras lesões em qualquer local da cavidade bucal (p. ex., lábios, gengiva ou língua) em uma idade precoce.

FIGURA 31-23 A retração da mucosa bucal permite uma visualização clara.

Inspecione a gengiva e, retraindo as bochechas, observe a cor e se há presença de edema, retração, sangramento. A gengiva saudável é rosada, lisa, úmida e apresenta um encaixe justo em torno de cada dente. Pacientes de pele escura geralmente apresentam uma pigmentação manchada. Em idosos, a gengiva normalmente é pálida. Usando luvas limpas, palpe a gengiva para avaliar a eventual presença de lesões, espessamento ou massas. Normalmente, não se observa sensibilidade. A gengiva esponjosa que sangra com facilidade é indício de doença periodontal e deficiência de vitamina C. Caso o paciente apresente dentes soltos ou móveis, gengiva inchada ou bolsas

periodontais com acúmulo de resíduos nas margens dos dentes, é necessário encaminhá-lo ao dentista para a verificação de doença periodontal ou gengivite.

Língua e Assoalho da Boca

Inspecione cuidadosamente a língua em todos os lados e o assoalho da boca. Peça ao paciente que relaxe a boca e coloque a metade da língua para fora. Observe se há evidência de desvios, tremor ou limitação de movimentos. Esse procedimento testa a função do nervo hipoglosso. Se o paciente esticar muito a língua para fora, o reflexo faríngeo se manifesta. Projetada para fora, a língua fica posicionada na linha mediana. Para testar a mobilidade da língua, peça que o paciente levante e baixe a língua e movimente-a de um lado para o outro. Ela deve mover-se livremente.

Com o auxílio de uma lanterna de bolso para obter iluminação, examine a cor, o tamanho, a posição e a textura da língua e se há presença de saburra ou lesões. A língua normal é vermelho-média ou rubra, úmida, ligeiramente áspera na superfície superior e lisa ao longo das margens laterais. A superfície inferior da língua e o assoalho da boca são altamente vascularizados (Fig. 31-24). Tenha um cuidado redobrado ao inspecionar essa região, um local comum para lesões de câncer bucal. O paciente levanta a língua colocando a ponta no palato por trás dos dentes incisivos superiores. Inspecione a cor e se há presença de inchaço e lesões, como nódulos ou cistos. A superfície ventral da língua é cor-de-rosa e lisa, com grandes veias entre as dobras do frênulo. Para palpar a língua, explique o procedimento e peça ao paciente que coloque a língua para fora. Segure a ponta da língua com uma gaze quadrada e puxe-a delicadamente para um dos lados. Com a mão enluvada, palpe toda a extensão da língua e a base, a fim de verificar quaisquer áreas de endurecimento ou ulceração. A presença de varicosidades (veias tortuosas e inchadas) é comum em idosos e raramente causa problemas.

FIGURA 31-24 A superfície inferior da língua é altamente vascularizada.

Palato

Peça que o paciente estenda a cabeça para trás e mantenha a boca aberta para a inspeção dos palatos duro e mole. O palato duro, ou céu da boca, está localizado na região anterior. O palato duro esbranquiçado tem a forma de cúpula. O palato mole, por sua vez, estende-se posteriormente em direção à faringe; normalmente, ele é rosado e liso. Observe a cor, a forma e a textura dos palatos, bem como a presença de proeminências extras ou defeitos (Fig. 31-25). A presença de um crescimento ósseo, ou exostose, entre os dois palatos é comum.

FIGURA 31-25 O palato duro está localizado anteriormente no céu da boca.

Faringe

Faça um exame das estruturas da faringe para descartar a hipótese de infecção, inflamação ou lesões. Peça que o paciente incline a cabeça ligeiramente para trás, abra bem a boca e diga "ah" enquanto você coloca a ponta de um abaixador de língua no terço médio da língua dele. Tenha cuidado para não pressionar o lábio inferior contra os dentes. Colocando o abaixador de língua muito para frente, a parte posterior da língua sobe, obstruindo a visão; colocando-o muito para trás, por outro lado, provoca-se o reflexo faríngeo.

Com uma lanterna de bolso, inspecione primeiramente a úvula e o palato mole (Fig. 31-26). O centro de ambas as estruturas, inervadas pelo décimo nervo craniano (vago), deve erguer-se quando o paciente diz "ah". Examine os pilares anterior e posterior, o palato mole e a úvula. Veja as tonsilas nas cavidades entre os pilares anterior e

posterior e observe a presença ou ausência de tecido. A porção posterior da faringe está localizada atrás dos pilares. Normalmente, os tecidos faríngeos são cor-de-rosa e lisos e apresentam-se bem hidratados. A presença de pequenos pontos irregulares de tecido linfático e pequenos vasos sanguíneos é normal. Observe se há edema, petéquias (pequenas hemorragias), lesões ou exsudato. A parte de trás da faringe é um local comum para a incidência de câncer bucal (Oral Cancer Foundation, 2014). Pacientes com problemas sinusais crônicos frequentemente apresentam um exsudato claro que drena pela parede da parte posterior da faringe. A presença de exsudato amarelo ou verde é indício de infecção. No paciente com uma inflamação de garganta característica, a úvula apresenta-se vermelha e edematosa, e os pilares tonsilares, com a possível presença de exsudato amarelo.

FIGURA 31-26 A lanterna de bolso e o abaixador de língua permitem a visualização da úvula e da porção posterior do palato mole.

Pescoço

A avaliação do pescoço inclui uma avaliação dos músculos do pescoço, dos linfonodos da cabeça e do pescoço, das artérias carótidas, das veias jugulares, da glândula tireoide e da traqueia (Fig. 31-27). Você pode adiar o exame das veias jugulares e das artérias carótidas até a avaliação do sistema vascular. Inspecione e palpe o pescoço para verificar a integridade de suas estruturas e examine o sistema linfático. Uma anomalia dos linfonodos superficiais, às vezes, revela a presença de infecção ou **malignidade**. Examine individualmente cada região do sistema linfático durante a avaliação de outros sistemas do corpo (cabeça e pescoço, mamas, genitália e membros). O exame da glândula tireoide e da traqueia também ajuda a descartar a hipótese de malignidades. Faça esse exame com o paciente sentado. Os músculos esternoclidomastóideo e trapézio delimitam as áreas do pescoço, dividindo cada lado do pescoço em dois triângulos. O triângulo anterior contém a traqueia, a glândula tireoide, a artéria carótida e os linfonodos cervicais anteriores. O triângulo posterior contém os linfonodos posteriores. A Tabela 31-18 revê o histórico de enfermagem para o exame da cabeça e do pescoço.

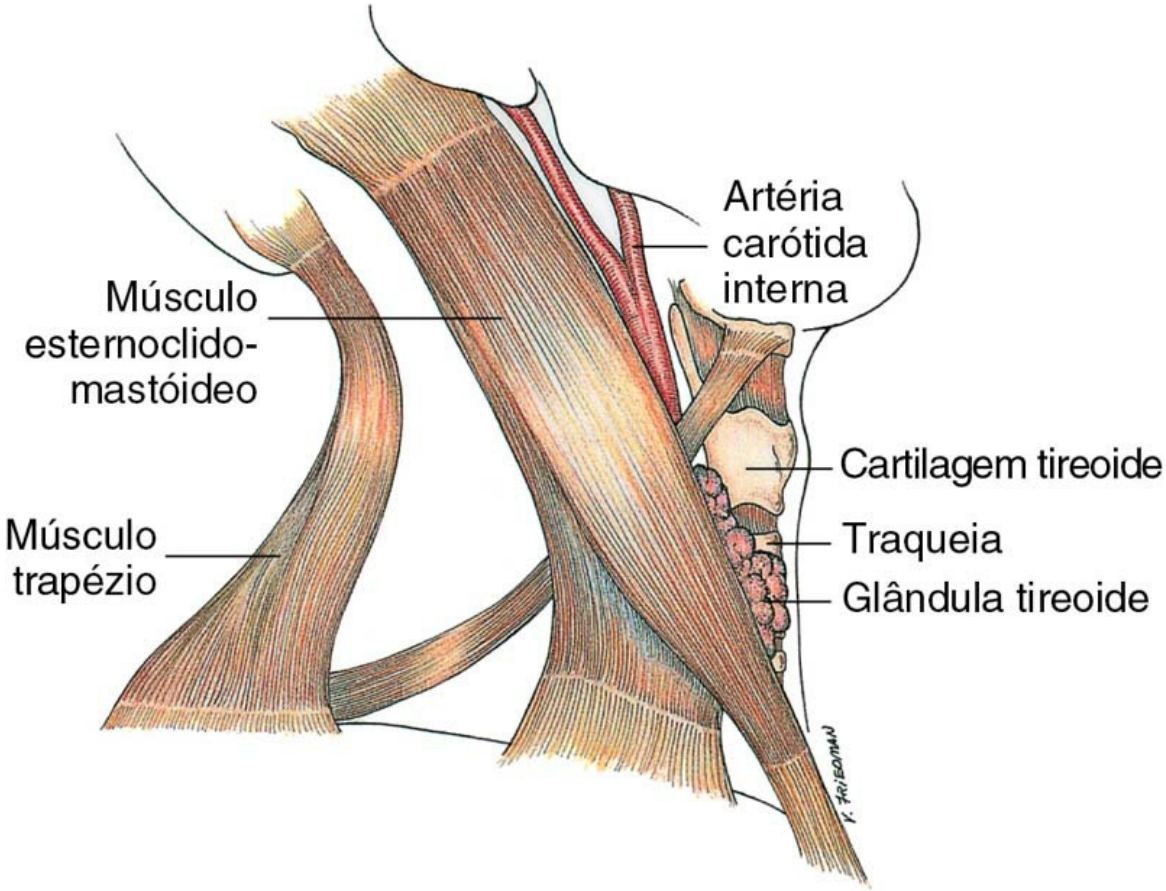


FIGURA 31-27 Posição anatômica das principais estruturas do pescoço. Observe os triângulos formados pelo músculo esternoclidomastóideo, pelo maxilar inferior e pela parte anterior do pescoço anteriormente e pelo músculo esternoclidomastóideo, pelo músculo trapézio e pela parte inferior do pescoço posteriormente.

Tabela 31-18

Histórico de Enfermagem para Avaliação do Pescoço

Avaliação	Justificativa
Avalie o histórico de ocorrência recente de resfriado, infecção ou aumento dos linfonodos ou exposição a radiação ou substâncias químicas tóxicas.	Os resfriados ou infecções provocam o aumento temporário ou permanente dos linfonodos, os quais aumentam também em decorrência de diversas doenças, como câncer por exemplo.
No caso de aumento de um linfonodo, revise o histórico de	Esses são fatores de risco para

condições como uso de medicamentos intravenosos, hemofilia, contato sexual com pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), transfusões de sangue, relações sexuais múltiplas e indiscriminadas ou homens com atividades homossexuais ou bissexuais.	infecção por HIV.
Pergunte se o paciente tem histórico de dor no pescoço com restrição de movimentos.	Essa condição indica tensão muscular, lesão na cabeça, lesões locais de nervos ou aumento ou inchaço de linfonodos.
Pergunte se o paciente observou alterações na sua preferência de temperatura (uso de mais ou menos roupa); inchaço no pescoço; alteração na textura do cabelo, da pele ou das unhas; ou alteração da estabilidade emocional.	Os sintomas indicam doença da tireoide.
Pergunte se o paciente tem histórico de hipotireoidismo ou hipertireoidismo, toma medicação para a tireoide ou tem histórico familiar de doença da tireoide.	As doenças ou os medicamentos influenciam o crescimento tecidual da glândula.
Revise o histórico clínico de pneumotórax (pulmão colapsado) ou tumor brônquico.	Essas condições colocam o paciente em risco de deslocamento ou desvio lateral da traqueia.

Músculos do Pescoço

Primeiramente, inspecione o pescoço na posição anatômica de costume, com uma ligeira hiperextensão. Observe a simetria dos músculos do pescoço. Peça que o paciente flexione o pescoço com o queixo encostado ao peito, hiperestenda o pescoço para trás e movimente a cabeça lateralmente para cada lado e depois de lado com a orelha movendo-se em direção ao ombro. Esse procedimento testa os músculos esternoclidomastóideo e trapézio. O pescoço normalmente se move sem desconforto. Conduza outros testes para a verificação da força e da função dos músculos durante a avaliação do sistema musculoesquelético.

Linfonodos

Um extenso sistema de linfonodos coleta linfa da cabeça, dos ouvidos, do nariz, das bochechas e dos lábios (Fig. 31-28). O sistema imunológico protege o corpo contra antígenos estranhos, remove as células danificadas da circulação e oferece uma barreira parcial ao crescimento de células malignas no corpo. A avaliação dos linfonodos requer competência quando se trata de assistência a pacientes com

suspeita de imunoincompetência, uma condição geralmente associada a alergias, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), doença autoimune (p. ex., lúpus eritematoso) ou infecção grave.

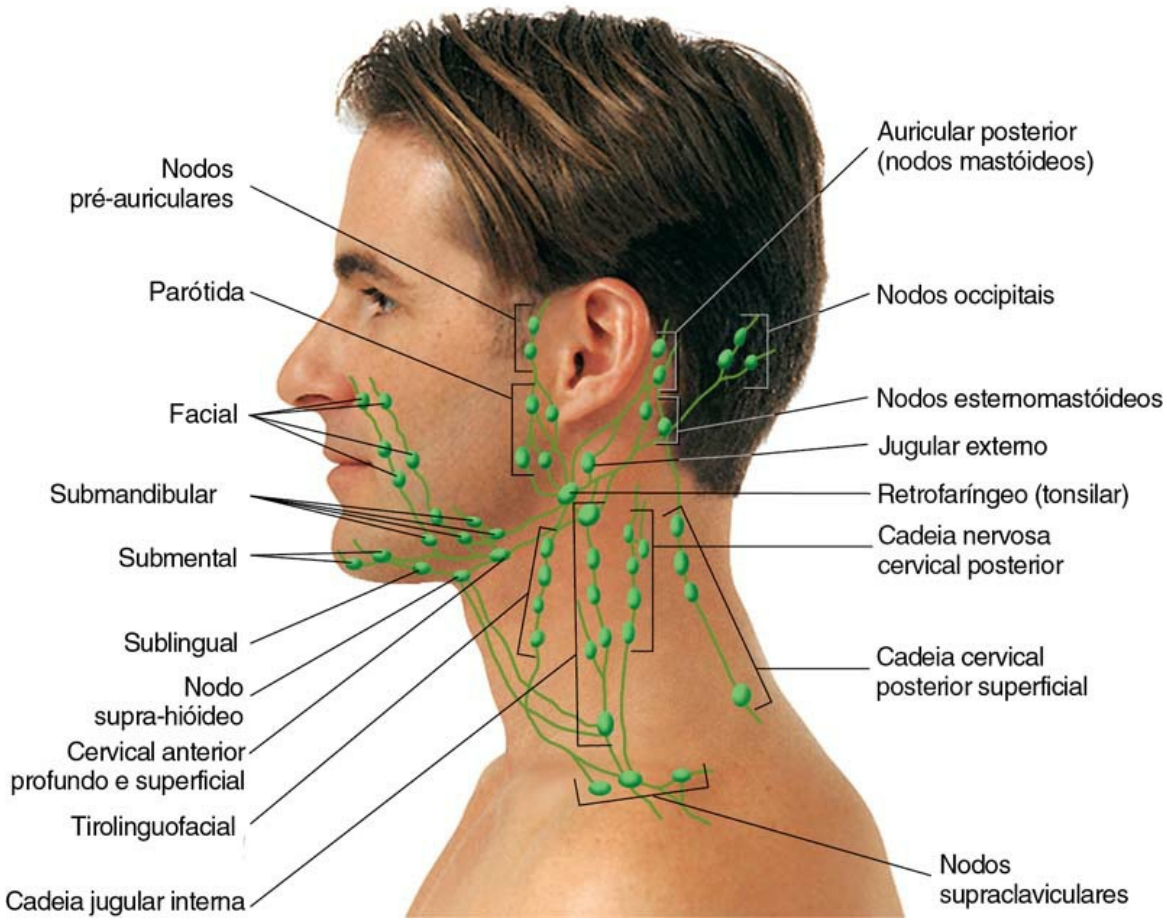


FIGURA 31-28 Linfonodos palpáveis na cabeça e no pescoço. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Com o queixo do paciente levantado e a cabeça ligeiramente inclinada, inspecione primeiramente a área em que os linfonodos estão distribuídos e compare os dois lados. Essa posição estira ligeiramente a pele sobre quaisquer linfonodos possivelmente aumentados. Inspecione os nodos visíveis e verifique se há presença de edema, eritema ou estrias vermelhas. Os nodos normalmente não são visíveis.

Utilize uma abordagem metódica para palpar os linfonodos, a fim de evitar negligenciar qualquer nodo isolado ou cadeia de nodos. O paciente deve estar relaxado com o pescoço ligeiramente flexionado para a frente. Inspecione e palpe ambos os lados do pescoço para fins de comparação. Durante a palpação, fique de frente para o paciente ou em pé, ao lado dele, para facilitar o acesso a todos os nodos. Use a polpa dos três dedos do meio de cada mão para palpar delicadamente os nodos com movimentos circulares (Fig. 31-29). Verifique metodicamente cada nodo na seguinte sequência: nodos occipitais na base do crânio, nodos pós-auriculares sobre o mastoide, nodos pré-auriculares logo à frente da orelha, nodos retrofaríngeos no ângulo da mandíbula, nodos submandibulares e nodos submentais na linha mediana por trás da extremidade mandibular. Tente detectar a presença de aumento e observe a localização, o tamanho, a forma, as características superficiais, a consistência, a mobilidade, a sensibilidade e o calor dos nodos. Se a pele estiver móvel, movimente-a sobre a área dos nodos. É importante pressionar o tecido subjacente em cada área e não apenas mover os dedos sobre a pele. Entretanto, aplicando pressão excessiva, você não percebe os nodos pequenos e destrói os nodos palpáveis.

A

B

FIGURA 31-29 **A,** Palpação dos linfonodos pré-auriculares. **B,** Palpação dos linfonodos supraclaviculares.

Para palpar os nodos supraclaviculares, peça que o paciente incline a cabeça para a frente e relaxe os ombros. Palpe esses nodos pinçando-os com o dedo indicador e o dedo médio sobre a clavícula, lateralmente ao músculo esternoclidomastóideo. Palpe os nodos cervicais profundos somente com os dedos em pinça em volta do músculo esternoclidomastóideo.

Normalmente, os linfonodos não são facilmente palpáveis. Entretanto, os nodos pequenos, móveis e insensíveis são comuns. Os linfonodos grandes, fixos, inflamados e sensíveis indicam problema como infecção local, doença sistêmica ou neoplasia (Ball et al., 2015) (Quadro 31-16). Quando encontrar nodos aumentados, explore as áreas e regiões adjacentes que eles drenam. A presença de sensibilidade quase sempre é indício de inflamação. Um problema que envolva um linfonodo da cabeça e do pescoço subentende anomalia na boca, na garganta, no abdome, nas mamas, no tórax ou nos braços. Essas são áreas drenadas pelos nodos da cabeça e do pescoço.

Quadro 31-16

Educação em saúde do paciente

Avaliação do Pescoço

Objetivo

- O paciente tomará medidas preventivas adequadas se observar a presença de massa no pescoço.

Estratégias de Ensino

- Enfatize a importância do cumprimento regular do cronograma de medicação para pacientes com doença da tireoide.
- Instrua o paciente quanto aos linfonodos e à maneira como as infecções normalmente provocam a sensibilidade e um leve

aumento dos nodos.

- Instrua o paciente a consultar um profissional de saúde quando notar a presença de caroço fixo e aumentado ou de massa no pescoço.
- Ensine ao paciente os fatores de risco para infecção por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Avaliação de Enfermagem

- Peça que o paciente explique quando comunicar a um médico a eventual presença de uma massa no pescoço.

HIV, Vírus da imunodeficiência humana.

Glândula Tireoide

A glândula tireoide está localizada na parte anteroinferior do pescoço, na frente e para ambos os lados da traqueia. A glândula é fixa à traqueia, com o istmo sobreposto à traqueia e conectado a dois lobos cônicos irregulares (Fig. 31-30). Inspecione a parte inferior do pescoço sobreposta à glândula tireoide para verificar a presença de massas, simetria e qualquer intumescência sutil na base do pescoço. Peça que o paciente hiperestenda o pescoço, o que ajuda a enrijecer a pele para uma melhor visualização. Ofereça ao paciente um copo de água e, enquanto observa o pescoço, peça que ele engula. Essa manobra permite a visualização de qualquer aumento anormal da tireoide. Normalmente, não se tem como visualizar a tireoide.

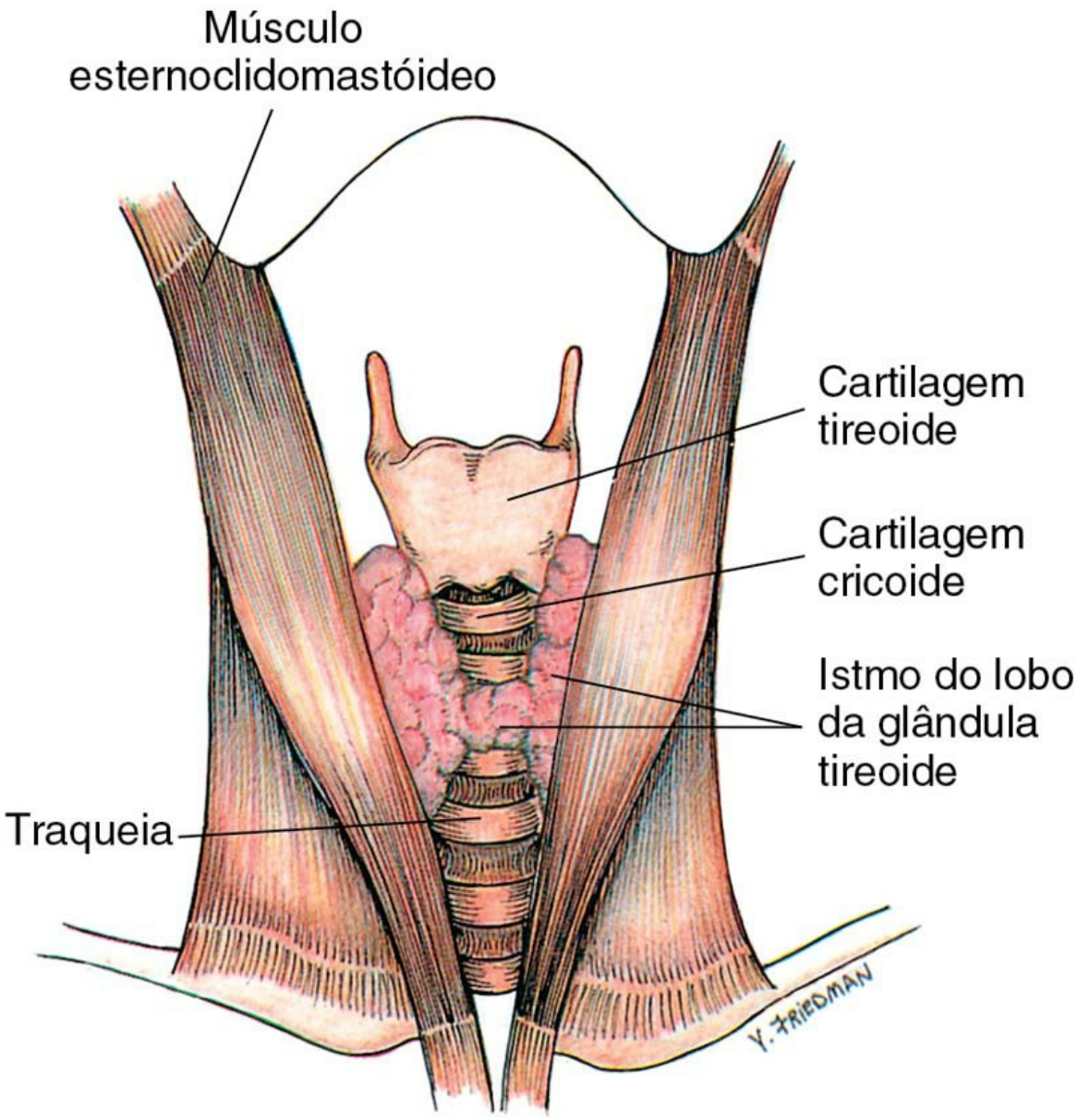


FIGURA 31-30 Posição anatômica da glândula tireoide.

As enfermeiras especialistas examinam a tireoide palpando para verificar se há presença de massas mais discretas; essa técnica não é abordada aqui.

Artéria Carótida e Veia Jugular

Essa parte do exame se encontra descrita na seção que trata do exame do sistema vascular (ver seção adiante).

Traqueia

A traqueia faz parte do sistema respiratório superior diretamente palpável e normalmente está localizada na linha mediana acima do entalhe supraesternal. A presença de massas no pescoço ou no mediastino e de anomalias pulmonares provoca o deslocamento lateral da traqueia. Peça que o paciente se sente ou deite durante a palpação. Verifique a posição da traqueia palpando o entalhe supraesternal enquanto desliza o polegar e o dedo indicador para cada lado. Observe se os dedos se deslocam lateralmente. Não aplique pressão, porque provoca tosse.

Tórax e pulmões

A precisa avaliação física do tórax e dos pulmões requer uma revisão das funções ventilatória e respiratória dos pulmões. Se a doença estiver afetando os pulmões, outros sistemas do corpo também são afetados. Por exemplo, a oxigenação reduzida causa alterações no estado de alerta mental devido à sensibilidade do cérebro aos níveis reduzidos de oxigênio. Utilize dados de todos os sistemas do corpo para determinar a natureza das alterações pulmonares. Você deve utilizar a inspeção, a palpação e a auscultação para examinar o tórax e os pulmões. Com a disponibilidade de recursos diagnósticos como radiografias, imagem por ressonância magnética (RM) e exames de rastreamento por tomografia computadorizada (TC), é pouca a necessidade de utilizar a percussão como medida de avaliação. Os fatores de risco para doença pulmonar são avaliados por ocasião da avaliação respiratória (Quadro 31-17).

Quadro 31-17

Educação em saúde do paciente

Avaliação dos Pulmões

Objetivo

- Pacientes de todas as idades adotarão as medidas preventivas para a saúde dos pulmões.

Estratégias de Ensino

- Explique os fatores de risco para doença pulmonar crônica e câncer de pulmão, incluindo o histórico como fumante de cigarro, o do tabagismo há mais de 20 anos, a exposição à poluição ambiental e a exposição à radiação proveniente de fontes ocupacionais, médicas e ambientais. A exposição ao radônio e ao

amianto também aumenta o risco. Outros fatores de risco são a exposição a determinados metais (p. ex., arsênico, cádmio, crômio), algumas substâncias químicas orgânicas e à tuberculose. A exposição indireta à fumaça de cigarro aumenta o risco para não fumantes (ACS, 2015a).

- Compartilhe com o paciente e a família os folhetos da American Cancer Society sobre o câncer de pulmão, a asma e COPD.
- Oriente o paciente com asma a identificar e dizer aos familiares e amigos os gatilhos que desencadeiam episódios de asma.
- Aborde quais são os sinais de alerta de câncer de pulmão, como tosse persistente, escarro com estrias de sangue, dores no peito e ataques recorrentes de pneumonia ou bronquite.
- Oriente o idoso sobre os benefícios das vacinas contra gripe e pneumonia devido a uma maior suscetibilidade a infecções respiratórias.
- Oriente o paciente com DPOC a como fazer exercícios de tosse e respiração frenolabial.
- Encaminhe as pessoas com risco de tuberculose a uma clínica ou um posto médico para fazerem exame de pele.

Avaliação de Enfermagem

- Peça que o paciente descreva os fatores de risco para doença pulmonar e câncer.
- Peça que o paciente identifique quaisquer riscos conhecidos de câncer.
- Peça que ele cite os sinais de alerta de câncer de pulmão.
- Em uma visita de acompanhamento, revise a caderneta de vacinação do paciente.
- Observe-o realizando exercícios de respiração e tosse.

COPD, doença pulmonar obstrutiva crônica.

Antes de avaliar o tórax e os pulmões, familiarize-se com os pontos de referência do tórax (Fig. 31-31, *A* a *C*). Esses pontos de referência ajudam a enfermeira a identificar os achados e utilizar corretamente os procedimentos de avaliação. Os mamilos, o ângulo de Louis, o entalhe supraesternal, o ângulo costal, as clavículas e as vértebras do paciente são referências-chave que produzem uma série de linhas imaginárias para a identificação de sinais. Guarde uma imagem mental da localização dos lobos do pulmão e da posição de cada costela (Fig. 31-32, *A* a *C*). A orientação adequada das estruturas anatômicas garante uma avaliação completa das partes anterior, lateral e posterior do tórax.

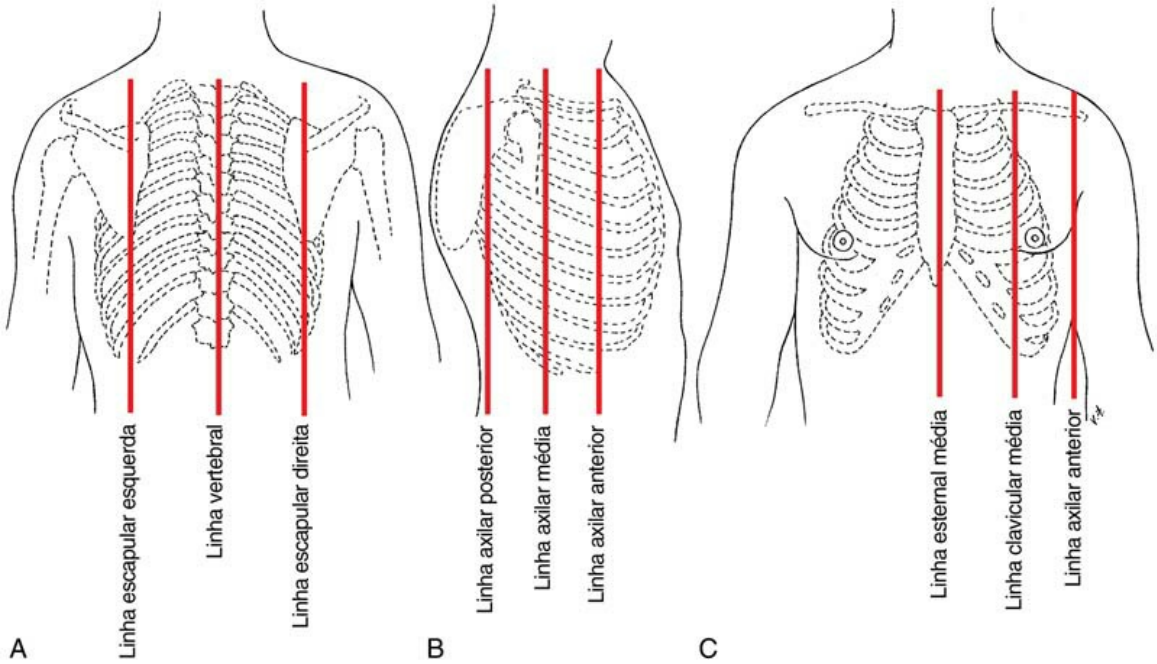


FIGURA 31-31 Referências anatômicas da parede torácica. **A,** Pontos de referência da parte posterior do tórax. **B,** Pontos de referência da parte lateral do tórax. **C,** Pontos de referência da parte anterior do tórax.

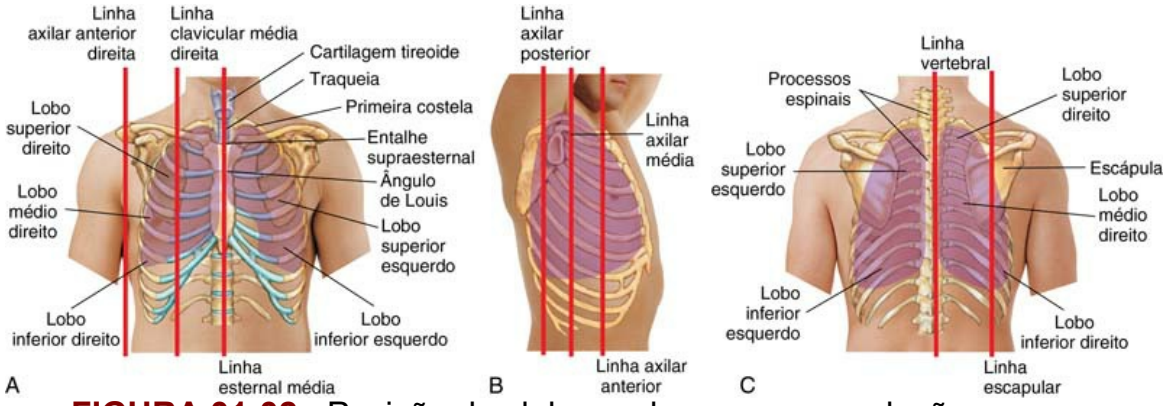


FIGURA 31-32 Posição dos lobos pulmonares em relação aos pontos de referência anatômicos. **A,** Posição anterior. **B,** Posição lateral. **C,** Posição posterior. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Localizar a posição de cada costela é fundamental para a visualização do lobo do pulmão que está sendo avaliado. Para começar, localize o ângulo de Louis na junção manubrioesternal. O ângulo é uma angulação visível e palpável do esterno e o ponto de articulação entre a segunda costela e o esterno. Conte as costelas e os espaços intercostais (entre as costelas) a partir desse ponto. O número de cada espaço intercostal corresponde àquele da costela logo acima dele. O processo espinal da terceira vértebra torácica e a quarta, quinta e sexta costelas ajuda a localizar os lobos do pulmão lateralmente. Os lobos inferiores projetam-se nos sentidos lateral e anterior (Fig. 31-32, *B*). Posteriormente, a extremidade ou a margem inferior da escápula está localizada aproximadamente no mesmo nível da sétima costela (Fig. 31-32, *C*). Após identificar a sétima costela, conte de baixo para cima para localizar a terceira vértebra torácica e alinhá-la às bordas internas da escápula e localizar os lobos posteriores.

O exame requer que o paciente se dispa até a cintura em um ambiente bem-iluminado. Avalie os pacientes que apresentam risco de problemas pulmonares, como o paciente acamado ou com dor no peito que não consegue expandir totalmente os pulmões. O exame começa com o paciente sentado para a avaliação das partes posterior e lateral do tórax. Peça-lhe que se sente ou deite para a avaliação da parte anterior do tórax. A Tabela 31-19 revê o histórico de enfermagem para o exame dos pulmões.

Tabela 31-19

Histórico de Enfermagem para Avaliação dos Pulmões

Avaliação	Justificativa
Avalie a história de uso de tabaco e maconha, inclusive o tipo de tabaco, o tempo e a quantidade de consumo (Maços-ano = Número de anos de fumo × Número de maços por dia), a idade em que iniciou, os esforços de abandono e o espaço de tempo desde que deixou o fumo.	O fumo é um fator de risco para câncer de pulmão, doença cardíaca, doença vascular cerebral, enfisema ou bronquite crônica e representa um percentual significativo de todas as mortes por câncer, além de aumentar o risco de 15 tipos de câncer (ACS, 2015a).
Pergunte ao paciente se ele tem tido *tosse persistente* (produtiva ou não produtiva), *escarro com estrias de sangue, alteração de voz, dor no peito,* falta de ar, **ortopneia**, dispneia ao fazer esforço ou em repouso, baixa tolerância à atividade física ou *ataques recorrentes de pneumonia ou bronquite*.	Os sintomas de alterações cardiopulmonares auxiliam na localização de achados físicos objetivos. (Os sinais de alerta de câncer de pulmão aparecem em itálico.) O diafragma dos pulmões expande-se mais facilmente quando a pessoa está sentada em posição ereta, como no caso de pacientes que devem estar em uma posição ereta para respirar.
Verifique se o paciente trabalha em ambiente que contêm poluentes (p. ex., amianto, arsênico, pó de carvão) ou que exige exposição a fontes de radiação. O paciente tem exposição ao tabagismo passivo?	Esses fatores de risco aumentam as chances de diversas doenças pulmonares.
Reveja o histórico de infecção conhecida ou suspeita pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); uso abusivo de substâncias; baixa renda; ou residente ou funcionário em casa de repouso ou abrigo, sem-teto, detento recente, familiar de paciente com tuberculose (TB) ou imigrante procedente de país com prevalência de TB.	Esses são fatores de risco para TB.
Pergunte se o paciente tem histórico de tosse persistente, hemoptise, perda de peso inexplicável, fadiga, sudorese noturna ou febre.	Esses são fatores de risco tanto para TB quanto para infecção por HIV.
O paciente tem história de rouquidão crônica?	A rouquidão indica distúrbio da laringe ou uso abusivo de cocaína ou opioides (por via intranasal).
Avalie o histórico de alergias a pólen, poeira ou outras substâncias irritativas em suspensão no ar, bem como a alimentos, medicamentos ou substâncias químicas.	Sintomas como sensação de sufocamento, broncoespasmo com estridor respiratório, chiados audíveis na auscultação e dispneia geralmente são causados por reação alérgica.
Avalie o histórico familiar de câncer, TB, alergias ou doença pulmonar obstrutiva crônica.	Essas condições colocam o paciente em risco de doença pulmonar.
Pergunte se o paciente tem tomado vacina contra pneumonia ou gripe e feito teste de TB; em caso negativo, oriente-o sobre a necessidade de fazê-lo.	Os muito jovens e os muito idosos, bem como aqueles com problemas respiratórios crônicos ou doenças imunossupressivas, correm mais risco de contrair doenças respiratórias.

Parte Posterior do Tórax

Inicie o exame da parte posterior do tórax observando quaisquer sinais ou sintomas em outros sistemas do corpo que indiquem a existência de problemas pulmonares. Estado de alerta mental reduzido, dilatação nasal, sonolência e cianose são exemplos de sinais avaliados que indicam problemas de oxigenação. Inspecione a parte posterior do tórax observando a forma e a simetria do tórax com o paciente de costas e de frente. Observe o diâmetro anteroposterior. A forma ou a postura do corpo prejudica significativamente o movimento ventilatório. Normalmente, o contorno do tórax é simétrico, com o diâmetro anteroposterior de um terço a metade do diâmetro transversal – ou diâmetro de lado a lado. Um tórax em forma de barril (diâmetro anteroposterior igual ao diâmetro transversal) caracteriza envelhecimento e doença pulmonar crônica. Os recém-nascidos apresentam uma forma quase arredondada. As alterações congênitas ou posturais produzem contornos anormais. Alguns pacientes se apoiam sobre uma mesa ou apoiam o lado do peito por causa de problemas respiratórios. Apoiar ou segurar a parede torácica por causa de dor faz com que o paciente se curve para o lado afetado. Esse tipo de postura prejudica o movimento ventilatório.

De pé, em uma posição mediana por trás do paciente, observe as deformidades, a posição da coluna, a inclinação as costelas, a retração dos espaços intercostais durante a inspiração e o abaulamento dos espaços intercostais durante a expiração. As escápulas normalmente são simétricas e estão intimamente ligadas à parede torácica. A coluna normal é reta e sem desvio lateral. Posteriormente, as costelas tendem a se inclinar na horizontal e na vertical. É mais fácil ver as costelas e os espaços intercostais em uma pessoa magra. Normalmente, não ocorre nenhum abaulamento ou movimento ativo nos espaços intervertebrais durante a respiração. Um abaulamento indica que o paciente está fazendo grande esforço para respirar.

Avalie também a frequência e o ritmo da respiração (Cap. 30). Observe o tórax como um todo. Ele normalmente se expande e relaxa de forma regular, com igualdade de movimentos bilaterais. Em

adultos saudáveis, a frequência respiratória normal varia de 12 a 20 respirações por minuto.

A palpação da parte posterior do tórax fornece mais informações sobre o estado de saúde do paciente. Palpe os músculos do tórax e o esqueleto para verificar se há presença de caroços, massas, pulsações e movimentos incomuns. Se o paciente expressar dor ou sensibilidade, evite a palpação profunda. Fragmentos de costelas fraturadas podem deslocar-se contra órgãos vitais. Normalmente, a parede torácica não é sensível. Se houver suspeita de massa ou área inchada, palpe-a levemente para verificar o tamanho, a forma e as qualidades características de uma lesão.

Para medir a excursão do tórax ou a profundidade da respiração, posicione-se de pé por trás do paciente e coloque os polegares ao longo dos processos espinais na décima costela, com as palmas das mãos tocando ligeiramente as superfícies posterolaterais. Coloque os polegares separados 5 cm e apontando para a coluna, e os demais dedos apontando para a lateral (Fig. 31-33, *A*). Pressione as mãos em direção à coluna de modo que apareça uma pequena dobra de pele entre os polegares. Não deslize as mãos sobre a pele. Oriente o paciente a expirar e depois inspirar fundo. Observe o movimento dos polegares durante a inspiração (Fig. 31-33, *B*). A excursão do tórax é simétrica, separando os polegares de 3 a 5 cm. A excursão reduzida do tórax pode ser causada por dor, deformidade postural ou fadiga. Em idosos, o movimento do tórax normalmente decai devido à calcificação das cartilagens costais e da atrofia dos músculos respiratórios.

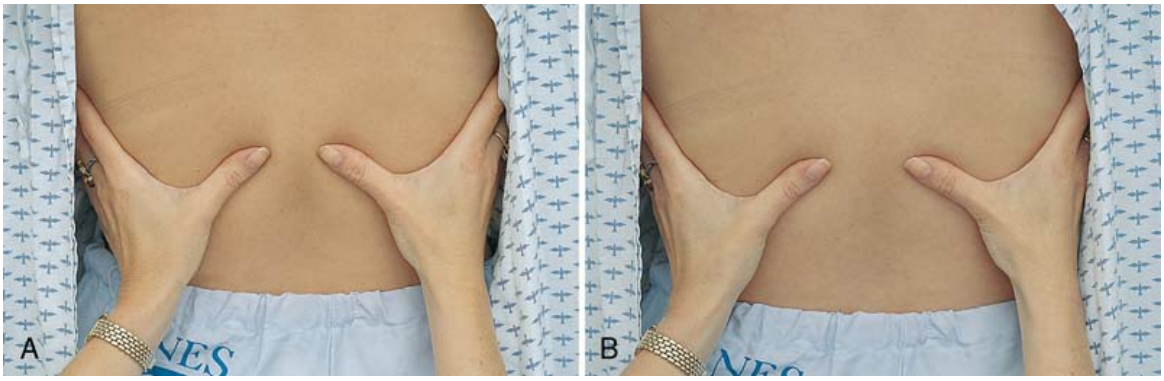


FIGURA 31-33 **A,** Posição das mãos para a palpação da excursão da parte posterior do tórax. **B,** Quando o paciente inspira, o movimento e excursão do tórax separa os polegares.

Durante a fala, o som produzido pelas cordas vocais se transmite para a parede torácica através dos pulmões. As ondas de som produzem vibrações que você palpa externamente. Essas vibrações se chamam **frêmito vocal ou tátil**. O acúmulo de muco, o colapso do tecido pulmonar ou a presença de uma ou mais lesões pulmonares bloqueia as vibrações, impedindo-as de alcançar a parede torácica.

Para palpar o frêmito tátil, coloque as superfícies palmares dos dedos ou a parte ulnar da mão sobre os espaços intercostais simétricos, começando pelo ápice do pulmão (Fig. 31-34, *A*) com um toque leve e firme. Peça que o paciente diga "noventa e nove" ou "um-um-um". Palpe ambos os lados de modo simultâneo e simétrico (de cima para baixo) para fins de comparação ou utilize uma as mãos, alternando rapidamente entre os dois lados (Ball et al., 2015). Normalmente, ocorre uma leve vibração quando o paciente fala. Se o frêmito for fraco, peça que o paciente fale em um tom de voz mais alto ou mais baixo. Em geral, o frêmito é simétrico. As vibrações são mais fortes em cima, próximo ao nível da bifurcação traqueal. Fortes vibrações através da parede torácica ocorrem em recém-nascidos durante o choro.

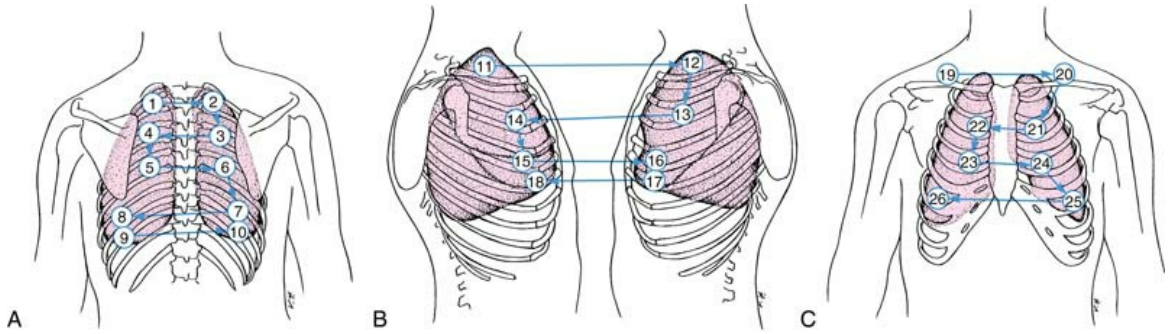


FIGURA 31-34 **A** a **C,** Segue-se o padrão sistemático (posterior-lateral-anterior) para palpar e auscultar o tórax.

A ausculta avalia o movimento do ar através da árvore traqueobrônquica e detecta a presença de muco ou vias aéreas obstruídas. O ar geralmente flui através das vias aéreas em um padrão desobstruído. Ao reconhecer os sons produzidos pelo fluxo normal de ar, você consegue detectar os sons causados pela obstrução das vias aéreas. Siga a mesma abordagem sistemática de escuta utilizada para a palpação (Fig. 31-34, *A*).

Coloque o diafragma do estetoscópio firmemente de encontro à pele, sobre a parede posterior do tórax entre as costelas (Fig. 31-35). Peça ao paciente que cruze os braços na frente do peito e mantenha a cabeça curvada para a frente, respirando fundo e lentamente com a boca ligeiramente aberta. Ausculte uma inspiração e uma expiração inteiras em cada posição do estetoscópio. Se o som for fraco, como no paciente obeso, peça que o paciente respire mais forte e mais rápido temporariamente. Os sons da respiração são muito mais altos nas crianças devido à fina espessura de suas paredes torácicas. A campânula funciona melhor em crianças por causa do tórax pequeno de uma criança. Ausculte os sons normais e anormais – ou **sons adventícios** – da respiração (Fig. 31-36). Os sons normais diferem em suas características, dependendo da área que você estiver auscultando. Os sons broncovesiculares e vesiculares normalmente são ouvidos na parte posterior do tórax (Tabela 31-20).

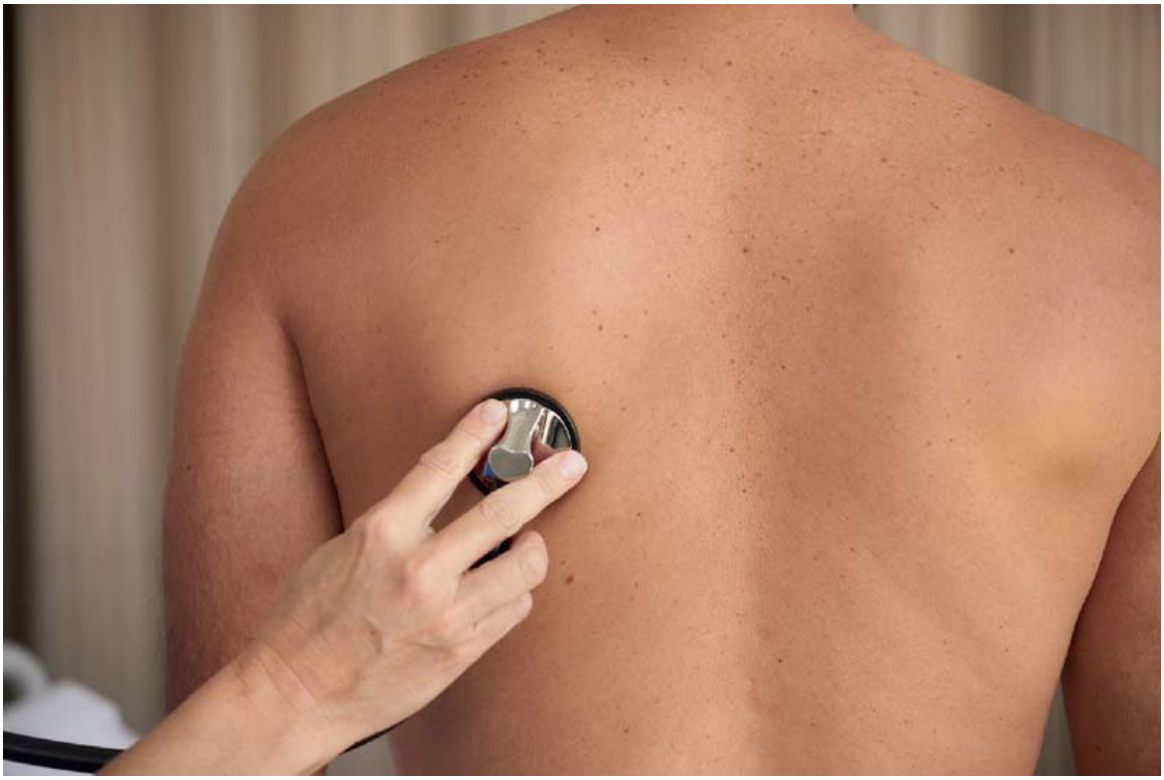


FIGURA 31-35 Use o diafragma do estetoscópio para auscultar os sons da respiração.

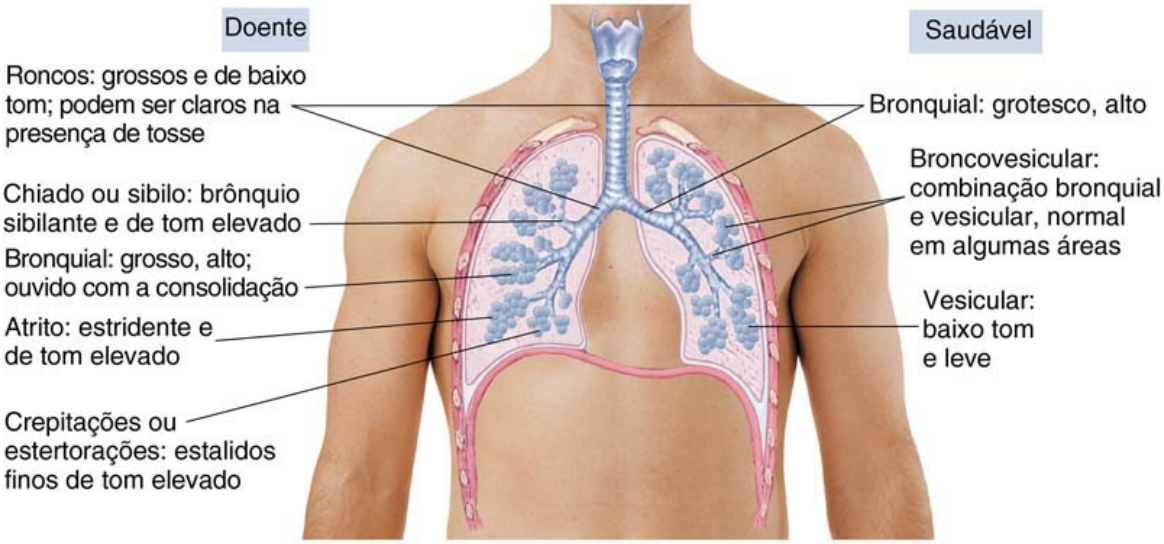


FIGURA 31-36 Representação esquemática dos sons respiratórios no paciente doente e no paciente saudável.
(Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis,

2015, Elsevier.)

Tabela 31-20
Sons Respiratórios Normais

Descrição	Localização	Origem
Vesicular		
Os sons vesiculares são suaves, leves e de baixo tom. A fase inspiratória é 3 vezes mais longa que a fase expiratória.	Mais audível na periferia do pulmão (exceto sobre a escápula)	Produzido pela passagem do ar através das vias respiratórias menores
Broncovesicular		
Os sons broncovesiculares são sons de sopro de tom e intensidade médios. A fase inspiratória é igual à fase expiratória.	Mais audível posteriormente entre a escápula e anteriormente sobre os bronquíolos laterais ao esterno no primeiro e segundo espaços intercostais.	Produzido pela passagem do ar através das vias respiratórias maiores
Bronquial		
Os sons bronquiais são altos, de tom elevado e oco. A expiração é mais longa que a inspiração (proporção de 3:2).	Audível somente sobre a traqueia	Produzido pela passagem do ar através da traqueia próximo à parede torácica.

Os sons anormais resultam da passagem do ar através da umidade, do muco ou das vias aéreas reduzidas, podendo resultar também da reinsuflação repentina dos alvéolos ou de inflamação entre os revestimentos pleurais do pulmão. Os sons adventícios geralmente se sobrepõem aos sons normais. Os quatro tipos de sons adventícios são crepitações, roncos, chiados e atrito pleural (Fig. 31-36). Uma razão específica produz cada som, e cada um possui típicas características auditivas (Tabela 31-21). Durante a ausculta, observe a localização e as características dos sons e escute a ausência dos sons da respiração (encontrada em pacientes com lobos colapsados ou removidos por meio cirúrgico).

Tabela 31-21
Sons Respiratórios Adventícios

Som	Local de Ausculta	Causa	Características
Crepitações ou estertorações	Mais comuns nos lobos dependentes: bases pulmonares direita e esquerda	Reinsuflação repentina e aleatória de grupos de alvéolos; passagem entrecortada do ar através das vias respiratórias menores	As crepitações finas são sons crepitantes de alta frequência, curtos e interrompidos ouvidos durante a inspiração; normalmente não eliminados ao tossir. As crepitações médias são sons mais baixos e mais úmidos ouvidos no meio da inspiração; não eliminados ao tossir. Estertores grotescos são sons borbulhantes e altos ouvidos durante a inspiração; não eliminados ao tossir.
Roncos (chiado sonoro)	Ouvido basicamente sobre a traqueia e os brônquios; se suficientemente altos, podem ser ouvidos sobre a maioria dos campos pulmonares	Espasmo muscular, líquido ou muco nas vias respiratórias maiores; novo crescimento ou pressão externa causando turbulência	Sons altos grossos e ressonantes de baixa frequência ouvidos durante a inspiração ou a expiração; ocasionalmente eliminados ao tossir.
Sibilos (chiados sibilantes)	Ouvidos sobre todos os campos pulmonares	Passagem do fluxo de ar em alta velocidade pelas vias respiratórias reduzidas ou obstruídas	Sons musicais contínuos de alta frequência semelhantes a um rangido ouvido continuamente durante a inspiração e a expiração; normalmente mais altos na expiração.
Atrito pleural	Ouvido sobre o campo lateral anterior do pulmão (se o paciente estiver sentado em posição ereta)	Pleura inflamada; atrito entre a pleura parietal e a pleura visceral	Som seco de raspagem ouvido durante a inspiração ou a expiração; não eliminado ao tossir; mais alto sobre a superfície lateral anterior inferior.

(Dados extraídos de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Se houver anomalias no frêmito tátil ou na auscultação, faça os testes de ressonância vocal (sons da voz falada e sussurrada). Coloque o estetoscópio sobre os mesmos locais utilizados para avaliar os sons

da respiração e peça que o paciente diga "noventa e nove" em um tom de voz normal. Em geral, o som sai abafado. Se houver presença de líquido comprimindo o pulmão, as vibrações da voz do paciente se transmitem para a parede torácica, e o som se torna mais claro (broncofonia). Em seguida, peça que o paciente sussurre "noventa e nove". A voz sussurrada normalmente é fraca e indistinta. Determinadas anomalias pulmonares tornam a voz sussurrada clara e distinta (pectorilóquia sussurrada).

Parte Lateral do Tórax

Estenda a avaliação da parte posterior do tórax às laterais. O paciente permanece sentado durante o exame da parte lateral do tórax. Peça-lhe que levante os braços para melhorar o acesso às estruturas torácicas laterais. Utilize os procedimentos de inspeção, palpação e auscultação para examinar a parte lateral do tórax (Fig. 31-34, *B*). Não avalie a excursão lateral. Normalmente, os sons respiratórios que você ouve são vesiculares.

Parte Anterior do Tórax

Inspecione a parte anterior do tórax para verificar as mesmas características da parte posterior. O paciente permanece sentado ou deitado com a cabeça elevada. Observe os músculos acessórios da respiração: músculos esternoclidomastóideo, trapézio e abdominais. Os músculos acessórios movimentam-se pouco com a respiração passiva normal. Entretanto, pacientes que fazem muito esforço para respirar em decorrência de exercício vigoroso ou doença pulmonar (p. ex., doença pulmonar obstrutiva crônica) dependem da contração dos músculos acessórios e abdominais, que, desse modo, propicia a inspiração e a expiração. Alguns pacientes que necessitam de grande esforço produzem um grunhido.

Observe a largura do ângulo costal, normalmente superior a 90 graus entre as duas margens costais. Observe o padrão respiratório. A respiração normal é silenciosa e quase inaudível próximo à boca aberta. Em geral, avalia-se a frequência e o ritmo da respiração pela

face anterior do tórax (Cap. 30). A respiração do homem normalmente é diafragmática, enquanto a da mulher é mais costal. A avaliação precisa ocorre enquanto o paciente respira passivamente.

Palpe os músculos anteriores do tórax e o esqueleto para verificar a presença de caroços, massas, sensibilidade ou movimentos incomuns. O esterno e o processo xifoide são relativamente inflexíveis. Coloque os polegares paralelos aproximadamente ao longo da margem costal, separados 6 cm um do outro com as palmas das mãos tocando a parte anterolateral do tórax. Empurre os polegares em direção à linha mediana de modo a criar uma dobra na pele. Quando o paciente inspira profundamente, os polegares via de regra se separam cerca de 3 a 5 cm e ambos os lados se expandem igualmente.

Avalie o frêmito tátil sobre a parede anterior do tórax. Os achados da parte anterior diferem daqueles da parte posterior devido ao coração e tecido das mamas femininas. O frêmito é sentido próximo ao esterno, no segundo espaço intercostal no nível da bifurcação bronquial, e diminui sobre o coração, parte inferior do tórax e tecido mamário.

A ausculta do tórax anterior segue um padrão sistemático (Fig. 31-34, *C*) ao se compararem os lados esquerdo e direito. Isso é importante, pois sons do pulmão em uma região de um lado do corpo podem ser comparados com sons da mesma região no lado oposto.

Se possível, peça ao paciente que se sente para maximizar a expansão do tórax. Dê especial atenção aos lobos inferiores, onde normalmente há acúmulo de secreções de muco. Ouça os sons broncovesiculares e vesiculares acima e abaixo das clavículas e ao longo da periferia dos pulmões. Além disso, ausculte os sons brônquicos, que são altos, de tom elevado e ocos, com a expiração mais longa que a inspiração (proporção de 3:2). Esse som normalmente é ouvido sobre a traqueia.

Coração

Compare a avaliação da função cardíaca com os achados da avaliação vascular (ver seção adiante). As alterações ocorridas em um dos dois sistemas, às vezes, manifestam-se como alterações no outro. Alguns pacientes com sinais ou sintomas de problemas cardíacos apresentam uma condição letal que exige atenção imediata. Nesse caso, aja rapidamente e conduza apenas as partes do exame que sejam absolutamente necessárias. Faça uma avaliação mais completa quando o paciente apresentar um quadro mais estável. O histórico de enfermagem (Tabela 31-22) fornece dados que auxiliam a interpretação dos achados físicos.

Tabela 31-22

Histórico de Enfermagem para Avaliação Cardíaca

Avaliação	Justificativa
Verifique o histórico de tabagismo, ingestão alcoólica, ingestão de cafeína, uso de drogas recreativas e medicamentos, hábitos de exercício, e padrões e ingestão alimentares (inclusive ingestão de gordura e sódio).	O fumo, a ingestão de álcool, o uso de cocaína, a falta de exercícios regulares e a ingestão de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e colesterol são fatores de risco para doença cardiovascular. A cafeína pode causar disritmias cardíacas.
Verifique se o paciente está tomando medicamentos para a função cardiovascular (p. ex., antiarrítmicos, anti-hipertensivos) e se ele conhece a finalidade, a dosagem e os efeitos colaterais desses medicamentos.	O conhecimento permite que a enfermeira avalie o cumprimento das terapias medicamentosas. Os medicamentos, às vezes, afetam os valores dos sinais vitais.
Avalie a presença de dor ou desconforto no peito, palpitações, excesso de fadiga, tosse, dispneia, dor ou cãibras na perna, edema nos pés, cianose, desmaios ou ortopneia. Pergunte se os sintomas ocorrem em repouso ou durante a prática de exercícios.	Esses são sintomas básicos de doença cardíaca. Às vezes, a função cardíaca é adequada durante o repouso, mas não durante o exercício. As posições afetam o grau de expansão dos pulmões.
Se paciente relatar dor no peito, verifique se o sintoma é de natureza cardíaca. A dor anginal normalmente é uma pressão ou dor profunda subesternal e difusa que se irradia para um ou ambos os braços, o pescoço ou a mandíbula.	A avaliação determina a natureza da dor e a necessidade de cuidado imediato.
Verifique se o paciente tem um estilo de vida estressante. Quais as demandas físicas e/ou o estresse emocional existentes?	A repetida exposição ao estresse aumenta o risco de doença cardíaca.

Avalie o histórico familiar de doença cardíaca, diabetes, altos níveis de colesterol, hipertensão, derrame ou doença cardíaca reumática.	Esses fatores aumentam o risco de doença cardíaca.
Pergunte ao paciente sobre o histórico de problemas cardíacos (p. ex., insuficiência cardíaca, doença cardíaca congênita, doença arterial coronária, arritmias, murmúrios).	O conhecimento revela o nível de entendimento do paciente em relação à sua condição. A condição preexistente influencia as técnicas de exame utilizadas e os achados esperados.
Verifique se o paciente tem diabetes, doença pulmonar, obesidade ou hipertensão preexistente.	Esses distúrbios alteram a função cardíaca.

Avalie a função cardíaca através da parte anterior do tórax. Forme uma imagem mental da localização exata do coração (Fig. 31-37). No adulto, o coração está localizado no centro do tórax (precórdio), atrás e à esquerda do esterno, com uma pequena seção do átrio direito estendendo-se para o lado esquerdo do esterno. A base do coração é a parte superior e o ápice é a extremidade inferior. A superfície do ventrículo direito compõe a maior parte da superfície anterior do coração. Uma seção do ventrículo esquerdo modela a face anterior esquerda do ápice. Este, na verdade, toca a parede anterior do tórax aproximadamente entre o quarto e o quinto espaços intercostais mediais à linha clavicular média esquerda. Trata-se do **impulso apical ou ponto de impulso máximo (PIM)**.

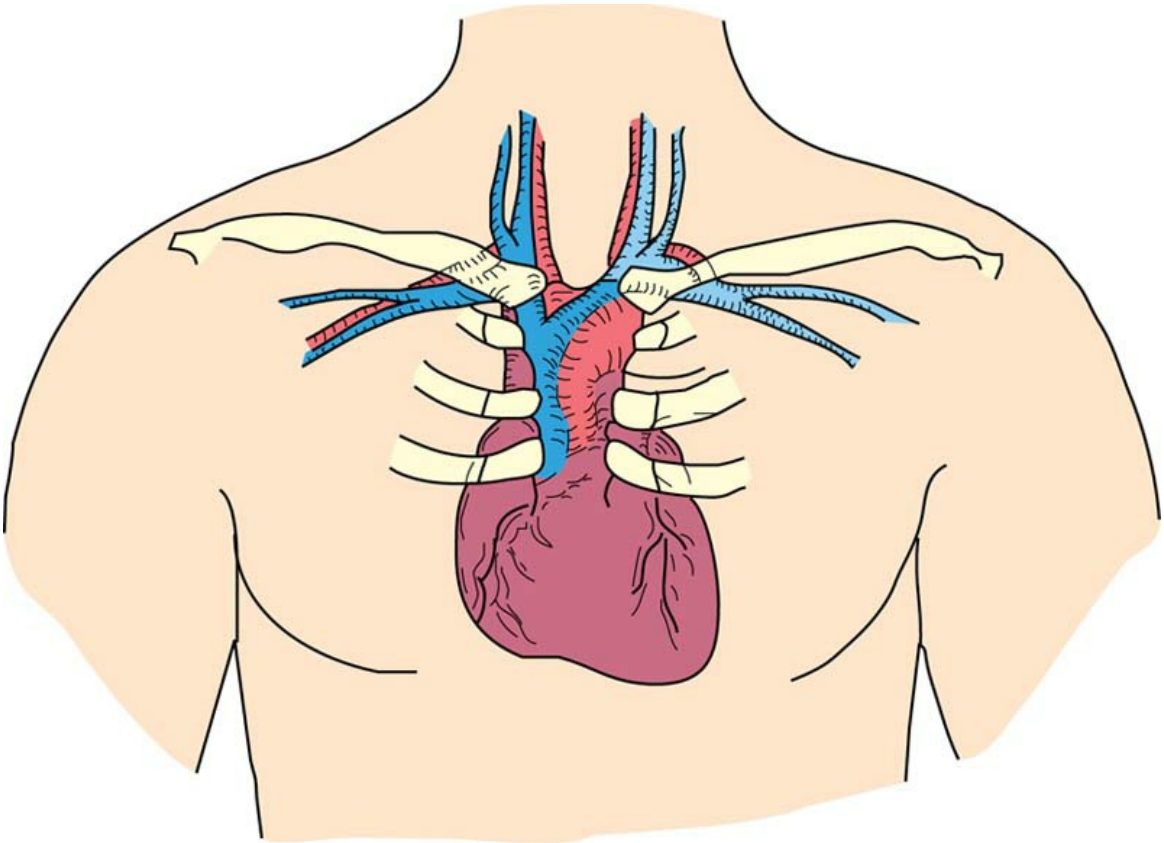


FIGURA 31-37 Posição anatômica do coração.

O coração de um recém-nascido está em uma posição mais horizontal. O ápice do coração está no terceiro ou quarto espaço intercostal, logo à esquerda da linha clavicular média. Por volta dos 7 anos, o PIM de uma criança está no mesmo local que o de um adulto. Nas pessoas altas e esbeltas, o coração está em uma posição mais vertical e central. Em pessoas mais baixas ou mais atarracadas, o coração tende a estar localizado mais para a esquerda e na horizontal (Ball et al., 2015).

Para avaliar a função cardíaca, um claro conhecimento do ciclo cardíaco e dos eventos fisiológicos correlatos é de suma importância (Fig. 31-38). O coração normalmente bombeia o sangue através de suas quatro câmaras em uma sequência regular e metódica. Os eventos do lado esquerdo ocorrem pouco antes daqueles do lado direito. À medida que o sangue circula através de cada câmara, as válvulas se abrem e se fecham, a pressão no interior das câmaras aumenta e diminui, e as câmaras se contraem. Cada evento produz

um sinal fisiológico. Os lados do coração funcionam de forma coordenada.

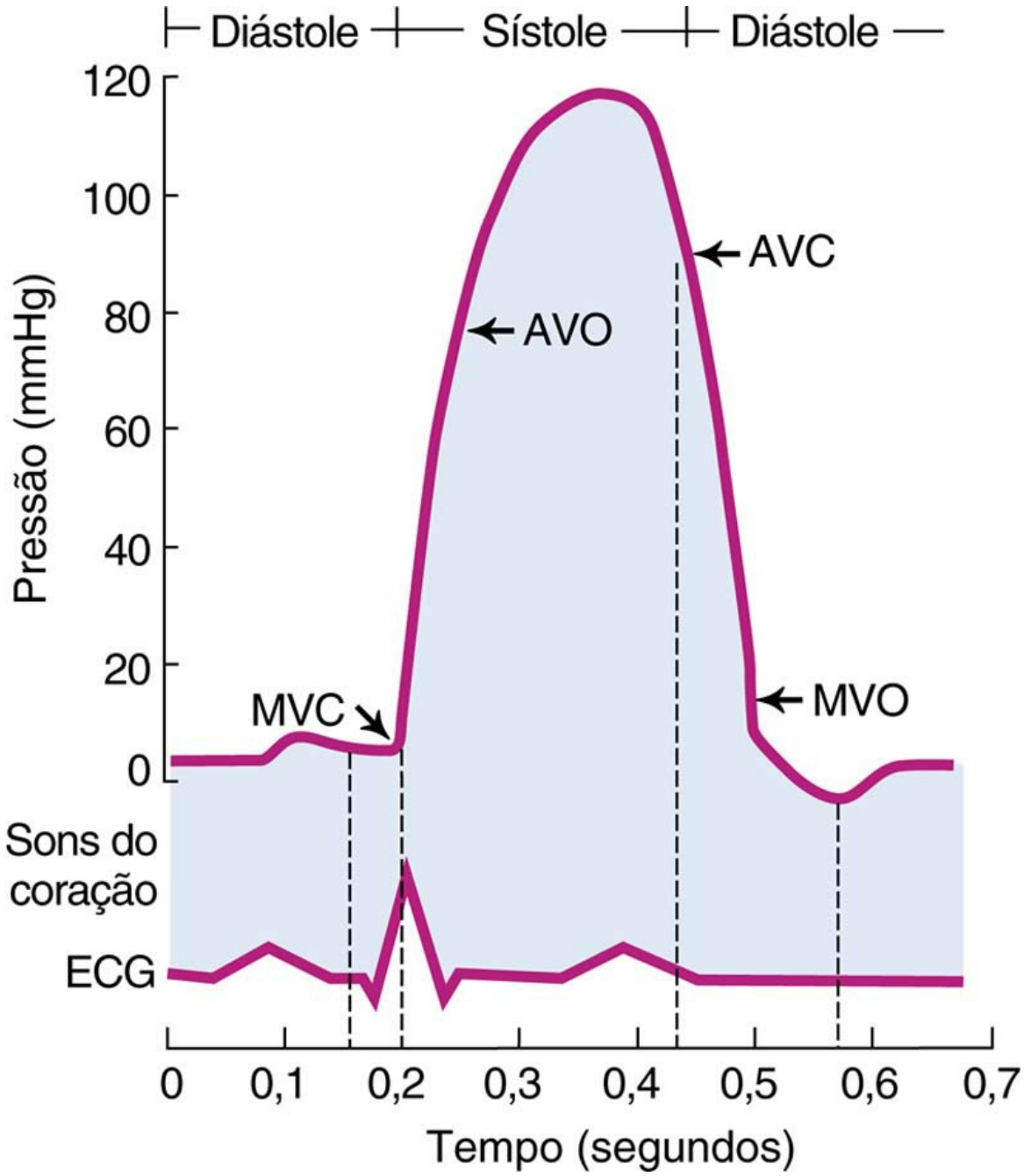


FIGURA 31-38 Ciclo cardíaco. *AVC*, fechamento da válvula aórtica; *AVO*, abertura da válvula aórtica; *ECG*, eletrocardiograma; *MVC*, fechamento da válvula mitral; *MVO*, abertura da válvula mitral.

O ciclo cardíaco possui duas fases: sistólica e diastólica. Durante a fase sistólica, os ventrículos se contraem e ejetam sangue do ventrículo esquerdo para a aorta; e do ventrículo direito para a artéria pulmonar.

Durante a fase diastólica, os ventrículos relaxam e os átrios se contraem para movimentar o sangue para os ventrículos e encher as artérias coronárias.

Os sons do coração ocorrem em relação com os eventos fisiológicos no ciclo cardíaco. Quando a sístole se inicia, a pressão ventricular sobe e fecha as válvulas mitral e tricúspide. O fechamento das válvulas produz o primeiro som do coração (S_1), geralmente descrito como "*tum*". Os ventrículos, então, se contraem, e o sangue flui através da aorta e da circulação pulmonar. Depois que os ventrículos se esvaziam, a pressão ventricular cai abaixo da pressão da aorta e da artéria pulmonar, o que permite que as válvulas aórtica e pulmomar se fechem, produzindo o segundo som do coração (S_2), descrito como "*ta*". A pressão continua a cair a níveis abaixo da pressão dos átrios. As válvulas mitral e tricúspide voltam a se abrir para permitir o enchimento ventricular. Quando o coração tenta encher um ventrículo já distendido, ouve-se um terceiro som do coração (S_3), como no caso de insuficiência cardíaca. Um S_3 é considerado anormal em adultos acima de 31 anos, mas normalmente pode ser ouvido com frequência em jovens, podendo estar presente também entre mulheres nos últimos estágios de gestação. Um quarto som do coração (S_4) ocorre quando os átrios se contraem para melhorar o enchimento ventricular. Em geral, ouve-se um S_4 em idosos saudáveis, crianças e atletas; mas não é normal em adultos. Como o S_4 também indica uma condição anormal, a sua existência deve ser relatada a um profissional de saúde.

Inspeção e Palpação

Deixe o paciente relaxado e confortável antes do exame. Explique o procedimento para aliviar a ansiedade dele. O paciente ansioso ou desconfortável apresenta taquicardia leve, o que resulta em achados imprecisos.

Utilize os procedimentos de inspeção e palpação simultaneamente. Comece o exame com o paciente em decúbito dorsal ou com a parte superior do corpo elevada a 45 graus, pois pacientes com doença

cardíaca geralmente sentem falta de ar quando deitados totalmente na horizontal. Fique em pé do lado direito do paciente e não o deixe falar, principalmente durante a auscultação dos sons do coração. Um ambiente bem-iluminado é essencial.

Dirija a atenção aos locais anatômicos mais adequados para a avaliação da função cardíaca. Durante a inspeção e a palpação, procure pulsações visíveis e elevações exageradas, palpando para verificar o impulso apical e quaisquer fontes de vibração (frêmitos). Siga uma sequência ordenada, começando com a avaliação da base do coração e dirigindo-se para o ápice. Primeiro, inspecione o ângulo de Louis, localizado entre o corpo esternal e o manúbrio, e sinta a crista do esterno a aproximadamente 5 cm abaixo do entalhe esternal. Deslize os dedos ao longo do ângulo em cada lado do esterno para sentir as costelas adjacentes. Os espaços intercostais estão logo abaixo de cada costela. O segundo espaço intercostal permite a identificação de cada um dos seis pontos de referência anatômicos (Fig. 31-39). O segundo espaço intercostal à direita é a *área aórtica* e o segundo espaço intercostal à esquerda é a *área pulmonar*. Você precisa fazer uma palpação mais profunda para sentir os espaços em pacientes obesos ou extremamente musculosos. Depois de localizar a área pulmonar, desça com os dedos pela borda esternal esquerda do paciente até o terceiro espaço intercostal, denominado *segunda área pulmonar*. A *área tricúspide* está localizada no quarto ou quinto espaço intercostal ao longo do esterno. Para encontrar a *área apical* ou *mitral*, localize o quinto espaço intercostal logo à esquerda do esterno e mova os dedos lateralmente para a linha da clavícula média esquerda. Localize a área apical com a palma da mão ou com as pontas dos dedos. Normalmente, sente-se o impulso apical como uma leve pancadinha em uma área de 1 a 2 cm de diâmetro no ápice (Fig. 31-40). Outro ponto de referência é a área epigástrica na extremidade do esterno; palpe-a se suspeitar de anomalias aórticas.

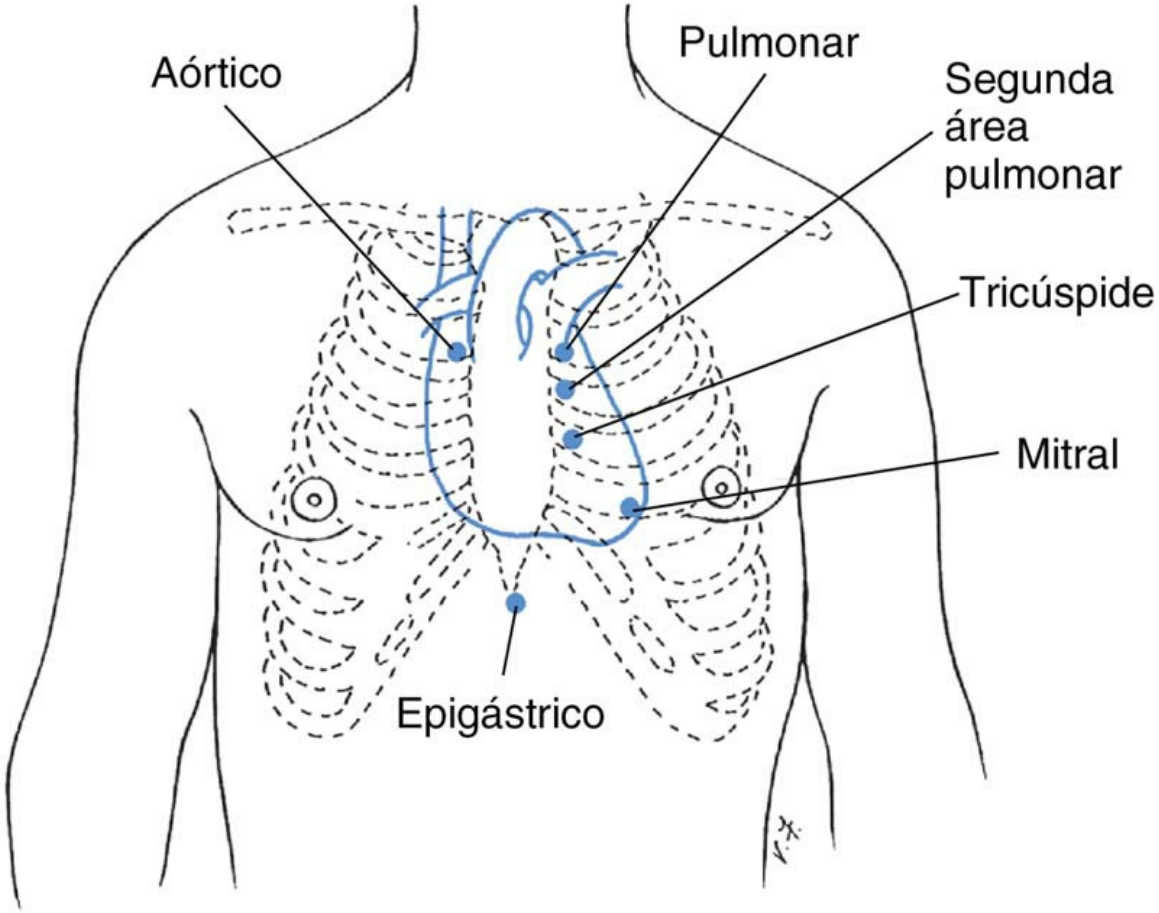


FIGURA 31-39 Pontos anatômicos para avaliação da função cardíaca.

FIGURA 31-40 Palpação do pulso apical.

Localize os seis pontos de referência anatômicos do coração, inspecionando e palpando cada área. Procure evidências de pulsações, observando cada área do tórax em ângulo para o lado. Em geral, as pulsações não são visíveis, exceto, talvez, em caso de PMI em pacientes magros ou na área epigástrica em decorrência da pulsação da aorta abdominal. Use os segmentos proximais dos quatro dedos juntos, alternando com a base da mão para palpar as pulsações. Toque as áreas delicadamente para permitir que os movimentos levantem a mão. Normalmente, não se sente pulsação ou vibração no segundo, terceiro ou quarto espaço intercostal. Os murmúrios altos produzem vibração. Cronometre as pulsações ou vibrações palpadas e sua ocorrência em relação à sístole ou à diástole auscultando os sons do coração simultaneamente.

O impulso apical ou PIM é facilmente sentido. Caso você não consiga localizá-lo com o paciente em decúbito dorsal, peça-lhe que role para o lado esquerdo, aproximando o coração da parede torácica. Estime o tamanho do coração observando o diâmetro do PMI e a sua

posição em relação à linha clavicular média. Em casos de doença cardíaca grave, o músculo cardíaco aumenta de tamanho, e o PIM passa a se localizar à esquerda da linha clavicular média. Às vezes, é difícil encontrar o PIM no idoso, porque o tórax é mais fundo em seus diâmetros anteroposteriores. É difícil localizá-lo também em pacientes musculosos ou com sobrepeso. O PIM de um recém-nascido está localizado próximo ao terceiro ou quarto espaço intercostal. É fácil palpá-lo devido à fina espessura da parede torácica da criança.

Ausculta

A ausculta do coração detecta os sons normais, os sons extras e os murmúrios do coração. Procure detectar os sons normais de baixa intensidade produzidos pelo fechamento das válvulas. Para iniciar a ausculta, elimine todas as fontes de ruído ambiente e explique o procedimento para reduzir a ansiedade do paciente. Siga um padrão sistemático, começando pela área aórtica e passando milimetricamente o estetoscópio sobre cada um dos pontos anatômicos. Ouça claramente o ciclo completo (*"tum-ta"*) dos sons do coração em cada local. Repita a sequência com a campânula do estetoscópio. Às vezes, você precisará colocar o paciente em três posições diferentes durante o exame para ouvir os sons com clareza (Fig. 31-41, *A* a *C*): sentado e inclinado para a frente (boa para todas as áreas e para ouvir murmúrios de alta intensidade), decúbito dorsal (boa para todas as áreas) e decúbito lateral esquerdo (boa para todas as áreas; melhor posição para ouvir sons de baixa intensidade na diástole).

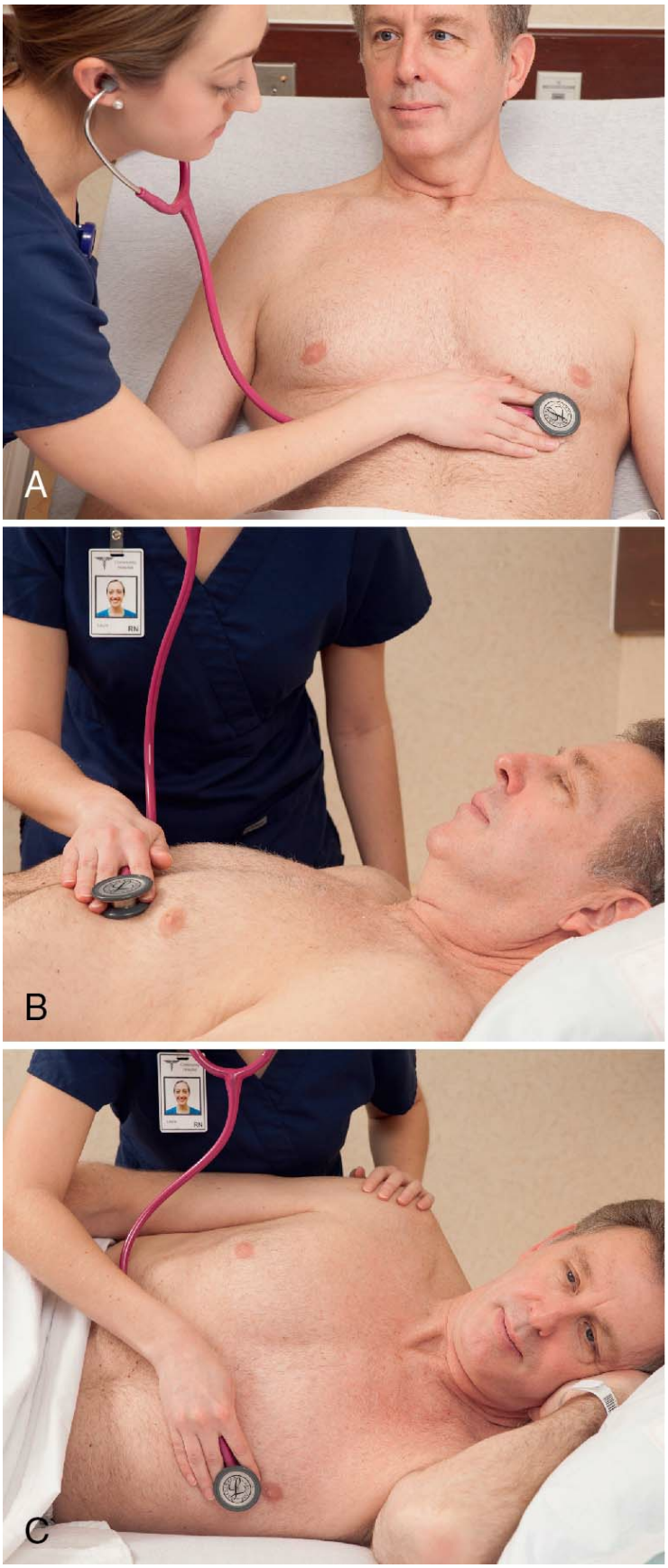

A
B
C

FIGURA 31-41 Sequência de posições do paciente para ausculta do coração. **A,** Sentado. **B,** Decúbito dorsal. **C,** Decúbito lateral esquerdo.

Aprenda a identificar o primeiro (S_1) e o segundo (S_2) sons do coração. Em frequências normais, o S_1 ocorre após a pausa longa da diástole e antes da pausa curta sistólica. O S_1 é um som de alta intensidade e monótono que se ouve melhor no ápice. Se for difícil ouvir o S_1, cronometre-o em relação à pulsação da carótida. S_2 segue a pausa curta sistólica e precede a pausa longa diastólica, e é mais audível na área aórtica.

Ausculte a frequência e o ritmo depois de ouvir claramente ambos os sons. Cada combinação de S_1 e S_2 ou *"tum-ta"*) conta como um batimento cardíaco. Conte a frequência por minuto e ouça o intervalo entre S_1 e S_2, cronometrando, em seguida, S_2 e o S_1 seguinte. Um ritmo regular envolve intervalos entre cada sequência de batimentos. Existe uma pausa silenciosa distinta entre S_1 e S_2. A falha do coração em bater em intervalos regulares e sucessivos é uma **Disritmia**. Algumas disritmias são letais.

Ao avaliar um ritmo cardíaco irregular, compare as frequências de pulso apical e radial simultaneamente para determinar se existe déficit de pulso. Ausculte o pulso apical primeiro e depois palpe imediatamente o pulso radial (técnica de um examinador). Avalie as frequências apical e radial ao mesmo tempo quando houver dois examinadores presentes. Quando o paciente apresentar déficit e pulso, o pulso radial é mais lento que o pulso apical, porque as contrações ineficazes não transmitem as ondas de pulso para a área periférica. Na presença de diferença entre as frequências de pulso, relate o caso imediatamente a um profissional de saúde.

Avalie os sons extracardíacos do coração em cada campo de ausculta. Utilize a campânula do estetoscópio e ouça os sons extracardíacos de baixa intensidade, como os galopes, cliques e atritos S_3 e S_4. Ausculte todas as áreas anatômicas. O S_3, ou **galope ventricular**, ocorre após o S_2. Esse som é causado por um lançamento precipitado de sangue para um ventrículo enrijecido ou dilatado em

consequência de insuficiência cardíaca ou hipertensão. A combinação de S_1, S_2 e S_3 soa como "Ken-TUCK-y" (pronuncia-se "Quen-ta-que").

O S_4, ou galope atrial, ocorre pouco antes do S_1, ou sístole ventricular. O som de um S_4 é semelhante a "TEN-nes-see" (pronuncia-se "TE-ne-ci"). Fisiologicamente, é um som causado por uma contração atrial a qual pressiona o ventrículo que não está aceitando o sangue em virtude da insuficiência cardíaca ou de outras alterações. Você consegue ouvir os sons extracardíacos mais facilmente com o paciente deitado do lado esquerdo e o estetoscópio posicionado no ponto apical.

A última parte do exame consiste na avaliação dos murmúrios cardíacos. **Murmúrios** são sibilos contínuos ou sons de sopro ouvidos no início, no meio ou no fim da fase sistólica ou diastólica e causados pelo aumento do fluxo sanguíneo através de uma válvula normal, de uma válvula estenótica ou para um vaso dilatado ou câmara cardíaca; ou do fluxo inverso através de uma válvula que não se fecha. O murmúrio é assintomático ou sinal de doença cardíaca (Quadro 31-18); é comum em crianças. Durante a ausculta, tenha em mente os seguintes fatores para detectar a presença de murmúrios:

- Ao detectar um murmúrio, ausculte as áreas das válvulas mitral, tricúspide, aórtica e pulmonar para o posicionamento no ciclo cardíaco (cronometragem); o local em que o som é mais audível (localização); a radiação; a intensidade; tom; e a qualidade.

Quadro 31-18

Educação em saúde do paciente

Avaliação Cardíaca

Objetivo

- O paciente descreverá os fatores de risco para doença cardíaca e tomará as medidas adequadas para eliminar os riscos decorrentes do estilo de vida.

Estratégias de Ensino

- Explique os fatores de risco para doença cardíaca, como a ingestão de alimentos com alto teor de gordura saturada ou colesterol, a falta de exercícios aeróbios regulares, o tabagismo, o excesso de peso, um estilo de vida estressante, a hipertensão e um histórico familiar de doença cardíaca.
- Encaminhe o paciente (se for o caso) para onde ele possa ter acesso aos recursos disponíveis de controle ou redução dos riscos (p. ex., orientação nutricional, academia de ginástica, programas de redução do estresse).
- Ensine o paciente a reduzir a ingestão de alimentos com alto teor de colesterol e gorduras saturadas. Explique que cerca de 70% a 75% dos ácidos graxos saturados são provenientes das carnes, das aves, dos peixes e dos laticínios. A American Heart Association (AHA) (2014) recomenda uma dieta que consista em uma ingestão que limite o teor total de gordura a menos de 35% de calorias totais, as gorduras saturadas a menos de 10% das calorias diárias, as gorduras trans a menos de 1% das calorias e o colesterol a menos de 310 mg/dia.
- Incentive o paciente a medir regularmente os níveis totais de colesterol e triglicerídeos no sangue. Os níveis desejáveis são de menos de 200 mg/dL. É necessária mais de uma medição para avaliar precisamente o nível de colesterol no sangue. O colesterol da lipoproteína de baixa intensidade (LDL) é o principal componente das placas ateroscleróticas. A medição separada do colesterol LDL é válida para pacientes com altos níveis totais de colesterol no sangue. Em uma pessoa que não apresenta outros fatores de risco, um nível de colesterol LDL de 160 mg/100 dL ou mais é um risco elevado (AHA, 2014).
- Incentive o paciente a discutir com o profissional de saúde a necessidade de fazer exames periódicos de proteína C reativa (PCR). Os níveis de CRP avaliam o risco de doença cardiovascular de um paciente.
- Aconselhe o paciente a evitar o cigarro, porque a nicotina causa

vasoconstrição.

- Aconselhe o paciente a abandonar o fumo para reduzir o risco de doença cardíaca coronária e doença arterial coronária.
- Pacientes em situação de risco podem se beneficiar da ingestão diária de uma baixa dose de aspirina. Consulte um profissional de saúde antes de iniciar a terapia.

Avaliação de Enfermagem

- Peça que o paciente identifique os fatores de risco para doença cardíaca.
- Peça a ele que desenvolva um plano alimentar com baixo teor de gordura saturada e colesterol.
- Verifique o nível de colesterol do paciente durante as consultas de acompanhamento na clínica ou no consultório médico.
- Peça que ele descreva as maneiras que escolheu de reduzir os fatores de risco cardíaco.

- Se ocorrer um murmúrio entre S_1 e S_2, trata-se de um murmúrio sistólico.
- Se o murmúrio ocorrer entre S_2 e o S_1 seguinte, é um murmúrio diastólico.
- Um murmúrio não está necessariamente localizado diretamente acima das válvulas. A experiência com a ausculta de murmúrios ajuda a entender melhor onde cada tipo de murmúrio é mais audível. Por exemplo, os murmúrios mitrais são mais audíveis no ápice do coração.
- Para avaliar a radiação, ouça outras áreas além daquela em que o som é mais audível. Os murmúrios podem ser ouvidos também no pescoço ou nas costas.
- A intensidade está relacionada com a velocidade do fluxo sanguíneo através do coração ou com a quantidade de sangue regurgitada. Sinta a pressão ou sensação palpável intermitente no ponto de ausculta em caso de murmúrios sérios. Um **frêmito** é uma sensação palpável contínua que lembra o ronronar de um

gato. A intensidade, por sua vez, é registrada com base nos seguintes graus (Ball et al., 2015):

- *Grau 1:* Quase inaudível em um ambiente silencioso
- *Grau 2:* Baixo, mas claramente audível
- *Grau 3:* Moderadamente alto
- *Grau 4:* Alto; associado a um frêmito
- *Grau 5:* Muito alto; frêmito facilmente palpável
- *Grau 6;* Muito alto; audível com o estetoscópio afastado do tórax; frêmito palpável e visível

- O murmúrio pode ser de intensidade baixa, média ou alta, dependendo da velocidade do fluxo sanguíneo através das válvulas. Um murmúrio de baixa intensidade é mais audível com a campânula do estetoscópio. Se o murmúrio for mais audível com o diafragma, trata-se de um murmúrio de alta intensidade.

A qualidade de um murmúrio refere-se ao seu padrão e som característicos. Um murmúrio crescente começa suave e cresce em intensidade. Um murmúrio decrescente começa alto e torna-se menos intenso.

Sistema vascular

O exame do sistema vascular consiste em medir a pressão arterial (Cap. 30) e avaliar a integridade do sistema vascular periférico. A Tabela 31-23 analisa os dados do histórico de enfermagem coletados antes do exame. Utilize os procedimentos de inspeção, palpação e ausculta. Realize parte do exame vascular durante a avaliação de outros sistemas do corpo. Por exemplo, verifique o pulso carotídeo depois de palpar os linfonodos cervicais. Observe sinais e sintomas de insuficiência arterial e venosa ao avaliar a pele.

Tabela 31-23

Histórico de Enfermagem para Avaliação Vascular

Avaliação	Justificativa
Verifique se o paciente sente cãibras nas pernas; amortecimento ou formigamento nos membros; sensação de mãos ou pés frios; dor nas pernas; ou inchaço ou cianose nos pés, nos tornozelos ou nas mãos.	Esses sinais e sintomas indicam doença vascular.
Caso o paciente sinta dor nas pernas ou cãibras nos membros inferiores, pergunte se o fato de caminhar ou permanecer de pé por longos períodos ou de dormir agrava ou alivia o problema.	A relação dos sintomas com o exercício esclarece se o problema é de natureza vascular ou musculoesquelética. A dor causada por condição vascular tende a aumentar com a atividade. A dor musculoesquelética normalmente não alivia quando o exercício termina.
Pergunte à paciente se ela usa ligas, meias ou lingerie apertada e se ela se senta ou deita na cama com as pernas cruzadas.	Peças de lingerie apertadas envolvendo os membros inferiores e o fato de cruzar as pernas podem prejudicar o retorno venoso.
Reconsidere os fatores de risco cardíaco anteriores (p. ex., fumo, exercício, problemas nutricionais).	Esses fatores predispõem o paciente a doença vascular.
Avalie a história clínica de doença cardíaca, hipertensão, flebite, diabetes ou veias varicosas.	Os distúrbios circulatórios e vasculares influenciam os achados coletados durante o exame.

Pressão Arterial

Ao auscultar a pressão arterial, saiba que as leituras entre os braços

variam em até 10 mmHg e tendem a ser mais elevadas no braço direito (Ball et al., 2015). Registre sempre a leitura mais alta. As leituras sistólicas repetidas que diferem em 15 mmHg ou mais sugerem aterosclerose ou doença da aorta.

Artérias Carótidas

Quando o ventrículo esquerdo bombeia o sangue para a aorta, o sistema arterial transmite ondas de pressão. As artérias carótidas refletem a função cardíaca melhor que as artérias periféricas, uma vez que a sua pressão tem correlação com a aorta. A artéria carótida fornece sangue oxigenado para a cabeça e o pescoço (Fig. 31-42) e é protegida pelo músculo esternoclidomastóideo que a recobre.

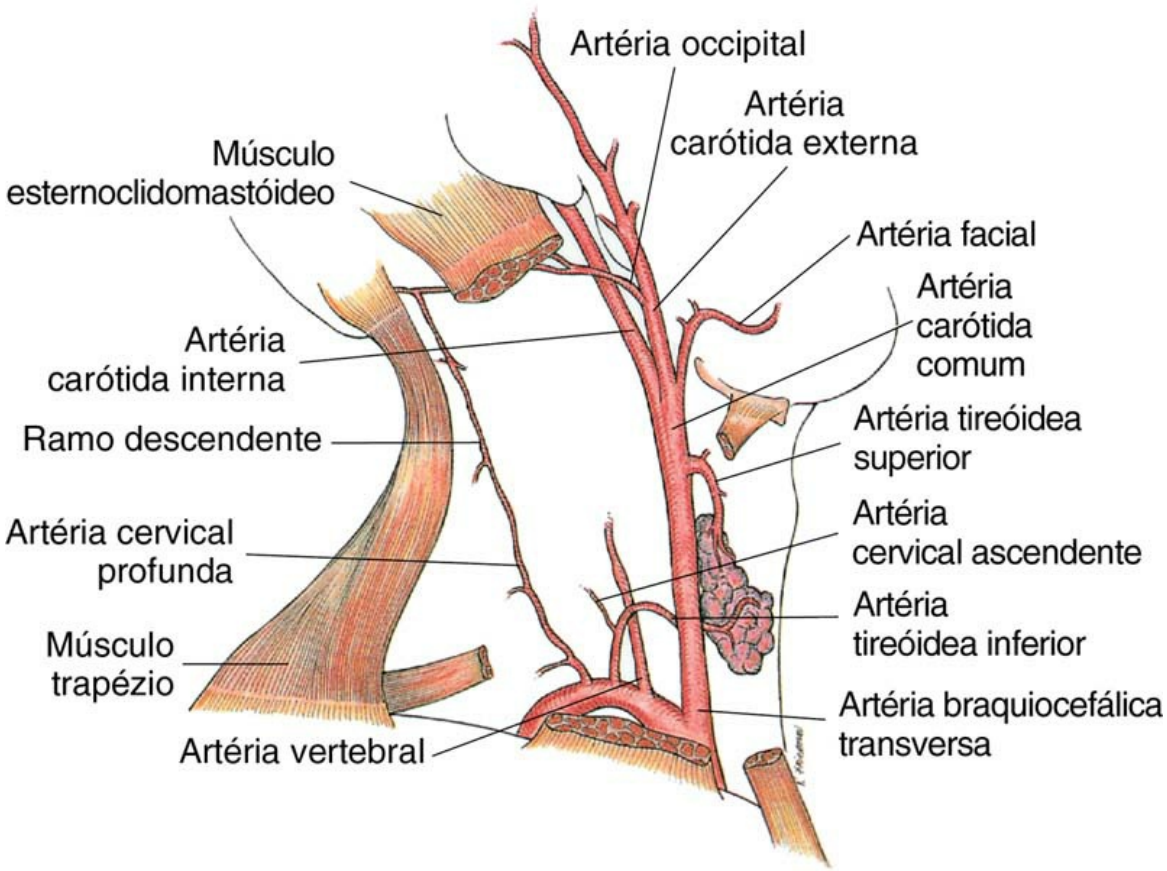


FIGURA 31-42 Posição anatômica da artéria carótida.

Para examinar as artérias carótidas, peça que o paciente se sente ou deite em decúbito dorsal com a cabeceira da cama elevada a 31 graus. Examine uma carótida de cada vez. Se ambas as artérias forem ocluídas simultaneamente durante o exame, o paciente perde a consciência devido à circulação sanguínea inadequada para o cérebro. *Não palpe ou massageie vigorosamente as artérias carótidas*, pois o seio carotídeo está localizado na bifurcação das artérias carótidas comuns no terço superior do pescoço. Esse seio transmite impulsos pelo nervo vago e a sua estimulação provoca uma diminuição reflexa da frequência cardíaca e da pressão arterial, causando **síncope** ou parada circulatória, o que representa um problema especialmente para os idosos.

Comece a inspecionar o pescoço para verificar a pulsação óbvia da artéria. Peça ao paciente que afaste um pouco a cabeça da artéria que está sendo examinada. Às vezes, a onda do pulso é visível. A carótida é o único local para a avaliação da qualidade de uma onda de pulso. A ausência de onda de pulso indica oclusão (bloqueio) ou **estenose** (estreitamento) arterial.

Para palpar o pulso, peça que o paciente olhe diretamente para a frente ou vire ligeiramente a cabeça para o lado que você está examinando. A segunda opção relaxa o músculo esternoclidomastóideo. Passe as pontas dos dedos indicador e médio em torno da borda medial do músculo esternoclidomastóideo. Palpe delicadamente para evitar a oclusão da circulação (Fig. 31-43).

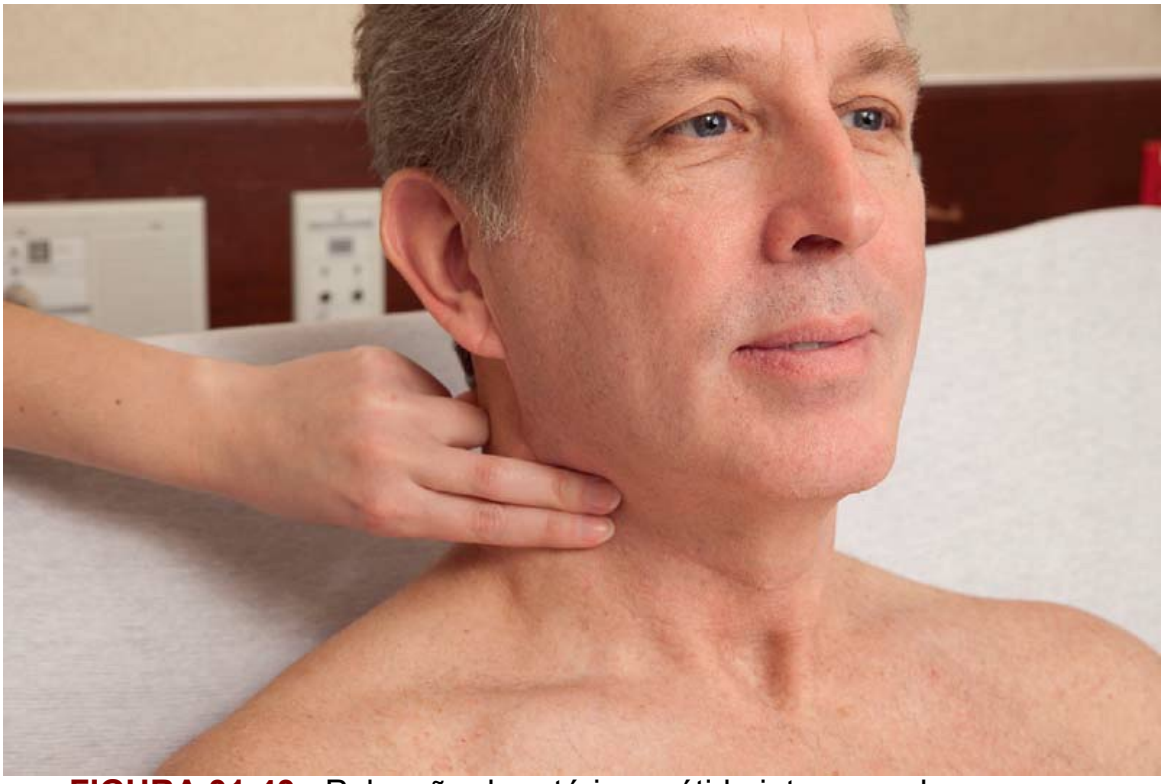


FIGURA 31-43 Palpação da artéria carótida interna ao longo da margem do músculo esternoclidomastóideo.

O pulso normal da carótida é localizado e forte – não difuso – e tem uma qualidade de impulsão. Quando o paciente respira, não ocorrem quaisquer alterações. A rotação do pescoço ou a mudança da posição sentada para a posição em decúbito dorsal não altera a qualidade do impulso da carótida. As duas artérias carótidas normalmente são iguais em frequência de pulso, ritmo, força e elasticidade. As pulsações reduzidas ou desiguais das carótidas indicam aterosclerose ou outras formas de doença arterial.

A carótida é o pulso mais comum auscultado. A auscultação é especialmente importante para adultos de meia-idade ou idosos ou para pacientes com suspeita de doença cerebrovascular. Quando o lúmen de um vaso sanguíneo se estreita, o fluxo sanguíneo sofre alteração. À medida que o sangue atravessa a seção estreitada, cria-se turbulência, produzindo um som sibilante ou de sopro. O som de sopro é denominado **ruído** (Fig. 31-44).

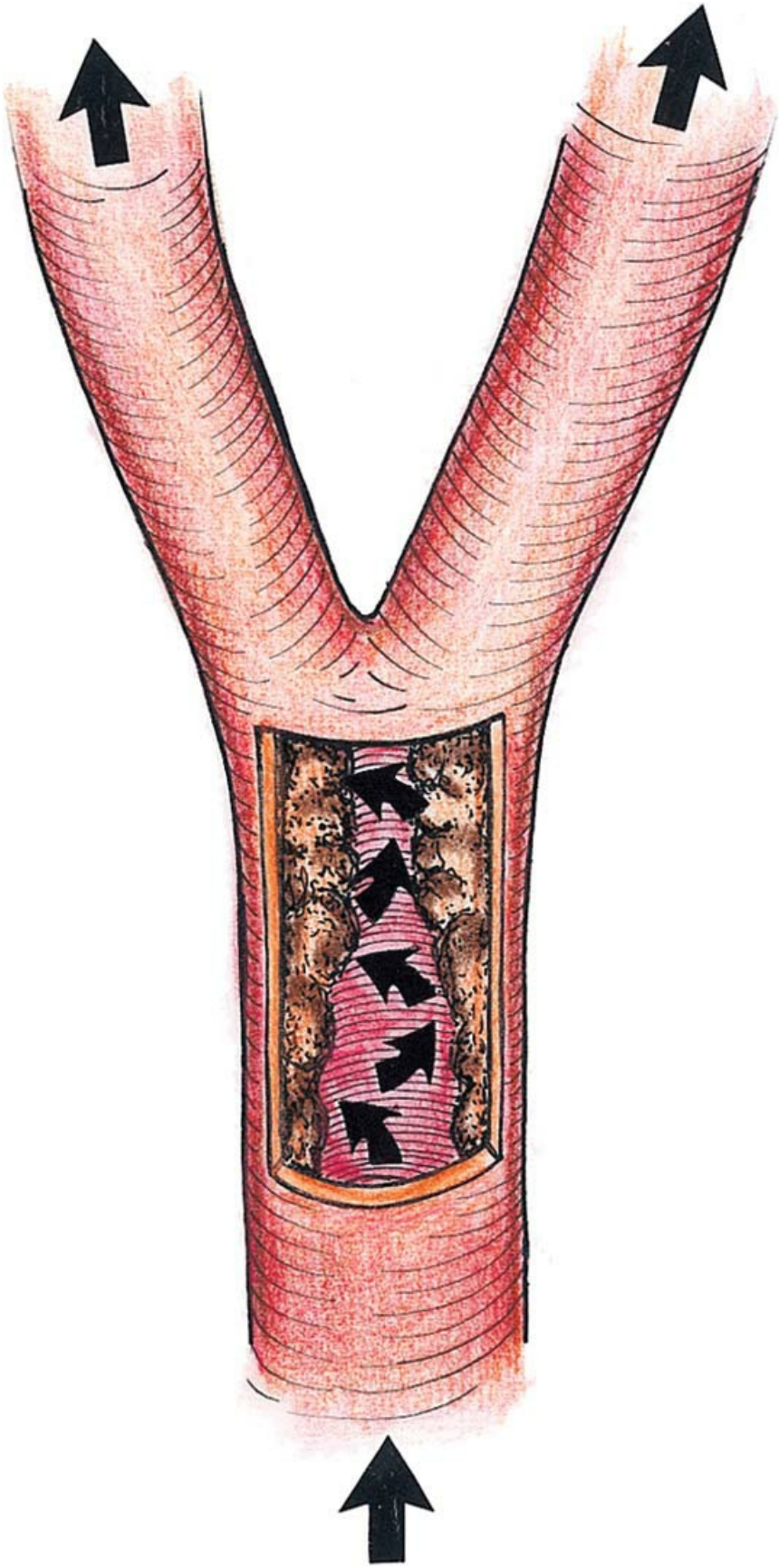


FIGURA 31-44 A oclusão ou o estreitamento da artéria carótida altera o fluxo sanguíneo normal. A consequente turbulência produz um som (ruído) que é auscultado.

Coloque a campânula do estetoscópio sobre a artéria carótida na extremidade lateral da clavícula e na margem posterior do músculo esternoclidomastóideo. Peça ao paciente que afaste um pouco a cabeça do lado que está sendo examinado (Fig. 31-45). Peça-lhe que segure a respiração por um momento para que os sons da respiração não ofusquem um eventual ruído. Normalmente, você não ouve quaisquer sons durante a ausculta da carótida. Palpe levemente a artéria para a verificação da presença de frêmito (ruído palpável) se você ouvir algum ruído.

FIGURA 31-45 Ausculta do ruído da artéria carótida. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Veias Jugulares

As veias mais acessíveis para exame são as veias jugulares interna e externa do pescoço. Ambas drenam bilateralmente da cabeça e do pescoço para a veia cava superior. A veia jugular externa está localizada superficialmente logo acima da clavícula. A veia jugular interna está localizada em um nível mais profundo, ao longo da artéria carótida.

É melhor examinar a veia jugular interna direita, que segue um caminho anatômico mais direto para o átrio direito do coração. A coluna de sangue no interior da veia jugular interna funciona como um manômetro, refletindo a pressão do átrio direito. Quanto mais alta a coluna, maior é a pressão venosa. Quando esta se encontra elevada, reflete insuficiência cardíaca do lado direito.

Via de regra, quando o paciente está deitado em decúbito dorsal, a veia jugular externa se distende, tornando-se facilmente visível. Por outro lado, as veias jugulares geralmente se aplainam quando o paciente se senta ou fica de pé. Entretanto, no caso de alguns pacientes com doença cardíaca, as veias jugulares permanecem distendidas quando o paciente está sentado.

Para medir a pressão venosa, inspecione primeiro as veias jugulares. A pressão venosa é influenciada pelo volume sanguíneo (p. ex., a capacidade do átrio direito de receber sangue e enviá-lo para o ventrículo direito e a capacidade do ventrículo direito, por sua vez, de se contrair e forçar a entrada do sangue na artéria pulmonar). Qualquer fator de risco que cause o aumento do volume sanguíneo no âmbito do sistema venoso resulta em uma pressão venosa elevada. Avalie a pressão venosa utilizando as seguintes etapas:

1. Peça que o paciente se deite em decúbito dorsal com a cabeça elevada de 31 a 45 graus (posição semi-Fowler).
2. Exponha o pescoço e a parte superior do tórax. Utilize um travesseiro para alinhar a cabeça. Evite hiperestender ou flexionar o pescoço para que a veia não sofra estiramento ou torção (Fig. 31-46).
3. Quase sempre, as pulsações não são evidentes com o paciente sentado. À medida que ele se inclina para retornar à posição de

decúbito dorsal, o nível das pulsações venosas começa a se elevar de 1 a 2 cm acima do nível do manúbrio quando o paciente atinge um ângulo de 45 graus. Verifique a pressão venosa medindo a distância vertical entre o ângulo de Louis e o nível mais alto do ponto visível da pulsação da veia jugular interna.

4. Use duas réguas. Alinhe a borda inferior de uma régua comum com o topo da área de pulsação da veia jugular. Em seguida, pegue uma régua centimétrica e alinhe-a perpendicularmente à primeira régua no nível do ângulo esternal. Meça a distância em centímetros entre a segunda régua e o ângulo esternal (Fig. 31-47).
5. Repita a mesma medição do outro lado. Pressões laterais superiores a 2,5 cm são consideradas elevadas e indicam insuficiência cardíaca do lado direito. A elevação unilateral da pressão é causada por obstrução.

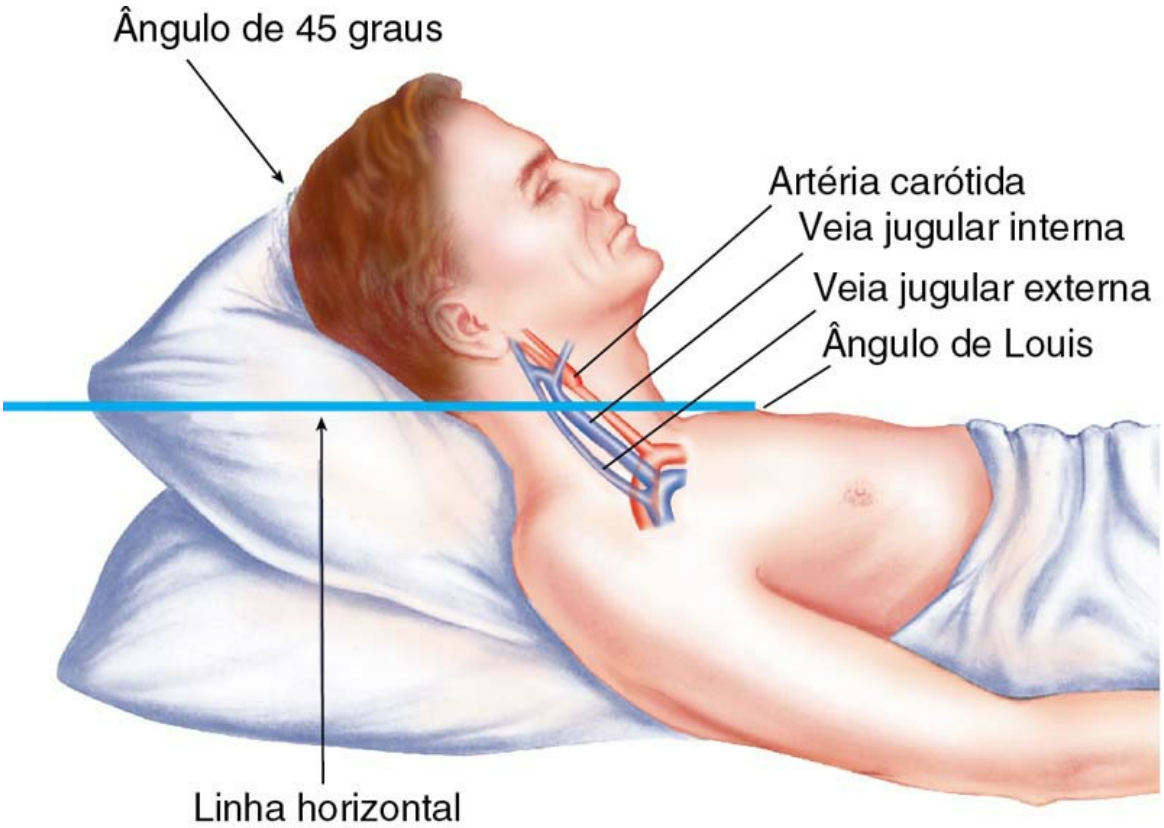


FIGURA 31-46 Posição do paciente para avaliação da

distensão da veia jugular. (Extraído de Thompson JM et al: *Mosby's manual of clinical nursing,* ed 5, St Louis, 2001, Mosby.)

FIGURA 31-47 Medição da pressão venosa jugular. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Artérias e Veias Periféricas

Para examinar o sistema vascular periférico, avalie primeiro a adequação do fluxo sanguíneo aos membros medindo os pulsos arteriais e inspecionando a condição da pele e das unhas. Em seguida, avalie a integridade do sistema venoso. Avalie os pulsos arteriais nos membros para determinar a suficiência de toda a circulação arterial.

Fatores como distúrbios de coagulação, traumatismo local ou cirurgia, gessos ou ataduras constritoras e doenças sistêmicas prejudicam a circulação para os membros (Tabela 31-24). Aborde com o paciente os fatores de risco e as maneiras de monitorar os problemas circulatórios (Quadro 31-19).

Tabela 31-24

Indicadores para a Avaliação do Fluxo Sanguíneo Local

Indicador	Justificativa
Doenças sistêmicas (p. ex., arteriosclerose, aterosclerose, diabetes)	As doenças resultam em alterações na integridade das paredes das artérias e dos vasos sanguíneos menores
Distúrbios de coagulação (p. ex., trombose, embolia)	O coágulo de sangue provoca a obstrução mecânica do fluxo sanguíneo.
Traumatismo local ou cirurgia (p. ex., contusão, fratura, cirurgia vascular)	A manipulação direta dos vasos ou a presença de edema localizado prejudica o fluxo sanguíneo.
Aplicação de dispositivos constritores (p. ex., gessos, curativos, ligas elásticas, imobilizadores)	A constrição causa o efeito torniquete, prejudicando o fluxo sanguíneo para áreas localizadas abaixo do ponto de constrição.

Quadro 31-19

Educação em saúde do paciente

Avaliação Vascular

Objetivo

- O paciente com insuficiência vascular evitará atividades que agravem a condição circulatória.

Estratégias de Ensino

- Oriente o paciente com risco ou evidência de insuficiência vascular nos membros inferiores a evitar roupas apertadas nas partes inferiores do corpo ou nas pernas, evitar permanecer sentado ou de pé por longos períodos, evitar sentar-se com as pernas cruzadas, caminhar regularmente e elevar os pés quando estiver sentado.
- Aconselhe o paciente a evitar ou abandonar o cigarro, o charuto ou o cachimbo ou o consumo de produtos que contenham nicotina (p. ex., fumo de mascar, adesivos de nicotina ou chiclete), porque a nicotina causa vasoconstrição. Sugira o encaminhamento para um programa confiável de abandono do tabagismo.

- Oriente o paciente com hipertensão sobre os benefícios do monitoramento regular da pressão arterial (diariamente, semanalmente ou mensalmente). Ensine o paciente a utilizar os *kits* de monitoramento de uso doméstico.

Avaliação de Enfermagem

- Peça que o paciente identifique se a leitura da pressão arterial está dentro dos limites normais para a idade.
- Peça ao paciente com insuficiência vascular que descreva as precauções a serem tomadas para evitar o agravamento da deficiência circulatória.
- Peça que ele demonstre o procedimento de automonitoramento da pressão arterial.

Artérias Periféricas

Examine cada artéria periférica utilizando a polpa distal dos dedos médio e anelar. O polegar ajuda a ancorar as artérias braquial e femoral. Aplique uma pressão firme, mas evite ocluir um pulso. Quando é difícil encontrar um pulso, variar a pressão e sentir toda a área em volta do local do pulso pode ajudar. Não palpe o seu próprio pulso.

Os sinais vitais de rotina normalmente incluem a avaliação da frequência e do ritmo da artéria radial por se tratar de uma artéria de fácil acesso. Conte o pulso por 31 segundos ou por um minuto, dependendo da característica do pulso (Cap. 30). Sempre conte um pulso irregular por 60 segundos. Com a palpação, normalmente se sente a onda de pulso em intervalos regulares. Quando um intervalo é interrompido por um batimento prematuro, tardio ou ausente, o ritmo do pulso é irregular. Durante as emergências cardíacas, os médicos normalmente avaliam a artéria carótida por ser uma artéria acessível e a mais útil para a avaliação da atividade cardíaca. Para verificar a condição circulatória local dos tecidos (p. ex., no caso de uma perna engessada ou após uma cirurgia vascular), palpe as artérias periféricas por tempo suficiente para notar a presença de pulsação.

Avalie cada artéria periférica quanto à elasticidade da parede, a força e a homogeneidade dos vasos. A parede arterial normalmente é elástica, o que a torna facilmente palpável. Depois de pressionada, a artéria retorna à sua forma original quando a pressão é liberada. A artéria anormal é dura, inelástica ou calcificada.

A força de um pulso é a medida da força com que o sangue é ejetado contra a parede arterial. Alguns examinadores utilizam uma escala graduada de 0 a 4 para medir a força de um pulso (Ball et al., 2015).

0: Ausente, não palpável
1: Pulso reduzido, quase impalpável
2: Nível esperado
3: Cheio, aumentado
4: Latejante, aneurismático

Meça todos os pulsos periféricos, observando a igualdade e a simetria. Compare o pulso radial esquerdo com o direito e assim por diante. A falta de simetria indica deficiência circulatória, como obstrução localizada ou artéria em posição anormal.

Nos membros superiores, a artéria braquial canaliza o sangue para as artérias radial e ulnar do antebraço e da mão. Se a circulação nessa artéria for bloqueada, as mãos não receberão o fluxo de sangue adequado. Em caso de comprometimento da circulação na artéria radial ou ulnar, a mão ainda recebe a perfusão adequada. Uma interconexão entre as artérias radial e ulnar serve de proteção contra a oclusão arterial (Fig. 31-48, *A*).

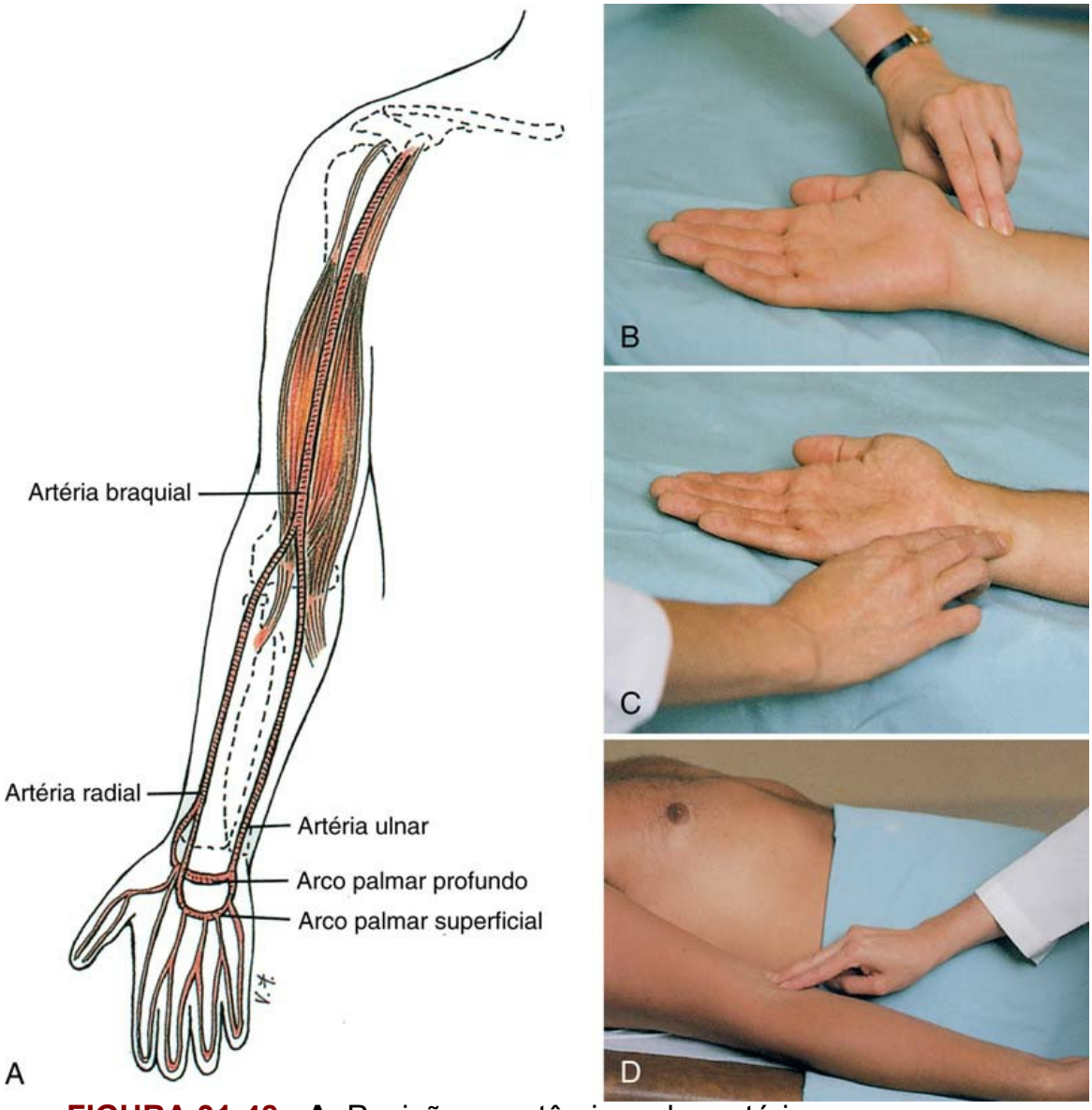


FIGURA 31-48 **A,** Posições anatômicas das artérias braquial, radial e ulnar. **B,** Palpação do pulso radial. **C,** Palpação do pulso ulnar. **D,** Palpação do pulso braquial.

Para localizar os pulsos no braço, peça que o paciente permaneça sentado ou deitado. Procure o pulso ao longo do lado radial do antebraço no punho. Sinta o pulso radial palpando levemente o sulco (Fig. 31-48, *B*). O pulso ulnar fica do lado oposto do punho e é menos proeminente (Fig. 31-48, *C*). Palpe o pulso ulnar somente quando estiver avaliando a insuficiência arterial para a mão.

Para palpar o pulso braquial, procure o sulco entre os músculos

bíceps e tríceps acima do cotovelo, na fossa cubital (Fig. 31-48, *D*). A artéria corre longitudinalmente ao lado medial do braço estendido. Palpe-a com as pontas dos três primeiros dedos no sulco muscular.

A artéria femoral é a artéria primária da perna e fornece sangue para as artérias poplítea, tibial posterior e pedial dorsal (Fig. 31-49, *A*). Uma interconexão entre as artérias tibial posterior e pedial dorsal serve de proteção contra a oclusão arterial local.

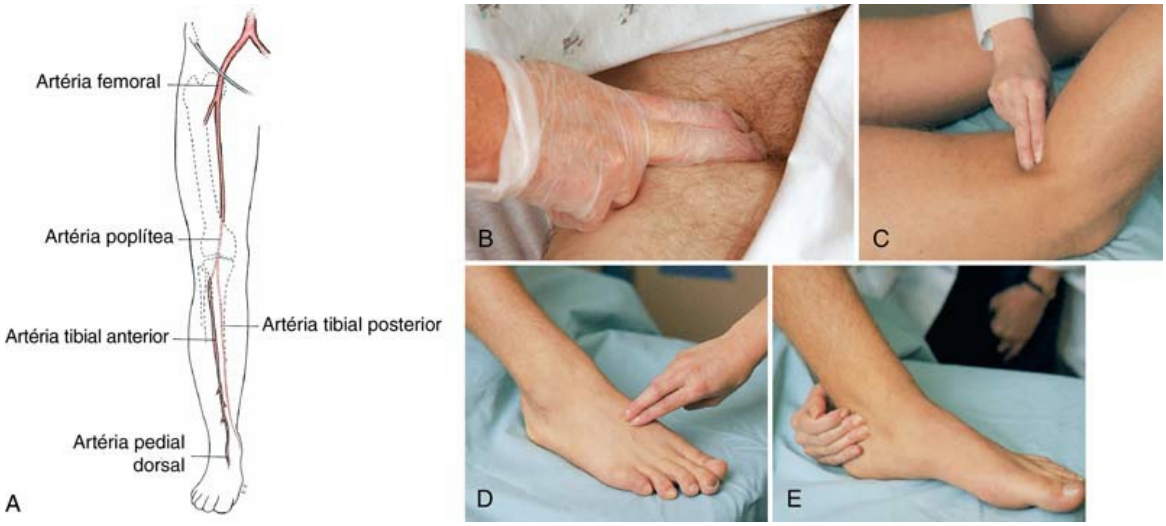


FIGURA 31-49 **A,** Posição anatômica das artérias femoral, poplítea, pedial dorsal e tibial posterior. **B,** Palpação do pulso femoral. **C,** Palpação do pulso poplíteo. **D,** Palpação do pulso pedial dorsal. **E,** Palpação do pulso tibial posterior.

Procure o pulso com o paciente deitado com a área inguinal exposta (Fig. 31-49, *B*). A artéria femoral corre abaixo do ligamento inguinal, a meio caminho entre a sínfise púbica e a espinha ilíaca anterossuperior. Às vezes, a palpação profunda é necessária para que se possa sentir o pulso. A palpação bimanual é eficaz em pacientes obesos. Coloque as pontas dos dedos de ambas as mãos em lados opostos do local do pulso. Perceba uma sensação pulsátil quando a pulsação arterial empurra e separa as pontas dos dedos.

O pulso poplíteo corre por trás do joelho. Peça que o paciente flexione ligeiramente o joelho com o pé apoiado sobre a mesa de exame ou assuma uma posição prona com o joelho ligeiramente

flexionado (Fig. 31-49, *C*). Oriente-o a manter os músculos da perna relaxados. Com os dedos de ambas as mãos, palpe profundamente a fossa poplítea, lateralmente à linha mediana. É difícil localizar o pulso poplíteo.

Com o pé do paciente relaxado, localize o pulso do dorso do pé, ao longo do qual a artéria corre, alinhada ao sulco entre os tendões extensores do hálux e do primeiro pododáctilo (Fig. 31-49, *D*). Para procurar o pulso, coloque as pontas dos dedos entre o primeiro e o segundo pododáctilos e vá subindo lentamente até o dorso do pé. Às vezes, a ausência desse pulso é congênita.

Procure o pulso tibial posterior na face interna de cada tornozelo (Fig. 31-49, *E*). Coloque os dedos atrás e abaixo do maléolo medial (osso do tornozelo). Com o pé relaxado e ligeiramente estendido, palpe a artéria.

Estetoscópios por Ultrassom

Em caso de dificuldade para palpar um pulso, um estetoscópio com ultrassom (Doppler) é uma ferramenta útil que amplia os sons de uma onda de pulso. Os fatores que enfraquecem a pulsação ou dificultam a palpação incluem condições como obesidade, redução do volume sistólico do coração, volume sanguíneo reduzido ou obstrução arterial. Aplique uma fina camada de gel de transmissão à pele do paciente no local do pulso ou diretamente na ponta do transdutor da sonda. Ligue o controle de volume e coloque a ponta do transdutor em um ângulo de 45 a 90 graus sobre a pele (Fig. 31-50). Mova o transdutor até ouvir um som "sibilante" e pulsante que indica a presença de fluxo sanguíneo arterial.

FIGURA 31-50 Estetoscópio com ultrassom posicionado no pulso pedial.

Perfusão Tecidual

A condição da pele, da mucosa e dos leitos ungueais oferece dados úteis sobre a condição do fluxo da circulação sanguínea. Examine a face e os membros superiores, observando a cor da pele, da mucosa e dos leitos ungueais. Requer atenção especial a presença de cianose, a qual, nas vezes que é causada por doença cardíaca, indica baixa oxigenação arterial. Algumas características disso são uma descoloração azulada dos lábios, da boca e da conjuntiva. Os lábios, os lobos das orelhas e os leitos ungueais azulados são sinais de cianose periférica, que indica vasoconstrição periférica. Quando houver presença de cianose, consulte um médico para solicitar exames laboratoriais de saturação de oxigênio e determinar a gravidade do problema. O exame das unhas envolve a inspeção da presença de um abaulamento dos tecidos da base das unhas, o **hipocratismo digital**, que é causado por insuficiência de oxigenação da área periférica em decorrência de condições como enfisema crônico e doença cardíaca congênita.

Inspecione os membros inferiores e verifique a presença de mudanças de cor, temperatura e condição da pele, que subentendem alterações arteriais ou venosas (Tabela 31-25). Esse é um bom momento para perguntar ao paciente sobre qualquer histórico de dor nas pernas. Se houver presença de oclusão arterial, o paciente apresentará sinais resultantes da ausência de fluxo sanguíneo. A dor é distal à oclusão, Os cinco *Ps* – dor (em inglês, *Pain*), palidez, pulso ausente, parestesias e paralisia – caracterizam uma oclusão. A congestão venosa provoca alterações teciduais que indicam um fluxo circulatório inadequado de retorno para o coração.

Tabela 31-25

Sinais de Insuficiência Venosa e Arterial

Critério de Avaliação	Venosa	Arterial
Cor	Normal ou cianótica	Pálida; agrava-se com a elevação dos membros; vermelho-escura quando os membros estão abaixados
Temperatura	Normal	Fria (fluxo sanguíneo bloqueado para os membros)

Pulso	Normal	Reduzido ou ausente
Edema	Geralmente acentuado	Ausente ou leve
Alterações cutâneas	Pigmentação marrom em torno dos tornozelos	Pele fina e brilhante; crescimento piloso reduzido; unhas espessadas

Durante o exame dos membros inferiores, inspecione também a pele e a textura das unhas; a distribuição dos pelos na parte inferior das pernas, nos pés e nos pododáctilos; o padrão venoso; e a presença de cicatrizes, pigmentação ou úlceras. Palpe as pernas e os pés para verificar a cor e a temperatura. O reenchimento capilar, tradicionalmente utilizado para determinar a adequação do fluxo sanguíneo periférico para os dedos das mãos, tem valor limitado.

A ausência de crescimento de pelos nas pernas é indício de insuficiência circulatória. Lembre-se de não confundir ausência de pelos nas pernas com pernas raspadas. Além disso, os homens que usam meias sociais justas ou calças jeans podem ter menos pelos nas panturrilhas. As úlceras recorrentes crônicas dos pés e da parte inferior das pernas são um sério sinal de insuficiência circulatória e exigem intervenção médica.

Veias Periféricas

Avalie o estado das veias pedindo ao paciente que assuma as posições sentada e de pé. A avaliação envolve os procedimentos de inspeção e palpação para verificação da presença de varicosidades, edema periférico e flebite. As varicosidades são veias superficiais que se dilatam, especialmente quando as pernas estão em uma posição dependente. Elas são comuns em idosos, porque as veias normalmente sofrem fibrose, dilatam-se e estiram-se. Elas são comuns também em pessoas que permanecem de pé por períodos prolongados. A presença de varicosidades na parte anterior ou medial da coxa e na parte posterolateral da panturrilha é anormal.

A presença de edema dependente na área dos pés e tornozelos é sinal de insuficiência venosa ou insuficiência cardíaca do lado direito. Trata-se de uma condição comum em idosos e pessoas que passam muito tempo em pé (p. ex., garçonetes, guardas de segurança e enfermeiras). Para avaliar a presença de edema mole, use o dedo

indicador para pressionar firmemente por vários segundos a área sobre o maléolo medial ou a tíbia e liberá-la. Uma depressão deixada na pele evidencia a presença de edema. A escala de graduação de 1+ a 4+ caracteriza a gravidade do edema (Fig. 31-6).

A flebite é a inflamação de uma veia que ocorre geralmente após um traumatismo da parede venosa, infecção, imobilização e inserção prolongada de cateteres intravenosos. Para avaliar uma flebite na perna, inspecione as panturrilhas, observando se há vermelhidão, sensibilidade e inchaços sobre os locais das veias. A palpação delicada dos músculos da panturrilha revela o calor, a sensibilidade e a firmeza dos músculos. O edema unilateral da perna afetada é um dos achados mais confiáveis da presença de flebite. O sinal de Homans deixou de ser um indicador confiável de flebite ou de trombose das veias profundas (TVP) e está presente em outras condições (Ball et al., 2015). O sinal de Homans é contraindicado em pacientes com TVP. Se houver um coágulo na perna, ele pode se deslocar de seu local original durante esse teste, provocando uma embolia pulmonar.

Sistema Linfático

Avalie a drenagem linfática dos membros inferiores durante o exame do sistema vascular ou durante o exame genital feminino ou masculino. Os nodos superficiais e profundos drenam as pernas, mas somente dois grupos de nodos superficiais são palpáveis. Com o paciente em decúbito dorsal, palpe a área dos nodos inguinais superficiais na região da virilha (Fig. 31-51, *A*). Em seguida, mova as pontas dos dedos em direção à parte interior da coxa, sentindo quaisquer nodos inferiores. Aplique uma pressão firme, mas suave, ao palpar cada cadeia linfática. Os nodos múltiplos normalmente não são palpáveis, embora não sejam incomuns alguns nodos moles não sensíveis. A presença de nodos aumentados, endurecidos e sensíveis revela possíveis locais de infecção ou doença metastática.

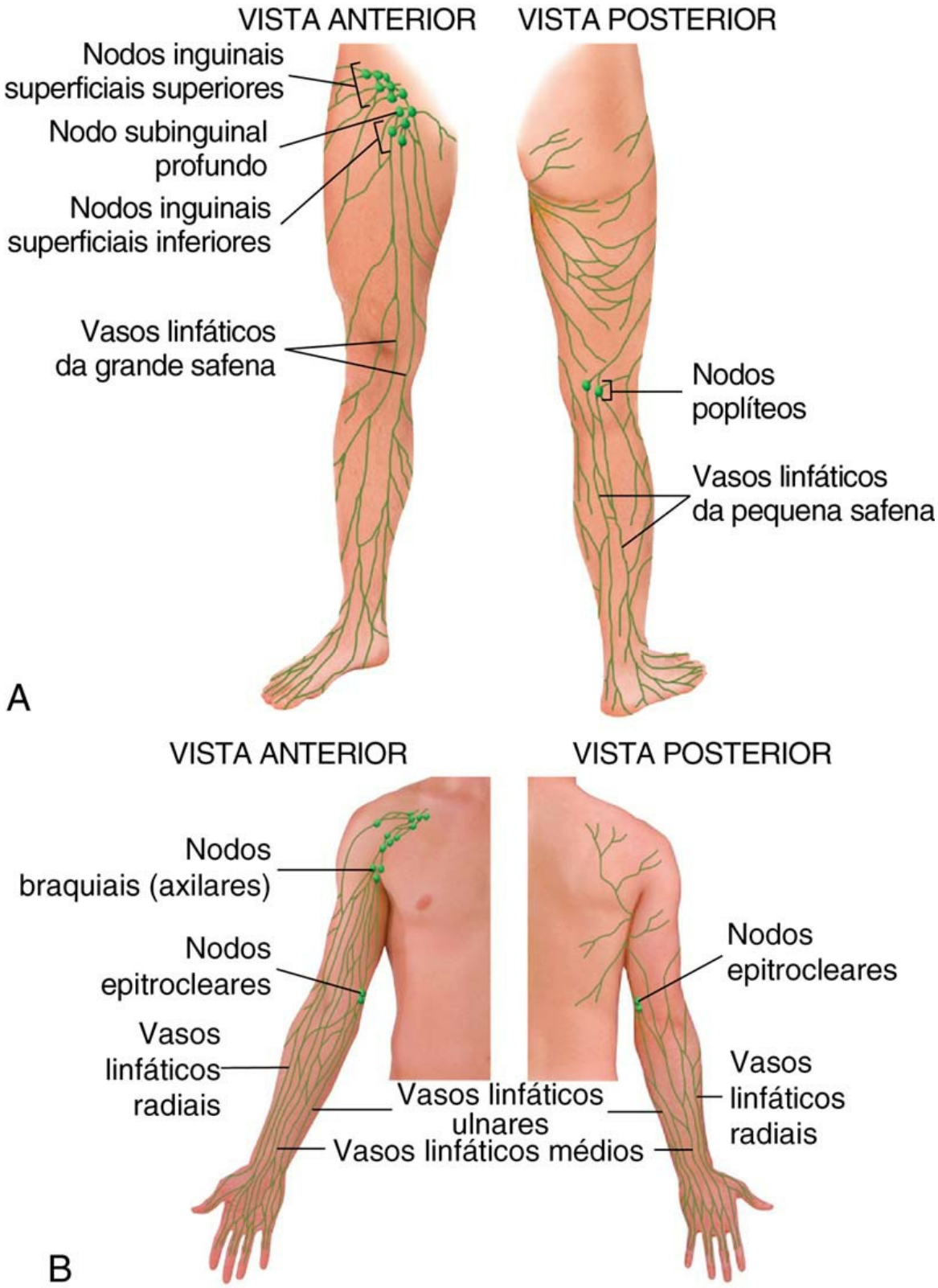


FIGURA 31-51 **A,** Drenagem linfática para os membros inferiores. **B,** Drenagem linfática para os membros superiores. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,*

ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Nos membros superiores, a linfa é transportada pelos ductos coletores dos membros superiores para o tronco linfático subclávio. Para avaliar esse sistema linfático, palpe delicadamente os nodos epitrocleares, localizados na face medial dos braços, próximo à fossa cubital (Fig. 31-51, *B*). A parte proximal do sistema linfático dos membros superiores está localizada na axila e normalmente é avaliada durante o exame das mamas.

Mamas

É importante examinar as mamas de pacientes tanto do sexo feminino quanto masculino. Os homens possuem uma pequena quantidade de tecido glandular, um local potencial para o crescimento de células cancerosas, na mama. Por outro lado, a maior parte das mamas femininas é formada por tecido glandular.

Mamas Femininas

A previsão é de que novos casos de câncer invasivo venham afetar cerca de 231.840 mulheres nos Estados Unidos em 2015; a expectativa é de cerca de 2.350 novos casos entre os homens (ACS, 2015a). A doença é a segunda principal causa de morte de mulheres com câncer, depois do câncer de pulmão. A detecção precoce é a chave para a cura (Quadro 31-20). Uma grande responsabilidade para as enfermeiras é ensinar aos pacientes comportamentos de saúde como o autoexame das mamas (AEM) (Quadro 31-21).

Quadro 31-20

Prática baseada em evidências

Detecção do Câncer de Mama

Pergunta PICO: O uso de uma intervenção específica comparada aos métodos de ensino padronizados aumenta a taxa de mamografias realizadas anualmente em mulheres afrodescendentes?

Resumo das Evidências

A taxa de mortalidade por câncer de mama é mais elevada em mulheres afro-descentes que em outros grupos raciais (Conway-Phillips e Janusek, 2014; Northington et al., 2011). Em geral, isso se deve à baixa taxa de exames de rastreamento de câncer de mama

realizados, o que leva a um diagnóstico quando a doença está em um estágio mais avançado (Brooks et al., 2013). Uma série de fatores contribui para essa baixa taxa de rastreamento, como a falta de seguro de saúde, crenças preconcebidas ou falta de conhecimento sobre a importância do rastreamento, atitudes em relação ao rastreamento, ônus financeiro, baixo nível de escolaridade ou renda, medo de radiação e desconfiança em relação ao sistema de saúde (Conway-Phillips e Janusek, 2014; Northington et al., 2011). Intervenções específicas realizadas foram bem-sucedidas no sentido de aumentar o número de mamografias realizadas nessa população. Khaliq et al. (2013) constatou que, em um grupo de mulheres de níveis socioeconômicos mais baixos com alto risco de câncer de mama, as internações hospitalares eram uma ocasião eficaz para oferecer o rastreamento por mamografia juntamente com os esclarecimentos prestados sobre os exames de rastreamento. Nesse grupo, um percentual mais elevado de mulheres concordou em fazer uma mamografia durante o período de internação se o exame fosse oferecido (Khaliq et al., 2003). As mulheres que assistiram a um vídeo com o depoimento de uma afrodescendente sobrevivente do câncer de mama demonstraram opor menos barreiras à mamografia e mais confiança no fato de que esse exame constitui uma medida de rastreamento eficaz (Kreuter et al., 2010). As mulheres com níveis de escolaridade mais baixos que assistiram ao vídeo se mostraram mais favoráveis à mamografia que aquelas que assistiram ao vídeo informativo padrão (Kreuter et al. 2010). A pesquisa constatou que os lembretes específicos em forma de cartão-postal eram eficazes se as barreiras fossem eliminadas. A probabilidade de fazer uma mamografia estava relacionada com a crença no rastreamento preventivo (Feldstein et al., 2011). Conway-Phillips e Janusek (2014) constaram também que a espiritualidade era um forte preditor da probabilidade de uma mulher afrodescendente submeter-se a um exame de rastreamento de câncer de mama.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Lembre-se de que é importante identificar as barreiras ao rastreamento de câncer de mama. Em geral, é necessário eliminar as barreiras para que se possa desenvolver estratégias específicas eficazes destinadas a aumentar as taxas de realização do rastreamento (Conway-Phillips e Janusek, 2014; Northington et al., 2011).
- Discuta com o médico a oportunidade de oferecer a mamografia de rastreamento a pacientes hospitalizadas (Khaliq et al., 2013).
- Use as hospitalizações como uma oportunidade para esclarecer às mulheres sobre a importância do rastreamento do câncer de mama (Khaliq et al. 2013).
- Colabore com as enfermeiras da comunidade religiosa de igrejas afrodescendentes no sentido de prestar esclarecimentos sobre o rastreamento do câncer de mama aos membros da igreja (Conway-Phillips e Janusek, 2014).
- Produza e utilize vídeos com depoimentos de mulheres afrodescendentes sobreviventes do câncer de mama como ferramentas educativas que demonstrem a importância do rastreamento do câncer de mama (Kreuter et al,. 2010).

Quadro 31-21 Autoexame de Mama

Existe uma controvérsia recente em relação ao valor dos autoexames de mama (AEM) para rastreamento de câncer. Em 2015, a American Cancer Society (ACS) relatou que as pesquisas não demonstram um benefício claro dos exames físico de mama realizados por um profissional de saúde ou pela própria mulher (ACS, 2015b). Devido a essa falta de evidência, a ACS não recomenda os exames clínicos e autoexames regulares de mama. Entretanto, muitos médicos argumentam que as mulheres devem estar familiarizadas com a aparência e a sensação normal de suas mamas e relatar imediatamente quaisquer alterações a um profissional de saúde. Consequentemente, muitos médicos ainda recomendam o AEM regular.

Ao orientar as mulheres sobre o AEM, explique os benefícios e as limitações do autoexame de mama (AEM) (National Breast Cancer Foundation, 2015). Enfatize a importância de relatar imediatamente a um médico quaisquer novos sintomas das mamas. As mulheres que optarem por fazer o AEM devem receber instruções e rever a sua técnica. O AEM feito uma vez por mês ajuda as mulheres a se familiarizarem com a aparência e a sensação normais de suas mamas. A familiaridade facilita a detecção de quaisquer alterações na mama de um mês para outro. A descoberta precoce de uma alteração das condições "normais" é a principal ideia por trás do AEM.

Para as mulheres que menstruam, a melhor ocasião de fazer o AEM é do quarto ao sétimo dia do ciclo menstrual ou logo após o término do ciclo, quando as mamas provavelmente estão sensíveis ou inchadas. As mulheres que não menstruam mais devem escolher um dia, como o primeiro dia do mês por exemplo, que lhes sirva de lembrete para fazer o AEM. Os homens também devem examinar suas mamas, aréolas, mamilos e axilas para a verificação da presença de inchaço, nódulos ou ulcerações.

Quando a mulher tem próteses mamárias, talvez convenha que o cirurgião identifique as bordas do implante. As mulheres que estejam grávidas ou amamentando também devem fazer um AEM.

Procedimento

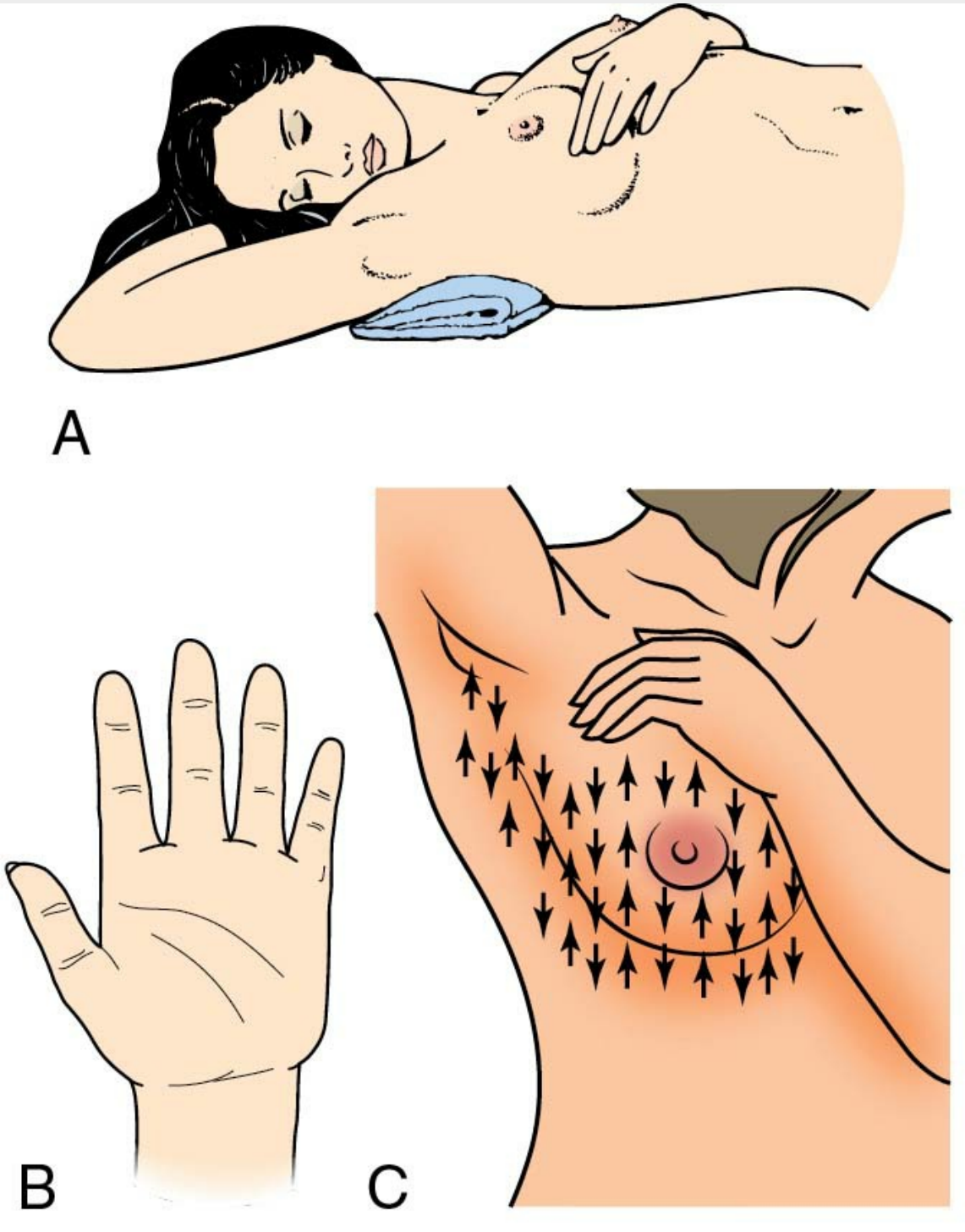
1. Examine a sua mama direita. Deite-se em decúbito dorsal e coloque o braço direito por trás da cabeça (ver ilustração A). O exame é mais bem realizado na posição deitada, não de pé, porque quando você se deita, o tecido mamário se espalha uniformemente sobre a parede do tórax e se afina o máximo possível, o que facilita muito senti-lo inteiramente.
2. Use a polpa dos três dedos do meio da sua mão esquerda para palpar e sentir se há presença de caroços na mama direita (ver ilustração B). Com a polpa dos dedos, faça movimentos circulares sobrepostos de diâmetro equivalente a uma moeda de dez centavos para sentir o tecido mamário. Aplique três

níveis de pressão diferentes para sentir todo o tecido da mama. É preciso fazer uma leve pressão para sentir o tecido mais próximo da pele; uma pressão média para sentir o tecido um pouco mais profundo e uma pressão firme para sentir o tecido mais próximo ao tórax e às costelas. É normal sentir uma crista firme na curva inferior de cada mama, mas você deve dizer ao seu médico se sentir qualquer outra coisa fora do comum. Caso não tenha certeza do nível de pressão a ser aplicado, consulte o seu médico. Use cada nível de pressão para sentir o tecido mamário antes de passar ao ponto seguinte.

3. Explore a área em torno da mama com movimentos para cima e para baixo a partir de uma linha imaginária traçada de cima a baixo na lateral do seu corpo, da axila até o meio do osso do tórax (esterno ou osso do peito), cruzando a mama. Verifique toda a área da mama, descendo até sentir apenas as costelas e depois subindo até o pescoço ou a clavícula (ver ilustração C). As evidências mostram que o padrão de movimento para cima e para baixo é o mais eficaz para abranger toda a mama.
4. Repita o autoexame na mama esquerda, colocando o braço esquerdo por trás da cabeça e examinando a mama esquerda conforme observado nas Etapas 1 a 3.
5. Em pé diante de um espelho com as mãos pressionando firmemente os quadris para baixo, olhe para a suas mamas, observando quaisquer alterações de tamanho, forma, contorno, presença de depressões, vermelhidão ou descamação do mamilo ou do tecido mamário. A pressão exercida sobre os quadris contrai os músculos da parede torácica e realça quaisquer alterações da mama.
6. Sentada ou de pé, examine cada axila com o braço ligeiramente levantado para que você possa sentir facilmente quaisquer caroços ou alterações nessa área. O braço erguido totalmente esticado enrijece o tecido nessa área, dificultando o exame.
7. Se houver próteses mamárias, ajude a paciente a definir as bordas de cada implante e como avaliar cada mama.
8. Oriente a paciente a consultar-se com o médico se encontrar

um caroço ou qualquer outra anomalia.

9. Use a técnica ***Ensino de Retorno***. Diga à paciente, "Quero ter certeza de que eu lhe expliquei como conduzir um autoexame de mama. Você poderia me mostrar como fazer um autoexame das mamas?" Registre a sua avaliação sobre o aprendizado da paciente. Reveja as suas orientações ou desenvolva um plano para a implementação da revisão de aprendizagem da paciente no momento adequado, caso ela não consiga recapitular corretamente as orientações.



As mulheres precisam ser ensinadas a conhecer a aparência e a sensação normais de suas mamas e relatar quaisquer alterações a um profissional de saúde. Além disso, elas precisam conhecer os

benefícios e limitações de um BSE sistemático. Antes considerados essenciais para a detecção precoce de câncer de mama, o AEM hoje é considerado operacional devido às evidências limitadas dos benefícios do método para a localização de tumores cancerosos (ACS, 2015b). Se uma paciente já realiza o AEM, avalie o método que ela utiliza e a época em que ela faz o exame em relação ao seu ciclo menstrual. A melhor ocasião para o AEM é do quarto ao sétimo dia do ciclo menstrual ou logo após o término do ciclo, quando a mama não está mais inchada ou sensível em virtude das elevações hormonais. Se a mulher estiver na menopausa, aconselhe-a a verificar as mamas no mesmo dia a cada mês. A gestante também deve verificar mensalmente as mamas.

As idosas requerem especial atenção ao avaliar a necessidade do AEM regular. A renda fixa limita muitas idosas; consequentemente, elas não seguem uma prática regular e de exame clínico das mamas e mamografia. Infelizmente, muitas idosas ignoram as alterações em suas mamas, supondo que elas fazem parte do processo de envelhecimento. Além disso, os fatores fisiológicos afetam a facilidade com que as idosas realizam um AEM. As limitações musculoesqueléticas, a sensação periférica reduzida, a visão reduzida e as alterações na amplitude de movimento (ADM) das articulações limitam a capacidade de palpação e inspeção. Procure recursos que possam ajudar as idosas, inclusive programas de triagem ofertadas por serviços públicos. Oriente os familiares a realizar o exame da paciente.

A Tabela 31-3 descreve as diretrizes da American Cancer Society (ACS, 2015b) para a detecção precoce de câncer de mama em mulheres com risco médio. O AEM mensal deixou de ser recomendado pela ACS (2015b) para mulheres de qualquer idade, mas outros estabelecimentos de saúde incentivam o AEM como uma opção importante para as mulheres (National Breast Cancer Foundation, 2015). Incentive as mulheres a perguntar ao seu médico assistente o que ele recomenda em relação ao rastreamento.

A ACS (2015b) recomenda que as mulheres que, com base em determinados fatores, apresentam alto risco de câncer de mama façam

uma RM e uma mamografia todo ano, inclusive mulheres que:

- Apresentem risco permanente de câncer de mama de cerca de 20% a 25% ou mais, de acordo com as ferramentas de avaliação de risco baseadas principalmente no histórico familiar
- Tenham sabidamente uma mutação no gene *BRCA1* ou *BRCA2*
- Tenham parente em primeiro grau (pai/mãe, irmão, irmã ou filho(a) com mutação no gene *BRCA1* ou *BRCA2* e que não tenha feito o teste genético
- Tenham recebido radioterapia na região do tórax quando tinham entre 10 e 30 anos de idade. O histórico da paciente (Tabela 31-26) revela alterações no desenvolvimento normal e sinais de doença mamária. Devido à sua estrutura glandular, a mama sofre alterações durante a vida de uma mulher. O fato de conhecer essas alterações permite (Quadro 31-22) uma avaliação completa e precisa. Incentive tanto homens quanto mulheres a observar a ocorrência de quaisquer alterações nas mamas.

Tabela 31-26

Histórico de Enfermagem para Avaliação das Mamas

Avaliação	Justificativa
Verifique se a mulher tem mais de 40 anos; tem histórico pessoal ou familiar de câncer de mama, especialmente com mutações hereditárias no gene BRCA1 ou BRCA2; menarca precoce (antes dos 12 anos) ou menopausa tardia (após os 55 anos); nunca teve filhos ou deu à luz o primeiro filho após os 31 anos; ou fez uso recente de anticoncepcionais orais.	Esses são fatores de risco para câncer de mama (ACS, 2015a).
Pergunte se a paciente notou a presença de caroço, espessamento, dor ou sensibilidade da mama; secreção, distorção, retração ou descamação do mamilo; ou alteração no tamanho da mama.	Os possíveis sinais e sintomas de câncer de mama permitem que a enfermeira se concentre em áreas específicas da mama durante a avaliação.
Verifique se a paciente faz uso de medicamentos (anticoncepcionais orais, digitálicos, diuréticos, esteroides ou estrogênio) e consome cafeína.	Alguns medicamentos causam secreção mamilar. Os hormônios e a cafeína provocam alterações fibrocísticas na mama.
Verifique o nível de atividade, o padrão de ingestão alcoólica e o peso da paciente.	As taxas de incidência de câncer de mama têm correlação com o excesso de peso ou a obesidade (pós-menopausa), a inatividade física e o consumo de uma ou

	mais bebidas alcoólicas por dia (ACS, 2015a).
Pergunte se a paciente faz o autoexame de mama (AEM) mensalmente. Nesse caso, verifique a época do mês em que ela faz o exame em relação ao ciclo menstrual. Peça-lhe que descreva ou demonstre o método utilizado.	O papel da enfermeira é orientar a paciente em relação ao câncer de mama e corrigir as técnicas de AEM.
Se a paciente relatar presença de massa, pergunte quanto tempo faz que ela notou o caroço. O caroço aparece e desaparece ou está sempre presente? Houve alguma alteração no caroço (p. ex., tamanho, relação com o período menstrual) e existem sintomas correlatos?	A avaliação permite determinar a natureza da massa (p. ex., câncer de mama ou doença fibrocística).

Quadro 31-22 Alterações Normais na Mama durante o Ciclo de Vida de uma Mulher

Puberdade (8 a 20 anos)

As mamas amadurecem em cinco estágios. Uma das mamas pode crescer mais rapidamente que a outra. A idade em que as alterações ocorrem e a taxa de progressão desenvolvimental variam.

Estágio 1 (Pré-adolescência)

Nesse estágio, somente o mamilo se eleva.

Estágio 2

A mama e o mamilo se elevam como um montículo, e os diâmetros areolares aumentam.

Estágio 3

A mama e a aréola aumentam e se elevam mais, sem separação do contorno.

Estágio 4

A aréola e o mamilo projetam-se para o montículo secundário acima do nível da mama (não ocorre em toda menina).

Estágio 5 (Mama Madura)

Somente o mamilo se projeta, enquanto a aréola recua (varia em algumas mulheres).

Idade Adulta Jovem (20 a 31 anos)

As mamas alcançam o tamanho máximo (sem presença de gravidez). A forma geralmente é simétrica. Às vezes, as mamas apresentam tamanhos desiguais.

Gravidez

A mama aumenta de 2 a 3 vezes em relação ao tamanho anterior. Os mamilos aumentam e empinam-se. As aréolas escurecem e os seus diâmetros aumentam. As veias superficiais tornam-se proeminentes. Os mamilos expelem um líquido amarelado (colostro).

Menopausa

As mamas se encolhem. O tecido se torna mais mole, às vezes, flácido.

Idade Adulta Madura

As mamas tornam-se alongadas, pendulares e flácidas em decorrência da atrofia do tecido glandular. A pele das mamas tende a enrugar-se, parecendo frouxa e flácida. Os mamilos diminuem de tamanho, aplainam-se e perdem a capacidade erétil, às vezes, invertendo-se em decorrência de retração ou alterações fibróticas.

Dados extraídos de Touhy TA, Jett KF: *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging,* ed 4, St Louis, 2014, Elsevier; Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children,* ed 10, St Louis, 2015, Mosby; e Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, 2015, Mosby.

Inspeção

Peça à paciente que tire a parte de cima do capote ou do lençol de cobrir para permitir a visualização simultânea de ambas as mamas. Peça-lhe que fique de pé ou se sente com os braços pendendo soltos nas laterais do corpo. Se possível, coloque um espelho na frente da paciente durante a inspeção para que ela veja o que procurar durante

um AEM. Para reconhecer quaisquer anomalias, a paciente precisa estar familiarizada com a aparência normal de suas mamas. Descreva as observações ou os achados relacionados com as linhas imaginárias que dividem a mama em quatro quadrantes e uma cauda. As linhas se cruzam no centro do mamilo. Cada cauda se estende para fora a partir do quadrante superior externo (Fig. 31-52).

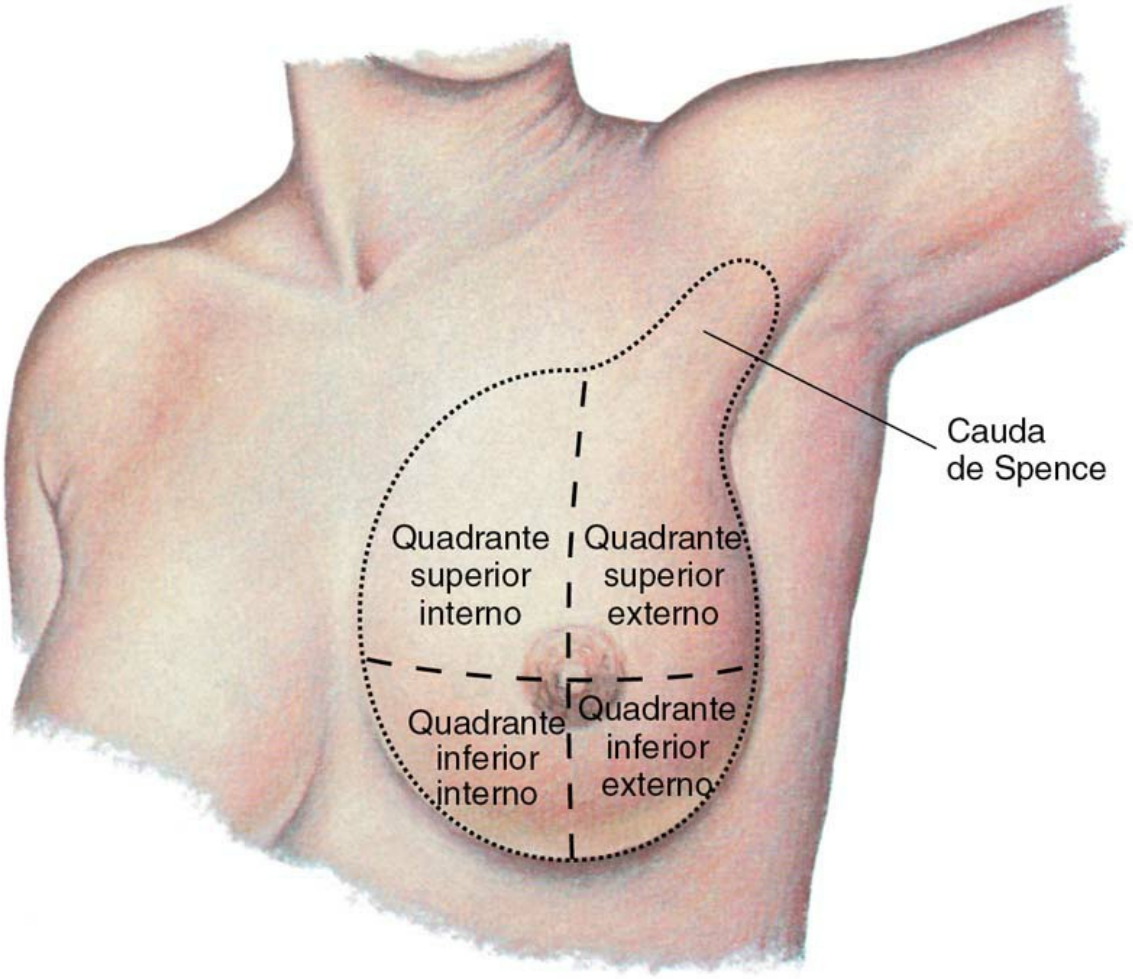


FIGURA 31-52 Quadrantes da mama esquerda e cauda axilar de Spence. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Inspecione o tamanho e a simetria das mamas. Normalmente, elas se estendem da terceira para a sexta costelas, com o mamilo no nível do quarto espaço intercostal. É comum uma das mamas ser menor que

a outra. Entretanto, a presença de inflamação ou massa causa uma diferença de tamanho. À medida que a mulher envelhece, os ligamentos de sustentação do tecido mamário se enfraquecem, deixando as mamas flácidas e os mamilos caídos.

Observe o contorno ou a forma das mamas e esteja atento à presença de massas, aplainamento, retração ou depressão. A forma das mamas varia de convexa a pendular ou cônica. A retração ou depressão pode ser decorrente da invasão dos ligamentos subjacentes por tumores. Os ligamentos sofrem fibrose e puxam a pele sobrejacente para dentro em direção ao tumor. Um edema também altera o contorno das mamas. Para realçar qualquer retração ou alteração na forma das mamas, peça à paciente que assuma três posições: erga os braços acima da cabeça, pressione as mãos contra os quadris e, sentada e inclinada para a frente, estenda os braços para a frente. Cada manobra provoca uma contração dos músculos peitorais, acentuando a presença de qualquer retração.

Inspecione cuidadosamente a cor da pele; o padrão venoso; e a presença de lesões, edema ou inflamação. Eleve cada mama, quando necessário, para observar as alterações de cor e textura nas faces inferior e lateral. As mamas são da cor da pele circundante, e as formações venosas são as mesmas em ambos os lados. As formações venosas são facilmente visíveis em mulheres magras ou gestantes. Em mulheres com mamas grandes, as superfícies inferiores geralmente apresentam vermelhidão e escoriação causadas pelo atrito entre as superfícies da pele.

Inspecione o mamilo e a aréola, observando o tamanho, a cor, a forma, a presença de secreção e a direção em que os mamilos apontam. As aréolas normais são arredondadas ou ovais e quase iguais em ambos os lados. A cor varia de cor-de-rosa a marrom. Em mulheres de pele clara, a aréola assume uma coloração marrom durante a gravidez e permanece escura; em mulheres de pele escura, ela se apresenta marrom antes da gravidez (Ball et al., 2015). Via de regra, os mamilos apontam em direções simétricas, são virados para fora e não apresentam qualquer tipo de secreção. Se eles forem invertidos, pergunte se o quadro sempre foi esse. Uma inversão

recente ou os mamilos virados para dentro indica um crescimento subjacente. A presença de erupções ou ulcerações nas mamas ou nos mamilos não é normal. Observe qualquer sinal de sangramento ou secreção proveniente do mamilo. Uma secreção transparente amarelada 2 dias após o parto é comum. Enquanto inspeciona as mamas, explique as características observadas. Ensine às pacientes a importância dos sinais ou sintomas anormais.

Palpação

A palpação avalia a condição do tecido mamário subjacente e dos linfonodos. O tecido mamário consiste no tecido glandular, nos ligamentos fibrosos de sustentação e em gordura. O tecido glandular é organizado em lobos os quais terminam em ductos que se abrem para a superfície do mamilo. A maior parte do tecido glandular está localizada no quadrante superior externo e na cauda de cada mama. Os ligamentos suspensórios conectam-se à pele e à fáscia subjacente à mama para sustentar esta última e manter a sua posição vertical. O tecido adiposo está localizado superficialmente e para os lados da mama.

Grande parte da linfa proveniente das mamas drena para os linfonodos axilares. Em caso de metástase (disseminação) de lesões cancerosas, os nodos geralmente são envolvidos (Fig. 31-53). Os nodos axilares drenam a linfa proveniente da parede torácica, das mamas, dos braços e das mãos. Um tumor presente em uma das mamas, às vezes, envolve os nodos tanto do mesmo lado quando do lado oposto.

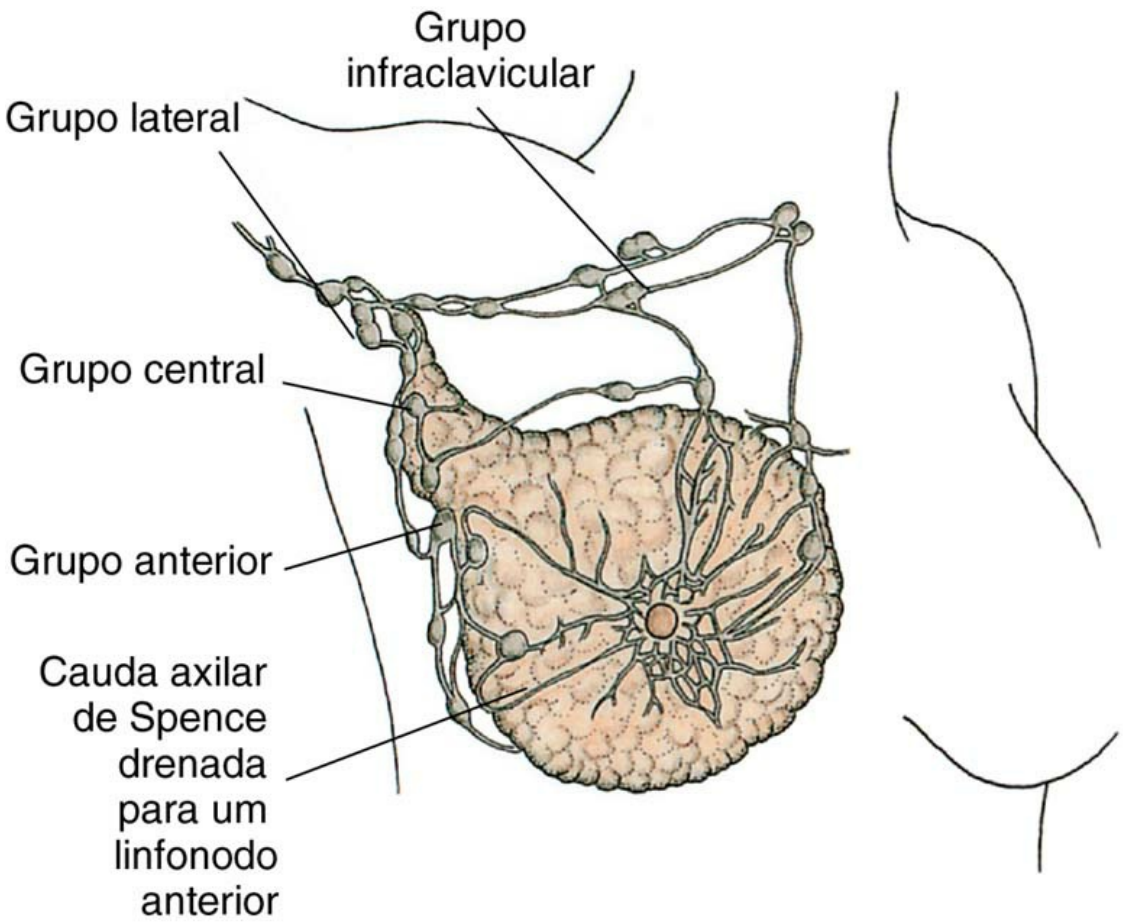


FIGURA 31-53 Posição anatômica dos linfonodos axilares e claviculares.

Para palpar os linfonodos, peça à paciente que se sente com os braços estendidos nas laterais do corpo e os músculos relaxados. De frente para a paciente e em pé do lado que está sendo examinado, você sustenta o braço dela em uma posição flexionada, abduzindo-o da parede torácica. Coloque a mão livre contra a parede torácica da paciente e no alto do oco axilar. Com as pontas dos dedos, pressione delicadamente para baixo a superfície das costelas e dos músculos. Palpe os nodos axilares com as pontas dos dedos, rolando o tecido mole (Fig. 31-54). Palpe quatro áreas da axila: na borda do músculo peitoral maior ao longo da linha axilar anterior, a parede torácica na área axilar média, a parte superior do úmero e a borda anterior do músculo latíssimo do dorso ao longo da linha axilar posterior.

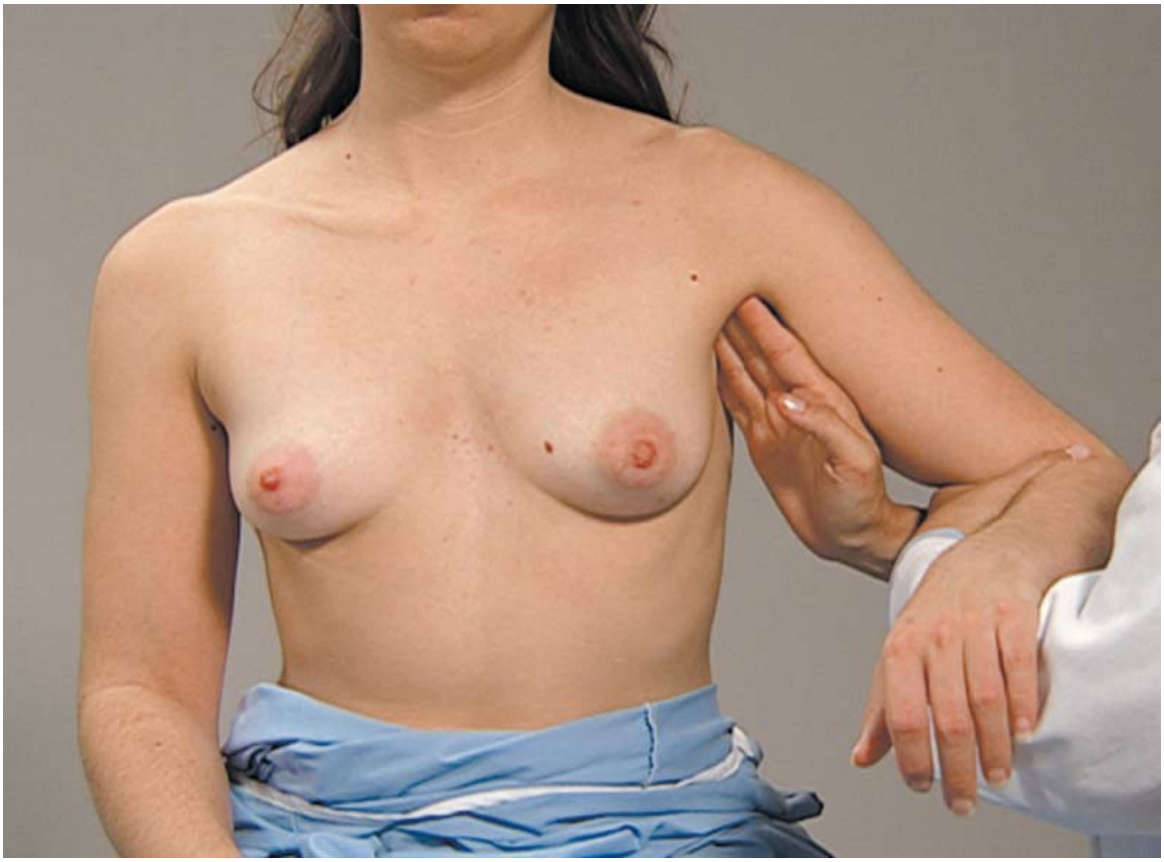


FIGURA 31-54 Apoie o braço da paciente e palpe os linfonodos axilares. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Normalmente, os linfonodos não são palpáveis. Avalie cuidadosamente cada área e observe o número, a consistência, a mobilidade e o tamanho dos linfonodos. A presença de um ou dois pequenos nodos moles, não sensíveis e palpáveis é comum. Um nodo palpável anormal se assemelha a uma pequena massa dura, sensível e imóvel. Continue palpando ao longo das cristas claviculares superior e inferior. Inverta o procedimento para examinar o outro lado da paciente.

Às vezes, é difícil para a paciente aprender a palpar os linfonodos. Com a paciente deitada com o braço abduzido, a área torna-se mais acessível. Oriente a paciente a usar a mão esquerda para palpar as áreas axilar e clavicular direitas. Segure as pontas dos dedos dela e movimente-as da forma adequada. Em seguida, peça a ela que use a mão direita para palpar os nodos do lado esquerdo.

Com a paciente em decúbito dorsal e um dos braços sob a cabeça e o pescoço (alternando com cada mama), palpe o tecido mamário da paciente. A posição supina permite o aplainamento uniforme do tecido da mama contra a parede torácica. A posição do braço e da mão alonga ainda mais e posiciona uniformemente o tecido da mama (Fig. 31-55, *A*). Coloque um pequeno travesseiro ou uma toalha sob a omoplata da paciente para posicionar melhor o tecido mamário. Palpe a cauda de Spence (Fig. 31-55, *B*).

FIGURA 31-55 **A,** A paciente se deita com o braço abduzido e a mão sob a cabeça para ajudar a aplainar uniformemente o tecido mamário sobre a parede torácica. **B,** Palpa-se cada

mama de forma sistemática (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

A consistência do tecido mamário normal varia muito. As mamas de uma paciente jovem são firmes e elásticas. Em uma paciente mais velha, o tecido, às vezes, tem uma textura fibrosa e nodular. É muito importante a familiaridade da paciente com a textura de suas mamas, o que se adquire através do AEM mensal (Quadro 31-23).

Quadro 31-23

Educação em saúde da paciente

Avaliação da Mama Feminina

Objetivo

- A paciente adotará práticas de prevenção e detecção a fim de garantir a saúde das mamas.

Estratégias de Ensino

- Peça à paciente que faça uma demonstração de retorno do autoexame das mamas (AEM) e ofereça a oportunidade para perguntas.
- Explique a frequência recomendada da mamografia e da avaliação da paciente pelo médico.
- Aborde os sinais e sintomas do câncer de mama.
- Aborde os sinais e sintomas da doença benigna (fibrocística) da mama.
- Informe à mulher obesa ou que tenha histórico familiar de câncer de mama que ela apresenta um risco mais elevado da doença (ACS, 2015a). Incentive as mudanças alimentares, inclusive limitando o consumo de carne à bovina, suína ou ovina magra e bem limpa; removendo a pele do frango cozido antes de comê-lo; escolhendo o atum ou o salmão conservado na água, não no óleo;

e utilizando laticínios com baixo teor de gordura.

- Incentive a paciente a reduzir a ingestão de cafeína e teofilinas. Embora controversa, essa abordagem pode reduzir os sintomas de doença benigna (fibrocística) da mama.

Avaliação de Enfermagem

- Peça à paciente que demonstre o AEM.
- Durante a visita de acompanhamento, verifique se ela fez mamografia.
- Peça à paciente que explique a frequência da mamografia para a sua situação.
- Peça a ela que descreva os sinais e sintomas do câncer de mama em comparação com aqueles de doença benigna (fibrocística) da mama.

Se a paciente se queixar de uma massa, examine a mama oposta para obter uma comparação objetiva entre os tecidos normal e anormal. Use a polpa dos três primeiros dedos para comprimir delicadamente o tecido mamário contra a parede torácica, observando a consistência do tecido. Faça a palpação de forma sistemática de uma das seguintes maneiras: (1) utilizando uma técnica vertical, na qual os dedos se movimentam para cima e para baixo dentro de cada quadrante; (2) em sentido horário ou anti-horário, formando pequenos círculos concêntricos com os dedos posicionados ao longo de cada quadrante e da cauda; ou (3) palpando a partir do centro da mama de forma radial, retornando à aréola para iniciar cada série (Fig. 31-56, *A* a *C*). Qualquer que seja a abordagem utilizada, abranja toda a mama e a cauda, detendo-se a qualquer área de sensibilidade. Sustente a parte inferior da mama com uma das mãos, enquanto usa a outra mão para palpar o tecido mamário contra a mão de apoio.

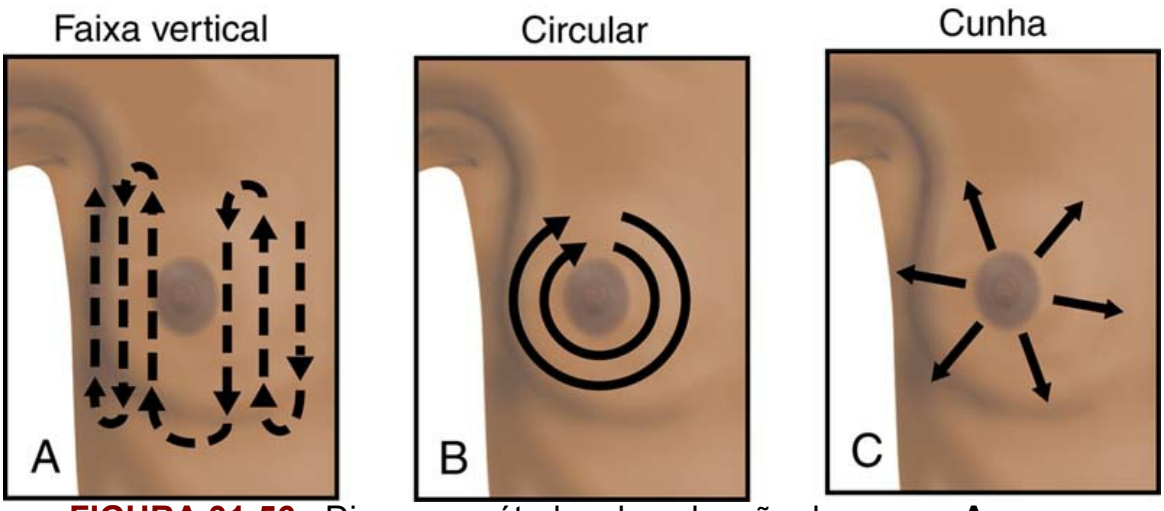


FIGURA 31-56 Diversos métodos de palpação da mama. **A,** Palpação de cima para baixo em faixas. **B,** Palpação em círculos concêntricos. **C,** Palpação a partir do centro em seções de cunha. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Durante a palpação, observe a consistência do tecido mamário. Normalmente, ele é denso, firme e elástico. Com a menopausa, o tecido da mama se encolhe e torna-se mais mole. A sensação lobular do tecido glandular é normal. A borda inferior de cada mama, às vezes, apresenta uma consistência firme e dura. Trata-se da prega inframamária normal, e não de um tumor. Isso ajuda a movimentar a mão da paciente para que ela possa sentir as variações normais do tecido. Palpe quaisquer massas anormais para determinar a localização em relação aos quadrantes, o diâmetro em centímetros, a forma (p. ex., redonda ou discoide), a consistência (mole, firme ou dura), a sensibilidade, a mobilidade e o caráter distintivo (limites definidos ou não definidos) da massa.

As lesões cancerosas são duras, fixas, não sensíveis, de formato irregular e normalmente unilaterais. Uma condição benigna comum da mama é a doença benigna (fibrocística) da mama, caracterizada pela presença de mamas encaroçadas e doloridas e, às vezes, de secreção produzida pelos mamilos. Os sintomas são mais aparentes durante o período menstrual. Quando palpados, os cistos (caroços) são moles, bem diferenciados e móveis. Os cistos profundos são duros.

Dê especial atenção à palpação do mamilo e da aréola. Palpe delicadamente toda a superfície. Use o polegar e o dedo indicador para comprimir o mamilo e observe qualquer secreção. Durante o exame do mamilo e da aréola, o mamilo, às vezes, torna-se ereto, enquanto a aréola se enruga. Essas alterações são normais. Continue, posicionando a paciente e examinando a outra mama.

Após concluir o exame, peça à paciente que demonstre a autopalpação. Observe a técnica dela e enfatize a importância de uma abordagem sistemática. Incentive a paciente a consultar o seu médico caso ela descubra qualquer massa anormal durante o AEM. Ela precisa conhecer também todos os sinais e sintomas do câncer de mama.

Mamas Masculinas

O exame da mama masculina é relativamente fácil. Inspecione o mamilo e a aréola, observando qualquer evidência de nódulos, edema ou ulceração. Uma mama masculina aumentada é decorrente de obesidade ou aumento glandular. O aumento das mamas em homens jovens é resultante do uso de esteroides. O tecido adiposo tem uma consistência mole, enquanto o tecido glandular é firme. Para verificar a presença de massas, use as mesmas técnicas de palpação que aquelas utilizadas no exame da mama feminina. Como o câncer de mama em homens é relativamente raro, os autoexames de rotina são desnecessários. Entretanto, homens que tenham parente em primeiro grau (p. ex., mãe ou irmã) com câncer de mama apresentam risco e precisam palpar suas mamas em intervalos regulares. Aqueles em situação de risco podem agendar mamografias de rotina com o seu médico.

Abdome

O exame do abdome é complexo devido ao número de órgãos localizados no interior e nas proximidades da cavidade abdominal. Um histórico de enfermagem (Tabela 31-27) completo auxilia na interpretação dos sinais físicos. O exame inclui uma avaliação das estruturas do trato gastrintestinal (GI) inferior, além do fígado, do estômago, do útero, dos ovários, dos rins e da bexiga. A dor abdominal é um dos sintomas mais comuns que os pacientes relatam ao buscar assistência médica. Uma avaliação precisa requer o cruzamento dos dados do histórico do paciente com uma avaliação do local dos sintomas físicos.

Tabela 31-27

Histórico de Enfermagem para Avaliação Abdominal

Avaliação	Justificativa
Se o paciente sente dor no abdome ou na parte inferior das costas, avalie detalhadamente as características da dor (local, início, frequência, fatores precipitadores, fatores agravantes, tipo de dor, severidade, curso).	O padrão de características da dor ajuda a determinar a sua fonte.
Observe atentamente os movimentos e a posição do paciente, inclusive deitado com os joelhos encolhidos, mexendo-se irrequietamente para encontrar uma posição confortável, e deitado de lado ou sentado com os joelhos encostados ao peito.	As posições assumidas pelo paciente revelam a natureza e a fonte da dor, como peritonite, cálculo renal e pancreatite.
Avalie os hábitos intestinais normais e as características das fezes; pergunte se o paciente usa laxativos.	Os dados comparados com os achados físicos ajudam a identificar a causa e a natureza dos problemas de evacuação.
Verifique se o paciente fez cirurgia abdominal, sofreu algum tipo de traumatismo ou submeteu-se a exames diagnósticos do trato gastrintestinal (GI).	As alterações cirúrgicas ou traumáticas dos órgãos abdominais causam alterações nos achados esperados (p. ex., posição dos órgãos subjacentes). Os testes diagnósticos alteram as características das fezes.
Avalie se ele sofreu alterações de peso recentes ou intolerância alimentar (p. ex., náusea, vômitos, cólicas, especialmente nas últimas 24 horas).	Os dados podem indicar alterações no trato GI superior (estômago ou

	vesícula biliar) ou na porção inferior do cólon.
Avalie a dificuldade de engolir e condições como arrotos, flatulência (gases), êmese com sangue (hematêmese), fezes negras ou alcatroadas (melena), azia, diarreia ou constipação.	Esses sinais e sintomas característicos indicam alterações GI.
Pergunte se o paciente toma medicamentos anti-inflamatórios (p. ex., aspirina, ibuprofeno, esteroides) ou antibióticos.	Os agentes farmacológicos causam transtornos ou sangramento GI.
Antes de iniciar o exame, peça a ele que localize as áreas sensíveis.	Avalie as áreas doloridas por último, a fim de minimizar o desconforto e a ansiedade.
Indague sobre a existência de histórico familiar de câncer, doença renal, alcoolismo, hipertensão ou doença cardíaca.	Os dados podem revelar o risco de alterações possivelmente identificadas durante o exame.
Verifique se a paciente está grávida e quando foi o último período menstrual.	A gravidez provoca alterações na forma e no contorno do abdome.
Avalie o padrão normal de ingestão de álcool do paciente.	A ingestão crônica de álcool causa problemas GI e hepáticos, inclusive câncer de fígado, cólon e pâncreas (ACS, 2015a).
Reveja o histórico do paciente no que diz respeito ao seguinte: ocupação na área de saúde, hemodiálise, usuário de drogas intravenosas, contato em casa ou através de relação sexual com portador do vírus da hepatite B (HBV), pessoa heterossexual com mais de um(a) parceiro(a) nos últimos 6 meses, homem homossexual ou bissexual sexualmente ativo, viajante internacional para áreas com altas taxas de infecção por HBV.	Fatores de risco para exposição ao HBV.

Avalie os órgãos nas posições anterior e posterior. Um sistema de referências auxilia o mapeamento da região abdominal. O processo xifoide (extremidade do esterno) é o limite superior da região anterior do abdome. A sínfise púbica marca o limite inferior. Divida o abdome em quatro quadrantes imaginários (Fig. 31-57, *A*); consulte os achados da avaliação e registre-os de acordo com cada quadrante. Posteriormente, as costelas inferiores e os músculos pesados das costas protegem os rins, localizados entre as vértebras T12 e L3 (Fig. 31-57, *B*). O ângulo costovertebral formado pela última costela com a coluna vertebral é um referencial utilizado durante a palpação dos rins.

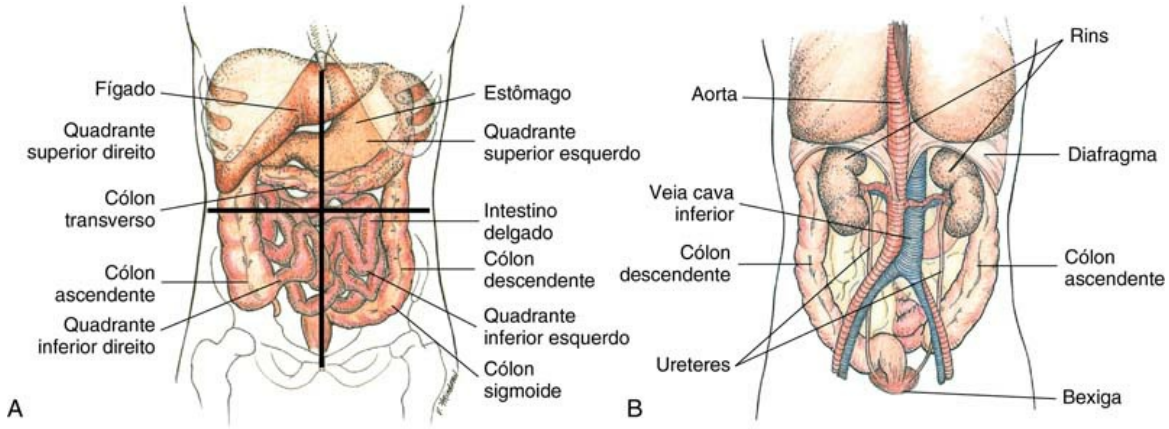


FIGURA 31-57 **A,** Vista anterior do abdome dividido em quadrantes. **B,** Vista posterior da seção abdominal.

Ao longo do exame do abdome, o paciente precisa relaxar. O enrijecimento dos músculos abdominais atrapalha a palpação. Peça ao paciente para esvaziar a bexiga antes de começar. Verifique se a sala está aquecida e cubra o tórax e as pernas do paciente. O paciente se deita em posição supina ou de decúbito dorsal com os braços estendidos na lateral do corpo e os joelhos ligeiramente dobrados. Coloque pequenos travesseiros embaixo dos joelhos. Se o paciente colocar os braços sob a cabeça, os músculos abdominais se contraem. Proceda devagar e com calma, certificando-se de que haja iluminação adequada. Exponha o abdome do ponto logo acima do processo xifoide até a sínfise púbica. As mãos e o estetoscópio aquecidos ajudam a promover o relaxamento. Peça ao paciente que avise se sentir dor e aponte as áreas sensíveis, as quais devem ser avaliadas por último.

A ordem de um exame abdominal difere ligeiramente das avaliações anteriores. Comece com a inspeção e siga com auscultação. Utilizando a auscultação antes da palpação, as chances de alterar a frequência e as características dos sons intestinais são menores. A enfermeira deve estar munida de uma fita métrica e uma caneta marcadora durante o exame.

Inspeção

Habitue-se a observar o paciente durante as atividades de cuidados de

rotina. Observe a postura do paciente e procure evidências de proteção do abdome: deitar-se com os joelhos dobrados ou mexer-se irrequietamente na cama. O paciente que não sente dor abdominal não contrai nem protege o abdome. Para inspecionar a presença de movimentos anormais ou sombras do abdome, fique em pé à direita do paciente e inspecione o abdome olhando-o de cima. Depois de se sentar ou abaixar-se para olhar o abdome de um lado a outro, avalie o seu contorno. Direcione o foco de luz para o abdome.

Pele

Inspecione a pele sobre o abdome, observando a cor e a presença de cicatrizes, formações venosas, lesões e **estrias** (marcas de estiramento da pele). A pele está sujeita às mesmas variações de cor que o restante do corpo. As formações venosas normalmente são fracas, exceto em pacientes magros. As estrias são resultantes do estiramento do tecido pela obesidade ou gravidez. Os orifícios artificiais indicam locais de drenagem decorrentes de cirurgia (Cap. 50) ou de uma estomia (Caps. 46 e 47). As cicatrizes revelam a evidência de traumatismo ou cirurgia que provocou alterações permanentes na anatomia dos órgãos subjacentes. A presença de hematoma indica lesão acidental, abuso físico ou algum tipo de distúrbio hemorrágico. Se houver evidência de marcas de agulha ou equimoses, pergunte se o paciente se autoadministra injeções (p. ex., heparina de baixo peso molecular ou insulina). Entre os achados inesperados estão as alterações generalizadas de cor, como icterícia ou cianose. Uma pele abdominal brilhante com aparência esticada (enrijecida) pode indicar ascite.

Umbigo

Observe a posição, a cor e os sinais de inflamação, drenagem ou massas protuberantes. O umbigo normal é plano ou côncavo, com a mesma cor da pele circundante. A existência de massas subjacentes provoca o deslocamento do umbigo. Um umbigo invertido (abaulado) normalmente indica distensão. As hérnias (protrusão de órgãos abdominais através da parede muscular) causam a elevação do

umbigo. Normalmente, a área umbilical não libera nenhum tipo de drenagem.

Contorno e Simetria

Inspecione o contorno, a simetria e o movimento da superfície do abdome, observando qualquer massa, inchaço ou distensão. O abdome plano forma um plano horizontal do processo xifoide até a sínfise púbica. O abdome arredondado se sobressai como uma esfera convexa a partir do plano horizontal. O abdome côncavo parece afundar na parede muscular. Cada um desses achados é normal se a forma do abdome for simétrica. Em idosos, quase sempre se observa uma maior distribuição geral de tecido adiposo. A presença de massas em apenas um lado, ou assimetria, possivelmente indica uma condição patológica.

A presença de gases intestinais, tumores ou líquidos na cavidade abdominal provoca **distensão** (inchaço). A pele geralmente se apresenta rija, como tivesse sido esticada sobre o abdome. Quando a distensão é causada por gases, os flancos (músculos laterais) não se arqueiam. Entretanto, se a fonte do problema for um líquido, os flancos se arqueiam. Peça que o paciente role para um dos lados. Se a distensão for causada por um líquido, forma-se uma protuberância do lado dependente. Pergunte se o paciente sente o abdome anormalmente distendido. Tenha cuidado para não confundir distensão com obesidade. Na obesidade, o abdome apresenta-se grande, geralmente com a presença de massas de tecido adiposo ao longo dos flancos, e o paciente não se queixa de enrijecimento do abdome. Se a distensão for esperada, meça o abdome colocando uma fita métrica ao seu redor no nível do umbigo (o paciente possivelmente terá que rolar de um lado para o outro para você posicionar a fita métrica). As medições consecutivas mostram qualquer aumento ou redução da distensão. Use uma caneta marcadora para indicar a localização da fita métrica.

Órgãos Aumentados e Massas

Observe o contorno do abdome e peça ao paciente que respire fundo e segure o ar. Normalmente, o contorno permanece liso e simétrico. Essa manobra força o diafragma para baixo e reduz o tamanho da cavidade abdominal. Quaisquer órgãos aumentados na parte superior da cavidade abdominal (p. ex., fígado ou baço) descem abaixo da caixa torácica, causando uma protuberância. Faça um exame mais minucioso através da palpação. Para avaliar a musculatura do abdome, peça que o paciente erga a cabeça. Essa posição faz que massas abdominais superficiais, hérnias e separações de músculos se tornem mais aparentes.

Movimentos ou Pulsações

Inspecione os movimentos. Normalmente, os homens respiram pelo abdome, enquanto, nas mulheres, a respiração é mais costal. O paciente com dor aguda apresenta movimentos respiratórios reduzidos e contrai os músculos do abdome para proteger-se contra a dor. Inspecione minuciosamente os movimentos peristálticos e a pulsação aórtica, observando o abdome pela lateral. Esses movimentos são visíveis em pacientes magros; caso contrário, não há presença de movimentos.

Ausculta

Ausculte antes da palpação durante o exame do abdome, pois a manipulação do abdome altera a frequência e a intensidade dos sons intestinais. Peça que o paciente não fale. Pacientes com sondas GI conectadas a um aspirador precisam que elas sejam temporariamente desligadas antes do início do exame.

Motilidade Intestinal

O **peristaltismo**, ou movimento do conteúdo através dos intestinos, é uma função normal dos intestinos grosso e delgado. Os sons intestinais resultam do peristaltismo criado pela passagem audível de ar e líquido. Coloque o diafragma aquecido do estetoscópio de leve

sobre cada um dos quatro quadrantes. Normalmente, há circulação de ar e líquido pelos intestinos, produzindo um gorgolejar suave ou um estalido que ocorre irregularmente de 5 a 35 vezes por minuto (Ball et al., 2015). Os sons normalmente duram de 0,5 a vários segundos. Em geral, leva-se de 5 a 20 segundos para ouvir um som intestinal. Entretanto, são necessários 5 minutos de escuta contínua para determinar a ausência de sons intestinais (Ball et al., 2015). Ausculte os quatro quadrantes para não perder nenhum som. O melhor horário para auscultar é entre as refeições. Em geral, os sons são descritos como normais, audíveis, ausentes, hiperativos ou hipoativos. Os sons ausentes indicam falta de peristaltismo, possivelmente decorrente de um estado avançado de obstrução intestinal, íleo paralítico ou peritonite. Por via de regra, os sons ausentes ou hipoativos ocorrem após a administração de anestesia seguida de cirurgia. Os sons hiperativos são sons altos, "guturais", chamados **borborigmos**, que indicam aumento da motilidade GI. Condições como inflamação intestinal, ansiedade, diarreia, sangramento, ingestão excessiva de laxativos e reação dos intestinos a determinados alimentos causam o aumento da motilidade. Ensine ao paciente as práticas necessárias para promover um padrão de evacuação normal (Quadro 31-24).

Quadro 31-24

Educação em saúde do paciente

Avaliação Abdominal

Objetivo

- O paciente manterá a evacuação intestinal normal.

Estratégias de Ensino

- Explique os fatores que promovem a evacuação intestinal normal, como a alimentação (frutas, legumes, fibras), a prática regular de exercícios, o uso limitado de medicamentos vendidos sem receita médica que causam constipação, o estabelecimento de um horário

regular para a evacuação e uma boa ingestão de líquidos (Cap. 46). Enfatize a importância dessas medidas para os idosos.

- Alerte os pacientes em relação aos perigos do uso excessivo de laxativos ou enemas.
- Oriente o paciente a buscar uma avaliação médica em caso de dor abdominal aguda.

Avaliação de Enfermagem

- Reavalie o padrão de evacuação intestinal do paciente e as características das fezes após o início das terapias.
- Observe o paciente adotando medidas que visem ao alívio da dor e reavalie as características da dor.

Sons Vasculares

Os ruídos indicam estreitamento dos principais vasos sanguíneos e interrupção do fluxo sanguíneo. A presença de ruídos na região abdominal pode revelar aneurismas ou vasos estenóticos. Use a campânula do estetoscópio para auscultar a região epigástrica e cada um dos quatro quadrantes. Na maioria das vezes, não existem sons vasculares sobre a aorta (linha média até o abdome) ou as artérias femorais (quadrantes inferiores). Você pode ouvir os sopros das artérias renais colocando o estetoscópio sobre cada quadrante superior anteriormente ou sobre o ângulo costovertebral posteriormente. Relate imediatamente ao médico a presença de qualquer ruído.

Sensibilidade Renal

Com o paciente sentado ou em pé, ereto, use a percussão direta ou indireta para avaliar a presença de inflamação renal. É possível que você precise da ajuda de uma enfermeira de prática avançada para realizar esse procedimento. Com a superfície ulnar do punho parcialmente cerrado, percuta posteriormente o ângulo costovertebral da linha escapular. Se os rins estiverem inflamados, o paciente sentirá sensibilidade durante a percussão.

Palpação

A palpação detecta basicamente áreas de sensibilidade, distensão ou massas abdominais. À medida que você aprimorar as suas habilidades, aprenda a palpar órgãos específicos utilizando os tipos de palpação superficial e profundo.

Use a palpação superficial sobre cada quadrante abdominal para detectar áreas de sensibilidade. De início, evite as áreas previamente identificadas como pontos problemáticos. Coloque a palma da mão com os dedos estendidos e aproximados de leve sobre o abdome. Explique a manobra ao paciente e, com a superfície palmar dos dedos, aperte aproximadamente 1,3 cm em um movimento suave de imersão (Fig. 31-58). Evite cutucadas bruscas e use movimentos suaves e coordenados. Se o paciente sentir cócegas, coloque primeiro a mão dele no abdome com a sua mão sobre a dele; continue até que o paciente tolere a palpação.

FIGURA 31-58 Palpação superficial do abdome. (Extraído de

Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Utilize uma abordagem de palpação sistemática para cada quadrante e avalie a resistência muscular, a distensão, a sensibilidade e os órgãos ou massas superficiais. Observe a expressão facial do paciente quanto a sinais de desconforto. O abdome normalmente é plano com maciez consistente e ausência de sensibilidade sem a presença de massas. Ao contrário dos músculos firmes presentes entre adultos jovens, um idoso geralmente carece de tônus abdominal. Às vezes, ocorre contração ou enrijecimento muscular durante a palpação de áreas sensíveis. Se o enrijecimento persistir depois que o paciente relaxar, a causa, às vezes, está na presença de peritonite, colecistite aguda ou apendicite. É fácil detectar uma bexiga distendida com a palpação superficial. Normalmente, a bexiga fica abaixo do umbigo e acima da sínfise púbica. Verifique rotineiramente se a bexiga se apresenta distendida caso o paciente demonstre incapacidade para esvaziá-la (p. ex., em decorrência de anestesia ou sedação) ou incontinência, ou ainda caso um cateter urinário interno não esteja drenando bem.

Com a prática e a experiência, faça uma palpação profunda para delinear os órgãos abdominais e detectar a presença de massas menos óbvias. Você precisa estar com as unhas curtas. É importante que o paciente esteja relaxado enquanto as mãos da enfermeira afundam cerca de 2,5 a 7,0 cm no abdome (Fig. 31-59). Nunca use a palpação profunda sobre uma incisão cirúrgica ou sobre órgãos extremamente sensíveis. Não convém também usar a palpação sobre massas anormais. A pressão profunda causa sensibilidade em um paciente saudável sobre o ceco, o cólon sigmoide, a aorta e a linha mediana próximo ao processo xifoide (Ball et al., 2015).

FIGURA 31-59 Palpação profunda do abdome. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Inspecione cada quadrante de forma sistemática. Palpe as massas para verificar o tamanho, a localização, a forma, a consistência, a sensibilidade, a pulsação e a mobilidade. Teste a sensibilidade de rebote pressionando lenta e profundamente a área envolvida e liberando rapidamente a pressão. O teste é positivo se o paciente sentir dor no momento da liberação da pressão. A sensibilidade de rebote ocorre em pacientes com irritação peritoneal, como no caso de apendicite, pancreatite ou de qualquer lesão peritoneal que provoque a entrada de bile, sangue ou enzimas na cavidade peritoneal.

Pulsação Aórtica

Palpe profundamente com o polegar e o dedo indicador de uma das mãos a parte superior do abdome à esquerda da linha mediana para avaliar a pulsação aórtica. Em geral, a pulsação é transmitida para a frente. Se a aorta estiver aumentada devido a um aneurisma (dilatação

localizada da parede de um vaso), a pulsação se expande lateralmente. Não palpe uma massa abdominal pulsante. Quando houver evidência de aumento decorrente de aneurisma, palpe essa área apenas superficialmente, encaminhando o achado ao médico. Em pacientes obesos, geralmente é necessário palpar com ambas as mãos, uma de cada lado da aorta.

Genitália feminina e aparelho reprodutor

O exame da genitália feminina é constrangedor para a paciente, a menos que você utilize uma abordagem calma e relaxada. O exame ginecológico é uma das experiências mais difíceis para adolescentes. O perfil cultural da pessoa contribui para a apreensão. Por exemplo, as americanas de origem mexicana cultivam um forte valor social de que as mulheres não expõem o corpo para os homens ou mesmo para outras mulheres. Da mesma forma, as americanas de origem chinesa consideram o exame da genitália ofensivo. As muçulmanas valorizam o respeito pela modéstia feminina. Portanto, dê uma explicação detalhada da razão para os procedimentos utilizados em um exame. A posição litotômica assumida durante o exame é mais uma fonte de constrangimento. A paciente se sente mais confortável quando você adota a posição e o modo de cobrir corretos. Explique antecipadamente cada parte do exame para que a paciente possa prever ações desnecessárias. Às vezes, as adolescentes optam pela presença dos pais na sala de exame.

Às vezes, a paciente necessita de um exame completo dos órgãos reprodutores femininos, inclusive com uma avaliação da genitália externa e um exame vaginal. Você pode examinar a genitália externa durante a realização de procedimentos rotineiros de higiene ou a preparação para a inserção de um cateter urinário. Um exame interno faz parte dos cuidados preventivos de toda mulher, uma vez que o câncer de ovário causa mais mortes que qualquer outro tipo de câncer do sistema reprodutor feminino (ACS, 2014b).

Adolescentes e jovens adultas são examinadas devido à crescente incidência de infecções sexualmente transmissíveis (IST). A média de idade da menarca entre jovens caiu, e a maioria dos adolescentes de ambos os sexos é sexualmente ativa aos 19 anos (Hockenberry e Wilson, 2015). É importante avaliar o nível de ansiedade da paciente por ocasião da obtenção do histórico de enfermagem (Tabela 31-28).

Combine avaliações retais e anais com o exame pélvico, visto que a paciente está em posição litotômica ou de decúbito dorsal.

Tabela 31-28

Histórico de Enfermagem para Avaliação da Genitália e do Aparelho Reprodutor Femininos

Avaliação	Justificativa
Verifique se a paciente teve doença ou sofreu cirurgia anterior envolvendo os órgãos reprodutores, inclusive IST.	A doença ou a cirurgia influencia a aparência e a posição dos órgãos examinados.
Verifique se a paciente tomou vacina de HPV.	O HPV aumenta o risco de desenvolvimento de câncer cervical.
Reveja a história menstrual, inclusive a idade da menarca, a frequência e a duração do ciclo menstrual, as características do fluxo (p. ex., quantidade, presença de coágulos), a presença de dismenorreia (menstruação dolorosa), a incidência de dor pélvica, as datas dos dois últimos períodos menstruais e os sintomas pré-menstruais.	Essas informações ajudam a revelar o nível da saúde reprodutiva, inclusive da normalidade do ciclo menstrual.
Peça que a paciente descreva a história obstétrica, inclusive cada gestação e história de abortos naturais ou provocados.	Os achados físicos observados variam, dependendo do histórico de gestações da mulher.
Verifique se a paciente segue práticas sexuais seguras; peça-lhe que descreva as práticas anticoncepcionais presentes e passadas e os problemas encontrados. Discuta o risco das ISTs e da infecção pelo HIV.	O uso de determinados anticoncepcionais influencia a saúde reprodutiva (p. ex., reação de sensibilidade ao gel espermicida). O histórico sexual revela o risco de desenvolvimento e o conhecimento sobre as ISTs.
Avalie se a paciente apresenta sinais e sintomas de drenagem vaginal, tecidos perianais doloridos ou inchados ou lesões genitais.	Esses sinais e sintomas podem indicar a presença de IST ou de outra condição patológica.
Verifique se a paciente tem sintomas ou histórico de problemas genitourinários, como ardência durante a micção, frequência, urgência, noctúria, hematúria, incontinência ou incontinência por estresse (Cap. 46).	Os problemas urinários estão associados a distúrbios ginecológicos, inclusive IST.
Pergunte se a paciente tem apresentado sinais de sangramento fora do	Esses são sinais de alerta

período menstrual normal ou após a menopausa ou drenagem vaginal incomum.	para câncer cervical ou endometrial ou infecção vaginal.
Verifique se a paciente tem histórico de HPV (condiloma acuminado, herpes simples ou displasia cervical), tem múltiplos parceiros sexuais, fuma cigarro, teve múltiplas gestações ou era jovem à época do primeiro ato sexual.	Esses são fatores de risco para câncer cervical (ACS, 2015a).
Uma forte história familiar de câncer de mama ou ovário, mulheres que tiveram câncer de mama ou cujo resultado do exame de mutação hereditária do gene *BRCA1* ou *BRCA2* tenha sido positivo apresentam mais risco. Outras condições médicas associadas ao aumento do risco são doença inflamatória pélvica e síndrome de Lynch. O uso de estrogênio isoladamente como terapia hormonal na menopausa demonstrou aumentar o risco. O tabagismo aumenta o risco de câncer de ovário mucinoso. O excesso de peso pode estar associado a um maior risco de câncer de ovário.	Esses são fatores de risco para câncer de ovário (ACS, 2015a).
Verifique se a paciente está na pós-menopausa, é obesa, tem gordura abdominal ou é infértil. Avalie se a paciente recebeu terapia estrogênica na menopausa, teve menopausa tardia, nunca teve filhos e teve histórico de síndrome do ovário policístico. O tamoxifeno, um medicamento utilizado para reduzir o risco de câncer de mama, aumenta ligeiramente o risco porque produz efeitos semelhantes ao estrogênio no útero. As condições médicas que aumentam o risco são a síndrome de Lynch e o diabetes.	Esses são fatores de risco para câncer de endométrio (ACS, 2015a).

HIV, Vírus da imunodeficiência humana; *HPV*, vacina para papilomavírus humano (HPV); *IST*, infecção sexualmente transmissível.

Preparação da Paciente

Como uma nova enfermeira, você é responsável por auxiliar o médico da paciente durante o exame pélvico. Para um exame completo, é necessário o seguinte material: mesa de exame com estribos, espéculo vaginal do tamanho correto, fonte de luz ajustável, luvas descartáveis limpas, *swabs* de algodão estéril, lâminas de vidro, espátula de plástico ou madeira, escova cervical ou dispositivo de coleta tipo vassoura, fixador citológico e placas ou meios de cultura (Ball et al., 2015).

O material deve estar pronto antes do início do exame. Peça que a paciente esvazie a bexiga para facilitar a palpação do útero e dos ovários. Em geral, é necessário coletar uma amostra de urina. Ajude a paciente a assumir posição litotômica na cama ou na mesa de exame para a avaliação da genitália externa. Ajude-a a posicionar os pés nos estribos para o exame com espéculo. Peça que a paciente estabilize cada pé em um estribo e, deslizando as nádegas, desça até a borda da

mesa de exame. Coloque a mão na beirada da mesa e oriente a paciente a se mover até tocar a mão. Os braços da paciente ficam estendidos nas laterais do corpo ou cruzados sobre o peito para evitar a contração dos músculos abdominais.

Algumas mulheres que sofrem de dor ou deformidade das articulações não conseguem assumir a posição litotômica. Nesse caso, é necessário que a paciente abduza apenas uma perna ou que outra pessoa ajude a separar as coxas da paciente. Além disso, use a posição em que a paciente se deita do lado esquerdo com a coxa e o joelho do lado direito dobrados junto ao peito.

Dê à paciente um lençol de cobrir ou um campo quadrado. Ela segura um dos cantos sobre o esterno, os cantos adjacentes cobrem os joelhos, e o quarto canto do campo cobre o períneo. Depois que o exame começar, levante o campo que fica acima do períneo. Um examinador do sexo masculino precisa da presença de uma atendente do sexo feminino durante o exame, enquanto uma examinadora pode optar por trabalhar sozinha. Uma segunda mulher deve estar presente se a paciente pedir.

Genitália Externa

Você pode realizar esse exame independentemente de um médico. A região perineal deve estar bem iluminada. Siga os cuidados-padrão e use luvas de procedimentos para evitar o contato com organismos infecciosos. O períneo é sensível; não toque nessa área de forma brusca sem avisar a paciente. É melhor tocar na parte interna da coxa primeiro, antes de tocar no períneo.

Sentada na ponta da mesa de exame ou da cama, inspecione a quantidade e a distribuição do crescimento piloso. As pré-adolescentes não possuem pelos púbicos. Durante a adolescência, eles crescem ao longo dos lábios, tornando-se mais escuros, grossos e enrolados. Em mulher adulta, crescem formando um triângulo sobre o períneo feminino e ao longo das superfícies mediais das coxas. A pele subjacente é isenta de inflamação, irritação ou lesões.

Inspecione as características da superfície dos grandes lábios vaginais. A pele do períneo é lisa, limpa e ligeiramente mais escura

que a pele de outras partes do corpo. As membranas mucosas são rosa-escuras e úmidas. Os grandes lábios podem ser abertos ou fechados, secos ou úmidos e normalmente são simétricos. Após o parto, eles se separam, deixando os pequenos lábios mais proeminentes. Quando a mulher alcança a menopausa, os grandes lábios se afinam, tornando-se atrofiados em uma idade mais avançada. Em geral, os grandes lábios não apresentam inflamação, edema, lesões ou lacerações.

Para inspecionar as demais estruturas externas, insira delicadamente o polegar e o dedo indicador da mão não dominante nos pequenos lábios e retraia os tecidos para o lado de fora (Fig. 31-60). Segure firme para evitar a retração repetida contra os tecidos sensíveis. Use a outra mão para palpar os pequenos lábios entre o polegar e o indicador. Durante a inspeção, observa-se que os pequenos lábios normalmente são mais finos que os grandes lábios, e, às vezes, um lado é maior que o outro. Palpando, sente-se que o tecido é mole e não apresenta sensibilidade. O tamanho do clitóris varia, mas normalmente não excede 2 cm de comprimento por 0,5 cm de largura. Procure evidências de atrofia, inflamação ou aderências. Se inflamado, o clitóris é vermelho-cereja. Em mulheres jovens, é um local comum para lesões sifilíticas, ou cancros, que aparecem como pequenas úlceras que drenam material seroso.

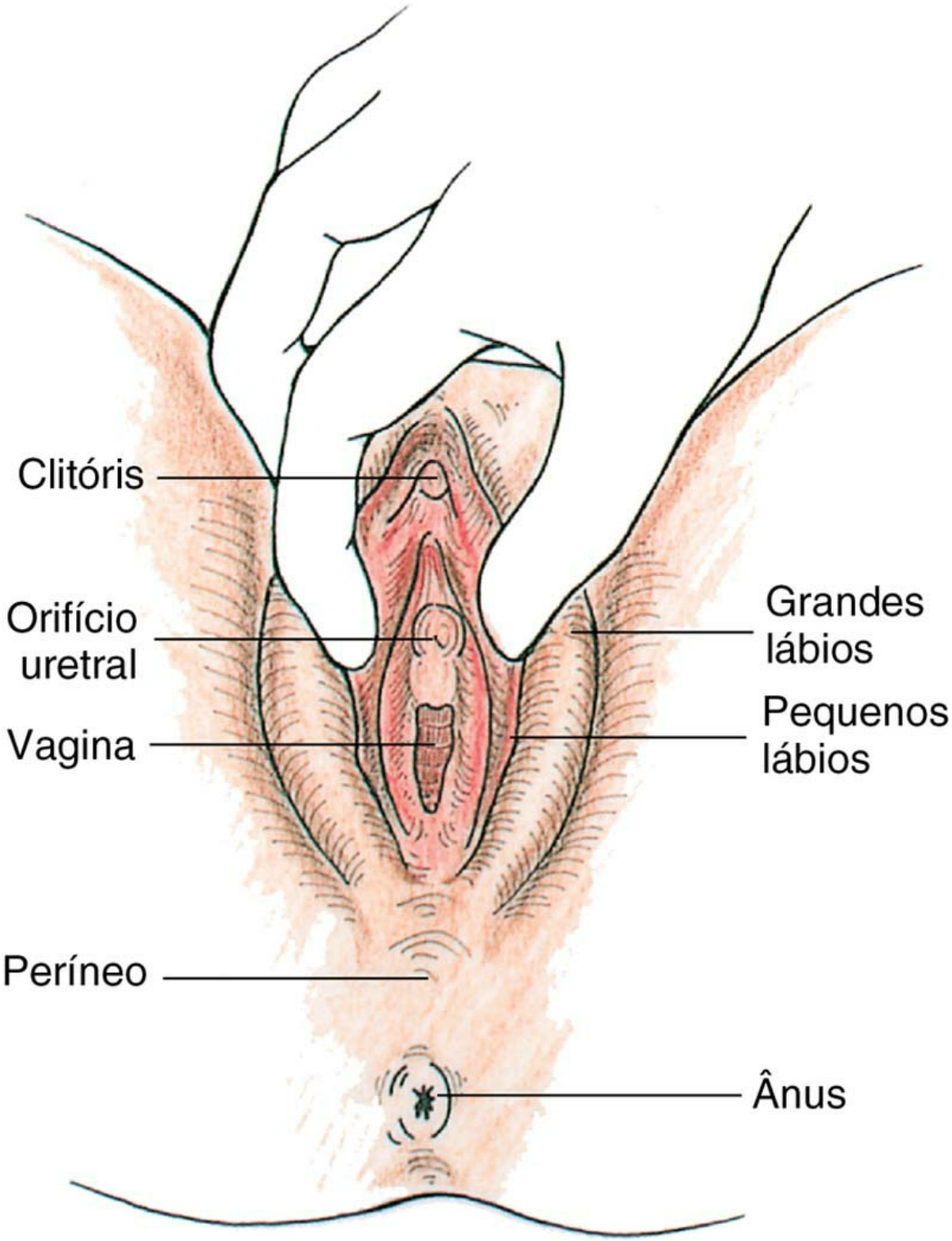


FIGURA 31-60 Genitália externa feminina.

Inspecione cuidadosamente a cor e a posição do orifício uretral, que normalmente se apresenta intacto e sem inflamação. O meato uretral

está localizado anteriormente ao orifício vaginal e é rosado. Parece uma pequena ranhura ou um furo de alfinete logo acima do canal vaginal. Observe se há presença de drenagem, pólipos ou fístulas.

Inspecione o orifício vaginal e observe se há inflamação, edema, descoloração, drenagem e lesões. Quase sempre, o orifício é uma fenda vertical fina; e o tecido é úmido. Durante a inspeção do orifício vaginal, observe a condição do hímen, localizado dentro do orifício. Na mulher virgem, o hímen restringe a abertura da vagina, mas o tecido se retrai ou desaparece após o coito sexual.

Inspecione o ânus à procura de lesões e hemorroidas (ver exame retal). Quando terminar o exame, descarte as luvas usadas durante o exame e ofereça à paciente toalhas descartáveis para a higiene perineal.

Pacientes com risco de contrair IST precisam aprender a fazer o autoexame genital (Quadro 31-25), que tem por finalidade detectar quaisquer sinais ou sintomas de IST. Muitas pessoas não sabem que têm IST (p. ex., clamídia), e algumas ISTs (p. ex., sífilis) permanecem sem ser detectadas por anos.

Quadro 31-25

Educação em saúde do paciente

Avaliação da Genitália e do Aparelho Reprodutor Femininos

Objetivo

- A paciente adotará medidas destinadas a manter a saúde sexual e prevenirá a aquisição e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Estratégias de Ensino

- Oriente a paciente sobre a finalidade e a frequência recomendada do teste de Papanicolaou (Pap) e dos exames ginecológicos.

Explique que o teste de Papanicolaou é relativamente indolor e deve ser feito anualmente juntamente com um exame pélvico no caso de mulheres sexualmente ativas ou acima de 21 anos. As pacientes são rastreadas com mais frequência se existirem determinados fatores de risco, como sistema imunológico fraco, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo e histórico de infecções (p. ex., papilomavírus humano [HPV]).

- Oriente a paciente com IST quanto às implicações do diagnóstico e do tratamento.
- Oriente os jovens de ambos os sexos e seus pais quanto à infecção por HPV genital e à necessidade de tomar a vacina de HPV antes de iniciar a vida sexual. A vacina é recomendada para pré-adolescentes, meninos e meninas, de 11 ou 12 anos (CDC, 2015b). Adolescentes de ambos os sexos que não começaram ou terminaram as séries de vacina de HPV quando eram mais jovens devem tomá-las agora. Jovens do sexo feminino podem tomar a vacina de HPV até os 26 anos, e do sexo masculino, até os 21 (CDC, 2015b).
- Oriente a paciente quanto ao autoexame genital (AEG). Com o auxílio de um espelho, posicione-se para examinar a área coberta por pelos púbicos. Afaste os pelos à procura de inchaço, feridas ou bolhas. Procure também se há verrugas, que aparecem como pequenos pontos inchados e aumentam para lesões carnudas semelhante a uma couve-flor. Em seguida, separe os lábios vaginais externos e examine o clitóris para verificar a presença de inchaço, bolhas, feridas ou verrugas. Examine ambos os lados dos lábios vaginais internos. Inspecione a área em torno dos orifícios urinários e vaginais para verificar se há inchaço, bolhas, feridas ou verrugas.
- Explique os sinais de alerta de IST: dor ou ardência na micção, dor durante o sexo, dor na região pélvica, sangramento entre os períodos menstruais, erupção com prurido em torno da vagina e drenagem vaginal anormal.
- Ensine as medidas de prevenção de IST: uso de preservativo pelo parceiro do sexo masculino, restrição do número de parceiros

sexuais, evitar o sexo com pessoas que tenham tido vários outros parceiros e adoção de medidas de higiene perineal.

- Diga às pacientes com IST que informem seus parceiros sexuais da necessidade de um exame.
- Reforce a importância da higiene perineal (conforme adequado).

Avaliação de Enfermagem

- Verifique se os pais concluíram as séries de imunização de sua filha contra HPV.
- Peça que a paciente explique quando deve fazer um exame ginecológico e um teste Pap.
- Peça que ela descreva as maneiras de prevenir a transmissão de IST.
- No caso de paciente com IST, verifique durante a visita de acompanhamento se ela tem seguido práticas sexuais seguras (indague de forma não inquiridora).

Exame da Genitália Interna com Espéculo

O exame da genitália interna requer muito mais habilidade e prática. Enfermeiras especialistas e clínicos gerais realizam esse exame. Como estudante de enfermagem, você observa o procedimento ou auxilia o examinador, ajudando a paciente com a mudança de decúbito, manuseando amostras e prestando apoio emocional à paciente.

O exame envolve o uso de um espéculo de plástico ou metal com duas lâminas e um dispositivo de ajuste. O examinador insere o espéculo na vagina para avaliar a genitália interna quanto à presença de lesões cancerosas e outras anomalias. Durante o exame, o examinador coleta uma amostra para um teste de Papanicolaou (Pap) de câncer cervical e vaginal. O colo do útero é inspecionado para verificação da cor, da posição, do tamanho, das características da superfície e da presença de drenagem (Ball et al., 2015).

Genitália masculina

O exame da genitália masculina avalia a integridade da genitália externa (Fig. 31-61), do anel inguinal e do canal. Como a incidência de IST em adolescentes e jovens é alta, a avaliação da genitália precisa ser uma parte rotineira de qualquer exame de manutenção da saúde para esse grupo etário (Quadro 31-26). O exame começa com o paciente esvaziando a bexiga. A sala de exame deve estar aquecida. Peça que o paciente se deite em decúbito dorsal com o tórax, o abdome e a parte inferior das pernas cobertas ou permaneça de pé durante o exame. Use luvas de procedimentos.

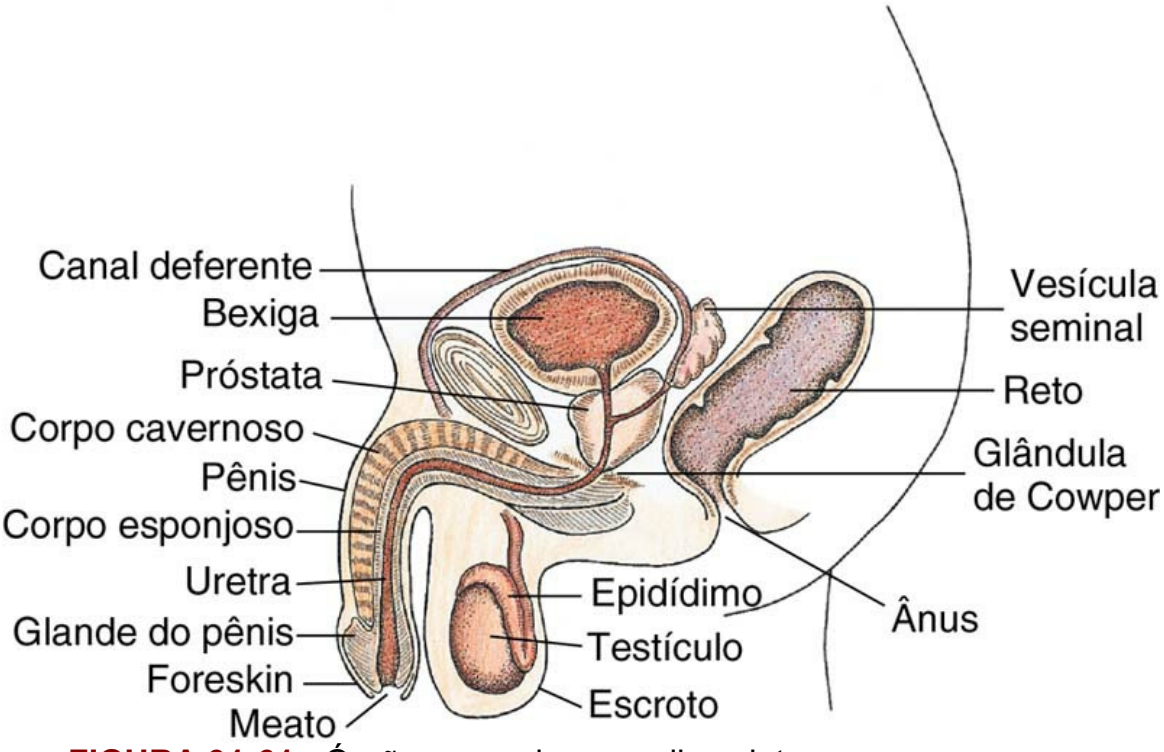


FIGURA 31-61 Órgãos sexuais masculinos internos e externos.

Quadro 31-26

Educação em saúde do paciente

Avaliação da Genitália Masculina

Objetivo

- O paciente adotará medidas destinadas a manter a saúde sexual e prevenirá a aquisição e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Estratégia de Ensino

- Ensine o paciente a realizar o autoexame genital (Quadro 31-27).
- Oriente o paciente com IST quanto às implicações diagnósticas e o tratamento.
- Explique os sinais de alerta das ISTs: dor durante a micção e a atividade sexual, drenagem peniana anormal (fora do comum), linfonodos inchados ou erupção ou úlcera na pele ou na genitália.
- Ensine as medidas preventivas de IST: Imunização contra o HPV, uso de preservativos, evitar o sexo com parceira infectada, restringir o número de parceiras sexuais, evitar sexo com pessoas que tenham múltiplos parceiros e seguir os procedimentos de higiene perineal regular.
- Recomende a vacina de HPV para meninos pré-adolescentes de 11 ou 12 anos; os jovens do sexo masculino podem ser vacinados até os 21 (CDC, 2015b).
- Diga aos pacientes com IST que informem suas parceiras sexuais da necessidade de um exame.
- Oriente o paciente a buscar tratamento o mais rápido possível se a parceira for infectada com uma IST.

Avaliação de Enfermagem

- Peça que o paciente descreva os métodos de prevenção e tratamento de IST.

- Durante uma visita de acompanhamento, verifique se o paciente com IST tem adotado práticas sexuais seguras.
- Pergunte aos pais ou ao paciente se foi feita a vacinação contra o HPV.

Use uma abordagem calma para reduzir a ansiedade do paciente. A posição e a exposição do corpo durante o exame é constrangedora para alguns homens. Para minimizar a ansiedade do paciente, geralmente convém dar uma explicação das etapas do exame para que ele preveja todas as ações. Manipule delicadamente a genitália para evitar causar ereção ou desconforto. Obtenha um histórico completo (Tabela 31-29) antes do exame, de modo a garantir uma avaliação completa.

Tabela 31-29
Histórico de Enfermagem para Avaliação da Genitália Masculina

Avaliação	Justificativa
Reveja o padrão de eliminação urinária normal, inclusive a frequência de esvaziamento da bexiga; história de noctúria; características e volume da urina; ingestão diária de líquidos; sintomas de ardência, urgência e frequência; dificuldade para iniciar o jato; e hematúria (Cap. 46).	Os problemas urinários estão diretamente associados a problemas genitourinários devido à estrutura anatômica dos sistemas reprodutivo e urinário dos homens.
Avalie a história de vida sexual do paciente e a prática de hábitos sexuais seguros (múltiplas parceiras, infecção nas parceiras, negligência do uso de contraceptivos).	A história sexual revela o risco de desenvolvimento e o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV).
Verifique se o paciente foi imunizado contra o papilomavírus humano (HPV).	O HPV está associado a verrugas genitais nos homens, podendo resultar em câncer cervical nas mulheres (CDC, 2014).
Verifique se o paciente sofreu cirurgia ou doença envolvendo os órgãos reprodutores ou urinários, inclusive IST.	As alterações resultantes de doença ou cirurgia, às vezes, são responsáveis por sintomas ou alterações na estrutura ou na função orgânica.
Pergunte se o paciente observou dor peniana ou inchaço, lesões genitais ou drenagem uretral.	Esses sinais e sintomas podem indicar IST.
Verifique se o paciente observou peso ou aumento doloroso dos testículos ou a presença de caroços irregulares.	Esses sinais e sintomas são sinais de alerta precoces de câncer de

	testículo.
Se o paciente relatar aumento da região inguinal, avalie se a condição é intermitente ou constante, associada a esforço ou levantamento de peso, e dolorosa; e se a dor é afetada por tosse, levantamento de peso ou esforço para evacuar.	Os sinais e sintomas refletem a presença de uma possível hérnia inguinal.
Pergunte se ele tem dificuldade de ereção ou ejaculação e reveja se ele está tomando diuréticos, sedativos, anti-hipertensivos ou tranquilizantes.	Esses medicamentos influenciam o desempenho sexual.

Maturidade Sexual

Primeiramente, observe a maturidade sexual do paciente através do tamanho e da forma do pênis e dos testículos; o tamanho, a cor e a textura da pele escrotal; e as características e a distribuição dos pelos púbicos. Os testículos crescem inicialmente na pré-adolescência. Nessa época, não há presença de pelos púbicos. Ao final da puberdade, os testículos e o pênis alcançam o tamanho e a forma adultos, e a pele escrotal se escurece, tornando-se enrugada. Na puberdade, os pelos são duros e abundantes na região púbica. O pênis não possui pelos, enquanto o escroto possui muito pouco (Fig. 31-62, *A* e *B*). Inspecione também a pele que recobre a genitália e verifique se não há presença de piolhos, erupções, escoriações ou lesões. Normalmente, ela é clara, sem lesões.

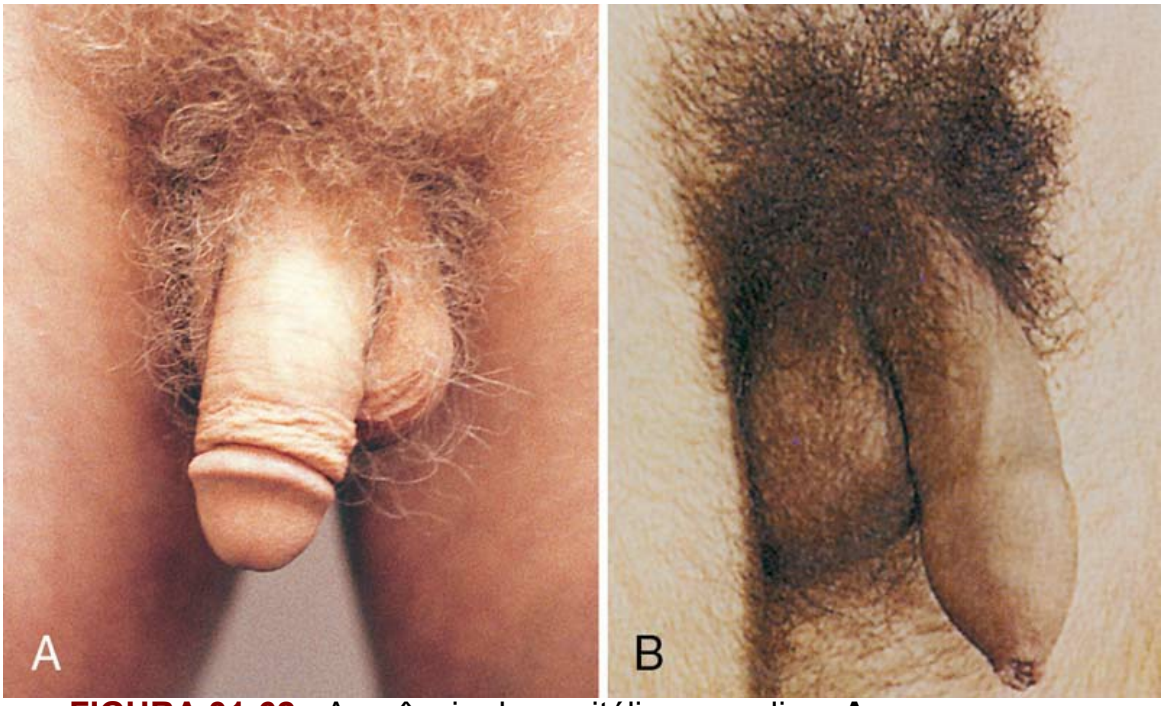


FIGURA 31-62 Aparência da genitália masculina. **A,** Circuncidado. **B,** Não circuncidado. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Pênis

Para inspecionar as superfícies penianas, manipule a genitália ou peça que o paciente auxilie. Inspecione o eixo, a coroa, o prepúcio, a glande e o meato uretral. É possível visualizar a veia dorsal durante a inspeção. Em homens não circuncidados, retraia a pele do prepúcio para revelar a glande e o meato uretral. A pele do prepúcio normalmente se retrai com facilidade. Às vezes, uma pequena quantidade de esmegma branco e espesso se acumula sob essa pele. Obtenha um exame de cultura se houver presença de drenagem anormal. O meato uretral se assemelha a uma ranhura e está localizado na superfície ventral a apenas alguns milímetros da ponta da glande. Em algumas condições congênitas, o meato apresenta-se deslocado ao longo do eixo peniano. A região entre o prepúcio e a glande é um local comum para lesões venéreas. Pressione delicadamente a glande entre o polegar e o dedo indicador, abrindo o meato uretral para a inspeção de lesões, edema e inflamação.

Normalmente, o orifício é brilhante e rosado sem drenagem. Palpe delicadamente qualquer lesão para observar a sensibilidade, o tamanho, a consistência e a forma. Ao terminar a inspeção e palpação da glande, puxe a pele de volta à sua posição original.

Continue inspecionando todo o eixo do pênis, inclusive a superfície inferior, procurando lesões, cicatrizes ou edema. Palpe o eixo entre o polegar e os dois primeiros dedos para detectar áreas localizadas de endurecimento ou sensibilidade. Um paciente que tenha permanecido acamado por tempo prolongado, às vezes, desenvolve edema dependente no eixo do pênis.

É importante que qualquer paciente do sexo masculino aprenda a fazer um autoexame genital para detectar sinais e sintomas de IST, especialmente homens que tenham tido mais de uma parceira sexual ou cuja parceira tenha tido outros parceiros. Os homens podem ter uma IST e não saber; o autoexame é uma parte rotineira do autocuidado (Quadro 31-27).

Quadro 31-27 Autoexame da Genitália Masculina

Todo homem acima de 15 anos precisa fazer esse exame mensalmente utilizando os seguintes passos.

Exame Genital

- Faça o exame após um banho morno, quando a pele escrotal está mais fina.
- Fique em pé despido em frente ao espelho, segure o pênis e examine a cabeça. Puxe a pele do prepúcio, se não for circuncidado, para expor a glande.
- Inspecione e palpe toda a cabeça do pênis em um movimento horário, observando cuidadosamente se há presença de quaisquer caroços, feridas ou bolhas (os caroços e as bolhas podem ser de cor clara ou avermelhadas, semelhantes a espinhas).
- Observe também se há presença de verrugas genitais (ver ilustração).

- Examine o orifício (meato uretral) na ponta do pênis e verifique se há secreção.
- Olhe toda a extensão do eixo do pênis e verifique os mesmos sinais.
- Separe os pelos púbicos na base do pênis e examine cuidadosamente a pele embaixo.

Autoexame dos Testículos

- Em frente ao espelho, procure sinais de inchaço ou protuberâncias na pele do escroto.
- Use ambas as mãos, colocando os dedos indicador e médio embaixo dos testículos e o polegar em cima (ver ilustração).
- Role suavemente o testículo, sentindo se há presença de protuberâncias, inchaço, dor ou uma consistência mais dura.
- Procure o epidídimo (uma estrutura semelhante a um cordão nas faces superior e posterior do testículo; não é uma protuberância).
- Palpe e verifique se há pequenos caroços do tamanho de uma ervilha nas faces frontal e lateral do testículo. Caroços anormais geralmente são indolores.
- No caso de achados anormais, contate imediatamente o seu médico.

Ilustrações de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.

Escroto

Recomenda-se especial cuidado ao inspecionar e palpar o escroto, porque as estruturas localizadas no interior do saco escrotal são muito sensíveis. O escroto se divide internamente em duas partes, cada uma contendo um testículo, um epidídimo e o canal deferente, que segue um trajeto ascendente e adentra o anel inguinal. Via de regra, o testículo esquerdo é mais baixo que o direito. Inspecione o tamanho, a

forma e a simetria do escroto enquanto observa se há presença de lesões ou edema. Levante delicadamente o escroto para visualizar a superfície posterior. A pele escrotal normalmente é frouxa, e a superfície é grossa. A pele escrotal é mais pigmentada que a pele do corpo. O enrijecimento da pele ou a perda das rugas revela a presença de edema. O tamanho do escroto normalmente muda com as variações de temperatura, porque o músculo dartos se contrai no frio e relaxa em temperaturas quentes. As protuberâncias presentes na pele escrotal normalmente são cistos sebáceos.

O câncer de testículo é um tumor sólido comum em jovens de 18 a 34 anos. A detecção precoce é fundamental. Explique o autoexame dos testículos (Quadro 31-27) enquanto examina o paciente. Os testículos normalmente são sensíveis ao toque, mas não são macios. Em geral, os testículos subjacentes são ovoides e medem de 2 a 4 cm. Palpe delicadamente os testículos e o epidídimo entre o polegar e os dois primeiros dedos. Os testículos são lisos, borrachudos e não contêm nódulos. O epidídimo é elástico. Observe o tamanho, a forma e a consistência dos órgãos. Os sintomas mais comuns de câncer testicular são o aumento indolor de um dos testículos e o aparecimento de um nódulo pequeno, duro e palpável do tamanho de uma ervilha na porção frontal ou lateral do testículo. No idoso, os testículos diminuem de tamanho e apresentam-se menos firmes durante a palpação. Continue palpando o canal deferente separadamente à medida que ele forma o cordão espermático em direção ao anel inguinal, observando se há presença de nódulos ou inchaço. Em geral, a sua textura é lisa e distinta.

Anel e Canal Inguinais

O anel inguinal externo permite a abertura para que o cordão espermático passe no canal inguinal. O canal forma uma passagem através da parede abdominal, um local potencial para a formação de hérnias. Uma hérnia é uma protrusão de uma parte do intestino pela parede ou canal inguinal. Ocasionalmente, uma alça intestinal pode adentrar o escroto. Mantenha o paciente de pé durante essa parte do exame.

Durante a inspeção, peça que o paciente se alongue ou faça força para baixo. Essa manobra ajuda a tornar a hérnia mais visível. Procure abaulamentos na área inguinal.

Conclua o exame palpando os linfonodos inguinais. Normalmente, os nodos horizontais pequenos, não doloridos e móveis são palpáveis. Qualquer anomalia indica infecção local ou sistêmica ou doença maligna.

Reto e ânus

Um bom momento para realizar o exame retal é após o exame genital. Normalmente, esse exame não é realizado em crianças e adolescentes. O exame detecta o câncer colorretal em seus estágios iniciais. O exame retal detecta também tumores de próstata nos homens. Colete a história de saúde (Tabela 31-30) para detectar o risco de doença intestinal ou retal (homens e mulheres) ou de doença prostática (homens) do paciente. Fale ao paciente sobre a finalidade do exame (Quadro 31-28).

Tabela 31-30

Histórico de Enfermagem para Avaliação Retal e Anal

Avaliação	Justificativa
Verifique se o paciente tem tido sangramento do reto, fezes negras ou alcatroadas (melena), dor retal ou alteração dos hábitos intestinais (constipação ou diarreia).	Esses sinais servem de alerta para a presença de câncer colorretal* ou outras alterações gastrintestinais.
Verifique se o paciente em histórico pessoal ou forte histórico familiar de câncer colorretal, pólipos ou doença intestinal inflamatória crônica. Pergunte se o paciente tem mais de 40 anos.	Esses são fatores de risco de câncer colorretal (ACS, 2014a).*
Avalie os hábitos alimentares do paciente, como alta ingestão de gorduras, dieta rica em carnes vermelhas ou processadas, ou alimentos com teor insuficiente de fibras (frutas e legumes inadequados).	O câncer de intestino geralmente está relacionado com a ingestão alimentar de gorduras ou ingestão insuficiente de fibras.*
Verifique se o paciente é obeso, fisicamente inativo, fuma ou consome álcool.	Esses são fatores de risco de câncer colorretal (ACS, 2014a).
Verifique se o paciente se submeteu a rastreamento de câncer colorretal (exame digital, exame de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia flexível e colonoscopia).	A realização desse rastreamento reflete entendimento e o cumprimento das medidas de saúde preventiva.
Avalie a história de uso de laxativos ou medicamentos catárticos.	O uso repetido causa diarreia e até perda do tônus da musculatura do intestino.

Avalie o uso de fórmulas à base de codeína ou ferro	A codeína causa constipação. O ferro deixa as fezes negras ou alcatroadas.
Ao paciente do sexo masculino, pergunte se ele tem observado fluxo urinário fraco ou interrompido, incapacidade de urinar, dificuldade para iniciar ou interromper o fluxo urinário, poliúria, noctúria, hematúria ou disúria. O paciente sente dor contínua na parte inferior das costas, na pelve ou na parte superior das coxas.	Esses sinais servem de alerta para câncer de próstata.* Os sintomas sugerem também infecção ou aumento da próstata.

* Dados da American Cancer Society: *Cancer facts and figures 2015*, Atlanta, 2015, The Society.

Quadro 31-28

Educação em saúde do paciente

Avaliação Retal e Anal

Objetivo

- O paciente será capaz de identificar sintomas de câncer colorretal e de próstata.

Estratégias de Ensino

- Aborde as diretrizes da American Cancer Society (ACS, 2014a) para a detecção precoce de câncer colorretal. **A partir dos 50 anos**, tanto homens quanto mulheres com risco médio devem fazer um dos seguintes exames de rastreamento (ACS, 2015a):
  - Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOT) ou teste imunoquímico fecal (TIF) anualmente
  - Teste de DNA fecal a cada 3 anos
  - Sigmoidoscopia flexível (SIGF): Inspeção visual do reto e da porção inferior do cólon com um tubo oco iluminado realizado por um médico a cada 5 anos OU
  - Enema de bário com duplo contraste a cada 5 anos se recomendado pelo médico
  - Colonoscopia a cada 10 anos, se recomendado

- Colonoscopia por tomografia computadorizada (TC) a cada 5 anos, se recomendado.
- Pessoas com risco mais elevado devem discutir as opções com o seu médico
- Discuta os sinais de alerta de câncer colorretal (Tabela 31-30)
- Com pacientes do sexo masculino, discuta as diretrizes a ACS (2015a) para a detecção precoce de câncer de próstata
- Para homens acima de 50 anos, é recomendável o exame de toque retal (DRE, na sigla em inglês) e o exame de antígeno prostático específico (PSA). A ACS recomenda que homens com uma expectativa de vida de, pelo menos, 10 anos tenham a oportunidade de decidir com o seu médico se deve ou não fazer o exame de rastreamento da próstata depois de receber as informações necessárias sobre os possíveis benefícios, riscos e incertezas do exame.
- Fale sobre os sinais de alerta de câncer de próstata.

Avaliação de Enfermagem

- Durante a visita de acompanhamento, verifique se o paciente fez os exames de rastreamento adequados.
- Peça ao paciente que explique os sinais de alerta de câncer colorretal e de próstata.

O exame retal é desconfortável; portanto, explicar todas as etapas ao paciente ajuda-o a relaxar. Utilize uma abordagem calma, tranquila e gentil durante o exame. A mulher permanece na posição de decúbito dorsal após o exame da genitália ou deita-se de lado (posição de Sims). A melhor maneira de examinar o homem é mantê-lo de pé e encurvado para a frente com os quadris flexionados e a parte superior do corpo apoiada sobre a mesa de exame. Examine o paciente internado na posição de Sims. Use luvas de procedimento sem látex.

Inspeção

Com a mão não dominante, retraia suavemente as nádegas para visualizar as áreas perianal e sacrococcígea. A pele perianal é lisa, mais pigmentada e mais grossa que a pele das nádegas. Inspecione o tecido anal, observando características como lesões, hemorroidas externas (veias dilatadas com aparência de protuberâncias avermelhadas), ulcerações, fissuras e fístulas, inflamação, erupções ou escoriação. Os tecidos anais são úmidos e sem pelos e o músculo externo voluntário do esfíncter mantém o ânus fechado. Em seguida, peça que o paciente faça força para baixo como que em um movimento intestinal. Qualquer hemorroida interna ou fissura aparece nesse momento. Use a referência de horas (p. ex., 3 horas ou 8 horas) para descrever a localização dos achados. Normalmente, não há protuberância tecidual.

Palpação Digital

Examine o canal e os esfíncteres anais com a palpação digital e, em pacientes do sexo masculino, palpe a glândula prostática para afastar a possibilidade de aumento. Normalmente, essa parte do exame é conduzida por profissionais especialistas. Essa técnica não será tratada aqui.

Sistema musculoesquelético

A avaliação musculoesquelética pode ser realizada como um exame separado ou integrado a outras partes do exame físico geral. Além disso, você pode avaliar os movimentos do paciente enquanto realiza outros cuidados de enfermagem, tais como o banho ou a mudança de decúbito. A avaliação da função musculoesquelética tem por objetivo determinar a amplitude de movimento das articulações, a força e o tônus muscular e a condição das articulações e da musculatura. A avaliação da integridade musculoesquelética é especialmente importante quando o paciente se queixa de dor ou perda de função de uma articulação ou de um músculo. Como os distúrbios musculares geralmente são decorrentes de doença neurológica, você pode optar por fazer uma avaliação neurológica simultânea.

Enquanto examina a função musculoesquelética do paciente, visualize a anatomia óssea, o posicionamento muscular e estrutura articular (Cap. 28). As articulações variam quanto ao grau de mobilidade, dependendo do tipo de articulação.

Para um exame completo, exponha os músculos e articulações de modo que eles fiquem livres para se movimentar. Coloque o paciente sentado, deitado em posição supina ou prona ou de pé enquanto você avalia grupos musculares específicos. A Tabela 31-31 relaciona as informações coletadas a partir do histórico de enfermagem.

Tabela 31-31

Histórico de Enfermagem para Avaliação Musculoesquelética

Avaliação	Justificativa
Verifique se o paciente participa de esportes de competição (particularmente aqueles que envolvem colisão e contato), não faz o aquecimento adequado, está em má condição física ou teve um estirão puberal (adolescentes).	Esses são fatores de risco para lesões esportivas.
Avalie os fatores de risco de osteoporose. Fatores de risco incontroláveis:	Esses são fatores de risco de osteoporose (Walker, 2010, NOF, s.d.).

• Mais de 50 anos • Sexo feminino • Nulípara • Menopausa antes dos 45 anos • Histórico familiar de osteoporose • Baixo peso corporal/constituição magra e franzina/constantemente submetido a dieta • Fraturas ósseas e perda de altura Fatores de risco controláveis: • Ingestão insuficiente de cálcio (menos de 500 mg) e vitamina D • Ingestão insuficiente de frutas e legumes • Ingestão excessiva de proteína, sódio e cafeína • Estilo de vida sedentário • Tabagismo • Consumo excessivo de álcool • Perda de peso O uso prolongado de determinados medicamentos: antiácidos que contêm alumínio; medicamentos anticonvulsivos, como Dilantina ou fenobarbital; inibidores da aromatase, como Aromasin e Femara; medicamentos quimioterápicos para tratamento de câncer, e heparina.	
Peça ao paciente que descreva o seu histórico de problemas de função óssea, muscular ou articular (p. ex., queda, traumatismo, levantamento de objetos pesados, histórico de doença óssea ou articular com manifestação repentina ou gradual, local da alteração).	A história auxilia na avaliação da natureza do problema musculoesquelético.
Avalie a natureza e a extensão da dor, inclusive o local, a duração, a severidade, os fatores predisponentes e agravantes, os fatores atenuantes e o tipo.	A dor geralmente acompanha alterações ósseas, articulares ou musculares. Isso tem implicações não apenas para o conforto, mas também para a capacidade de realizar atividades de rotina.
Avalie o padrão de atividade normal do paciente, inclusive o tipo de exercício realizado rotineiramente.	Promove um embasamento na avaliação. O estilo de vida sedentário e a falta de exercício adequado agravam a perda óssea e o risco de fraturas.
Determine como a alteração influencia a capacidade de realização de atividades de rotina (p. ex., tomar banho, alimentar-se, vestir-se, ir ao banheiro, deambulação) e funções sociais (p. ex., tarefas domésticas, trabalho, lazer, atividades sexuais).	O grau em que o paciente é capaz de realizar as atividades de autocuidado determina o nível dos cuidados de enfermagem. O tipo e o grau de restrição à continuidade das atividades sociais influenciam os tópicos de orientação do paciente e a capacidade da enfermeira de identificar formas alternativas de manutenção da função.
Avalie a perda de altura da mulher acima de 50 anos subtraindo a altura atual da altura adulta máxima. Encaminhe o paciente ao médico para fazer um exame de densidade óssea (mulheres a partir de 65 anos).	A medição é uma ferramenta de rastreamento útil para a previsão de osteoporose. A densidade óssea é recomendada pela USPSTF (2011).

Inspeção Geral

Observe a marcha do paciente quando ele entrar na sala de exame. Quando o paciente desconhece a natureza de sua observação, a marcha é mais natural. Mais tarde, o paciente fará um teste mais formal em que ele deverá caminhar em linha e retornar ao ponto de origem. Observe como o paciente caminha, senta-se e se levanta da posição sentada. Quase sempre, os pacientes caminham com os braços movimentando-se livremente nas laterais do corpo e a cabeça acompanhando o corpo. Os idosos geralmente caminham com passos mais curtos e uma base de apoio mais larga. Observe se o paciente arrasta os pés, se está mancando ou vacilante a posição do tronco em relação às pernas.

Observe o paciente de lado e em pé de frente para ele. A postura ereta normal é vertical com alinhamento paralelo dos quadris e ombros (Fig. 31-63, *A* a *C*). Existe um contorno regular dos ombros, um nível das cristas escapulares e ilíaca, um alinhamento da cabeça em relação às dobras glúteas e uma simetria dos membros. Enquanto observa o paciente lateralmente, avalie as curvas cervical, torácica e lombar normais. O normal é manter a cabeça ereta. Quando o paciente está sentado, é normal que haja algum grau de encurvamento dos ombros. Os idosos tendem a assumir uma postura curvada para frente com os quadris e joelhos ligeiramente flexionados e os cotovelos dobrados, elevando o nível dos braços.

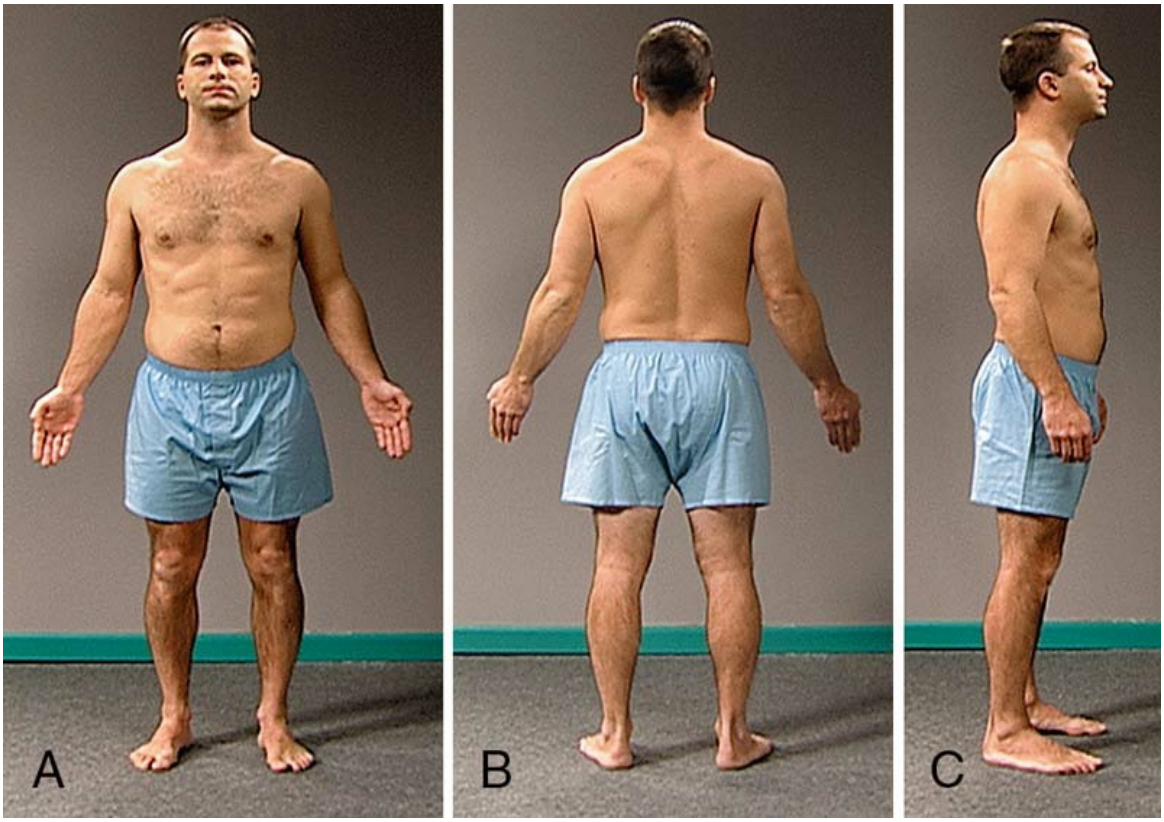


FIGURA 31-63 Inspeção da postura geral do corpo. **A,** Vista anterior. **B,** Vista posterior. **C,** Vista lateral. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Entre as anomalias posturais comuns estão a cifose, a lordose e a escoliose (Fig. 31-64, *A* a *C*). A **cifose**, ou corcunda, é um exagero da curvatura posterior da parte torácica da coluna vertebral. Essa anomalia postural é comum em idosos. A **lordose** é um aumento da curvatura lombar. A curvatura lateral da coluna se chama **escoliose**. A redução na estatura geralmente é o primeiro sinal clínico da osteoporose, na qual a perda de altura do tronco ocorre em consequência de fratura ou desgaste vertebral. A **osteoporose** é uma condição esquelética sistêmica na qual se observa a redução de massa óssea e a deterioração do tecido ósseo, tornando os ossos frágeis e sujeitos ao risco de fratura (Nelson et al., 2010). A osteopenia, caracterizada pela baixa massa muscular do quadril, coloca a pessoa em risco de osteoporose, fraturas e possíveis complicações futuras. Cerca de 80% das pessoas com osteoporose são mulheres; em aproximadamente 20% das vezes, a doença afeta os homens. A doença

atinge qualquer faixa etária, inclusive crianças. Os pacientes devem ser informados sobre formas de reduzir as chances de desenvolver a doença (Quadro 31-29).

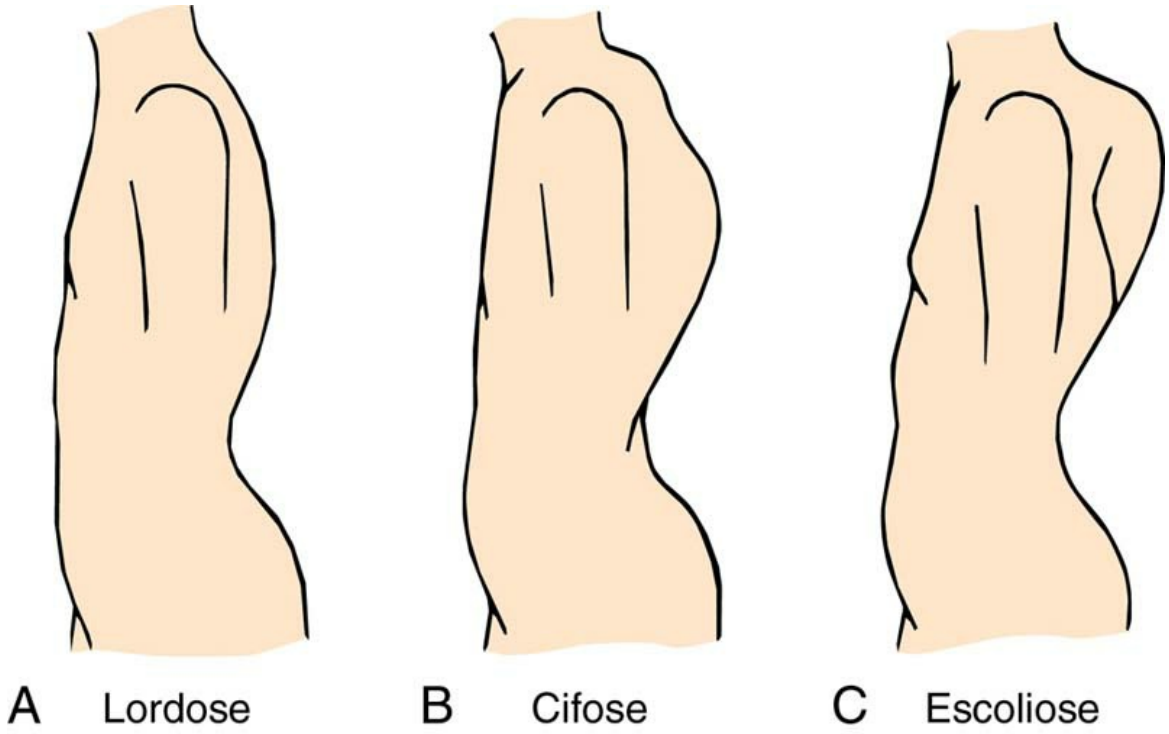


FIGURA 31-64 Anomalias posturais comuns. **A,** Lordose. **B,** Cifose. **C,** Escoliose.

Quadro 31-29

Educação em saúde do paciente

Promoção da Saúde para Prevenir a Osteoporose nas Mulheres

Objetivo

- A paciente adotará medidas de prevenção ou minimização da osteoporose.

Estratégias de Ensino

- Recomende que as mulheres a partir de 65 anos façam exames de rotina de rastreamento de osteoporose (USPSTF, 2011). Recomende que os homens também façam o rastreamento; com a idade, eles correm igualmente o risco de desenvolver osteoporose.
- Para reduzir a desmineralização óssea, oriente as pacientes idosas para que participem de um programa de exercícios adequado (p. ex., exercícios de sustentação de peso ou musculação, fortalecimento da musculatura e treinamento de equilíbrio) a ser seguido durante 3 ou mais vezes por semana.
- Incentive a ingestão necessária de cálcio para atender à dose diária recomendada. Uma ingestão mais elevada de vitamina D auxilia a absorção do cálcio.
- A recomendação da suplementação de cálcio para adultos acima de 25 anos é de 1.000 a 1.500 mg/dia. Instrua a paciente a não tomar mais de 500 mg de cálcio de uma só vez.
- Oriente as pacientes idosas e aqueles com osteoporose em relação à mecânica adequada do corpo e aos exercícios de amplitude de movimento e sustentação moderada de peso (p. ex., natação e caminhada), a fim de minimizar os traumatismos e as subsequentes fraturas ósseas.
- Oriente as pacientes idosas a dosar o ritmo das atividades de modo a compensar a perda de força muscular.

Avaliação de Enfermagem

- Observe a postura da paciente.
- Peça a ela que descreva as terapias de prevenção da osteoporose.
- Observe a paciente executar os exercícios de amplitude de movimento.
- Oriente a paciente a manter um registro dos exercícios regulares de sustentação de peso.

Durante a inspeção geral, observe o tamanho, a deformidade

macroscópica, o aumento ósseo, o alinhamento e a simetria dos membros em geral. Normalmente, existe uma simetria bilateral de comprimento, circunferência, alinhamento e posição, bem como do número de dobras cutâneas (Ball et al., 2015). Uma revisão geral identifica as áreas que requerem uma avaliação especializada.

Palpação

Palpe suavemente todos os ossos, articulações e músculos circundantes durante um exame completo. Para uma avaliação específica, examine somente a área envolvida. Esteja atento à presença de qualquer aquecimento, sensibilidade, edema ou resistência à pressão. O paciente não deve sentir qualquer desconforto enquanto você palpa. Os músculos devem ser firmes.

Amplitude de Movimento das Articulações

O exame inclui a comparação entre ADM ativa e passiva. Peça que o paciente execute a amplitude ativa e total de movimentos de cada uma das principais articulações e você mesmo realize a ADM passiva total (Cap. 28). Aprenda a corrigir a terminologia dos movimentos que as articulações são capazes de executar (Tabela 31-32) e ensine o paciente a executar cada ADM. Demonstre a ADM ao paciente quando possível. Para avaliar a ADM passiva, peça que o paciente relaxe e depois, você mesmo, execute os movimentos passivamente dos membros dentro de seus respectivos graus de ADM. Verifique a uniformidade de movimentos comparando as mesmas partes do corpo. A Figura 31-65, *A* a *F*, contém um exemplo das posições de ADM para as mãos e os pulsos. Não force a articulação a uma posição dolorosa. Conheça a amplitude normal de cada articulação e até que ponto você pode movimentar as articulações do paciente. A ADM é igual entre as articulações contralaterais. O ideal é que você avalie a amplitude normal do paciente para determinar um nível basal para a avaliação de alterações futuras.

Tabela 31-32

Terminologia das Posições Normais de Amplitude de Movimento

Termo	Amplitude de Movimento	Exemplos de Articulações
Flexão	Movimento de redução do ângulo entre dois ossos contíguos; dobramento do membro	Cotovelo, dedos, joelho
Extensão	Movimento de aumento do ângulo entre dois ossos contíguos	Cotovelo, joelho, dedos
Hiperextensão	Movimento da parte do corpo além de sua posição normal estendida em repouso	Cabeça
Pronação	Movimento da parte do corpo de modo que a superfície frontal ou ventral fique voltada para baixo	Mão, antebraço
Supinação	Movimento da parte do corpo de modo que a superfície frontal ou ventral fique voltada para cima	Mão, antebraço
Abdução	Movimento de distanciamento do membro da linha mediana do corpo	Perna, braço, dedos
Adução	Movimento do membro em direção à linha mediana do corpo	Perna, braço, dedos
Rotação medial	Rotação da articulação para o lado de dentro	Joelho, quadril
Rotação lateral	Rotação da articulação para o lado de fora	Joelho, quadril
Eversão	Giro de distanciamento da parte do corpo da linha mediana	Pé
Inversão	Giro de parte do corpo em direção à linha mediana	Pé
Dorsiflexão	Flexão dos pododáctilos e do pé para cima	Pé
Flexão plantar	Encurvamento dos pododáctilos e do pé para baixo	Pé

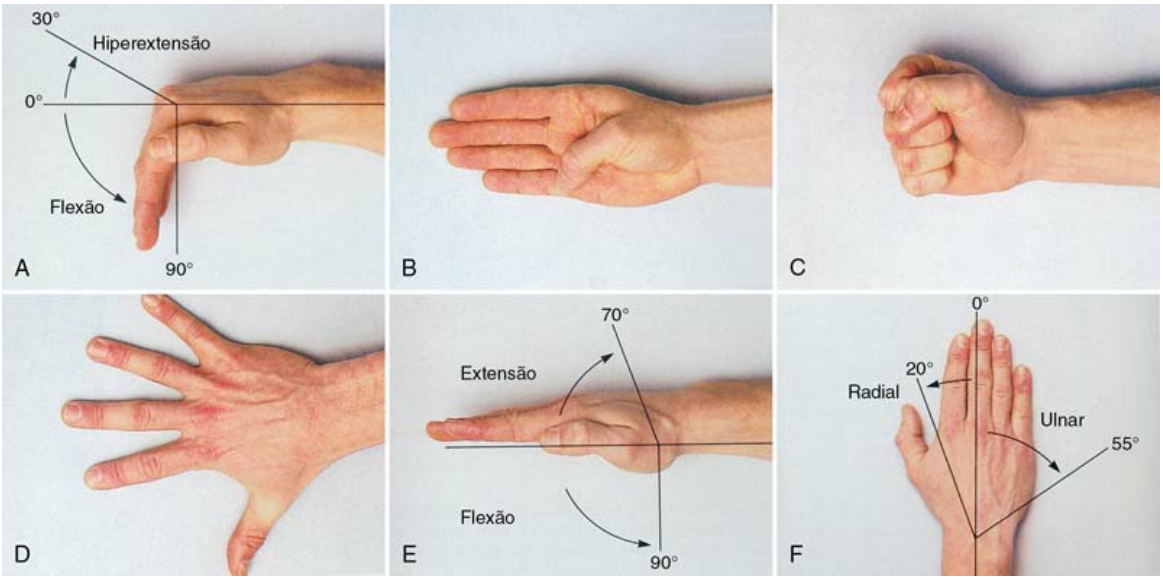


FIGURA 31-65 Amplitude de movimento da mão e do pulso. **A,** Flexão e hiperextensão da articulação metacarpofalangeana. **B,** Flexão do dedo: polegar tocando a ponta de cada dedo e a base do dedo mínimo. **C,** Flexão do dedo, primeira formação. **D,** Abdução do dedo. **E,** Flexão e hiperextensão do pulso. **F,** Movimento radial e ulnar do pulso. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Um **goniômetro**, frequentemente utilizado por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, mede o grau exato de movimento de uma determinada articulação e é útil principalmente para pacientes com suspeita de redução dos movimentos articulares. O instrumento possui dois braços flexíveis com um transferidor de 180 graus no centro. Posicione o centro do transferidor no centro da articulação que você estiver medindo (Fig. 31-66). Os braços se estendem ao longo das partes do corpo de cada lado do transferidor. Meça o ângulo articular antes de movimentar a articulação. Depois de movimentar a articulação em sua ADM total, meça o ângulo novamente para determinar o grau de movimento. Compare a leitura com o grau normal de movimento articular.

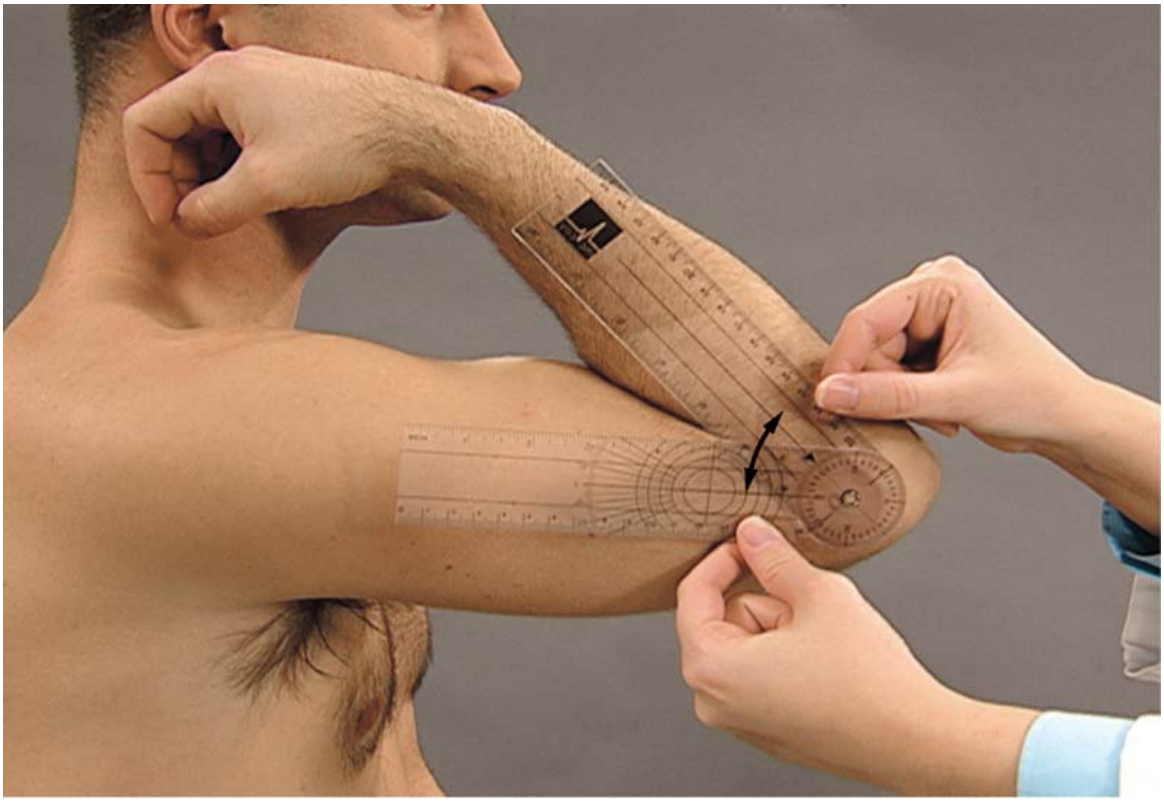


FIGURA 31-66 O paciente flexiona o braço; o goniômetro mede a amplitude de movimento. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

As articulações normalmente são livres de rigidez, instabilidade, inchaço ou inflamação. Não deve haver sensação de desconforto quando se aplica pressão aos ossos e articulações. Em pessoas idosas, as articulações geralmente incham e se enrijecem com uma ADM reduzida resultante da erosão das cartilagens e da fibrose das membranas sinoviais (Cap. 28). Se uma articulação parecer inchada ou inflamada, palpe-a e verifique se ela está quente.

Tônus e Força Muscular

Avalia a força e o tônus da musculatura durante a medição da ADM. Integre esses achados àqueles da avaliação neurológica. Observe o tônus muscular, a ligeira resistência muscular sentida quando você movimenta o membro relaxado passivamente dentro de sua ADM.

Peça ao paciente que relaxe um membro ou deixe-o solto. Em geral, isso é difícil, sobretudo se o paciente sente nesse membro. Apoie a

extremidade e segure cada membro, movimentando-o dentro de sua ADM normal (Fig. 31-67). O tônus normal causa uma resistência leve e uniforme ao movimento no curso de toda a amplitude.

FIGURA 31-67 Avaliação do tônus muscular.

No caso de tonicidade muscular elevada, ou **hipertonicidade**, a resistência é significativa a qualquer movimento passivo brusco de uma articulação. O movimento contínuo acaba por provocar o relaxamento do músculo. O músculo com baixa tonicidade (**hipotonicidade**) torna-se flácido. O membro envolvido pende solto em uma posição determinada pela força da gravidade.

Para a avaliação da força muscular, coloque o paciente em uma posição estável. Ele deve executar algumas manobras demonstrando a força dos principais grupos de músculos (Tabela 31-33). Use uma escala graduada de "0 a 5" para comparar a força de pares de

músculos simétricos (Tabela 31-34). O braço do lado dominante normalmente é mais forte que o braço do lado não dominante. Nos idosos, a perda de massa muscular causa fraqueza bilateral, mas a força muscular continua maior no braço ou na perna dominante.

Tabela 31-33

Manobras para Avaliação da Força Muscular

Grupo de Músculos	Manobra
Pescoço (esternoclidomastóideo)	Coloque a mão firmemente sobre o maxilar superior do paciente e peça-lhe que gire a cabeça lateralmente contra a resistência.
Ombro (trapézio)	Coloque a mão sobre a linha mediana do ombro do paciente, exercendo firme pressão. Peça ao paciente que erga os ombros contra a resistência.
Cotovelo Bíceps Tríceps	Puxe o antebraço para baixo enquanto o paciente tenta flexionar o braço. Enquanto o paciente flexiona o braço, aplique pressão contra o antebraço. Peça ao paciente que estique o braço.
Quadril Quadríceps Gastrocnêmio	Com o paciente sentado, pressione-lhe a coxa para baixo. Peça ao paciente que erga a perna, tirando-a da mesa. Com o paciente sentado, segure-lhe a tíbia da perna que está flexionada. Peça ao paciente que estique a perna contra a resistência.

Tabela 31-34

Força Muscular

Nível da Função Muscular	ESCALAS		
	Grau	% Normal	Escala de Lovett
Nenhuma evidência de contratilidade	0	0	0 (zero)
Leve contratilidade, ausência de movimento	1	10	T (traço)
Amplitude total de movimento, sem a força de gravidade*	2	25	P (insatisfatório; do inglês, *poor*)
Amplitude total de movimento com a força de gravidade	3	50	F (razoável; do inglês, *fair*)
Amplitude total de movimento contra a força de gravidade, alguma resistência	4	75	G (bom; do inglês, *good*)
Amplitude total de movimento contra a força de gravidade, resistência total	5	100	N (normal)

Modificado a partir de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby; e Walker J: The role of the nurse in the management of osteoporosis, *Br J Nurs* 19(19):1243, 2010.

* Movimento passivo.

Examine cada grupo de músculos. Peça ao paciente que primeiro flexione o músculo que você está examinando e depois oponha resistência quando você aplica uma força oposta contra essa flexão. É importante não permitir que o paciente movimente a articulação. Aumente gradativamente a pressão de um determinado grupo de músculos (p. ex., extensão do cotovelo). Peça ao paciente que oponha resistência à pressão que você aplicar na tentativa de produzir movimento contra a resistência (p. ex., flexão do cotovelo) até que ele seja instruído a parar. Varie a pressão aplicada e observe o movimento da articulação. Se você identificar fraqueza, compare o tamanho do músculo com o seu correspondente oposto medindo a circunferência do corpo do músculo com uma fita métrica. O músculo **atrofiado** (de tamanho reduzido) parece mole e esponjoso quando palpado.

Sistema neurológico

O sistema neurológico é responsável por muitas funções, entre as quais a iniciação e coordenação do movimento, a recepção e a percepção dos estímulos sensoriais, a organização dos processos de pensamento, o controle da fala e o armazenamento da memória. Existe uma íntima integração entre o sistema neurológico e todos os outros sistemas do corpo. Por exemplo, a produção de urina depende, em parte, da adequação do fluxo sanguíneo para os rins e do controle neural, que afeta o tamanho das arteríolas que alimentam os rins.

Uma avaliação completa da função neurológica requer muito tempo e atenção aos detalhes. Por uma questão de eficiência, integre as mensurações neurológicas a outras partes do exame físico. Por exemplo, teste a função dos nervos cranianos enquanto estiver avaliando a cabeça e o pescoço. Observe o estado mental e emocional durante a entrevista inicial.

Você deve considerar muitas variáveis ao definir a extensão do exame neurológico. O nível de consciência do paciente influencia a sua capacidade de seguir instruções. O estado físico geral influencia o nível de tolerância à avaliação. A principal queixa do paciente também ajuda a determinar a necessidade de uma avaliação neurológica completa. Se o paciente se queixar de dor de cabeça ou de uma perda recente da função de um membro, ele necessita de uma avaliação neurológica completa. A Tabela 31-35 relaciona os dados coletados a partir do histórico de enfermagem. Você precisará dos seguintes itens para um exame completo:

- Material de leitura
- Frascos contendo substâncias aromáticas (p. ex., extrato de baunilha e café)
- Ponta oposta de haste flexível ou abaixador de língua quebrado ao meio
- Optótico ou Tabela de Snellen
- Lanterna de bolso
- Frascos contendo açúcar, sal, limão com aplicadores

- Abaixador de língua
- Dois tubos de ensaio, um com água quente e o outro com água fria
- Bolas de algodão ou aplicadores com a ponta de algodão
- Diapasão
- Martelo de reflexo

Tabela 31-35

Histórico de Enfermagem para Avaliação Neurológica

Avaliação	Justificativa
Verifique se o paciente usa analgésicos, álcool, sedativos, hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos, estimulantes do sistema nervoso ou drogas recreativas.	Esses medicamentos alteram o nível de consciência ou causam mudanças de comportamento. O abuso, às vezes, causa tremores, ataxia e alterações na função dos nervos periféricos.
Verifique se o paciente tem histórico recente de convulsões: esclareça a sequência dos eventos (aura, queda no chão, atividade motora, perda de consciência); as características de quaisquer sintomas; e a relação da convulsão com a hora do dia, fadiga ou estresse emocional.	A atividade convulsiva geralmente origina-se de alteração do sistema nervoso central. As características da convulsão ajudam a determinar a sua origem.
Rastreie o paciente para verificar a presença de sintomas de dor de cabeça, tremores, tontura, vertigem, amortecimento ou formigamento de partes do corpo, alterações visuais, fraqueza, dor ou alterações na fala. A presença de qualquer sintoma requer uma revisão mais detalhada (início, severidade, fatores precipitantes ou sequência de eventos).	Esses sintomas geralmente são decorrentes de alterações da função do sistema nervoso central ou periférico. A identificação de padrões específicos auxilia no diagnóstico da condição patológica.
Converse com a família do paciente sobre quaisquer alterações recentes no comportamento do paciente (p. ex., maior irritabilidade, variações de humor, perda de memória, alteração no nível de energia).	As mudanças de comportamento, às vezes, resultam de estados patológicos intracranianos.
Avalie o histórico de alteração de visão, audição, olfato, paladar ou tato do paciente.	Os principais nervos sensoriais têm origem no tronco encefálico. Esses sintomas ajudam a localizar a natureza do problema.
Se um paciente idoso demonstrar repentina confusão aguda (delírio), reveja o histórico de toxicidade medicamentosa (anticolinérgicos, diuréticos, digoxina, cimetidina, sedativos, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, infecções graves, distúrbios metabólicos, insuficiência cardíaca e anemia severa.	O delírio é um dos distúrbios mentais mais comuns em pessoas idosas. A condição é sempre possivelmente reversível (Quadro 31-31).
Reveja história passada de lesão na cabeça ou na medula espinal, meningite, anomalias congênitas, doença neurológica ou aconselhamento psiquiátrico.	Esses fatores levam ao desenvolvimento de sintomas neurológicos ou mudanças de comportamento, direcionando a avaliação para a possível causa.

Estado Mental e Emocional

Você aprende muito sobre capacidades mentais e estado emocional simplesmente interagindo com um paciente. Faça perguntas durante o exame para colher dados e observar a pertinência das emoções e pensamentos. Ferramentas de avaliação especiais são criadas para avaliar o estado mental do paciente. O Miniexame do Estado Mental (MEEM), o nome da versão brasileira do Mini-Mental State Examination (MMSE), é um instrumento desenvolvido por Folstein et al. (1975)[1] que mede a orientação e a função cognitiva. As perguntas do Quadro 31-30 apresenta exemplos de perguntas encontradas no MEEM. A pontuação máxima no MEEM é 31. Pacientes com 21 pontos ou menos geralmente revelam comprometimento cognitivo que exige melhor avaliação.

Quadro 31-30 Amostra de Perguntas do Miniexame do Estado Mental

- Orientação em relação ao tempo

  "Que data é hoje?"
- Registro

  "Ouça atentamente. Eu vou dizer três palavras. Repita-as quando eu parar.

  Pronto? Aqui vão elas…

  CASA (pausa), CARRO (pausa), LAGO (pausa). Agora repita essas palavras para mim."

  (Repita até 5 vezes, mas pontue somente a primeira tentativa.)
- Termos designativos

  "O que é isto?" (Aponte para um lápis ou uma caneta.)
- Leitura

  "Por favor, leia isto e faça o que diz para ser feito." (Mostre ao examinado as palavras no formulário de estímulo.)

  FECHE OS OLHOS

Reproduzido com permissão especial da Editora, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, FL 33549, extraído de *Mini-Mental State Examination*, by Marshal Folstein and Susan Folstein, Copyright 1975, 1998, 2001, by Mini Mental, LLC, Inc.
Publicado em 2001 por Psychological Assessment Resources, Inc.
Reprodução proibida sem permissão de PAR, Inc.

O MMSE pode ser adquirido junto à PAR, Inc, através do telefone (800) 331-8378 ou (813) 968-3103.

Para garantir uma avaliação objetiva, considere o perfil cultural e educacional, os valores, as crenças e as experiências anteriores do paciente. Esses fatores influenciam as respostas às perguntas. Um alteração no estado mental ou emocional reflete um distúrbio do funcionamento cerebral. O córtex cerebral controla e integra funcionamento intelectual e funcionamento emocional. Os distúrbios cerebrais primários, a medicação e as alterações metabólicas são exemplos de fatores que alteram a função cerebral.

O delírio é um distúrbio mental agudo que ocorre entre pacientes hospitalizados. Antes que o delírio se desenvolva, obtenha a história completa do comportamento do paciente para então reconhecer a sua condição prévia. Os familiares normalmente são uma boa fonte. Entre os idosos, o delírio geralmente se manifesta nas primeiras 48 a 72 horas de internação (Rigney, 2010). Trata-se de um distúrbio mental agudo caracterizado por condições como confusão, desorientação e inquietação; em geral, é um sinal de patologia física iminente ou subjacente em idosos. As condições agudas diferem da demência, um distúrbio mental orgânico mais progressivo, como o mal de Alzheimer. Você precisa reconhecer a diferença para que possa tentar conhecer a causa subjacente do delírio. Felizmente, a condição quase sempre se reverte quando é avaliada corretamente e a causa subjacente é tratada (p. ex., distúrbios do sistema nervoso central [SNC], metabólicos e cardiopulmonares; doenças sistêmicas; e privação ou sobrecarga sensorial). Para evitar erros de diagnóstico, você precisa avaliar adequadamente o estado mental do paciente. Em geral, pacientes que desenvolvem delírio são rotulados com

"síndrome do pôr do sol", uma vez que o delírio geralmente piora à noite. Muitos médicos confundem essa condição tomando-a como algo comum à idade avançada. Fique atento, porque as crianças são vulneráveis ao delírio em decorrência de causas como infecção, medicamentos, traumatismo grave, distúrbios autoimunes, anestesia geral e após um transplante (Hatherill e Fisher, 2010). O Quadro 31-31 contém um resumo dos critérios clínicos para o delírio.

Quadro 31-31 Critérios Clínicos para Avaliação de Delírio

Definição: Distúrbio agudo de consciência acompanhado por uma alteração cognitiva. Não é causado por demência preexistente ou em desenvolvimento. O delírio se desenvolve durante pouco tempo, quase sempre por algumas horas ou dias, e tende a oscilar no decorrer do dia. Via de regra, uma consequência direta do quadro clínico geral, é mais comum em pacientes idosos, podendo ocasionalmente ocorrer em pacientes mais jovens.

- Clareza de consciência reduzida em relação ao ambiente.
- Comprometimento da capacidade de concentração, sustentação e alternância de atenção (as perguntas precisam ser repetidas).
- Estímulos irrelevantes distraem facilmente a pessoa.
- Ocorre acompanhado de uma alteração cognitiva (comprometimento da memória, desorientação ou distúrbio de linguagem).
- A memória recente geralmente é afetada.
- Em geral, o paciente demonstra desorientação em relação ao tempo, o lugar ou a pessoa.
- O distúrbio de linguagem envolve o comprometimento da capacidade de designar os objetos ou da capacidade de escrever; às vezes, a fala é desconexa.
- Os distúrbios de percepção incluem erros de interpretação, delusões ou alucinações visuais e auditivas. Os sinais neurológicos incluem tremor, marcha instável, asteríxis e mioclonos.

Reproduzido com permissão de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* Fourth Edition, Text Revision, Copyright © 2000, American Psychiatric Association.

Nível de Consciência

O nível de consciência de uma pessoa existe ao longo de um *continuum* que vai desde o pleno despertar, o estado de alerta e a cooperação até a falta de resposta a qualquer forma de estímulo externo. Converse com o paciente, indagando sobre eventos relacionados com a preocupação dele com quaisquer problemas de saúde. O paciente plenamente consciente responde rapidamente às perguntas e expressa ideias de forma lógica. Com uma redução do nível de consciência do paciente, use a Escala de Glasgow (Glasgow Coma Scale – GCS) para uma medição objetiva do nível de consciência em uma escala numérica (Tabela 31-36). O paciente precisa estar o mais alerta possível antes do exame. Tenha cuidado ao utilizar a escala se o paciente apresentar perdas sensoriais (p. ex., visão ou audição). A GCS permite a avaliação do estado neurológico do paciente ao longo do tempo.

Tabela 31-36

Escala de Glasgow (Glasgow Coma Scale)

(A pontuação total é a soma dos pontos das três categorias.)		
Ação	**Resposta**	**Pontuação**
Olhos abertos	Espontânea	4
	À fala	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Melhor resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inadequadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor resposta motora	Obediência aos comandos	6
	Dor localizada	5

	Reflexo de flexão nociceptivo	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Ineficaz	1
	PONTUAÇÃO TOTAL	**3 a 15**

Quanto mais alta a pontuação, melhor a função neurológica do paciente. Faça perguntas curtas e simples, como "Qual o seu nome?", "Onde você está?" e "Que dia é hoje?" Peça também ao paciente que siga comandos simples, como "Mexa os dedos dos pés".

Se o paciente não estiver suficientemente consciente para seguir os comandos, tente provocar a resposta da dor. Com o polegar, pressione firmemente a raiz da unha do paciente. A resposta normal aos estímulos dolorosos é o reflexo de esquiva da parte do corpo em relação ao estímulo. Um paciente com sério comprometimento neurológico exibe uma postura anormal em resposta à dor. Uma resposta ineficaz indica a ausência de tônus muscular nos membros e lesão severa ao tecido cerebral.

Comportamento e Aparência

O comportamento, o estado de humor, a higiene, o cuidado com a aparência e a opção de traje revelam informações pertinentes sobre o estado mental. Esteja atento aos maneirismos e ações do paciente durante toda a avaliação física. Observe os comportamentos verbais e não verbais. O paciente responde adequadamente às instruções? O humor dele varia sem nenhuma causa aparente? Ele demonstra preocupação com a aparência? O cabelo do paciente está limpo e arrumado, e as unhas, aparadas e limpas? O paciente deve comportar-se de maneira a expressar preocupação ou interesse no exame. Ele mantém o contato visual com você e expressa sentimentos adequados que correspondam à situação. Normalmente, o paciente demonstra algum grau de higiene pessoal.

A escolha e o caimento da roupa refletem o perfil socioeconômico ou o gosto pessoal, não deficiência de autoconceito ou de autocuidado. Evite fazer julgamentos e concentre a avaliação na adequabilidade das roupas ao clima. Às vezes, os idosos negligenciam

a própria aparência por falta de energia, problemas financeiros ou visão reduzida.

Linguagem

A função cerebral normal permite que uma pessoa compreenda palavras faladas ou escritas e se expresse através de palavras escritas ou gestos. Avalie a inflexão da voz, o tom e a maneira de falar. Em geral, a voz do paciente apresenta inflexões, é clara e forte, e aumenta de volume adequadamente. A fala é fluente. Quando a comunicação for claramente ineficaz (p. ex., omissão ou adição de letras e palavras, uso incorreto das palavras ou hesitações), avalie a presença de **afasia**. Uma lesão no córtex cerebral resulta em afasia.

Os dois tipos de afasia são sensorial (ou receptiva) e motora (ou expressiva). Na afasia receptiva, a pessoa não consegue compreender a linguagem escrita ou verbal; na afasia expressiva, ela compreende as duas, mas não consegue escrever ou falar adequadamente quando tenta se comunicar. Às vezes, o paciente sofre de uma combinação de afasia receptiva e expressiva. Avalie a capacidade de linguagem quando estiver claro que o paciente está se comunicando de forma ineficaz. Eis algumas técnicas simples de avaliação:

- Aponte para um objeto familiar e peça ao paciente que diga o nome do mesmo.
- Peça ao paciente que responda a comandos verbais e escritos simples, como “Levante-se” ou “Sente-se”.
- Peça ao paciente que leia frases simples em voz alta.

Em geral, o paciente diz o nome correto dos objetos, ele segue os comandos e lê corretamente as frases.

Função Intelectual

A função intelectual inclui a memória (recente, imediata e passada), o conhecimento, o pensamento abstrato, a associação e o julgamento. Para testar cada aspecto da função, é necessária uma técnica específica. Entretanto, como o perfil cultural e educacional influencia a capacidade de responder às perguntas do teste, não faça perguntas

relacionadas com conceitos ou ideias com as quais o paciente não esteja familiarizado.

Memória

Avalie as memórias imediata, recente e remota. Os pacientes demonstram a memória imediata repetindo uma série de números (p. ex., 7, 4, 1) na ordem em que eles são apresentados ou na ordem inversa. Os pacientes geralmente se recordam de uma série de cinco a oito dígitos na ordem normal e de quatro a seis dígitos na ordem inversa.

Primeiramente, peça para testar a memória do paciente. Em seguida, diga o nome de três objetos distintos de maneira clara e pausada. Depois de citar os três objetos, peça ao paciente que repita cada um. Prossiga até que ele consiga. Mais adiante, durante a avaliação, peça ao paciente que repita as três palavras novamente. Ele possivelmente será capaz de identificá-las. Outro teste da memória recente consiste em pedir ao paciente que recorde eventos ocorridos no mesmo dia (p. ex., qual foi o cardápio do café da manhã). Confirme as informações com um familiar.

Para avaliar a memória passada, peça ao paciente que recorde o nome de solteira de sua mãe, de um aniversário ou de uma data especial da história. É melhor fazer perguntas abertas, em vez de perguntas simples do tipo "sim" ou "não". O paciente quase sempre tem memória imediata dessas informações. Com idosos, não interprete a perda de audição como confusão. As boas técnicas de comunicação são essenciais durante todo o exame para que o paciente compreenda claramente todas as instruções e testes.

Conhecimento

Avalie o conhecimento perguntando até que ponto o paciente sabe de sua doença e da razão para buscar assistência médica. Uma avaliação de conhecimento permite que você determine a capacidade de aprendizagem e compreensão do paciente. Se houver oportunidade de ensinar, teste o estado mental do paciente solicitando *feedback* durante

uma visita de acompanhamento.

Pensamento Abstrato

Interpretar ideias ou conceitos abstratos reflete a capacidade de pensamento abstrato. Para uma pessoa explicar frases comuns, como "Melhor evitar que remediar" ou "Não cante vitória antes do tempo", é necessário um nível mais elevado de função intelectual. Observe se as explicações do paciente são pertinentes e concretas. O paciente com estado mental alterado provavelmente interpreta a frase literalmente ou simplesmente reformula as palavras.

Associação

Outro nível mais elevado de função intelectual consiste em procurar similaridades ou associações entre os conceitos: um cachorro está para um "vira-lata" assim como um gato está para um siamês. Mencione conceitos correlatos e peça ao paciente que identifique as respectivas associações. Utilizando conceitos simples, faça perguntas adequadas ao nível de inteligência do paciente.

Julgamento

O julgamento requer a comparação e avaliação de fatos e ideias para que se possa compreender a relação entre eles e tirar conclusões adequadas. Procure medir a capacidade do paciente de decisões lógicas com perguntas como "Por que você procurou cuidados de saúde?" ou "O que você faria se ficasse doente em casa?". Via de regra, o paciente toma decisões lógicas.

Função dos Nervos Cranianos

Para avaliar a função dos nervos cranianos, você pode testar todos os nervos cranianos, um nervo isolado ou um grupo de nervos relacionados. Uma disfunção em um nervo reflete uma alteração em algum ponto da distribuição do nervo craniano. As medidas utilizadas para avaliar a integridade dos órgãos da cabeça e do

pescoço avaliam também a função dos nervos cranianos. Uma avaliação completa envolve o teste dos 12 nervos cranianos em sua ordem numérica. Para se lembrar da ordem dos nervos, utilize esta frase simples: *"O Ouro Olímpico Trouxe Tanta Alegria, em 2016, Fez Algo Grandioso na Vida dEstes Homens"*. A primeira letra de cada palavra da frase é a mesma primeira letra dos nomes dos nervos cranianos em ordem, relacionados na Tabela 31-37.

Tabela 31-37

Função e Avaliação dos Nervos Cranianos

Número	Nome	Tipo	Função	Método
I	Olfatório	Sensorial	Olfato	Peça ao paciente que identifique aromas não irritantes, como café e baunilha.
II	Óptico	Sensorial	Acuidade visual	Utilize um optótico de Snellen ou peça ao paciente que leia material impresso de óculos.
III	Oculomotor	Motor	Movimentos extraoculares: para dentro, para cima e para dentro, para cima e para fora, para baixo e para fora	Avalie as seis direções do olhar.
			Constrição e dilatação das pupilas Abertura dos olhos	Meça a reação pupilar ao reflexo a luz e acomodação.
IV	Troclear	Motor	Movimento dos olhos para baixo e para dentro	Avalie as seis direções do olhar.
V	Trigêmeo	Sensorial e motor	Nervo sensorial da pele da face	Toque levemente a córnea com um chumaço de algodão. Avalie o reflexo corneal. Mensure a sensação de dor leve e toque sobre a pele da face.
			Nervo motor dos músculos da mandíbula	Palpe as têmporas enquanto o paciente cerra os dentes.
VI	Abducente	Motor	Movimento lateral do globo ocular	Avalie as seis direções do olhar.
VII	Facial	Sensorial e motor	Expressão facial	À medida que o paciente sorri, faz carrancas, infla as bochechas e

				eleva e abaixa as sobrancelhas, verifique a assimetria.
			Paladar	Peça ao paciente que identifique o gosto salgado ou doce na parte da frente da língua.
VIII	Auditivo	Sensorial	Audição	Avalie a capacidade de ouvir a palavra falada.
IX	Glossofaríngeo	Sensorial e motor	Paladar	Peça ao paciente que identifique o gosto azedo ou doce com a parte de trás da língua
			Capacidade de engolir	Use o abaixador de língua para provocar o reflexo faríngeo.
X	Vago	Sensorial e motor	Sensibilidade da faringe	Peça ao paciente que diga "ah". Observe o movimento do palato e a faringe.
			Movimento das cordas vocais	Avalie a fala quanto à presença de rouquidão.
			Inervação parassimpática das glândulas da membrana mucosa da faringe, da laringe, dos órgãos do pescoço, do tórax (coração e pulmões) e do abdome	Avalie a frequência cardíaca e a presença de peristaltismo.
XI	Espinal acessório	Motor	Movimento da cabeça e dos ombros	Peça ao paciente que encolha os ombros e vire a cabeça contra uma resistência passiva.
XII	Hipoglosso	Motor	Posição da língua	Peça ao paciente que estique a língua para fora até o meio e movimente-a de um lado para o outro.

Função Sensorial

As vias sensoriais do SNC conduzem sensações de dor, temperatura, posição, vibração, toque não refinado e tato fino discriminativo. As diferentes vias nervosas transmitem as sensações. A maioria dos pacientes requer apenas um rápido rastreamento da função sensorial, exceto na presença de sintomas de sensação reduzida, comprometimento motor ou paralisia. O risco de lesões de pele é

maior no paciente com a sensação prejudicada. Ao avaliar a sensação reduzida, conduza uma avaliação da pele da região afetada pela perda sensorial. Além disso, oriente o paciente a evitar traumatismo por pressão, térmico e/ou químico a essa região.

Em geral, o paciente tem respostas sensoriais para todos os estímulos testados. Ele sente as sensações do mesmo modo em ambos os lados do corpo e em todas as áreas. Avalie os principais nervos sensoriais conhecendo as zonas de dermátomos sensoriais (Fig. 31-68, *A* e *B*). Algumas áreas da pele são inervadas por nervos cutâneos específicos de raiz dorsal. Por exemplo, se a avaliação revelar sensação reduzida durante a verificação do toque leve em uma área da pele (p. ex., a parte inferior do pescoço), essa condição determina de um modo geral onde existe lesão neurológica (p. ex., quarto segmento cervical da medula espinal).

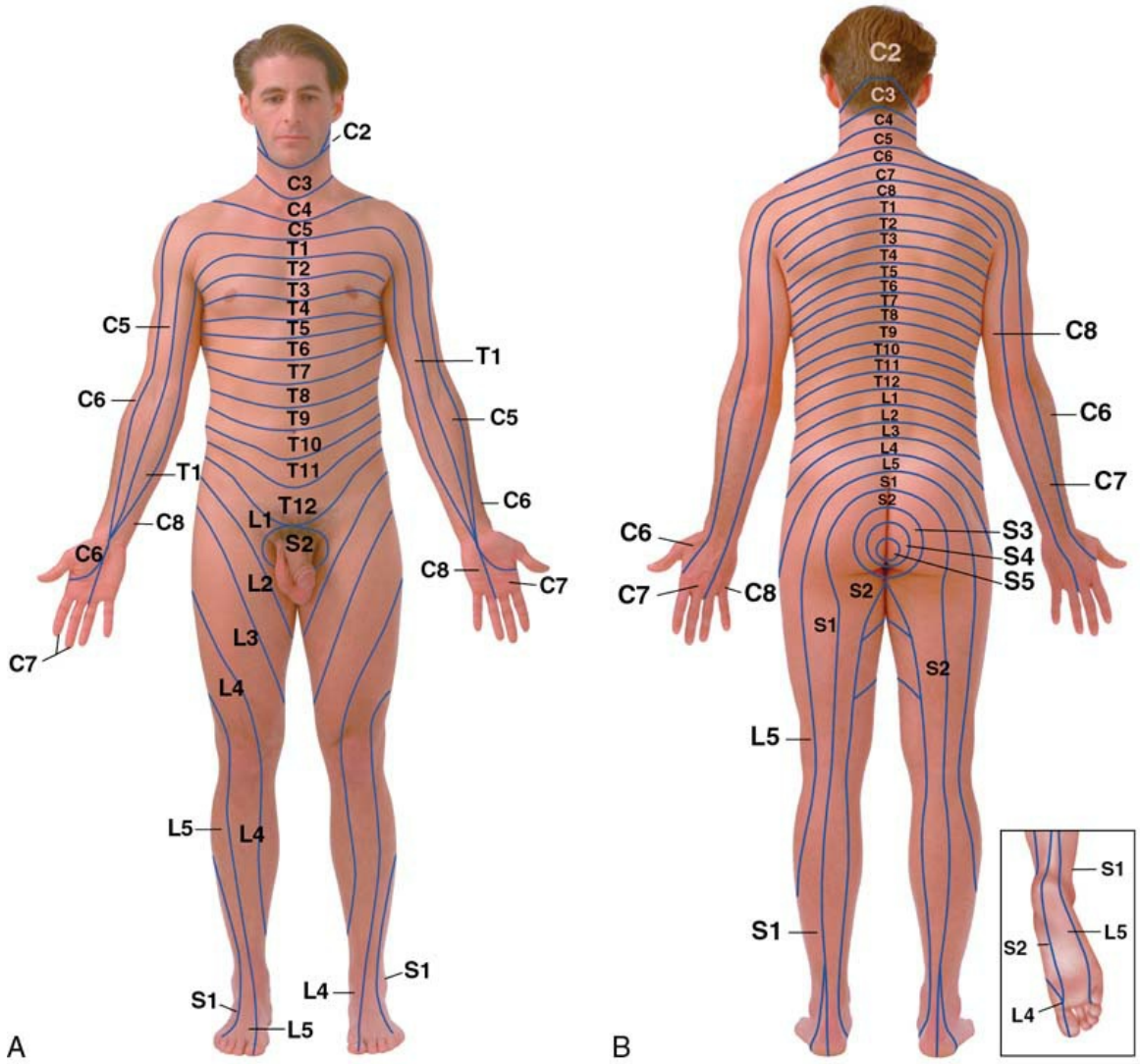


FIGURA 31-68 Dermátomos do corpo (áreas da superfície do corpo inervadas por determinados nervos espinais); C1 normalmente não tem distribuição cutânea. **A,** Vista anterior. **B,** Vista posterior. Parece haver uma nítida separação da área controlada por cada dermátomo, mas existe sempre uma sobreposição entre os nervos espinais. (Extraído de Ball JW et al: *Seidel's guide to physical examination,* ed 8, St Louis, 2015, Mosby.)

Realize todos os testes sensoriais com o paciente de olhos fechados para que ele não consiga ver quando e onde o estímulo toca a pele (Tabela 31-38). Em seguida, toque a pele do paciente de forma aleatória e imprevisível para prender a sua atenção e evitar a detecção de um padrão previsível. Peça que o paciente descreva quando, o que e onde ele sente cada estímulo. Compare as áreas simétricas do corpo

enquanto aplica os estímulos aos braços, ao tronco e às pernas do paciente.

Tabela 31-38

Avaliação da Função dos Nervos Sensoriais

Função	Material	Método	Precauções
Dor	A ponta de um clipe ou a ponta de madeira de um aplicador de algodão	Peça aos pacientes que avisem quando sentirem a sensação de uma espetada ou de uma cutucada. Aplique alternadamente à superfície da pele as pontas afiada e romba do clipe ou da haste de algodão quebrada. Observe as áreas de entorpecimento ou de maior sensibilidade.	Lembre-se de que as áreas em que a pele é mais espessa, como o calcanhar ou a sola do pé, são menos sensíveis à dor.
Temperatura	Dois tubos de ensaio, um com água quente e o outro com água fria	Toque a pele com o tubo. Peça que o paciente identifique a sensação quente ou fria.	Omita o teste se a sensação for normal.
Toque leve	Bola de algodão ou aplicador com ponta de algodão	Aplique um leve chumaço de algodão a diferentes pontos da superfície da pele. Peça que o paciente avise quando sentir sensibilidade.	Aplique nas áreas em que a pele está fina ou mais sensível (p. ex., face, pescoço, face interna dos braços, parte superior do pés e das mãos).
Vibração	Diapasão	Aplique a ponta do garfo em vibração à articulação interfalangeana distal dos dedos e à articulação interfalangeana do hálux, do cotovelo e do pulso. Peça a ele que avise onde e quando sentir a vibração.	O paciente deve sentir vibração, e não apenas pressão.
Posição		Com o polegar e o dedo indicador, segure o dedo da mão ou do pé pelas laterais. Movimente alternadamente o dedo da mão ou do pé para cima e para baixo. Peça que o paciente diga quando o dedo estiver para cima ou para baixo. Repita com os dedos dos pés.	Evite roçar nos apêndices adjacentes enquanto movimenta o dedo da mão ou do pé. Não movimente a articulação lateralmente; retorne à posição neutra antes de executar o movimento novamente.
Discriminação de	Duas pontas	Aplique de leve uma ou ambas as	Aplique as pontas ao mesmo

dois pontos	dos clipes	pontas dos clipes simultaneamente à superfície da pele. Pergunte ao paciente se ele sente uma ou duas espetadas. Procure a distância em que o paciente não consegue mais distinguir os dois pontos.	ponto anatômico (p. ex., pontas dos dedos, palma da mão ou braços). A distância mínima em que o paciente consegue discriminar dois pontos varia (2 a 8 mm nas pontas dos dedos).

Função Motora

Um exame da função motora inclui avaliações feitas durante o exame musculoesquelético. Além disso, você avalia a função cerebelar do paciente. O cerebelo coordena a atividade muscular, mantém o balanço e o equilíbrio e controla a postura.

Coordenação

Para evitar confusão, demonstre cada manobra e peça ao paciente que a repita, observando a uniformidade e o equilíbrio dos movimentos (Quadro 31-32). Em pacientes idosos, o tempo de reação normalmente lento torna os movimentos menos rítmicos.

Quadro 31-32

Educação em saúde do paciente

Avaliação Neurológica

Objetivo

- O paciente e a família ou outras pessoas próximas entenderão a relação entre alterações mentais e comportamentais do paciente e sua condição física.

Estratégias de Ensino

- Explique ao cuidador familiar quais são as implicações de qualquer comprometimento mental ou comportamental demonstrado pelo paciente.

- Caso o paciente apresente incapacidades sensoriais ou motoras, explique as medidas destinadas a garantir a segurança (p. ex., uso de óculos ou aparelhos auditivos, uso de dispositivos de auxílio à deambulação ou barras de segurança nos banheiros ou escadas) (Cap. 49).
- Oriente o paciente idoso a reservar tempo suficiente para a execução de tarefas, uma vez que o tempo de reação é lento.
- Oriente o paciente idoso para que ele observe as superfícies da pele e verifique se há presença de áreas de traumatismo, uma vez que a percepção da dor é reduzida.

Avaliação de Enfermagem

- Peça a um membro da família que converse sobre os comportamentos do paciente que resultam de comprometimentos neurológicos.
- Peça ao paciente que explique as medidas de segurança usadas para evitar lesão decorrente das limitações sensório-motoras.
- Peça ao paciente idoso que explique a razão para a inspeção de rotina da superfície da pele.

Para avaliar a função motora fina, peça ao paciente que estenda os braços para os lados e toque o nariz alternadamente com cada dedo indicador (primeiro com olhos abertos e depois com olhos fechados). Em geral, o paciente toca o nariz suavemente de forma alternada. A execução de movimentos rápidos e rítmicos alternados demonstra coordenação nos membros superiores. Sentado, o paciente começa batendo de leve nos joelhos com ambas as mãos. Em seguida, ele passa a alternar o movimento, executando continuamente as pancadinhas ora com a palma ora com o dorso das mãos. Geralmente, os pacientes executam a manobra de forma suave e regular com uma velocidade cada vez maior.

Outra manobra para a coordenação dos membros superiores consiste em tocar cada dedo das mãos com o polegar da mesma mão em uma rápida sequência. O paciente começa do dedo indicador para

o dedo mínimo e volta, testando uma das mãos de cada vez. A mão dominante é ligeiramente mais hábil na execução desse movimento. O movimento é suave e sequencial.

Teste a coordenação dos membros inferiores com o paciente deitado em decúbito dorsal com as pernas estendidas. Coloque a mão na planta do pé do paciente. O paciente tamborila a mão com o pé em uma sucessão de movimentos cada vez mais rápidos. Teste cada pé visando a alcançar cada vez mais velocidade e suavidade. Os pés não se movimentam com a mesma rapidez e regularidade que as mãos.

Equilíbrio

Use um ou dois dos seguintes testes para avaliar o equilíbrio e a função motora grossa. Ao examinar o idoso para verificação do balanço e equilíbrio, cuidado com o risco de quedas. Alguns idosos necessitam de ajuda nessa parte do exame.

Realize um teste de Romberg pedindo que o paciente fique de pé com os pés unidos, os braços estendidos nas laterais do corpo, tanto com olhos abertos quanto fechados. Por medida de segurança, permaneça ao lado do paciente e observe se ele cambaleia. É de se esperar algum cambaleio do corpo no teste de Romberg. A perda de equilíbrio (Romberg positivo) faz com que o paciente caia para o lado. Normalmente, ele não altera a postura.

Peça ao paciente que feche os olhos com os braços estendidos para os lados e fique em pé apoiado em um só pé e depois no outro. Normalmente, os pacientes conseguem manter o equilíbrio por 5 segundos com um leve cambaleio. Outro teste consiste em pedir que o paciente caminhe em linha reta colocando o calcanhar de um pé diretamente à frente dos dedos do outro pé.

Reflexos

As reações reflexas produzem dados sobre a integridade das vias sensoriais e motoras do arco reflexo e de segmentos específicos da medula espinal. A avaliação dos reflexos não determina o funcionamento mais elevado do centro neural, mas ajuda a avaliar a

função dos nervos espinais e periféricos. A Figura 31-69 traça a via do arco reflexo. Cada músculo contém uma pequena unidade sensorial chamada *fuso muscular*, que controla o tônus muscular e detecta alterações no comprimento das fibras musculares. Uma pancadinha com um martelo de avaliação de reflexo em um tendão estira o músculo e o tendão, alongando o fuso. O fuso envia impulsos nervosos pelas vias do nervo aferente para o corno dorsal do segmento da medula espinal. Em um espaço de milissegundos, os impulsos alcançam a medula espinal e formam sinapses para chegar ao neurônio motor (eferente) na medula espinal. Um nervo motor, então, transmite os impulsos de volta ao músculo, provocando a resposta reflexa.

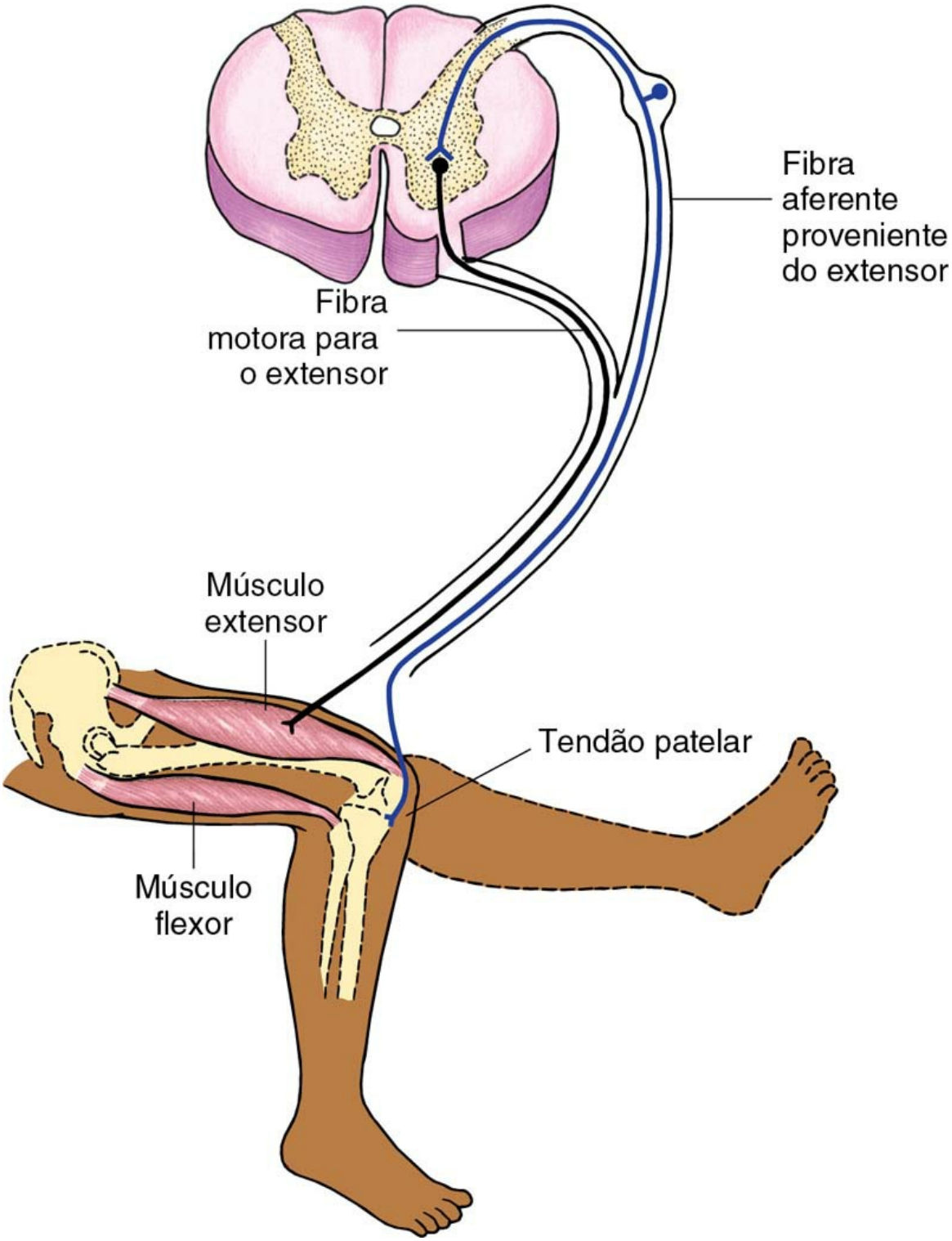


FIGURA 31-69 Via do arco reflexo.

As duas categorias de reflexos normais são os reflexos profundos dos tendões, provocados pelo leve estiramento de um músculo e uma

pancadinha em um tendão, e os reflexos cutâneos, produzidos pela estimulação superficial da pele. Os reflexos são graduados da seguinte maneira (Ball et al., 2015):

0: Ausência de resposta
1+: Lenta ou reduzida
2+: Resposta ativa ou esperada
3+: Mais rápida que o esperado; ligeiramente hiperativa
4+: Rápida e hiperativa com clono intermitente ou transitório

Ao avaliar os reflexos, peça ao paciente que relaxe o máximo possível para evitar movimentos voluntários ou a tensão dos músculos. Posicione os membros de modo a permitir o leve estiramento do músculo que está sendo testado. Segure o martelo entre o polegar e os demais dedos sem apertar, de modo que ele possa balançar livremente e tocar o tendão com rápidas pancadinhas (Fig. 31-70). Compare as respostas dos lados correspondentes. Normalmente, o idoso apresenta reflexos reduzidos. Os reflexos são hiperativos em pacientes com intoxicação por álcool, cocaína ou opioides. A Tabela 31-39 resume os reflexos tendinosos profundos e cutâneos comuns.

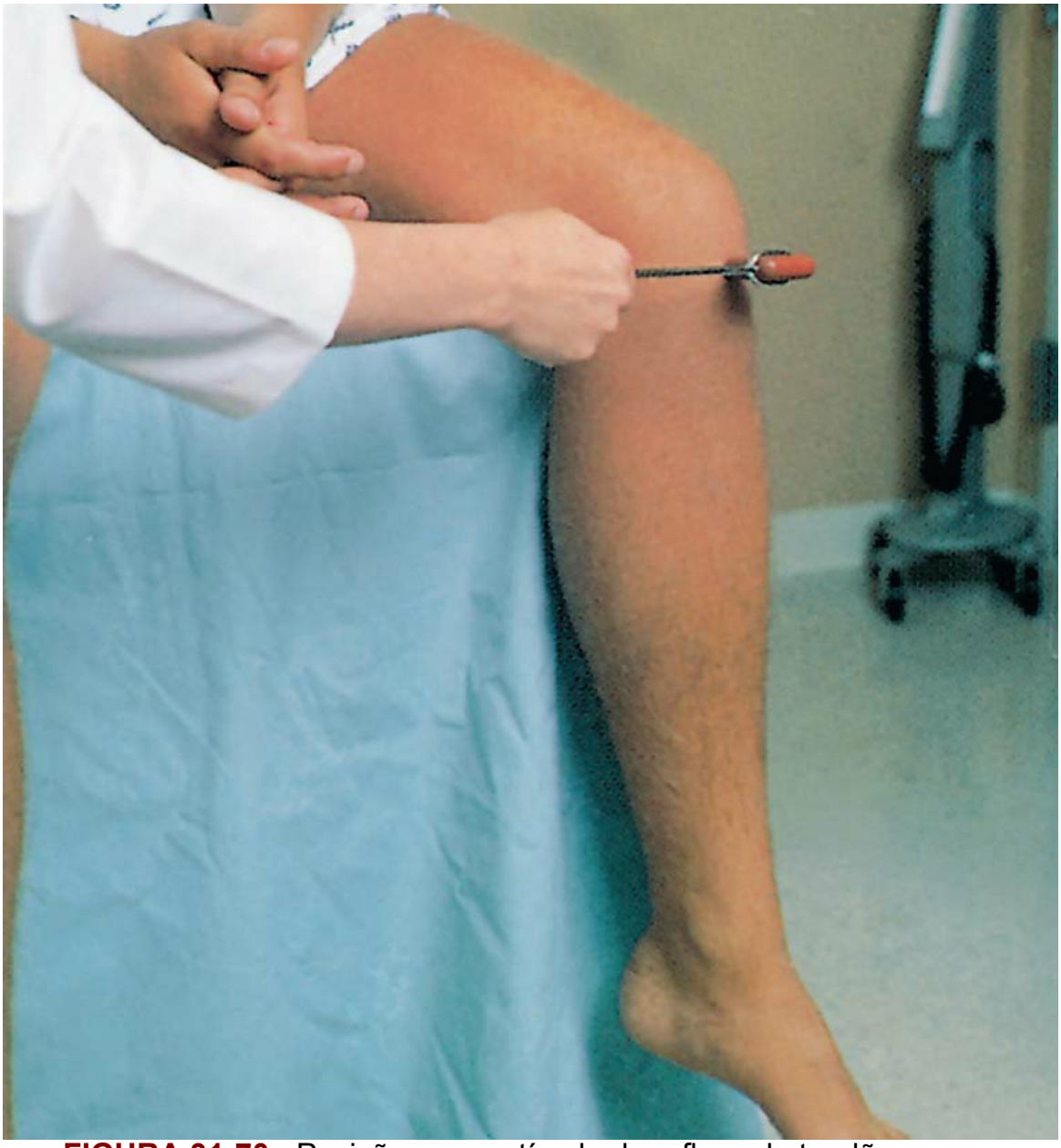


FIGURA 31-70 Posição para estímulo do reflexo do tendão patelar. A parte inferior da perna normalmente se estende.

Tabela 31-39
Avaliação de Reflexos Comuns

Tipo	Procedimento	Reflexo Normal
Reflexos Tendinosos Profundos		

Bíceps	Flexione o braço do paciente até 45 graus no cotovelo com as palmas das mãos voltadas para baixo. Coloque o seu polegar na fossa cubital localizada na base do tendão do bíceps e os dedos sobre o músculo bíceps.	Flexão do braço no cotovelo
Tríceps	Flexione o braço do paciente no cotovelo, segurando o braço sobre o tórax, ou segure a parte superior do braço horizontalmente e deixe a parte inferior solta. Bata no tendão do tríceps pouco acima do cotovelo.	Extensão no cotovelo
Patelar	Coloque o paciente sentado com as pernas pendendo livremente sobre a lateral da mesa ou da cadeira, ou deitado em decúbito dorsal com o joelho apoiado em uma posição flexionada a 90 graus. Dê uma rápida pancadinha no tendão patelar pouco abaixo da patela.	Extensão da parte inferior da perna
Calcâneo	Coloque o paciente na mesma posição que para o teste do reflexo patelar. Dorsiflexione ligeiramente o tornozelo do paciente segurando os dedos dos pés na palma da sua mão. Bata no tendão do calcâneo logo acima do calcanhar, no maléolo do tornozelo.	Flexão plantar do pé
Reflexos Cutâneos		
Plantar	Coloque o paciente deitado em decúbito dorsal com as pernas esticadas e os pés relaxados. Com o cabo do martelo de reflexo, bata na face lateral da sola do pé, do calcanhar para a planta do pé, cruzando a planta do pé em direção ao hálux.	Flexão plantar de todos os dedos do pé
Abdominal	Peça ao paciente que fique de pé ou deitado em decúbito dorsal. Com a base do aplicador de algodão, bata na pele abdominal sobre as bordas laterais do músculo reto do abdome em direção à linha mediana. Repita o teste em cada quadrante do abdome.	Contração do músculo reto do abdome com puxada do umbigo para o lado estimulado

Após o exame

Registre os achados da avaliação física durante ou após o exame. Existem formulários especiais, tanto em formato eletrônico quanto impresso, para o registro dos dados. Reveja todos os achados antes de ajudar o paciente a se vestir, caso seja necessário reverificar qualquer informação ou coletar dados adicionais. Integre os achados da avaliação física ao plano de cuidado.

Após concluir a avaliação, dê ao paciente tempo para se vestir. Às vezes, o paciente hospitalizado necessita de ajuda nos procedimentos de higiene pessoal e para retornar à cama. Quando o paciente estiver se sentindo confortável, convém compartilhar um resumo dos achados da avaliação. Caso os achados tenham revelado anomalias graves, como uma massa ou uma frequência cardíaca altamente irregular, consulte o médico do paciente antes de revelar quaisquer dados ao paciente. Os diagnósticos médicos definitivos de doenças são de responsabilidade do médico. Explique o tipo de anomalia encontrada e a necessidade de um exame adicional conduzido pelo médico.

Delegue a limpeza da área de exame à equipe de enfermagem de apoio, se necessário. Use o procedimento de controle de infecção para remover material ou instrumentos sujos com resíduos potencialmente infecciosos. Caso o exame tenha sido realizado no leito do paciente, recolha todos os itens sujos da mesinha de cabeceira e certifique-se de que a roupa de cama está limpa e seca. O paciente gosta de vestir um roupão, lavar o rosto e as mãos. Por fim, faça a higienização das mãos.

Registre a avaliação completa. Caso você tenha atrasado o lançamento de quaisquer itens no formulário de avaliação, registre-os nessa ocasião para evitar esquecer qualquer informação importante. Se os lançamentos foram feitos periodicamente durante o exame, reveja-os e verifique a precisão e o detalhamento das informações. Comunique os achados significativos ao devido médico e outras enfermeiras, verbalmente ou por escrito, no plano de cuidado do paciente.

Pontos-chave

- Os achados basais da avaliação refletem as capacidades funcionais do paciente e servem de base para fins de comparação com achados de avaliações subsequentes.
- A avaliação física de uma criança ou de um recém-nascido requer a aplicação dos princípios do crescimento e do desenvolvimento.
- Reconhecer que o processo normal de envelhecimento afeta os achados físicos coletados junto a um paciente idoso.
- Integrar as orientações do paciente no decorrer do exame a fim de ajudar os pacientes a aprender sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e habilidades para auxiliar com quaisquer problemas de saúde em questão.
- A inspeção requer uma abordagem criteriosa e sistemática que compare uma parte do corpo com a sua contraparte do lado oposto do corpo.
- Utilize a ausculta para avaliar as características dos sons produzidos em diversos órgãos do corpo.
- Realize um exame físico somente após a preparação adequada do ambiente e do material e depois de preparar o paciente física e psicologicamente.
- Durante o exame, mantenha o paciente aquecido, confortável e informado sobre cada etapa do processo.
- Um examinador competente é sistemático, ao mesmo tempo em que combina a avaliação de diferentes sistemas do corpo simultaneamente.
- As informações do histórico ajudam a fechar o foco nos sistemas do corpo provavelmente afetados.
- Ao avaliar um paciente gravemente enfermo, concentre-se primeiramente nos sistemas do corpo mais afetados.
- A criação de uma imagem mental dos órgãos internos em relação aos pontos de referência anatômicos externos aumenta a precisão da avaliação do tórax, do coração e do abdome.
- Ao avaliar os sons cardíacos, imagine os eventos que ocorrem

durante o ciclo cardíaco.

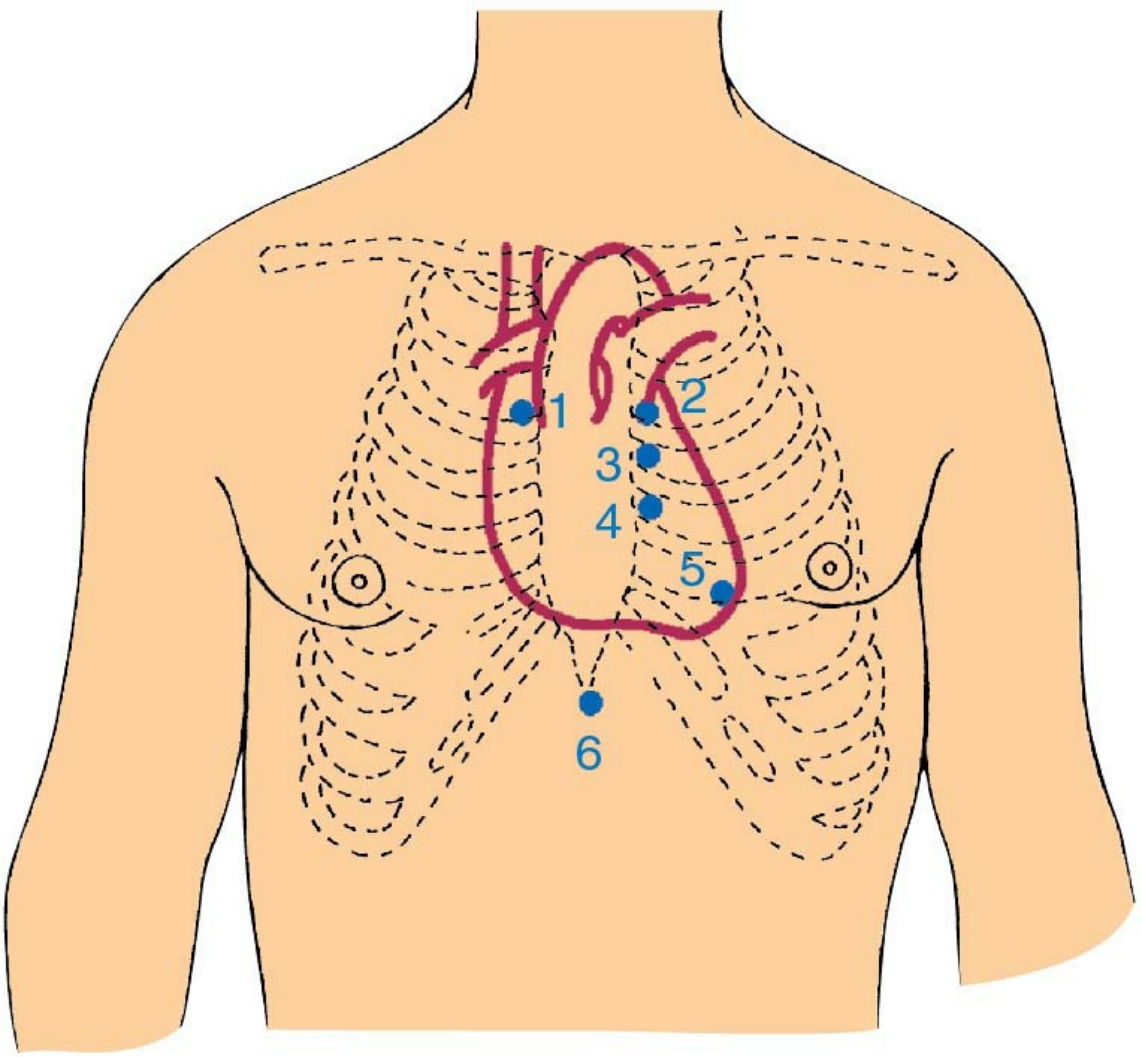
- Nunca palpe ambas as artérias carótidas simultaneamente.
- Ao examinar as mamas de uma mulher, explique as técnicas para o AEM.
- A ordem da avaliação abdominal é inspeção, auscultação, percussão (se for utilizada) e palpação.
- Durante a avaliação da genitália, explique a técnica para o autoexame genital.
- Conduza uma avaliação da função musculoesquelética enquanto observa o paciente deambular ou participar de outros movimentos ativos.
- Avalie o estado mental e emocional interagindo com o paciente durante o exame.
- Ao final do exame, cuide do conforto do paciente e depois registre um resumo detalhado dos achados da avaliação física.

Questões de revisão

Você está pronto para testar os seus conhecimentos de enfermagem?

1. A enfermeira se prepara para conduzir um exame geral em um paciente adulto. Que avaliação se faz primeiro no momento em que a enfermeira dá início ao relacionamento enfermeira–paciente?
    1. Aparência e comportamento
    2. Medição dos sinais vitais
    3. Observação de sistemas específicos do corpo
    4. Condução da história de saúde detalhada
2. A enfermeira está realizando uma avaliação abdominal em um paciente. Em que ordem ela realiza as etapas?
    1. Percussão
    2. Inspeção
    3. Ausculta

    4. Palpação
3. Enquanto ausculta os pulmões do paciente adulto, a enfermeira ouve sons gorgolejantes altos, durante a inspiração, que não desaparecem depois que o paciente tosse. Que achado a enfermeira deve documentar a partir da avaliação dos pulmões?
    1. Roncos
    2. Crepitações grosseiras ou estertores
    3. Chiado sibilante
    4. Atrito pleural
4. Durante a avaliação da pele, a enfermeira avalia uma lesão no braço do paciente. A lesão tem uma forma irregular, apresenta-se elevada com a presença de edema e tem cerca de 3 cm. Que tipo de lesão o paciente tem?
    1. Nódulo
    2. Mácula
    3. Pápula
    4. Pústula
5. Que número corresponde à área do tórax em que você deve auscultar a válvula tricúspide?
    1. 1
    2. 2
    3. 3
    4. 4
    5. 5
    6. 6



6. A enfermeira está avaliando uma paciente que retornou há 1 hora da sala de cirurgia após uma histerectomia abdominal. Que achado da avaliação exigiria acompanhamento imediato?
   1. Auscultação de uma frequência cardíaca apical de 76
   2. Ausência de sons intestinais na avaliação abdominal
   3. Frequência respiratória e 8 respirações/min
   4. Palpação dos pulsos pediais dorsais com força de +2
7. Que afirmação feita pelo paciente indica entendimento da orientação relacionada com a detecção precoce de câncer colorretal?
   1. “Farei a minha colonoscopia anualmente após os 60 anos.”
   2. “Farei uma colonoscopia por tomografia computadorizada

(TC) a cada 5 anos."

3. "Farei uma sigmoidoscopia flexível todo ano depois dos 55."
4. " Farei um exame de sangue oculto nas fezes anualmente depois dos 50."

8. A enfermeira está ensinando o paciente a prevenir doença cardíaca. Que informações ela deve fornecer? (Selecione todas as alternativas corretas.)
   1. Limitar a ingestão de colesterol a menos de 400 mg/dia
   2. Conversar com o seu médico sobre a hipótese de tomar uma baixa dosagem diária de aspirina.
   3. Desenvolver juntamente com o seu médico um programa de exercícios regulares.
   4. Limitar a ingestão diária de gorduras a menos de 25% a 35% do número total de calorias.
   5. Rever as estratégias de incentivo para o paciente abandonar o fumo.
9. Qual a melhor maneira de posicionar o paciente para palpar nódulos ou tumores durante um exame da mama direita?
   1. Decúbito dorsal com ambos os braços acima da cabeça com as palmas das mãos voltadas para cima
   2. Sentado com as mãos fechadas logo acima do umbigo
   3. Decúbito dorsal com o braço direito abduzido e a mão sob a cabeça e o pescoço
   4. Deitado para o lado direito com o braço direito aduzido na lateral do corpo
10. A enfermeira está avaliando os nervos cranianos. Estabeleça a correspondência do nervo craniano com a sua respectiva função.

Nervos Cranianos	**Função do Nervo Craniano**
1. XII Hipoglosso	a. Inervação motora dos músculos da mandíbula
2. V Trigêmeo	b. Movimento lateral do globo ocular
3. VI Aducente	c. Sensibilidade da faringe
4. IV Troclear	d. Movimentos dos olhos para baixo e para dentro
5. X Vago	e. Posição da língua

11. A enfermeira está ensinando o paciente a fazer o autoexame testicular. Que afirmação feita pelo paciente indica a necessidade de uma orientação mais detalhada?
    1. "Eu reconhecerei quaisquer caroços anormais, porque eles são muito dolorosos."
    2. "Vou começar a fazer o autoexame de testículo mensalmente depois dos 15 anos."
    3. "Farei o autoexame em frente ao espelho."
    4. "Eu devo rolar o testículo suavemente entre os dedos."
12. A enfermeira está observando a estudante de enfermagem conduzir uma avaliação respiratória em um paciente. Que ação por parte da estudante requer a intervenção da enfermeira?
    1. A estudante posiciona-se na linha mediana por trás do paciente observando a posição da coluna vertebral e da escápula.
    2. A estudante palpa os músculos do tórax para verificar a presença de massas, pulsações ou movimentos anormais.
    3. A estudante coloca a campânula do estetoscópio sobre a parede anterior do tórax para auscultar os sons respiratórios.
    4. A estudante coloca a palma da mão sobre os espaços intercostais e pede ao paciente que diga "noventa e nove".
13. A enfermeira pretende avaliar a memória do paciente. Que tarefa ela deve pedir ao paciente que execute?
    1. "Diga-me onde você está."
    2. "O que você sabe me dizer sobre a sua doença?"
    3. "Repita os seguintes números para mim: 7…5…8."
    4. "O que significa: 'É melhor evitar que remediar?'"
14. Um paciente submeteu-se a uma cirurgia para colocação de uma derivação da artéria femoral. As ordens do cirurgião incluem uma avaliação dos pulsos pediais dorsais. Quais das seguintes técnicas a enfermeira utilizará para avaliar os pulsos? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Colocar os dedos atrás e abaixo do maléolo medial.
    2. Posicionar o paciente com o joelho ligeiramente flexionado

e o pé apoiado na cama.
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com o pé relaxado.
4. Palpar o sulco lateral ao tendão flexor do punho.
5. Palpar a parte superior do pé no nível do sulco entre os tendões extensores do hálux e do primeiro artelho.

15. A enfermeira de comunidade da fé está orientando o grupo de mulheres do centro comunitário sobre os fatores de risco do câncer de mama. Que fatores a enfermeira deve considerar? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Primeiro filho aos 26 anos
    2. Início da menopausa aos 49 anos
    3. Histórico familiar de mutação hereditária do gene BRCA1
    4. Acima de 40 anos
    5. Início da menstruação antes dos 12 anos
    6. Uso recente de anticoncepcionais orais

Respostas: 1. 1; **2.** 2, 3, 4, 1; **3.** 2; **4.** 3; **5.** 4; **6.** 3; **7.** 4; **8.** 2, 3, 4, 5; **9.** 3; **10.** 1e, 2a, 3b, 4d, 5c; **11.** 1; **12.** 3; **13.** 3; **14.** 3, 5; **15.** 3, 4, 5, 6.

Referências

American Cancer Society (ACS) *Screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA: A Cancer Journal for Clinicians*. Atlanta: Author; 2012.

American Cancer Society (ACS): *Colorectal cancer: what are the risk factors for colorectal cancer?* 2014a. http://www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-risk-factors. Accessed November 12, 2014.

American Cancer Society (ACS): *Ovarian cancer*, 2014b. http://www.cancer.org/cancer/ovariancancer/detailedguide/ovarian-cancer-key-statistics. Accessed November 12, 2014.

American Cancer Society (ACS): *Cancer facts and figures*, 2015a. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@editorial/documents/document/acsp 044552.pdf. Accessed October 30, 2015.

American Cancer Society (ACS): *American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms*, 2015b. http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcanceerarlyd cancer-early-detection-acs-recs. Accessed October 26, 2015.

American Heart Association (AHA): *Know Your Fats*, 2014. http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Cholesterol/PreventionTreatmen Your-Fats_UCM_315628_Article.jsp. Accessed November 12, 2014.

Ball JW, et al. *Seidel's guide to physical examination*. ed 8 St Louis: Mosby; 2015.

Cancer Net: *Health risks of E-cigarettes, smokeless tobacco, and waterpipes, American Society of Clinical Oncology*, Alexandria, VA, 2015, The Association. http://www.cancer.net/navigating-cancer-care/prevention-and-healthy-living/tobacco-use/health-risks-e-cigarettes-smokeless-tobacco-and-waterpipes. Accessed April 19, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Vision health initiative: common eye disorders*, 2013. http://www.cdc.gov/visionhealth/basic_information/eye_disorders.htm. Accessed October 27, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Vaccines and immunizations: HPV vaccine questions and answers*, 2014. http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/hpv/vac-faqs.htm. Accessed November 12, 2014.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Healthy schools: noise induced hearing loss*, 2015a. http://www.cdc.gov/healthyschools/noise/index.htm. Accessed October 30, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *HPV vaccines: vaccinating your preteen or teen*, 2015b. http://www.cdc.gov/hpv/parents/vaccine.html. Accessed October 31, 2015.

Cowdell F. Older people, personal hygiene, and skin care. *Medsurg Nurs*. 2011;20(5):235.

Hatherill S, Fisher AJ. Delirium in children and adolescents: a systematic review of the literature. *J Psychosoma Res*. 2010;68:337.

Hockenberry MJ, Wilson P. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Huether SE, McCance KL. *Understanding pathophysiology*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2012.

National Breast Cancer Foundation: *Breast self-exam*, 2015. http://www.nationalbreastcancer.org/breast-self-exam. Accessed October 31, 2015.

National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Screening for drug use in general medical settings, resource guide*, 2012. http://www.drugabuse.gov/publications/resource-guide. Accessed November 21, 2014.

National Osteoporosis Foundation: *Are you at risk?* n.d. http://nof.org/articles/2. Accessed October 31, 2014.

Nelson HD, et al. Screening for osteoporosis: an update for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2010;153(2):1 *http://www.annals.org*.

Oral Cancer Foundation: *Oral cancer facts*, 2014. http://oralcancerfoundation.org/facts/index.htm. Accessed November 12, 2014.

Rush A, Muir M. Maintaining skin integrity in bariatric patients. *Br J Community Nurs*. 2012;17(4):154.

Touhy T, Jett K. *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

US Department of Agriculture (USDA): *Let's eat for the health of it, Pub No: Home & Garden Bulletin No. 232-CP*, 2011. http://www.choosemyplate.gov/food-groups/downloads/MyPlate/DG2010Brochure.pdf. Accessed November 22, 2014.

US Preventative Services Task Force: *Final recommendation statement: osteoporosis: screening*, 2011. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/Recommendatio screening. Accessed October 31, 2015.

US Preventative Services Task Force: *Cervical cancer: screening*, 2012. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummar cancer-screening. Accessed October 31, 2012.

Walker J. The role of the nurse in the management of osteoporosis. *Br J Nurs*.

2010;19(19):1243.

World Health Organization (WHO): *Intimate partner violence*, 2015. http://www.who.int/gho/women_and_health/violence/intimate_partner/en/. Accessed April 20, 2015.

Referências de pesquisa

Brooks SE, et al. Mobile mammography in underserved populations: analysis of outcomes of 3,923 women. *J Community Health*. 2013;38:900.

Burns E, et al. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010;105:601.

Byrd J, et al. Research corner. Scale consistency study: how accurate are inpatient hospital scales?. *Nursing*. 2011;41(11):21.

Conway-Phillips R, Janusek L. Influence of sense of coherence, spirituality, social support and health perception on breast cancer screening motivation and behaviors in African American women. *ABNF J*. 2014;25(3):72.

Feldstein AC, et al. Patient barriers to mammography identified during a reminder program. *J Womens Health*. 2011;20(3):421.

Folstein MF, et al. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:82.

Ingram RR. Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *J Adv Nurs*. 2012;68(3):695.

Khaliq W, et al. Breast cancer screening preferences among hospitalized women. *J Womens Health*. 2013;22(7):637.

Kreuter MW, et al. Comparing narrative and informational videos to increase mammography in low-income African American women. *Patient Educ Couns*. 2010;81S:S6.

Northington L, et al. Integrated community education model: breast health awareness to impact late-stage breast cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2011;15(4):387.

Rigney T. Allostatic load and delirium in the hospitalized older adult. *Nurs Res*. 2010;59(5):322.

---

[1] Nota da Tradução: No Brasil, foi traduzido e avaliado pela primeira vez por Seabra, Concilio, Villares e Carlini em 1990. Fonte: Seabra MLV, Concilio G, Villares JB, Carlini EA. Avaliação do teste "Mini-mental state" em voluntários e pacientes brasileiros. *Rev Bras Psiquiatr* 1990; 12(1/4):1-29.
Revisão Sistemática desenvolvida por Melo e Barbosa, em 2015, indica o amplo uso desse instrumento para avaliação do estado neurológico de idosos no país. Ver: MELO, D.M; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232015001203865&lng=en&nrm=iso>. accessed on 11 Jan. 2017.
http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015.

32

Administração de Medicamento

OBJETIVOS

• Discutir as responsabilidades e papéis da enfermagem na administração de medicamento.

• Descrever os mecanismos fisiológicos da ação do medicamento.

• Fazer a diferenciação entre os diversos tipos de ações de medicamento.

• Discutir os fatores do desenvolvimento que influenciam a farmacocinética.

• Discutir os fatores que influenciam as ações dos medicamentos.

• Discutir os métodos empregados para educar os pacientes sobre as medicações prescritas.

• Comparar e contrastar os papéis do provedor de cuidado de saúde, farmacêutico e enfermeiro na administração da medicação.

• Implementar as ações de enfermagem para prevenir erros de medicação.

• Descrever os fatores a considerar quando se escolhem as vias de administração de medicações.

• Calcular corretamente as doses de medicação prescritas.

• Discutir os fatores a incluir ao se avaliar as necessidades de

um paciente e a resposta à terapia medicamentosa.

• Identificar os seis certos da administração de medicamentos e sua aplicação nas instituições clínicas.

• Preparar e administrar de maneira correta e segura os medicamentos.

TERMOS-CHAVE

Absorção, p. 603
Administração parenteral, p. 607
Alergia medicamentosa, p. 605
Biotransformação, p. 604
Bucal, p. 607
Depressão, p. 606
Desintoxicar, p. 604
Disco transdérmico, p. 608
Efeito sinérgico, p. 605
Efeito terapêutico, p. 604
Efeitos adversos, p. 605
Efeitos colaterais, p. 605
Efeitos tóxicos, p. 605
Erro de medicação, p. 616
Farmacocinética, p. 603
Inaladores com dose metrificada pressurizados (pMDIs), p. 630
Infusões, p. 606
Injeção, p. 603
Instilação, p. 608
Interação medicamentosa, p. 605

Intra-articular, p. 608
Intracardíaco, p. 608
Intradérmico (ID), p. 607
Intramuscular (IM), p. 607
Intraocular, p. 609
Intravenoso (IV), p. 607
Irrigações, p. 609
Leis de Prática de Enfermagem (NPAs), p. 602
Meia-vida biológica, p. 606
Método de trajeto em Z, p. 642
Oftálmico, p. 630
Pico, p. 606
Polifarmácia, p. 625
Prescrição verbal, p. 613
Prescrições, p. 615
Reação idiossincrásica, p. 605
Reações anafiláticas, p. 605
Reconciliação medicamentosa, p. 617
Sistema métrico, p. 609
Solução, p. 609
Subcutâneo, p. 607
Sublingual, p. 607

Os pacientes com problemas de saúde empregam uma gama de estratégias para restaurar ou manter sua saúde. Uma estratégia que eles frequentemente utilizam é a medicação, uma substância usada no diagnóstico, tratamento, cura, alívio ou prevenção de problemas de saúde. Não obstante o local em que os pacientes recebem os cuidados de saúde (p. ex., hospitais, clínicas ou no domicílio), as enfermeiras

desempenham uma função essencial na preparação, administração e avaliação dos efeitos das medicações. Os familiares, os amigos ou os profissionais de cuidados domiciliares frequentemente administram as medicações quando os pacientes não conseguem fazê-lo sozinhos. Em todos os ambientes, as enfermeiras são responsáveis por avaliar os efeitos das medicações sobre o estado de saúde efetivo do paciente, por ensinar o paciente sobre as medicações e seus efeitos colaterais, por incentivar à adesão ao regime medicamentoso, e por avaliar a capacidade do cuidador familiar e do paciente na administração das medicações.

Base de conhecimento científico

Como a administração da medicação e a avaliação constituem uma parte primordial da prática de enfermagem, as enfermeiras precisam entender as ações e os efeitos de todas as medicações recebidas por seus pacientes. Administrar medicações com segurança requer uma compreensão dos aspectos legais dos cuidados de saúde, farmacologia, farmacocinética, as ciências da saúde, fisiopatologia, anatomia humana e matemática.

Legislação e Padrões da Medicação

Regulamentações Federais

O governo dos Estados Unidos protege a saúde das pessoas ao garantir que as medicações sejam seguras e efetivas. A primeira lei norte-americana a regular as medicações foi a Pure Food and Drug Act. Esta lei exige apenas que todas as medicações sejam produtos isentos de impurezas. A legislação subsequente criou padrões relacionados com a segurança, potência e eficácia. Atualmente, a Food and Drug Administration (FDA) promulga leis sobre medicações que garantem que todos os medicamentos no mercado sejam submetidos a testes exaustivos antes de serem vendidos ao público. As leis federais sobre medicação também controlam as vendas e a distribuição de medicamentos; testes, denominação e rotulagem; e o uso de substâncias controladas. As publicações oficiais, como a *United States Pharmacopeia* (USP) e o *National Formulary*, estabelecem os padrões para a força, qualidade, pureza, embalagem, segurança, rotulagem e forma da dose. Em 1993 a FDA instituiu o programa MedWatch. Este programa voluntário incentiva as enfermeiras e os profissionais de saúde a reportar quando uma medicação, produto ou evento médico provoca grave dano a um paciente ao preencher o formulário do MedWatch. O formulário está disponível no endereço eletrônico do MedWatch (USFDA, 2015).

No Brasil, veja Anexo 03: PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS*.
Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com
FIOCRUZ e FHEMIG.
http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos

Regulamentações Estaduais e Municipais das Medicações

As leis estaduais e municipais das medicações devem adequar-se à legislação federal. Com frequência, os estados possuem controles adicionais, incluindo o controle de substâncias não regulamentadas pelo governo federal. Os órgãos governamentais municipais regulam a utilização de álcool e tabaco.

Leis de Medicação e Instituições de Cuidados de Saúde

As instituições de cuidados de saúde estabelecem políticas individuais para satisfazer às regulamentações federais, estaduais e municipais. O tamanho da instituição, os serviços por ela fornecidos e os profissionais por ela empregados influenciam estas políticas. Com frequência, as políticas das instituições são mais restritivas que os controles governamentais. Por exemplo, uma política de instituição comum é a interrupção automática de narcóticos depois de um determinado número de dias. Embora um profissional de saúde possa tornar a prescrever o narcótico, esta política ajuda a controlar a terapia medicamentosa desnecessariamente prolongada porque ela exige que o profissional de saúde reveja regularmente a necessidade para a medicação.

Regulamentações de Medicação e Prática de Enfermagem

As **Leis de Prática de Enfermagem** (Nurse Practice Acts - NPAs) estaduais americanas definem o espectro das responsabilidades e funções profissionais das enfermeiras. A maioria das NPAs é deliberadamente abrangente, de modo que as responsabilidades profissionais das enfermeiras não são limitadas. As instituições de cuidados de saúde podem interpretar as ações específicas permitidas sob as NPAs; contudo, elas não podem modificar, expandir ou restringir o intuito da lei. A intenção principal das NPAs consiste em proteger o público de pessoas não capacitadas, sem formação e não licenciadas.

A enfermeira é responsável por seguir as orientações legais quando administra substâncias controladas como opioides, as quais são rigorosamente controladas por meio das diretrizes federais e estaduais. As violações do Controlled Substances Act (Lei das Substâncias Controladas) são passíveis de punição através de multas, detenção e perda da licença de enfermeira. Os hospitais e outras instituições de cuidados de saúde possuem políticas para o armazenamento e a distribuição adequados de narcóticos (Quadro 32-1).

Quadro 32-1 Diretrizes para a Administração e Controle Seguros de Narcóticos

- Guarde todos os narcóticos em um recipiente ou armário trancado e seguro (p. ex., os armários trancados e computadorizados são os preferidos).
- Mantenha uma contagem atualizada dos narcóticos ao contá-los sempre que dispensá-los. Se você encontrar uma discrepância, corrija e reporte imediatamente.
- Utilize um registro de estoque especial cada vez que um narcótico é dispensado. Com frequência, são mantidos registros eletrônicos e proporcionam uma contagem contínua adequada dos narcóticos

utilizados, perdidos e restantes.

- Utilize o registro para documentar o nome do paciente, a data, o horário da administração do medicamento, nome do medicamento e dosagem. Quando a instituição mantém um registro por escrito, a enfermeira que dispensa o medicamento assina o registro. Quando a instituição utiliza um sistema computadorizado, o computador registra o nome da enfermeira.
- Uma segunda enfermeira testemunha o descarte da porção não utilizada quando uma enfermeira administra apenas parte de uma dose de uma substância controlada. Os sistemas computadorizados registram eletronicamente os nomes das enfermeiras. Quando são mantidos registros em papel, ambas as enfermeiras assinam seus nomes no formulário. Siga a política da instituição para o descarte apropriado de narcóticos. Não coloque as partes descartadas dos medicamentos em recipientes para objetos cortantes.

Conceitos Farmacológicos

Nomes da Medicação

Alguns medicamentos possuem até três nomes diferentes. O nome químico de uma medicação fornece a descrição exata de sua composição e estrutura molecular. As enfermeiras raramente utilizam nomes químicos na prática clínica. Um exemplo de um nome químico é *N*-acetil-para-aminofenol, o qual é comumente conhecido como Tylenol. O fabricante que desenvolveu pela primeira vez o medicamento dá o nome genérico ou não-proprietário, com a aprovação do United States Adopted Names (USAN) Council (AMA, 2015). O acetaminofeno é um exemplo do nome genérico para o Tylenol. O nome genérico se transforma no nome oficial listado em publicações oficiais, como a United States Pharmacopeia (USP). O nome comercial, o nome de marca ou o nome próprio é o nome sob o qual o fabricante comercializa o medicamento. O nome de marca possui um símbolo (™) no canto superior direito do nome, indicando

que o fabricante possui o registro comercial do nome do medicamento (p. ex., Panadol™ e Tempra™).

Os fabricantes escolhem nomes comerciais que sejam fáceis de pronunciar, soletrar ou lembrar. Muitos fabricantes produzem o mesmo medicamento e as semelhanças entre os nomes comerciais frequentemente geram confusão, portanto tenha o cuidado de obter o nome exato e ao dizer cada medicamento que você administra para seus pacientes. Como as semelhanças nos nomes dos medicamentos constituem uma causa comum de erros médicos, o Institute for Safe Medication Practices (ISMP) (2015a) (http://www.ispm.org/Tools/confuseddrugnames.pdf) publica uma lista de medicamentos que são frequentemente confundidos uns com outros. O ISMP recomenda o uso de letras em caixa alta ou misturadas aprovadas pela Food and Drug Administration quando possível (p. ex., aMILoride *versus* amLODIPine) para ajudar os profissionais de saúde a reconhecer facilmente a diferença entre estes medicamentos comumente confundidos.

Classificação

A classificação do medicamento indica o efeito de uma medicação sobre um sistema orgânico, os sintomas que um medicamento alivia ou seu efeito desejado. Em geral, cada classe contém mais de um medicamento que é utilizado para o mesmo tipo de problema de saúde. Por exemplo, os pacientes portadores de asma frequentemente tomam uma variedade de medicamentos para controlar sua doença, como os agonistas beta$_2$-adrenérgicos. A classificação *beta$_2$-adrenérgicos* contém mais de 15 medicamentos diferentes (Lehne, 2013). Alguns medicamentos se situam em mais de uma classe. Por exemplo, a aspirina é um medicamento analgésico, antitérmico e anti-inflamatório.

Formas de Medicação

Os medicamentos estão disponíveis em várias formas ou preparações. A forma da medicação determina sua via de administração. A

composição de um medicamento aumenta sua absorção e metabolismo. Muitos medicamentos são disponibilizados em diversas formas, como comprimidos, cápsulas, elixires e supositórios. Quando administrar um medicamento, certifique-se de usar a forma apropriada (Tabela 32-1).

Tabela 32-1

Formas de Medicamentos

Forma	Descrição
Formas de Medicamentos Comumente Preparados para a Administração por Via Oral	
Formas Sólidas	
Comprimidos revestidos	Forma de dosagem sólida para uso oral, com formato semelhante a uma cápsula e revestido para facilitar a deglutição
Cápsula	Medicamento revestido por uma cobertura de gelatina
Comprimido	Medicamento em pó comprimido em um disco ou cilindro rígido, além do medicamento principal, contém ligantes (adesivos para permitir que o pó se agregue), desintegradores (para promover a dissolução do comprimido), lubrificantes (para a facilidade da fabricação) e preenchimentos (para o tamanho de comprimido conveniente)
Comprimido com revestimento entérico	Comprimido revestido que não se dissolve no estômago; os revestimentos se dissolvem no intestino, onde o medicamento é absorvido
Formas Líquidas	
Elixir	Líquido claro contendo água e/ou álcool; frequentemente adocicado
Extrato	Forma de medicamento concentrado feito ao se separar a parte ativa do medicamento de seus outros componentes
Solução aquosa	Substância dissolvida em água e xaropes
Suspensão aquosa	Partículas de medicamento livremente dissolvidas, dispersas em um meio líquido; quando a suspensão permanece parada, as partículas se assentam no fundo do recipiente
Xarope	Medicamento dissolvido em uma solução de açúcar concentrada
Outras Formas Orais e Termos Associados às Preparações Orais	
Pastilha (hóstias)	Comprimidos planos e arredondados que se dissolvem na boca para liberar o medicamento; inadequado para a ingestão
Aerossol	Medicamento aquoso borrifado e absorvido na boca e nas vias aéreas superiores; inadequado para a ingestão

Liberação sustentada	Comprimido ou cápsula que contém pequenas partículas do medicamento revestido com material que exige um intervalo variado de tempo para se dissolver
Formas de Medicamentos Comumente Preparados para a Administração por Via Tópica	
Pomada (creme)	Preparação semissólida aplicada externamente, contendo usualmente um ou mais medicamentos
Linimento	Comumente contém álcool, óleo ou emoliente em sabão, aplicado na pele
Loção	Suspensão semilíquida que comumente protege, resfria ou limpa a pele
Pasta	Pomada espessa, absorvida mais lentamente através da pele do que a pomada; frequentemente utilizada para a proteção da pele
Disco ou placa transdérmica	Medicamento em disco ou placa absorvido lentamente através da pele durante um longo intervalo de tempo (p. ex., 24 horas)
Formas de Medicamentos Comumente Preparados para Administração por Via Parenteral	
Solução	Preparação estéril que contém água com um ou mais compostos dissolvidos
Pó	Partículas estéreis de medicamento que são dissolvidas em um líquido estéril (p. ex., água, soro fisiológico) antes da administração
Formas de Medicamentos Comumente Preparados para a Instilação em Cavidades Corporais	
Disco intraocular	Pequeno, oval e flexível (semelhante à lente de contato), consistindo de duas camadas externas macias e uma camada média portando o medicamento; libera lentamente o medicamento quando umedecida pelo líquido ocular
Supositório	Forma de dosagem sólida misturada com gelatina e modelado na forma de uma pelota para a inserção na cavidade corporal (reto ou vagina); derrete quando alcança a temperatura corpórea, liberando o medicamento para a absorção

Farmacocinética como a Base para as Ações do Medicamento

Para que um medicamento seja terapeuticamente útil, ele deve ser introduzido no corpo de um paciente; ser absorvido e distribuído pelas células, tecidos ou para um órgão específico; e alterar as funções fisiológicas. A **farmacocinética** é o estudo sobre como os medicamentos penetram no corpo, alcançam o seu local de ação, metabolizam e deixam o corpo. Você emprega o conhecimento da farmacocinética quando planeja o horário da administração do medicamento, seleciona a via de administração e avalia a resposta de

um paciente.

Absorção

A **absorção** ocorre quando as moléculas do medicamento passam para dentro do sangue a partir do local de administração do medicamento. Os fatores que influenciam a absorção são a via de administração, a capacidade de dissolução do medicamento, o fluxo sanguíneo para o local de administração, a área de superfície corporal (BSA) e a solubilidade do medicamento em lipídios.

Via de Administração

Cada via de administração do medicamento apresenta uma velocidade de absorção diferente. Quando se aplicam medicamentos sobre a pele, a absorção é lenta por causa da constituição física da pele. Como os medicamentos administrados por via oral passam através do trato gastrointestinal (GI), a velocidade de absorção geral é usualmente lenta. Os medicamentos colocados sobre as mucosas e a via respiratória são rapidamente absorvidos porque estes tecidos contêm muitos vasos sanguíneos. As **injeções** intravenosas (IV) produzem a absorção mais rápida porque os medicamentos ficam imediatamente disponíveis quando penetram na circulação sistêmica.

Capacidade de Dissolução do Medicamento

A capacidade para um medicamento se dissolver depende em grande parte de sua forma ou preparação. O corpo absorve as soluções e as suspensões já em um estado líquido com maior presteza que os comprimidos ou cápsulas. Os medicamentos ácidos atravessam mais facilmente a mucosa gástrica. Os medicamentos que são básicos não são absorvidos antes de atingir o intestino delgado.

Fluxo Sanguíneo para o Local de Administração

O aporte sanguíneo para o local de administração determinará com que rapidez o corpo pode absorver um medicamento. Os medicamentos são absorvidos à medida que o sangue entra em contato com o local da administração. Quanto mais rico for o aporte

sanguíneo para o local de administração, mais rapidamente o medicamento será absorvido.

Área de Superfície Corporal

Quando um medicamento entra em contato com uma grande área de superfície, ele é absorvido em uma velocidade mais rápida. Isto ajuda a explicar por que a maioria dos medicamentos é absorvida no intestino delgado em vez do estômago (Lehne, 2013).

Solubilidade em Lipídios

Como a membrana celular possui uma camada de lipídios, os medicamentos altamente lipossolúveis atravessam facilmente as membranas celulares e são rapidamente absorvidos. Outro fator que frequentemente afeta a absorção de medicamento é se existe alimento no estômago ou não. Alguns medicamentos orais são absorvidos com maior facilidade quando administrados entre as refeições porque o alimento modifica a estrutura de um medicamento e, por vezes, prejudica sua absorção. Quando alguns medicamentos são administrados em conjunto, eles interferem um com o outro, comprometendo a absorção de ambos os medicamentos.

A administração de medicamento segura requer o conhecimento dos fatores que alteram ou prejudicam a absorção dos medicamentos prescritos. Você precisa compreender a farmacocinética do medicamento, a história de saúde de um paciente, os dados do exame físico e o conhecimento obtido através das interações diárias do paciente. Utilize seu conhecimento para planejar os horários de administração do medicamento que venham a promover a absorção ótima. Por exemplo, planeje esses horários em torno das refeições (p. ex., antes ou depois das refeições) quando os medicamentos interagem com o alimento. Quando eles interagem entre si, certifique-se de que você não os administra no mesmo horário. Consulte e coopere com o médico-assistente ou farmacêutico de seu paciente quando estabelecer os horários dos medicamentos para garantir que o paciente obtenha os efeitos terapêuticos de todos os medicamentos. Antes de administrar qualquer medicamento, verifique os livros de

farmacologia, as referências medicamentosas ou as bulas, ou consulte os farmacêuticos para identificar as interações entre medicamentos e entre medicamento e alimento.

Distribuição

Depois que um medicamento é absorvido, ele é distribuído dentro do corpo para os tecidos e órgãos e, por fim, para seu local de ação específico. A velocidade e a extensão da distribuição dependem das propriedades físicas e químicas do medicamento e da fisiologia da pessoa que o recebe.

Circulação

Quando um medicamento penetra na corrente sanguínea ele é transportado por todos os tecidos e órgãos. As patologias que limitam o fluxo sanguíneo ou a perfusão sanguínea inibem a distribuição de um medicamento. Por exemplo, os pacientes com insuficiência cardíaca exibem comprometimento da circulação, o que lentifica o aporte do medicamento para o suposto local de ação. Portanto, a eficácia dos medicamentos nestes pacientes frequentemente se mostra retardada ou alterada.

Permeabilidade da Membrana

A permeabilidade da membrana refere-se a uma capacidade de atravessar os tecidos e as membranas para penetrar nas células-alvo. Para ser distribuído para um órgão, um medicamento deve atravessar todos os tecidos e membranas biológicas do órgão. Algumas membranas funcionam como barreiras para a passagem dos medicamentos. Por exemplo, a barreira hematoencefálica permite que apenas os medicamentos lipossolúveis passem para dentro do cérebro e do líquido cefalorraquidiano. Por conseguinte, as infecções do sistema nervoso central frequentemente requerem tratamento com antibióticos injetados diretamente no espaço subaracnoide na medula espinhal. Alguns idosos experimentam efeitos adversos (p. ex., confusão) em consequência da alteração na permeabilidade da barreira hematoencefálica, com a passagem mais fácil de

medicamentos lipossolúveis.

Ligação à Proteína

O grau em que os medicamentos se ligam às proteínas séricas, como a albumina, afeta as suas distribuições. A maioria dos medicamentos se liga parcialmente à albumina, reduzindo a capacidade de um medicamento de exercer a atividade farmacológica. O medicamento não ligado ou "livre" é a sua forma ativa. Os idosos e os pacientes com doença hepática ou desnutrição apresentam diminuição da albumina na corrente sanguínea. Como uma maior quantidade de medicamento está livre nestes pacientes, eles se encontram em risco para um aumento na atividade do medicamento, em sua toxicidade ou em ambas.

Metabolismo

Depois que um medicamento alcança seu local de ação, ele é metabolizado em uma forma menos ativa ou em uma inativa que é mais fácil de excretar. A **biotransformação** acontece sob a influência das enzimas que **detoxificam**, clivam e removem substâncias biologicamente ativas. A maior parte da biotransformação ocorre dentro do fígado, embora os pulmões, rins, sangue e intestinos também metabolizem os medicamentos. O fígado é particularmente importante porque sua estrutura especializada oxida e transforma muitas substâncias tóxicas. O fígado degrada muitas substâncias químicas perigosas antes que elas sejam distribuídas para os tecidos. Quando tem lugar uma diminuição na função hepática, como no envelhecimento ou doença hepática, um medicamento é comumente eliminado com mais lentidão, resultando em seu acúmulo. Os pacientes estão em risco para a intoxicação medicamentosa quando os órgãos que metabolizam os medicamentos não estão funcionando da maneira correta. Por exemplo, uma pequena dose sedativa de um barbitúrico por vezes faz com que um paciente com doença hepática entre em coma.

Excreção

Depois que os medicamentos são metabolizados, eles deixam o organismo através dos rins, fígado, intestino, pulmões e glândulas exócrinas. A composição química de um medicamento determina o órgão de excreção. Os compostos gasosos e voláteis, como o óxido nitroso e o álcool, são eliminados através dos pulmões. A respiração profunda e a tosse (Cap. 41) ajudam os pacientes a eliminar gases anestésicos com maior rapidez após a cirurgia. As glândulas exócrinas excretam os medicamentos lipossolúveis. Quando os medicamentos são eliminados através das glândulas exócrinas, a pele frequentemente fica irritada, exigindo que você ensine as boas práticas de higiene aos pacientes (Cap. 40). Quando um medicamento é eliminado por meio das glândulas mamárias, há o risco de que um neonato em fase de aleitamento venha a ingerir as substâncias químicas. Verifique a segurança de qualquer medicamento utilizado em mulheres em fase de aleitamento.

O trato GI é outra via para a excreção de medicamentos. Os medicamentos que penetram na circulação hepática são clivados pelo fígado e excretados na bile. Depois que as substâncias químicas penetram no intestino por meio do trato biliar os intestinos as reabsorvem. Os fatores que aumentam a peristalse (p. ex., laxativos e enemas) aceleram a excreção de medicamentos através das fezes, enquanto que os fatores que diminuem a peristalse (p. ex., inatividade e dieta inadequada) frequentemente prolongam os efeitos de um medicamento.

Os rins são os principais órgãos para a excreção de medicamentos. Alguns medicamentos escapam do metabolismo extenso e são eliminados na forma inalterada na urina. Outros sofrem biotransformação no fígado antes de sua eliminação através dos rins. A manutenção de uma ingesta hídrica adequada (50 mL/kg/h) promove a eliminação adequada dos medicamentos para um adulto médio. Quando a função renal de um paciente diminui, os rins não conseguem excretar os medicamentos da maneira adequada. Desta forma, aumenta o risco de intoxicação por medicamento. Comumente, os profissionais de saúde reduzem a dose do medicamento quando

isto acontece.

Tipos de Ação do Medicamento

Os medicamentos variam consideravelmente na maneira pela qual agem e em seus tipos de ação. Os pacientes nem sempre respondem da mesma maneira a cada dose sucessiva de um medicamento. Por vezes o mesmo medicamento causa respostas muito distintas em diferentes pacientes. Portanto, você precisa compreender todos os efeitos que os medicamentos que você administra possuem sobre os pacientes.

Efeitos Terapêuticos

O **efeito terapêutico** é a resposta fisiológica esperada ou predita causada por um medicamento. Por exemplo, a nitroglicerina reduz a carga de trabalho do coração e aumenta o aporte de oxigênio para o miocárdio. Alguns medicamentos possuem mais de um efeito terapêutico. Por exemplo, a prednisona, um esteroide, diminui a inchação, inibe a inflamação, reduz as respostas alérgicas e previne a rejeição de órgãos transplantados. O conhecimento do efeito terapêutico desejado para cada medicamento permite que você forneça a orientação do paciente e avalie com exatidão o efeito desejado de um medicamento.

Efeitos Adversos

Todo medicamento possui a capacidade de causar dano a um paciente. As respostas indesejadas, inesperadas e, com frequência, imprevisíveis ao medicamento são referidas como os **efeitos adversos**. Os efeitos adversos medicamentosos variam desde brandos a graves. Alguns têm lugar de imediato, enquanto que outros se desenvolvem com o passar do tempo. Fique alerta e pesquise para respostas individuais incomuns para um medicamento, em especial com os medicamentos recentemente prescritos. Os pacientes em maior risco para as reações medicamentosas adversas incluem as pessoas mais

jovens e os pacientes idosos, mulheres, pacientes que recebem múltiplos medicamentos, pacientes extremamente abaixo do peso ou com sobrepeso excessivo, e os pacientes com doença renal ou hepática. Quando os efeitos adversos são brandos e toleráveis, os pacientes frequentemente continuam a receber o medicamento. No entanto, quando eles não são tolerados ou são potencialmente perigosos, interrompa imediatamente o medicamento. Quando ocorrem respostas adversas a medicamentos, o profissional de saúde interrompe o medicamento de imediato. Os profissionais de saúde reportam os efeitos adversos ao FDA, empregando o programa MedWatch (USFDA, 2015).

Efeitos Colaterais

Um **efeito colateral** é um efeito adverso previsível e, com frequência, inevitável produzido em uma dose terapêutica usual. Por exemplo, alguns medicamentos anti-hipertensivos causam impotência no sexo masculino. Os efeitos colaterais variam desde inócuos até a geração de lesão ou sintomas graves. Quando os efeitos colaterais são suficientemente graves a ponto de anular os efeitos benéficos da ação terapêutica do medicamento, o profissional de saúde interrompe o medicamento. Com frequência, os pacientes param de tomar os medicamentos por causa dos efeitos colaterais, dentre os quais os mais comuns são anorexia, náusea, vômito, constipação, sonolência e diarreia.

Efeitos Tóxicos

Os **efeitos tóxicos** desenvolvem-se com frequência depois da ingestão prolongada de um medicamento ou quando um medicamento se acumula no sangue por causa do comprometimento do metabolismo ou da excreção. As quantidades excessivas de um medicamento dentro do corpo possuem, por vezes, efeitos letais, dependendo de sua ação. Por exemplo, os níveis tóxicos de morfina, um opioide, provocam depressão respiratória grave e morte. Estão disponíveis antídotos para tratar tipos específicos de intoxicação medicamentosa. Por exemplo, o naloxone (Narcan), um antagonista de opioide, reverte

os efeitos da intoxicação por opioide.

Reações Idiossincrásicas

Algumas vezes, os medicamentos causam os efeitos imprevisíveis, tais como uma **reação idiossincrásica**, na qual um paciente reage de modo excessivo ou deficiente a um medicamento ou apresenta uma reação diferente da normal. Por exemplo, uma criança que recebe difenidramina (Benadryl), um anti-histamínico, fica extremamente agitada ou excitada ao invés de sonolenta. Nem sempre é possível predizer se um paciente irá apresentar uma resposta idiossincrásica.

Reações Alérgicas

As reações alérgicas também constituem respostas imprevisíveis a um medicamento. Alguns indivíduos se tornam imunologicamente sensíveis a uma dose inicial de um medicamento. Com a administração repetida, o paciente desenvolve uma resposta alérgica a ele, a seus conservantes químicos ou a um metabolito. O medicamento ou substância química age como um antígeno, deflagrando a liberação de anticorpos no organismo. Os sintomas da **alergia medicamentosa** de um paciente variam, dependendo do indivíduo e do medicamento (Tabela 32-2). Dentre as diferentes classes de medicamentos, os antibióticos causam uma elevada incidência de reações alérgicas. As reações graves ou **anafiláticas**, que comportam risco de vida, caracterizam-se por constrição súbita dos músculos bronquiolares, edema da laringe e da faringe, e a sibilância intensa e falta de ar. A atenção médica imediata é necessária para tratar as reações anafiláticas. Um paciente com uma história conhecida de uma alergia a um medicamento precisa evitar tomar o medicamento e usar um bracelete ou medalha de identificação (Fig. 32-1), que alerta as enfermeiras e outros profissionais de saúde para a alergia quando um paciente não é capaz de se comunicar ao receber os cuidados médicos.

Tabela 32-2

Reações Alérgicas Leves

Sintomas	Descrição
Urticária (erupção)	Erupções cutâneas altas, de forma irregular, com variação de tamanho e forma; erupções com margens avermelhadas e centros pálidos
Rash	Pequenas vesículas altas que são geralmente avermelhadas; frequentemente distribuídas por todo o corpo
Prurido	Coceira da pele; acompanha a maioria das erupções cutâneas
Rinite	Inflamação de membranas mucosas que revestem o nariz; causa inchaço e descarga límpida e aquosa

FIGURA 32-1 Bracelete e medalha de identificação de alergia.

Interações Medicamentosas

Quando um medicamento modifica a ação de outro, ocorre uma **interação medicamentosa**. As interações medicamentosas são comuns quando os indivíduos tomam vários medicamentos. Alguns medicamentos aumentam ou diminuem a ação de outros ou modificam a maneira pela qual um medicamento é absorvido, metabolizado ou eliminado pelo organismo. Quando dois medicamentos possuem um **efeito sinérgico**, o efeito deles combinados é maior que o efeito de cada um deles quando administrados em separado. Por exemplo, o álcool é um depressor do sistema nervoso central que possui um efeito sinérgico sobre anti-histamínicos, antidepressivos, barbitúricos e analgésicos narcóticos. Uma interação medicamentosa é por vezes desejada. Com frequência, os profissionais de saúde combinam medicamentos para criar uma interação que possua um efeito benéfico. Por exemplo, um paciente com pressão arterial elevada toma diversos medicamentos como diuréticos e vasodilatadores que atuam em conjunto para controlar a pressão arterial quando um medicamento por si só não é efetivo.

Regulação das Respostas à Dose do Medicamento

Os medicamentos administrados por via intravenosa entram na corrente sanguínea e agem de imediato, enquanto aqueles administrados por outras vias levam um tempo para penetrar na corrente sanguínea e apresentar um efeito. A quantidade e a distribuição de um medicamento em diferentes compartimentos orgânicos mudam constantemente. Os medicamentos são prescritos em horários distintos, dependendo de quando a resposta deles começa, se torna mais intensa e cessa.

A concentração efetiva mínima (MEC) consiste no nível plasmático de um medicamento abaixo do qual não ocorre o efeito do medicamento. A concentração tóxica é o nível em que acontecem os efeitos tóxicos. Quando um medicamento é prescrito, a meta consiste em atingir um nível sanguíneo constante dentro de uma faixa terapêutica segura, a qual se situa entre a MEC e a concentração tóxica

(Fig. 32-2). Quando um medicamento é repetidamente administrado, seu nível sérico flutua entre as doses. O nível mais elevado é chamado de concentração **máxima**, enquanto o nível mais baixo é denominado concentração **mínima**. Depois de alcançar seu máximo, a concentração de um medicamento diminui progressivamente. Com as **infusões** intravenosas, a concentração máxima acontece com rapidez, porém o nível sérico também começa a cair imediatamente. As doses de alguns medicamentos (p. ex., vancomicina) baseiam-se nos níveis séricos máximo e mínimo. Em geral, o nível mínimo é atingido 30 minutos antes de se administrar o medicamento, sendo que o nível máximo é alcançado sempre que se espera que o medicamento atinja sua concentração máxima. O tempo que um medicamento leva para alcançar sua concentração máxima varia, dependendo da farmacocinética do medicamento.

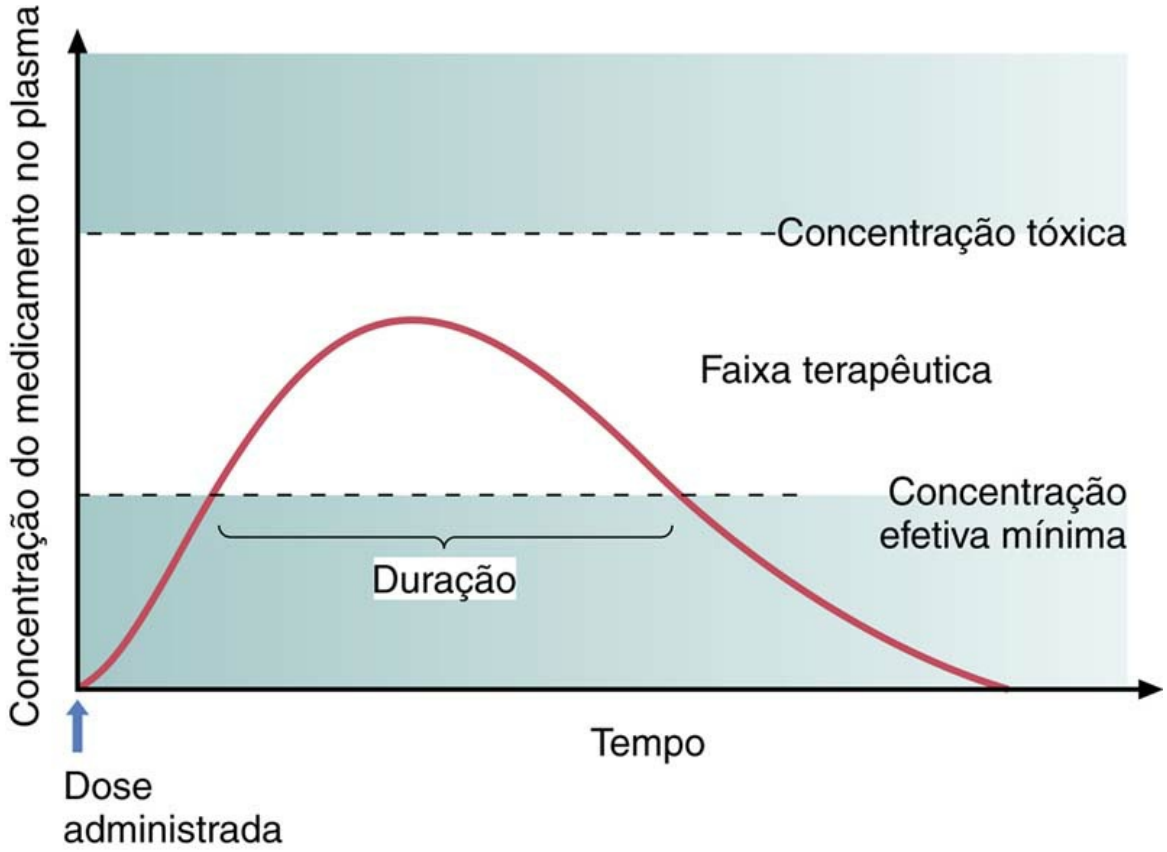


FIGURA 32-2 A faixa terapêutica de um medicamento ocorre entre a concentração efetiva mínima e a concentração

máxima. (De Lehne RA: *Pharmacology for nursing care*, 8. ed., St. Louis, 2013; Saunders.)

Todos os medicamentos apresentam uma **meia-vida biológica**, que é o tempo que os processos de excreção levam para reduzir a quantidade de medicamento inalterado pela metade. Um medicamento com uma meia-vida curta precisa ser administrado com maior frequência que um medicamento com uma meia-vida mais longa. A meia-vida não se modifica, não importando qual a quantidade de medicamento fornecida. Por exemplo, quando uma enfermeira administra 1 g de um medicamento que tem uma meia-vida de 8 horas, o paciente excreta 500 mg do medicamento em 8 horas. Nas oito horas seguintes, o paciente irá excretar 250 mg. Este processo continua até que o medicamento seja totalmente eliminado do organismo.

Para manter um platô terapêutico, o paciente deve receber doses fixas regulares. Por exemplo, os medicamentos analgésicos para determinados pacientes com câncer são mais efetivos quando administrados durante todo o dia (ATC) do que quando o paciente se queixa de dor de maneira intermitente, pois a administração em horários regulares possibilita que o organismo mantenha um nível quase constante do medicamento analgésico. Depois de uma dose inicial do medicamento, um paciente recebe cada dose sucessiva quando a dose anterior alcança sua meia-vida (Burchum e Rosenthal, 2016).

A administração medicamentosa segura envolve a adesão aos esquemas de dosagem e às doses prescritas (Tabela 32-3). Algumas instituições estabelecem horários para a administração de medicamentos. No entanto, as enfermeiras estão aptas a modificar estes horários com base no conhecimento sobre um medicamento. Por exemplo, em algumas instituições, os medicamentos que devem ser fornecidos uma vez ao dia são administrados às 9 horas da manhã. Entretanto, quando um medicamento atua melhor quando administrado na hora de dormir, a enfermeira o administra antes que o paciente vá dormir. Além disso, as instituições de cuidados de saúde empregam as diretrizes do ISMP (CMS, 2011; ISMP, 2011) para

determinar a administração segura, efetiva e adequada dos medicamentos agendados. De acordo com as diretrizes do ISMP, os hospitais precisam determinar quais medicamentos devem respeitar rigorosamente os horários e quais não precisam. Os medicamentos com horário crítico são medicamentos que a administração precoce ou tardia das doses de manutenção (mais de 30 minutos antes ou depois do horário agendado) resultará, mais provavelmente, em respostas danosas ou subterapêuticas em um paciente. Os medicamentos sem horário crítico incluem os medicamentos em que o momento da administração provavelmente não afetará o efeito desejado do medicamento quando administrado 1 ou 2 horas antes ou depois do horário agendado. Você precisa administrar os medicamentos de horário crítico em um momento exato ou dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado. Você administra os medicamentos sem horário crítico dentro de 1 a 2 horas do seu horário agendado. Siga as políticas de administração de medicamentos de sua instituição sobre o horário dos medicamentos para garantir que você os administra no horário correto (CMS, 2011; ISMP, 2011).

Tabela 32-3

Esquemas de Administração de Dosagens Comuns

Esquema de Dosagem (Significado)	Abreviaturas
Antes das refeições	AC, ac
Conforme desejado	ad lib
Duas vezes ao dia	BID, bid
Depois das refeições	PC, pc
Sempre que houver necessidade	SOS
Cada manhã	qam
Cada hora	qh
Cada dia	Diariamente
Cada 4 horas	Q4h
4 vezes ao dia	QID, qid
Administrar imediatamente	STAT, stat
3 vezes ao dia	TID, tid

Quando você ensinar os pacientes a respeito do horário dos medicamentos, utilize uma linguagem familiar. Por exemplo, instrua um paciente que precisa tomar um medicamento duas vezes ao dia a ingeri-lo pela manhã e novamente à noite. Use o conhecimento sobre os intervalos de tempo e termos utilizados para descrever as ações do medicamento para antecipar o efeito de um medicamento e para educar o paciente sobre quando esperar uma resposta (Tabela 32-4).

Tabela 32-4

Termos Associados às Ações do Medicamento

Termo	Significado
Início	Tempo que transcorre desde um medicamento administrado até que ele produza uma resposta
Máximo	Tempo que transcorre para que um medicamento alcance sua concentração efetiva mais elevada
Mínimo	Concentração sérica mínima do medicamento exatamente antes da próxima dose agendada
Duração	Tempo durante o qual o medicamento está presente em concentração suficientemente grande para produzir uma resposta
Platô	Concentração sérica do medicamento atingida e mantida depois de doses fixas repetidas

Vias de Administração

A via prescrita para administrar um medicamento depende das propriedades e do efeito desejado do medicamento, bem como das condições físicas e mentais do paciente (Tabela 32-5). Trabalhe com o médico-assistente para determinar a melhor via para o medicamento de um paciente.

Tabela 32-5

Fatores que Influenciam a Escolha das Vias de Administração

Vantagens por Via	Desvantagens/Contraindicações
Vias Oral, Bucal e Sublingual	
Conveniente e confortável Econômico Fácil de administrar	A via oral é evitada quando o paciente apresenta alterações na função gastrointestinal (GI) (p. ex., náusea, vômito), motilidade GI

Frequentemente produz efeitos locais ou sistêmicos Raramente causa ansiedade para o paciente	reduzida (depois de anestesia geral ou inflamação intestinal), e ressecção cirúrgica do trato GI. A administração oral está contraindicada nos pacientes incapazes de deglutir (p. ex., pacientes com distúrbios neuromusculares, estenoses do esôfago, lesões na boca). A administração oral está contraindicada nos pacientes que estão confusos, inconscientes ou são incapazes ou não desejam engolir ou que prendem o medicamento embaixo da língua. Os medicamentos orais não podem ser administrados quando os pacientes estão sob aspiração gástrica; estão contraindicados antes de alguns exames ou cirurgia. Os medicamentos orais por vezes irritam o revestimento do trato GI, colorem os dentes ou apresentam sabor desagradável. As secreções gástricas destroem alguns medicamentos.
Vias Parenterais (Subcutânea, Intramuscular, Intravenosa, Intradérmica)	
Podem ser utilizadas quando os medicamentos orais estão contraindicados Absorção mais rápida que as vias tópica ou oral A infusão intravenosa (IV) propicia a administração do medicamento quando o paciente está criticamente doente ou quando a terapia por longo prazo se faz necessária; quando a perfusão periférica é deficiente, a via IV é preferida em relação às injeções	Há o risco de introdução da infecção. Alguns medicamentos são caros. Alguns pacientes experimentam dor a partir das repetidas punções por agulha. As vias subcutânea, intramuscular (IM) e intradérmica (ID) são evitadas nos pacientes com tendências hemorrágicas. Há risco de lesão tecidual. As vias IM e IV apresentam taxas de absorção mais elevadas, colocando assim os pacientes em risco mais elevado para reações. Com frequência, elas provocam considerável ansiedade em muitos pacientes, em especial as crianças.
Vias Tópicas	
Pele	
Proporciona efeito principalmente local Indolor Efeitos colaterais limitados	Pacientes com abrasões na pele estão em risco para a absorção rápida do medicamento e para os efeitos sistêmicos. Os medicamentos são lentamente absorvidos através da pele.
Transdérmica	
Efeitos sistêmicos prolongados com efeitos colaterais limitados	O medicamento deixa uma substância oleosa ou pastosa sobre a pele e, por vezes, suja as roupas.

Mucosas*	
Efeitos terapêuticos fornecidos pela aplicação local nos lugares envolvidos As soluções aquosas são prontamente absorvidas e são capazes de causar efeitos sistêmicos Via de administração potencial quando os medicamentos orais estão contraindicados	As mucosas são altamente sensíveis a algumas concentrações medicamentosas. Os pacientes com tímpano rompido não podem receber irrigações otológicas. A inserção de medicação retal ou vaginal frequentemente provoca desconforto. Os supositórios retais estão contraindicados quando o paciente se submeteu à cirurgia retal ou quando o sangramento retal ativo está presente.
Outras Vias	
Inalatória	
Proporciona alívio rápido para problemas respiratórios locais Usada para a introdução de gases anestésicos gerais	Alguns agentes locais causam efeitos sistêmicos graves.
Disco Intraocular	
Via vantajosa porque não requer a administração frequente como os colírios requerem	Possíveis reações locais; caro. Pacientes devem ser orientados para inserir e remover o disco. Contraindicado nas infecções oculares.

* Inclui olhos, ouvidos, nariz, vagina, reto e ostomias.

Vias Orais

A via oral é a via mais fácil e a mais comumente utilizada na administração de medicamento. Os medicamentos são fornecidos pela boca e deglutidos com líquido. Os medicamentos orais apresentam um início de ação mais lento e um efeito mais prolongado que os medicamentos parenterais. Em geral, os pacientes preferem a via oral.

Administração Sublingual

Alguns medicamentos (p. ex., nitroglicerina) são prontamente absorvidos depois de ser colocados sob a língua para dissolver (Fig. 32-3). Instrua os pacientes para não engolir um medicamento administrado pela via **sublingual** ou a não beber nada até que o medicamento se dissolva por completo para garantir que terá o efeito

desejado.

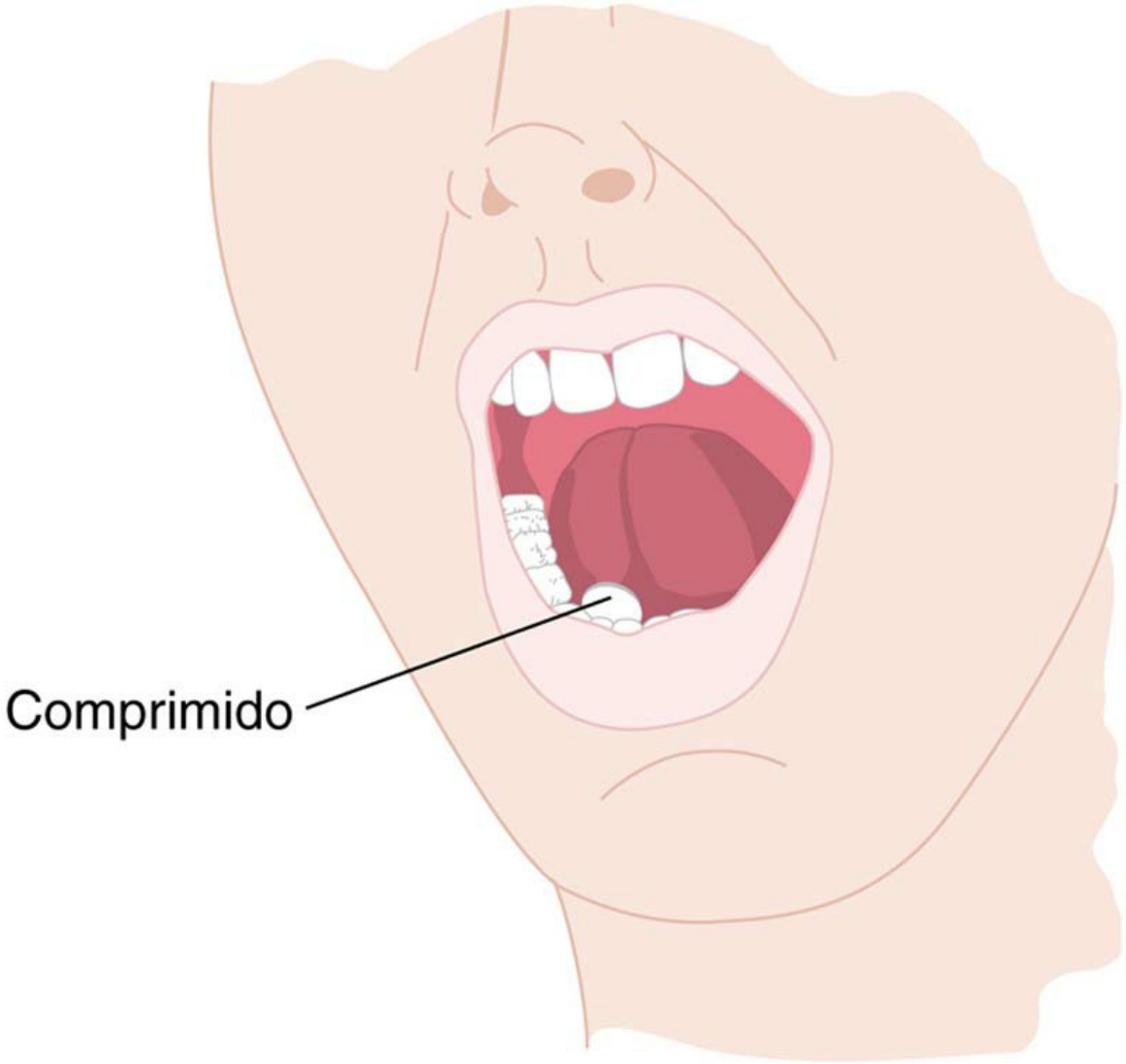


FIGURA 32-3 Administração sublingual de um comprimido.

Administração Bucal

A administração de um medicamento pela via **bucal** envolve colocar o medicamento sólido na boca contra as mucosas da bochecha até que ele se dissolva (Fig. 32-4). Ensine os pacientes a alternar as bochechas a cada dose subsequente para evitar a irritação da mucosa. Advirta os pacientes para não mastigar ou engolir o medicamento ou para não

beber qualquer líquido com ele. Um medicamento bucal age localmente sobre a mucosa ou sistemicamente quando é deglutido na saliva de uma pessoa.

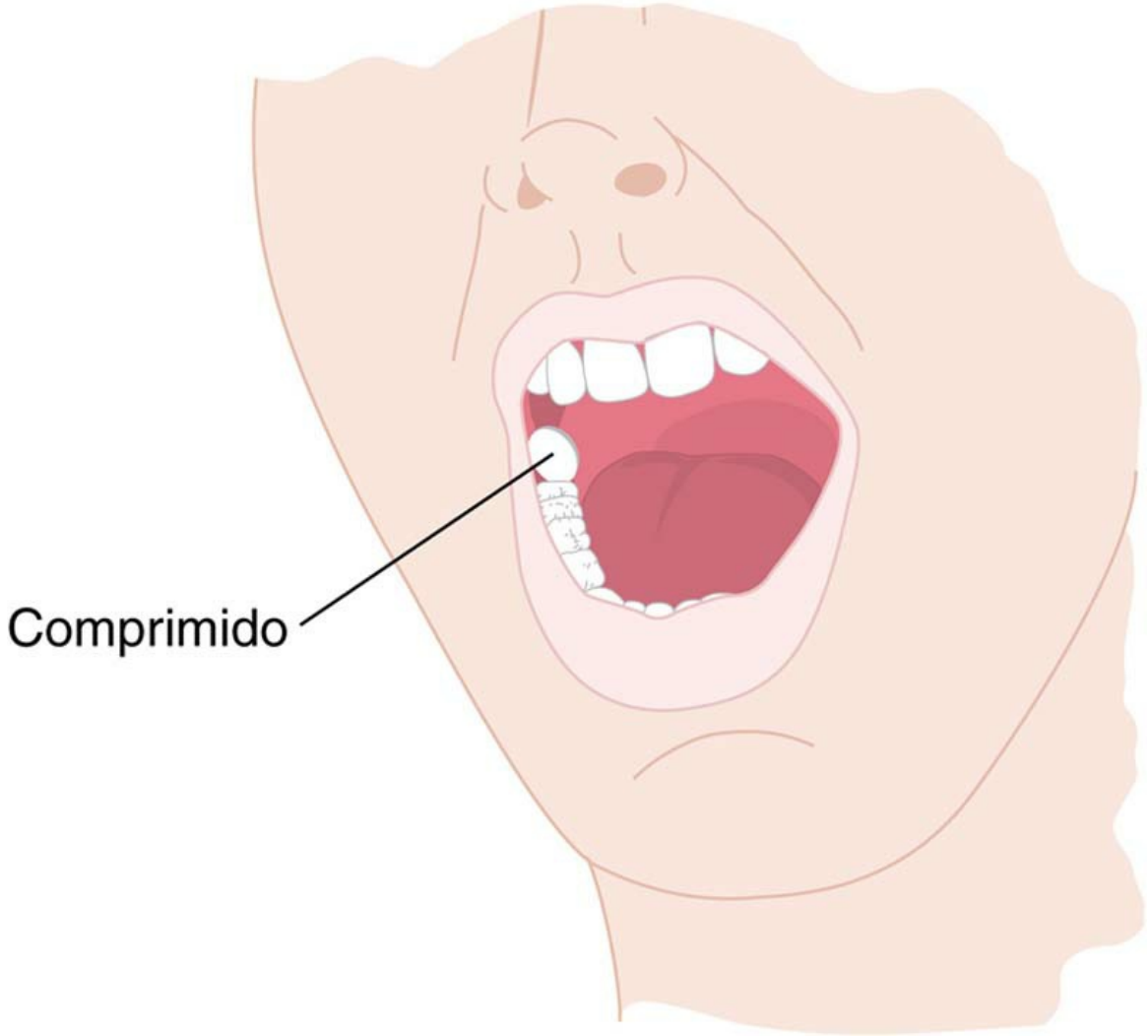


FIGURA 32-4 Administração oral de um comprimido.

Vias Parenterais

A **administração parenteral** envolve injetar um medicamento dentro dos tecidos orgânicos. Os quatro principais locais de injeção são os seguintes:

1. **Intradérmico (II)**: Injeção dentro da derme exatamente abaixo da

epiderme

2. **Subcutâneo**: Injeção dentro dos tecidos exatamente abaixo da derme da pele
3. **Intramuscular (IM)**: Injeção dentro de um músculo
4. **Intravenoso (IV)**: Injeção dentro de uma veia.

Alguns medicamentos são administrados dentro das cavidades corporais através de outras vias, inclusive epidural, intratecal, intraóssea, intraperitoneal, intrapleural e intra-arterial. Comumente, as enfermeiras não são responsáveis pela administração dos medicamentos através destas técnicas avançadas. Se você realmente administra um medicamento, você permanece responsável por monitorar a integridade do sistema de liberação deste, por compreender seu valor terapêutico e por avaliar a resposta de um paciente à terapia.

Epidural

Os medicamentos epidurais são administrados no espaço epidural por meio de um cateter, o qual é posicionado por uma enfermeira-anestesista ou por um anestesiologista. Esta via é utilizada para a administração de analgesia regional para procedimentos cirúrgicos (Caps. 44 e 50). As enfermeiras americanas que possuem educação avançada na via epidural podem administrar os medicamentos por infusão contínua ou por uma dose em bolus.

Intratecal

Os médicos e as enfermeiras americanas especialmente educadas administram medicamentos intratecais através de um cateter cirurgicamente aplicado no espaço subaracnoide ou em um dos ventrículos do cérebro. Com frequência, a administração de medicamento intratecal é um tratamento de longo prazo.

Intraósseo

Este método de administração de medicamento envolve a infusão do medicamento diretamente na medula óssea. Ele é mais comumente utilizado nos lactentes e em crianças de até 2 anos de idade que

apresentam acesso difícil ao seu acesso intravascular ou quando surge uma emergência e o acesso IV é impossível.

Intraperitoneal

Os medicamentos administrados dentro da cavidade peritoneal são absorvidos para dentro da circulação. Os agentes quimioterápicos, a insulina e os antibióticos são administrados desta maneira.

Intrapleural

Uma seringa e agulha ou um dreno torácico são utilizados para administrar os medicamentos intrapleurais diretamente dentro do espaço pleural. Os agentes quimioterápicos são os medicamentos mais comumente utilizados através deste método. Os médicos também instilam os medicamentos que ajudam a resolver o derrame pleural persistente para promover a aderência entre as pleuras visceral e parietal. Isto é chamado de *pleurodese*.

Intra-arterial

Os medicamentos intra-arteriais são administrados diretamente dentro das artérias. As infusões intra-arteriais são muito comuns em pacientes que apresentam coágulos arteriais e recebem os agentes anticoagulantes. Uma enfermeira gerencia uma infusão contínua do agente anticoagulante e monitora cuidadosamente a integridade da infusão para evitar a desconexão inadvertida do sistema e o subsequente sangramento.

Os outros métodos de administração de medicamentos que são usualmente limitados à administração pelo médico são o **intracardíaco**, uma injeção de um medicamento diretamente dentro do tecido cardíaco, e o **intra-articular**, uma injeção de um medicamento dentro de uma articulação.

Administração Tópica

Os medicamentos aplicados na pele e na mucosa geralmente possuem efeitos locais. Você aplica os medicamentos tópicos na pele ao pintar ou espalhar o medicamento sobre uma área, aplicando compressas

úmidas, embebendo partes do corpo em uma solução ou fornecendo banhos medicamentosos. Os efeitos sistêmicos frequentemente acontecem quando a pele de um paciente é fina ou está com uma solução de continuidade, quando a concentração do medicamento é alta ou quando o contato com a pele é prolongado. Uma placa ou **disco transdérmico** (p. ex., nitroglicerina, escopolamina e estrogênios) tem efeitos sistêmicos. O disco mantém a pomada medicamentosa na pele. Estas aplicações tópicas permanecem no local por um intervalo tão curto quanto 12 horas ou por até 7 dias.

Você aplica os medicamentos tópicos nas mucosas das seguintes maneiras:

1. Aplicação direta de um líquido ou pomada (p. ex., colírios, gargarejo ou embebição da garganta)
2. Inserção de um medicamento dentro de uma cavidade corporal (p. ex., colocar um supositório no reto ou vagina ou inserir o envoltório medicamentoso na vagina)
3. Instilação de um líquido dentro de uma cavidade corporal (p. ex., medicamentos otológicos, gotas nasais ou **instilação** vesical e retal [o líquido é retido])
4. Irrigação de uma cavidade corporal (p. ex., lavar o olho, ouvido, vagina, bexiga ou reto com o líquido medicamentoso [o líquido não é retido])
5. Borrifação de um medicamento dentro de uma cavidade corporal (p. ex., instilação dentro do nariz e da garganta)

Via Inalatória

As vias mais profundas do trato respiratório proporcionam uma grande área de superfície para a absorção de medicamentos. As enfermeiras administram os medicamentos inalados através das vias nasal e oral ou dos tubos endotraqueal ou de traqueostomia. Os tubos endotraqueais penetram pela boca do paciente e terminam na traqueia, enquanto que os tubos de traqueostomia entram diretamente na traqueia através de uma incisão feita no pescoço. Os medicamentos inalados são prontamente absorvidos e agem rapidamente em decorrência da rica rede capilar vascular alveolar existente no tecido

pulmonar. Muitos medicamentos inalados possuem efeitos locais ou sistêmicos.

Via Intraocular

A liberação de medicamento **intraocular** envolve a inserção de um medicamento semelhante a uma lente de contato no olho do paciente. O disco de medicamento ocular possui duas camadas externas macias que contêm o medicamento incluso nelas. A enfermeira insere o disco no olho do paciente, assemelhando-se muito a uma lente de contato. O medicamento permanece no olho por até 1 semana.

Sistemas de Medição de Medicamento

A administração adequada de um medicamento depende de sua capacidade para computar as doses administradas com exatidão e de medir corretamente o medicamento. Os erros fatais frequentemente ocorrem quando as enfermeiras cometem erros de cálculo ou na medição de medicamentos. Como enfermeira, você é responsável por verificar cuidadosamente os cálculos antes de administrar um medicamento. Muitas instituições possuem políticas relacionadas com a administração de medicamentos de alto risco (p. ex., heparina e insulina) que podem requerer que uma segunda enfermeira torne a verificar antes da administração.

A terapia medicamentosa utiliza os sistemas de medição métrico, farmacêutico e doméstico. O sistema farmacêutico raramente é utilizado em nossos dias. Embora o congresso norte-americano não tenha adotado oficialmente o sistema métrico, a maioria dos profissionais de saúde nos Estados Unidos o utilizam.

Sistema Métrico

Como um sistema decimal, o **sistema métrico** consiste na melhor organização lógica. Você converte e computa as unidades métricas utilizando a multiplicação e a divisão simples. Cada unidade básica de mensuração é organizada em unidades de 10. Multiplicar ou dividir

por 10 forma as unidades secundárias. Na multiplicação, o ponto decimal movimenta-se para a direita; na divisão, o decimal se move para a esquerda. Por exemplo:

$$10\,\text{mg} \times 10 = 100\,\text{mg}$$

$$10\,\text{mg} \div 10 = 1\text{mg}$$

As unidades de medição básicas no sistema métrico são o metro (comprimento), o litro (volume) e o grama (peso). Para cálculos de medicamentos, utilize apenas as unidades de volume e peso. O sistema métrico usa as letras minúsculas ou maiúsculas ou uma combinação de letras minúsculas e maiúsculas para designar as unidades básicas:

$$\text{Grama} = \text{g ou Gm}$$

$$\text{Litro} = \text{l ou L}$$

$$\text{Miligrama} = \text{mg}$$

$$\text{Mililitro} = \text{mL}$$

Um sistema de prefixos em Latim designa a subdivisão das unidades básicas: *deci-* (1/10 ou 0,1), *centi-* (1/100 ou 0,01) e *mili-* (1/1.000 ou 0,001). Os prefixos gregos designam os múltiplos das unidades básicas: *deca-* (10), *hecto-* (100) e *quilo-* (1000). Quando escrever as doses do medicamento nas unidades métricas, os profissionais de saúde e as enfermeiras utilizam frações ou múltiplos de uma unidade. Converta as frações em decimais.

$$500\,\text{mg ou } 0{,}5\,\text{g}, \textit{não } 1/2\,\text{g}$$

$$10\,\text{mL ou } 0{,}01\,\text{L}, \textit{não } 1/100\,\text{L}$$

Muitos erros de medicação reais ou potenciais acontecem com o uso de frações e vírgulas de decimais. Siga os padrões de prática quando os medicamentos são prescritos em frações para evitar estes erros. Por exemplo, para tornar o ponto decimal mais visível, um zero *sempre* é colocado na frente da vírgula de decimal (p. ex., use 0,25, *não*. 25). *Nunca* empregue um zero corrente (ou seja, um zero depois da vírgula ou ponto decimal) porque, quando um profissional de cuidados de saúde não enxerga o ponto decimal, o paciente pode receber 10 vezes mais medicamento do que aquele que foi prescrito (p. ex., use 5, *não* 5.0) (ISMP, 2013a).

Medições Domiciliares

As unidades de medição domiciliares são familiares à maioria das pessoas. As medidas domiciliares incluem gotas, colheres de chá, colheres de sopa e copos para volume e quartilho e litro para peso. A desvantagem destas medições é a falta de exatidão quando o paciente emprega utensílios domiciliares como colheres de chá e xícaras. Incentive os pacientes a nunca utilizar os dispositivos de medição domiciliares para administrar medicamentos na forma líquida. Os dispositivos são inexatos e podem fornecer uma quantidade maior ou menor que a prescrita (Consumer Med Safety, 2015). Os medicamentos líquidos atuais de venda livre (OTC) quase sempre possuem seus dispositivos de medição próprios (Consumer Med Safety, 2015). As balanças para medir xícaras e litros não são bem calibradas. Para calcular os medicamentos com exatidão, você precisa saber os equivalentes comuns das unidades métricas e domiciliares (Tabela 32-6).

Tabela 32-6

Equivalentes de Medição

Métrico	Farmacêutico	Domiciliar
1 mL	15-16 mínimos*	15 gotas (gtt)
5 mL	1 dracma*	1 colher de chá (tsp)
15mL	4 dracmas*	1 colher de sopa (tbsp)
30 mL	1 onça líquida	2 colheres de sopa (tbsp)
240 mL	8 onças líquidas	1 xícara (c)
480 mL (aproximadamente 500 mL)	1 pinta (pt)	1 pinta (pt)
960 mL (aproximadamente 1 L)	1 quarto (qt)	1 quarto (qt)
3840 mL (aproximadamente 4 L)	1 galão (gal)	1 galão (gal)

* Mínimos e dracmas não são mais unidades de medição aceitáveis para a administração de medicamentos, embora alguns copos e seringas de medicamentos ainda os tenham listados. Utilize mL para a preparação segura do medicamento (Morris, 2014).

Soluções

As enfermeiras usam uma variedade de concentrações para injeções, **irrigações** e infusões. Uma **solução** é uma determinada massa de substância sólida dissolvida em um volume conhecido de outro líquido. Quando um sólido é dissolvido em um líquido, a concentração está em unidades de massa por unidades de volume (p. ex., g/L, mg/mL). Você também pode expressar uma concentração de uma solução como uma porcentagem. Por exemplo, uma solução a 10% é composta de 10 g de sólido dissolvido em 100 mL de solução. Uma proporção também expressa as concentrações. Uma solução a 1/1.000 representa uma solução contendo 1 g de sólido em 1.000 mL de líquido ou 1 mL de líquido misturado em 1.000 mL de outro líquido.

Base de conhecimento de enfermagem

O Institute of Medicine (IOM) publicou o livro *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (IOM, 1999). Este livro criou uma nova consciência nacional dos problemas dentro do sistema de cuidados de saúde. Estima-se que até 98.000 pessoas morrem em um determinado dia por erros médicos cometidos em hospitais. Isto significa que mais pessoas morrem por erros médicos do que por acidentes por veículos automotores, câncer de mama, síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) e lesões por acidentes de trabalho. Os especialistas em cuidados de saúde estimam que os erros relacionados com medicamentos em pacientes hospitalizados custem mais de $3,5 bilhões de dólares por ano (CDC, 2012).

As enfermeiras desempenham um papel importante na segurança do paciente, em particular na área de administração de medicamento. A administração segura de medicamentos também constitui um tópico importante para as atuais enfermeiras pesquisadoras (Quadro 32-2). Como enfermeira, você precisa saber como calcular as doses do medicamento com exatidão e compreender os diferentes papéis que os membros da equipe de saúde desempenham na prescrição e administração dos medicamentos. Aplique seu conhecimento e raciocine criticamente para garantir a administração segura de medicamentos.

Quadro 32-2

Prática baseada em evidências

Reduzindo os Erros durante a Administração de Medicamento

Pergunta PICO: Nos hospitais, o uso de entrada de ordem de prescrição computadorizada (CPOE), dispensadores de medicamento automatizados (AMDs) e administração de

medicamento por código de barras (BCMA) durante a administração de medicamentos diminuem a incidência de erros de medicação feita por enfermeiras quando comparados com as enfermeiras que não usam estas tecnologias de saúde?

Sumário de Evidências

A administração de medicamentos é um processo altamente complexo. Com frequência, os erros resultam de problemas dentro de uma ou mais partes do processo. Muitos erros ocorrem quando um medicamento é prescrito ou quando ele é administrado (Grou Volpe et al., 2014). A pesquisa mostra que a implementação de tecnologias de administração de medicamentos como CPOE, AMD e BCMA ajuda a diminuir os erros de medicação em diversos ambientes de cuidados de paciente (Ching et al., 2013; Cochran e Haynatzki, 2013; Cousein et al., 2014). No entanto, as instituições de cuidados de saúde não podem se fundamentar apenas na tecnologia. Considerar fatores humanos, como os níveis de graduação da equipe das enfermeiras e farmacêuticos (Cochran e Haynatzki, 2013), e integrar a tecnologia no fluxo de trabalho da enfermagem (Ching et al., 2013) também são essenciais na promoção da segurança da medicação.

Aplicação na Prática de Enfermagem

- O processo de implementação da tecnologia de administração de medicamento é complexo e precisa ser bem planejado e envolver a equipe de cuidados de enfermagem, inclusive as enfermeiras, para garantir a implementação bem-sucedida (Ching et al., 2013).
- Ainda que o emprego de CPOE, AMD e BCMA reduza muitos erros de medicação, isto não elimina a sua totalidade (Ching et al., 2013; Cousein et al., 2014). Por conseguinte, as enfermeiras precisam permanecer vigilantes e seguir consistentemente as políticas e protocolos de administração de medicamentos para garantir a administração segura de medicamentos.
- Como os erros de medicação estão frequentemente associados a elevadas sobrecargas de enfermagem, a complexidade e a

acuidade dos cuidados do paciente aumentados, e o suporte de farmácia reduzido, os administradores dos cuidados de saúde, inclusive as chefes de enfermagem, precisam garantir os níveis apropriados de equipe de enfermeiras e farmacêuticos que se baseiam na carga de trabalho e na acuidade do paciente (Cochran e Haynatzky, 2013; Grou Volpe et al., 2014).

Cálculos Clínicos

Para administrar medicamentos com segurança, você precisa ter uma compreensão das habilidades matemáticas básicas para calcular as doses de medicamento, misturar soluções e realizar várias outras atividades. Isto é importante porque os medicamentos nem sempre são dispensados na unidade de medida em que foram prescritos. A indústria farmacêutica embala e envasa os medicamentos em dosagens padronizadas. Por exemplo, um médico assistente de um paciente prescreve 20 mg de um medicamento que está disponível apenas em frascos de 40 mg. Com frequência, as enfermeiras convertem as unidades de volume e peso disponíveis nas doses desejadas. Portanto, é importante estar ciente dos equivalentes em todos os principais sistemas de medição. Você emprega os equivalentes quando realiza outras ações de enfermagem, como quando calcula a ingesta e o débito de um paciente e as velocidades de fluxo IV.

Conversões dentro de um Sistema

A conversão de medições dentro de um sistema é relativamente fácil; simplesmente dividir ou multiplicar no sistema métrico. Para mudar miligramas em gramas, divida por 1000, movendo a vírgula três casas decimais para a esquerda.

$$1.000\,mg = 1g$$

$$350\,mg = 0,35\,g$$

Para converter litros em mililitros, multiplique por 1.000 ou mova a vírgula 3 casas para a direita.

$$1L = 1.000\,mL$$

$$0,25\,L = 250\,mL$$

Para converter as unidades de medida dentro do sistema domiciliar, consulte uma tabela de equivalentes. Por exemplo, quando converte onças líquidas em quartilho, você precisa saber que 32 onças líquidas equivalem a 1 quartilho. Para converter 8 onças em uma medida de quartilho, divida 8 por 32 para obter o equivalente, 1/4 ou 0,25 quartilho.

Conversão entre Sistemas

As enfermeiras frequentemente determinam a dose apropriada de um medicamento ao converter pesos ou volumes a partir de um sistema de medição para o outro. Desta maneira, por vezes você converte as unidades métricas em medidas domiciliares equivalentes para uso em casa. Para calcular os medicamentos, é necessário trabalhar com unidades no mesmo sistema de medição. As tabelas de medições equivalentes estão disponíveis em todas as instituições de cuidados de saúde. Um farmacêutico também é um bom parâmetro de aconselhamento.

Antes de converter, compare o sistema de medição disponível com o sistema utilizado quando o medicamento foi prescrito. Por exemplo, um paciente recebe a prescrição de guaifenesina (Robitussin), 30 mL, mas o paciente possui apenas colheres de sopa em casa. Para instruí-lo adequadamente sobre como preparar a dose, você converte mL em colheres de mesa, o que exige que você saiba o equivalente ou se refira

a uma tabela como a Tabela 32-6.

Cálculos de Dose

Os métodos utilizados para calcular as doses do medicamento incluem o método de razão e proporção, o método de fórmula e a análise dimensional. Antes de efetuar qualquer cálculo, faça uma estimativa mental da dosagem aproximada e razoável. Quando a estimativa não se compatibiliza com a solução calculada, torne a verificar os cálculos antes de preparar e administrar o medicamento. Para aumentar a exatidão e reduzir a ansiedade, pense criticamente a respeito dos processos usados durante o cálculo, pratique fazendo os cálculos até que você se sinta confiante em suas habilidades matemáticas (Hunter Revell e McCurry, 2013). Além disso, escolha o método de cálculo com que você fica mais confortável e utilize-o de maneira consistente (Morris, 2014). Muitas instituições de cuidados de saúde requerem que uma enfermeira faça uma dupla verificação dos cálculos por outra enfermeira antes de administrar os medicamentos, em especial quando o risco de dar o medicamento errado é alto (p. ex., heparina, insulina). *Sempre* tenha outra enfermeira para verificar o seu trabalho quando você não está certa a respeito de uma resposta ou quando a resposta de um cálculo de medicação parece inadequado ou ilógico.

O Método da Razão e Proporção

Uma razão indica a relação entre dois números separados por dois-pontos (:). A presença de dois-pontos na razão indica a necessidade de usar a divisão. Pense em uma razão como uma fração; o número à esquerda é o numerador e o número à direita é o denominador. Por exemplo, a razão 1:2 é o mesmo que 1/2. Uma proporção é uma equação que apresenta duas razões de igual valor. Escreva uma proporção em uma das três maneiras:

$$\text{Exemplo 1:} \quad 1:2 = 4:8$$

$$\text{Exemplo 2:} \quad 1:2::5:8$$

$$\text{Exemplo 3:} \quad 1/2 = 4/8$$

Em uma proporção, o primeiro e o último números são chamados de *extremos*, sendo que o segundo e o terceiro números são chamados de *meios*. Quando se multiplicam os extremos, a resposta é a mesma quando se multiplicam os meios. Por exemplo, nas proporções anteriores, a multiplicação dos extremos (1 x 8) fornece o mesmo resultado que a multiplicação dos meios (2 x 4 = 8). Por causa desta relação, quando você conhece três dos números na proporção, é fácil calcular o quarto número desconhecido. Os números precisam estar todos na mesma unidade e sistema de medição. Para solucionar um cálculo usando o método da razão e proporção, estime primeiramente a resposta em sua mente. Depois, estabeleça a proporção, dê o nome de todos os termos. Coloque os termos da razão na mesma sequência (p. ex., mg:mL = mg:mL). Faça a multiplicação cruzada dos meios e dos extremos e divida ambos os lados pelo número antes do *x* para obter a dosagem. *Sempre* rotule a resposta; quando a resposta não está próxima do estimado, torne a verificar o cálculo.

Exemplo: O médico-assistente prescreve 500 mg de amoxicilina para serem administrados em uma sonda gástrica a cada 8 horas. O frasco da amoxicilina é rotulado com 400 mg/5 mL. Utilize as seguintes etapas para calcular quanto de amoxicilina administrar:

1. **Estimar a resposta:** A quantidade rotulada é um pouco maior que a dose rotulada por 5 mL (dose unitária) que é fornecida na solução; portanto, a resposta é um pouco maior que 5 mL.
2. **Estabeleça a proporção:**

$$\frac{400\,\text{mg}}{5\,\text{mL}} = \frac{500\,\text{mg}}{x\,\text{mL}}$$

3. **Faça a multiplicação cruzada dos meios e dos extremos:**

$$400x = 500 \times 5$$

$$400x = 2500$$

4. **Dividir ambos os lados pelo número antes do *x*:**

$$\frac{400x}{400} = \frac{2.500}{400}$$

$$x = \frac{2.500}{400}$$

$$x = 6{,}25\,\text{mL}$$

5. **Compare a estimativa na Etapa 1 com a resposta na Etapa 4:** A resposta (6,25 mL) está próxima à quantidade estimada (um pouco mais que 5 mL). Portanto, a resposta está correta; prepare e administre 6,25 mL na sonda gástrica do paciente.

O Método da Fórmula

A utilização deste método requer que você primeiramente memorize a fórmula. Estime a resposta e, em seguida, coloque todas as informações da prescrição de medicamentos na fórmula. Rotule todas as partes da fórmula e garanta que todas as medições na fórmula estão nas mesmas unidades e sistema de medição antes de calcular a dosagem. Quando as medidas não se encontram no mesmo sistema de medição, converta os números para o mesmo sistema antes de calcular a dose. Calcule e rotule a resposta e compare a resposta com a resposta estimada. Se a estimativa não é similar à resposta, torne a verificar o cálculo. Use a seguinte fórmula básica quando utilizar o método da fórmula:

$$\frac{\text{Dose prescrita}}{\text{dose à mão}} \times \text{Quantidade à mão} = \text{Quantidade a administrar}$$

A dose prescrita é a quantidade do medicamento prescrita. A dose à mão é a dose (p. ex., mg, unidades) do medicamento suprida pela farmácia. A quantidade à mão é a unidade ou quantidade básica do medicamento que contém a dose à mão. Para medicamentos sólidos, a quantidade à mão frequentemente é uma cápsula; a quantidade de líquido à mão é, por vezes, 1 mL ou 1 L, dependendo do recipiente. Por exemplo, um medicamento líquido é fornecido na força de 125 mg por 5 mL. Neste caso, 125 mg constituem a dose à mão e 5 mL é a quantidade à mão. A quantidade a administrar é a quantidade real de medicamento que a enfermeira administra. Sempre expresse a quantidade a administrar na mesma unidade que a da quantidade à mão.

Exemplo: O médico-assistente prescreve sulfato de morfina, 2 mg IV. O medicamento está disponível em um frasco contendo 10 mg/mL. A fórmula é aplicada da seguinte maneira:

1. **Estime a resposta:** O medicamento é um líquido; assim, a resposta será em mililitros (mL). A quantidade a ser administrada é inferior à metade da dose; desta maneira, a resposta será inferior a 1/2 mL.
2. **Estabeleça a fórmula:**

$$\frac{\text{Dose prescrita}}{\text{Dose à mão}} \times \text{Quantidade à mão} = \text{Quantidade a administrar}$$

$$\frac{2\,\text{mg}}{10\,\text{mg}} \times 1\,\text{mL} = \text{Quantidade a administrar}$$

3. **Calcule a resposta:**

$$\frac{2\,mg}{10\,mg} \times 1mL = 0,2mL$$

4. **Compare a estimativa na Etapa 1 com a resposta na Etapa 3:** A resposta é inferior a 1/2 mL; desta maneira, ela está próxima à resposta estimada. Prepare 0,2 mL do medicamento em uma seringa e administre-a ao paciente.

Análise Dimensional

A análise dimensional é o método fator-rótulo ou o método da unidade-fator. Não há necessidade de memorizar uma fórmula pois apenas uma equação é necessária e as mesmas etapas são utilizadas na resolução de todo cálculo de medicamento. As estudantes de enfermagem que empregam a análise dimensional para calcular as dosagens de medicamento frequentemente acham mais fácil calcular os medicamentos do que quando elas utilizam o método de fórmula (Cookson, 2013). Use as seguintes etapas para calcular as doses de medicamento através da análise documental:

1. Identifique a unidade de medida que você precisa administrar. Por exemplo, quando você deve administrar uma pílula, você comumente fornece um comprimido ou uma cápsula; para medicamentos líquidos parenterais ou orais, a unidade é em mililitros.
2. Estime a resposta.
3. Coloque o nome ou a abreviatura apropriada para o x no lado esquerdo da equação (p. ex., x tab, x mL).
4. Coloque as informações disponíveis no problema em um formato de fração no lado direito da equação. Coloque a abreviatura ou a unidade que se compatibilize com o que você deve administrar (determinado na Etapa 1) no numerador.
5. Observe a prescrição do medicamento e adicione outros fatores no problema. Estabeleça o numerador de modo que ele se compatibilize com a unidade no denominador anterior.
6. Cancele as unidades de medição semelhantes no lado direito da equação. Você deve terminar apenas com uma unidade à

esquerda na equação e ela deve compatibilizar-se com a unidade no lado esquerdo da equação.

7. Reduzir aos menores termos quando possível e resolver o problema, ou resolva para x. Rotular sua resposta.
8. Compare sua estimativa da Etapa 1 com sua resposta na Etapa 2.

Exemplo: O médico-assistente prescreve 0,45 g de penicilina V potássica através de uma sonda gástrica. O rótulo do frasco diz: penicilina V potássica, 125 mg/5 mL.

1. **Identifique a unidade de medida que você precisa administrar.** Este medicamento é administrado em uma sonda gástrica, que é um medicamento líquido; portanto, a resposta será em mililitros (mL).
2. **Estime a resposta.** A prescrição do medicamento é mais de três vezes, porém menos de quatro vezes a dose unitária no frasco; desta maneira, a resposta é maior que 15 mL e menor que 20 mL.
3. **Coloque o nome ou a abreviatura adequada para *x* no lado esquerdo da equação.**

$$x\,\text{mL} =$$

4. **Coloque as informações disponíveis a partir do problema em um formato de fração no lado direito da equação.** Como o medicamento será administrado em mililitros, coloque mL no numerador.

$$x\,\text{mL} = \frac{5\,\text{mL}}{125\,\text{mg}}$$

5. **Observe a prescrição do medicamento e adicione os outros fatores no problema.** Estabeleça o numerador de modo que ele compatibilize a unidade no denominador prévio. A prescrição é para 0,45 g e o medicamento está disponível em frascos de 125 mg. Sabendo que 1 g = 1.000 mg, adicione esta conversão ao

cálculo.

$$x\,\text{mL} = \frac{5\,\text{mL}}{125\,\text{mg}} \times \frac{1.000\,\text{mg}}{1\,\text{g}} \times \frac{0{,}45\,\text{g}}{1}$$

6. **Cancele as unidades de medição semelhantes no lado direito da equação.**
7. **Reduza aos menores termos possíveis e resolva o problema ou resolva o *x*.** Rotule sua resposta.

$$x\,\text{mL} = \frac{5 \times 1.000 \times 0{,}45}{125}$$

$$x = \frac{2.250}{125}$$

$$x = 18\,\text{mL}$$

8. **Compare a estimativa da Etapa 2 com a resposta na Etapa 7.** A resposta calculada é 18 mL, que fica entre 15 mL e 20 mL. Isto é compatível com a estimativa feita na Etapa 2. Prepare e administre 18 mL do medicamento conforme prescrito.

$$x\,\text{mL} = \frac{5\,\text{mL}}{125\,\cancel{\text{mg}}} \times \frac{1.000\,\cancel{\text{mg}}}{1\,\cancel{\text{g}}} \times \frac{0{,}45\,\cancel{\text{g}}}{1}$$

Doses Pediátricas

A evidência atual mostra que crianças estão em um risco muito mais

elevado de experimentar um erro de medicação que os adultos, sendo que os erros de medicação em crianças apresentam uma chance maior de causar consequências graves e, até mesmo fatais. (Kaufmann et al., 2012; Rinke et al., 2014). Os erros de medicação envolvendo crianças frequentemente acontecem pelos seguintes motivos (Morris, 2014):

- Confusão entre formulações para adultos e crianças
- Disponibilidade de múltiplas concentrações pediátricas de medicamentos líquidos orais
- Preparação inexata de medicamentos que precisam ser diluídos
- Embalagem similar dos medicamentos e nomes de medicamentos que parecem semelhantes e que soam de maneira similar
- Pais que não compreendem como preparar e administrar corretamente os medicamentos
- Erros nos cálculos e uso de dispositivos de medição inexatos (p. ex., colheres de chá e de mesa domiciliares) em oposição aos dispositivos feitos para medir pequenos volumes

O cálculo das doses de medicamentos de crianças requer cautela (Hockenberry e Wilson, 2015). Mesmo pequenos erros ou discrepâncias na quantidades do medicamento podem afetar negativamente a saúde de uma criança (Morris, 2014). Idade, peso e maturidade dos sistemas orgânicos de uma criança afetam a capacidade de metabolizar e excretar os medicamentos. Por vezes, as enfermeiras têm dificuldade de avaliar a resposta de uma criança a um medicamento, em especial quando ela não pode se comunicar de maneira verbal. Por exemplo, um efeito colateral da vancomicina é a ototoxicidade. Quando uma criança ainda não consegue falar, constitui um desafio avaliar a ototoxicidade. Utilize as seguintes diretrizes quando se calculam as doses pediátricas:

1. A maioria dos medicamentos pediátricos é prescrito em miligramas por quilograma (mg/kg). Portanto, pese o paciente em quilogramas antes de administrar os medicamentos. Evite converter o peso do paciente de libras para quilograma para evitar erros.
2. Comumente, as doses pediátricas são muito menores que as doses para adultos para o mesmo medicamento. Com frequência,

você utiliza microgramas e seringas pequenas (p. ex., seringa de tuberculina ou de 1 mL).

3. As doses IM são muito pequenas e comumente não excedem 1 mL em crianças pequenas e 0,5 mL em neonatos.
4. As dosagens subcutâneas também são muito pequenas e, em geral, não excedem a 0,5 mL.
5. A maioria dos medicamentos não é arredondado para o decimal mais próximo. Em lugar disto, eles são arredondados para o milesimal mais próximo.
6. Meça as dosagens inferiores a 1 mL em seringas que são marcadas em décimos de mililitro quando o cálculo da dosagem vem uniforme e não precisa ser arredondado. Empregue uma seringa de tuberculina para a preparação do medicamento quando o medicamento precisa ser arredondado para o milesimal mais próximo.
7. Estime a dose do paciente antes de começar o cálculo; escreva e compare a resposta com a estimativa antes de preparar o medicamento.
8. Para determinar se uma dose é segura antes de administrar o medicamento, compare e avalie a quantidade de medicamento prescrita durante 24 horas com a dosagem recomendada.

Diferentes fórmulas e métodos são empregados para calcular as dosagens do medicamento em crianças. Os dois métodos mais comuns de calcular as dosagens pediátricas baseiam-se no peso ou área de superfície corporal (BSA) de uma criança. A BSA é utilizada em raras situações (p. ex., determinação da dose de quimioterapia). Refira-se a uma fonte pediátrica ou de farmacologia e consulte o médico-assistente ou um farmacêutico caso você precise calcular uma medicação com base na BSA.

Na maior parte das situações, você calcula os medicamentos com base no peso de uma criança. Você pode usar o método da razão e proporção, o método de fórmula ou a análise dimensional para calcular uma dose pediátrica usando o peso corporal. Refira-se às seções anteriores sobre a razão e proporção, método da fórmula e análise dimensional para selecionar o método de mais fácil utilização.

Papel do Profissional de Saúde

Um médico, uma enfermeira da prática americana ou médico residente prescreve medicamentos ao escrever uma prescrição em um formulário no prontuário médico de um paciente, em um livro de prescrição ou em um receituário legal. Alguns profissionais de saúde usam um computador de mesa, um laptop ou um smartfone para gerar a prescrição do medicamento. Muitos hospitais implementam entradas de prescrição médica computadorizada (em inglês, computerized physician order entry, CPOE) para manusear as prescrições de medicação a fim de diminuir os erros de medicação (Ghaemmaghami, 2014). Nestes sistemas, o profissional de saúde preenche todos os campos computadorizados antes de fazer a prescrição do medicamento, evitando prescrições incompletas ou ilegíveis.

Por vezes, um profissional de saúde prescreve um medicamento por telefone ou falando pessoalmente com a enfermeira. Uma prescrição para um medicamento ou tratamento médico feita através do telefone é chamado de uma *prescrição telefônica*. Quando a prescrição é dada verbalmente para a enfermeira, ela é chamada de **prescrição verbal**. Quando uma prescrição verbal ou telefônica é recebida, a enfermeira que a recebeu escreve uma prescrição completa ou a insere no computador, a relê e recebe a confirmação do profissional de saúde para confirmar a exatidão. A enfermeira indica o horário e o nome do profissional de saúde que deu a prescrição, a assina e segue a política da instituição para indicar que ela foi lida novamente para o autor. O profissional de saúde faz uma assinatura de confirmação na prescrição em um momento posterior, usualmente dentro de 24 horas depois de sua emissão. Siga as diretrizes para a recepção segura de prescrições de medicação telefônicas ou verbais (Quadro 32-3). As políticas da instituição variam em relação às pessoas que podem receber as prescrições telefônicas ou verbais. Estudantes de enfermagem não podem receber prescrições de medicação de qualquer tipo. Elas somente fornecem medicamentos recentemente prescritos depois que uma enfermeira escreveu e verificou a prescrição.

Quadro 32-3 Diretrizes para prescrições telefônicas e verbais

- Apenas a equipe autorizada recebe e registra as prescrições telefônicas e verbais. A instituição identifica por escrito os profissionais que estão autorizados a fazer isto.
- Identifique claramente o nome, o número do quarto e o diagnóstico do paciente.
- Leia novamente todas as prescrições para o médico (TJC, 2016).
- Utilize o esclarecimento das dúvidas para evitar as compreensões errôneas.
- Escreva "OT" (ordem telefônica) ou "OV" (ordem verbal), incluindo data e horário, nome do paciente, e preencha o formulário; assine o nome do médico e da enfermeira.
- Siga as políticas da instituição; algumas instituições exigem a documentação da "leitura retroativa" ou exigem que duas enfermeiras revejam e assinem as prescrições telefônicas ou verbais.
- O médico coassina a prescrição dentro do intervalo de tempo exigido pela instituição (em geral, 24 horas; confira a política da instituição).

As abreviaturas comuns são frequentemente usadas quando se escrevem as prescrições. As abreviaturas indicam as frequências ou horários de dosagem, as vias de administração e informações especiais para administrar o medicamento (Tabela 32-3). Os erros de medicação frequentemente envolvem o uso de abreviaturas. A Tabela 32-7 lista as abreviaturas que estão associadas a uma alta incidência de erros de medicação. *Não* use estas abreviaturas quando documentar as prescrições de medicamentos ou outras informações sobre medicamentos (ISMP, 2013a; TIC, 2014a). Por vezes, há variação entre as abreviaturas utilizadas por diferentes instituições. Verifique a política da instituição para determinar quais abreviaturas são aceitáveis para uso e seus significados.

Tabela 32-7

Abreviaturas Proibidas e Propensas ao Erro*

As abreviaturas, símbolos e designações de dose encontradas nesta tabela foram reportados no ISMP através do USP-ISMP Medication Error Reporting Program como sendo, em geral, frequentemente mal interpretados e estando envolvidos em erros de medicação perigosa. Eles NUNCA devem ser empregados quando se comunicam informações médicas. Isto inclui comunicações internas, prescrições telefônicas/verbais, rótulos gerados por computador, rótulos para caixas de armazenamento de medicamentos, registros de administração de medicamentos e telas de entrada de prescrições computadorizadas para a farmácia e para o prescritor. O The Joint Commission (TJC) estabeleceu uma Meta Nacional de Segurança do Paciente que especifica que determinadas abreviaturas devem aparecer na lista de não utilização pela instituição acreditada; elas são destacadas por um asterisco duplo (**). No entanto, esperamos que você venha a considerar outras abreviaturas além dos requisitos mínimos do TJC. Ao usar e promover as práticas seguras e ao educar uns aos outros sobre os perigos, podemos proteger melhor nossos pacientes.

Abreviaturas	**Significado Pretendido**	**Interpretação Errônea**	**Correção**
µg	Micrograma	Confundido com "mg"	Use "mcg"
AD, AS, AU	Ouvido direito, ouvido esquerdo, ambos os ouvidos	Confundido com OD, OS, OU (olho direito, olho esquerdo, ambos os olhos)	Use "ouvido direito", "ouvido esquerdo" ou "ambos os ouvidos"
OD, OS, OU	Olho direito, olho esquerdo, ambos os olhos	Confundido com AD, AS, AU (ouvido direito, ouvido esquerdo, ambos os ouvidos)	Use "olho direito", "olho esquerdo" e "ambos os olhos"
BT	Hora de dormir	Confundido com "BID" (duas vezes ao dia)	Use "hora de dormir"
HS	Meia-potência	Confundido com hora de dormir	Use "meia-potência" ou "hora de dormir"
hs	Na hora de dormir, horário do sono	Confundido com meia-potência	Use "hora de dormir" ou "meia-potência"
UI**	Unidade internacional	Confundido com IV (intravenoso) ou 10 (dez)	Use "unidades"
o.d. ou OD	Uma vez ao dia	Confundido com "olho direito" (OD – *oculus dexter*), levando a que medicamentos orais sejam administrados no olho	Use "diariamente"
Per os	Pela boca, por via oral	O "os" pode ser confundido com "olho esquerdo" (OS – *oculus sinister*)	Use "PO", "pela boca" ou "por via oral"
q.d. ou QD**	Todo dia	Confundido como q.i.d., em especial quando o	Use

		período depois do “q” ou a parte da cauda do “q” é erroneamente compreendido como um “l”	“diariamente”
qhs	Sempre à noite na hora de dormir	Confundido como “qhr” ou a toda hora	Utilize “a cada noite”
SC, SQ, sub q	Subcutâneo	SC confundido como SL (sublingual); SQ confundido como “cada 5”; o “q” em “sub q” tem sido confundido com “toda” (p. ex., uma dose de heparina prescrita “sub q 2 horas antes da cirurgia” mal compreendida como a cada 2 horas antes da cirurgia)	Use “subcut” ou “por via subcutânea”
TIW ou tiw	Três vezes na semana	Confundido com “3 vezes ao dia” ou “duas vezes na semana”	Use “3 vezes por semana”
U ou u**	Unidade	Confundido com o número 0 ou 4, provocando uma overdose de 10 vezes ou mais (p. ex., 4 U visto como “40” ou 4 u visto como “44”); confundido com “cc” de modo que a dose é administrada em volume em lugar de unidades (p. ex., 4 u visto como 4 cc)	Usar “unidade”
Designações de Doses e Outras Informações	**Significado Pretendido**	**Interpretação Errônea**	**Correção**
Zero nulo após a vírgula do decimal (p. ex., 1,0)†	1 mg	Confundido com 10 mg quando não se observa a vírgula do decimal	Não usar zeros depois da vírgula para as doses expressas em números cheios
Ponto decimal “nu” (p. ex., .5 mg)	0,5 mg	Confundido como 5 mg quando o ponto decimal não é observado	Usar zero antes do ponto decimal quando a dose é inferior a uma dose inteira
Abreviaturas como mg ou mL com um espaço após a abreviatura	mg mL	O espaço é desnecessário e poderia ser confundido com o número 1 quando escrito de forma descuidada	Usar mg, mL etc., sem um espaço terminal
Abreviaturas do Nome do Medicamento	**Significado Pretendido**	**Interpretação Errônea**	**Correção**
HCl	Ácido hidroclórico ou cloridrato	Confundido com cloreto de potássio (O “H” é erroneamente interpretado como “K”)	Use o nome completo do medicamento, exceto quando expresso

			como um sal do medicamento
HCT	Hidrocortisona	Confundido com hidroclorotiazida	Use o nome completo do medicamento
HCTZ	Hidroclorotiazida	Confundido com hidrocortisona (visto como HCT250 mg)	Use o nome completo do medicamento
$MgSO_4$**	Sulfato de magnésio	Confundido com sulfato de morfina	Use o nome completo do medicamento
MS, MSO_4**	Sulfato de morfina	Confundido com sulfato de magnésio	Use o nome completo do medicamento
PCA	Procainamida	Confundido com analgesia controlada pelo paciente	Use o nome completo do medicamento
Nomes de Medicamentos Reduzidos	**Significado Pretendido**	**Interpretação Errônea**	**Correção**
Gotejamento de "nitro"	Infusão de nitroglicerina	Confundido com infusão de nitroprussiato de sódio	Use o nome completo do medicamento
Símbolos	**Significado Pretendido**	**Interpretação Errônea**	**Correção**
ʒ	Dracma	O símbolo para dracma é confundido com o "3"	Use o sistema métrico
x3d	Por três dias	Confundido com "3 doses"	Usar "por três dias"
> ou <	Maior que ou menor que	Confundido com o oposto do pretendido; uso incorreto do símbolo; " < 10" confundido com "40"	Use "maior que" ou "menor que"
@	Em	Confundido com "2"	Use "em"
&	E	Confundido com "2"	Use "e"
+	Mais ou e	Confundido com "4"	Use "e"
º	Hora	Confundido com um zero (p. ex., q2º visto como q20)	Use "hr", "h" ou "hora"

De The Joint Commission (TJC): *Facts about the Official "Do Not Use" List of Abbreviations*, 2014. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Do_Not_Use_List.pdf. Acessado em 6 de junho de 2015. Reimpresso com autorização.

* Aplica-se a todas as prescrições e à documentação relacionada com o medicamento que é escrita à mão (incluindo entrada de computador com texto

livre ou em formulários pré-impressos).

** Estas abreviaturas são incluídas na “lista mínima” do The Joint Commission de abreviaturas perigosas, acrônimos e símbolos que devem ser incluídos na lista de “Não Usar” de uma instituição, efetivo em 1 de janeiro de 2004.

† Exceção: Um “zero nulo” somente pode ser utilizado onde for necessário para demonstrar a exatidão de um valor reportado (p. ex., resultados de exames laboratoriais), em estudos que reportam o tamanho de lesões, ou os tamanhos de cateteres e tubos. Um “zero nulo” não pode ser usado em ordens de medicamentos ou em documentação relacionada com medicamentos (ISMP, 2013a).

Tipos de Prescrição em Instituições de Cuidados Agudos

Um medicamento não pode ser administrado para um paciente sem uma prescrição de um profissional de saúde. A frequência e a urgência da administração do medicamento forma a base para as prescrições de medicação. Algumas condições mudam o status das prescrições de medicamento de um paciente. Por exemplo, em algumas instituições, os medicamentos pré-operatórios de um paciente são suspensos automaticamente, sendo que o profissional de saúde escreve novas prescrições depois da cirurgia (Cap. 50). As políticas das instituições relacionadas com as prescrições de medicação variam. As enfermeiras precisam conhecer e seguir estas políticas.

Prescrições Permanentes e Prescrições de Medicação de Rotina

Uma prescrição permanente é realizada até que o profissional de saúde a cancele por outra prescrição ou que tenha transcorrido o número de dias prescritos. Algumas prescrições permanentes indicam a data final ou número de tratamentos ou doses. Conheça as políticas de sua instituição sobre a interrupção das prescrições permanentes. Os exemplos de prescrições permanentes são os seguintes:

Tetraciclina 500 mg VO 6/6 h

Decadron 10 mg por dia x 5 dias

Prescrições prn pro re nata (SOS)

Por vezes, o profissional de saúde prescreve um medicamento para ser fornecido apenas quando o paciente solicitar. Isto é uma prescrição prn (SOS). Utilize uma avaliação objetiva e subjetiva (p. ex., intensidade da dor, temperatura corporal) e discrição ao determinar se o paciente precisa ou não da medicação. Um exemplo de uma prescrição prn (SOS) é:

Sulfato de morfina, 2 mg IV cada 2 h prn (SOS) para a dor na incisão

Esta prescrição indica que o paciente precisa aguardar pelo menos 2 horas entre as doses e pode receber o medicamento se experimentar dor na incisão. Quando administrar medicamentos prn (SOS), documente os achados da avaliação para mostrar por que o paciente precisa do medicamento e do horário da administração. Avalie frequentemente a eficácia do medicamento e registre adequadamente os dados da avaliação. Prescrições incertas para medicamentos prn (SOS) que incluem uma faixa (p. ex., sulfato de morfina, 5-10 mg a cada 4-6 horas) constituem uma fonte de erro de medicação. Quando é feita uma prescrição de faixa ou intervalo, assegure-se de que a prescrição segue a política da instituição para estes tipos de prescrição. Um exemplo de uma prescrição de faixa mais segura consiste em aumentar a dosagem da morfina de 50% para 100% quando a dor é moderada a intensa com base no uso da escala de dor da instituição.

Quando múltiplos medicamentos prn (SOS) com a mesma ação são prescritos, as prescrições precisam identificar quando utilizar cada medicamento e como usá-los, uns em relação aos outros. A prescrição abaixo fornece um exemplo de uma prescrição prn (SOS) segura para duas medicações usadas para o tratamento da constipação:

Docusato 100 mg PO TID (três vezes ao dia) para a constipação. Bisacodil supositório retal de 10 mg por dia prn (SOS) para constipação, além do docusato quando não evacuar a cada 2 dias.

Prescrições Únicas (Uma Só Vez)

Por vezes, um profissional de saúde prescreve um medicamento para ser administrado uma única vez em um horário específico. Isto é comum para medicamentos pré-operatórios administrados antes de exames diagnósticos. Um exemplo de uma prescrição única é o seguinte:

Ativan, 1 mg IV ao ser levado para a RM

Prescrições STAT (Imediatas)

Uma prescrição STAT (imediata) significa que uma dose única de um medicamento deve ser administrada imediatamente e apenas uma vez. As ordens STAT (imediatas) são frequentemente escritas para emergências quando a condição de um paciente se modifica subitamente. Por exemplo:

Apresolina, 10 mg IV STAT (imediatamente)

Prescrição de Momento (Now)

Uma prescrição de momento é mais específica que uma prescrição única e é usada quando um paciente precisa de um medicamento com rapidez, mas não de imediato, como na ordem STAT (imediata). Quando recebe uma prescrição de momento, a enfermeira tem até 90 minutos para administrar o medicamento. Administrar o medicamento de momento apenas uma vez. Por exemplo:

Vancomicina, 1 g IV em paralelo agora

Receitas

O médico assistente escreve as **receitas** para pacientes que devem tomar medicamentos fora do hospital. A receita ou prescrição inclui informações mais detalhadas que uma prescrição de medicação

porque o paciente precisa compreender quanto tomar da medicação e quando repor a prescrição em caso de necessidade. Algumas instituições exigem que os médicos façam as prescrições de substâncias controladas em um receituário especial, o qual é diferente (p. ex., uma coloração diferente) do receituário empregado para outros medicamentos. A Figura 32-5 ilustra as partes de uma receita.

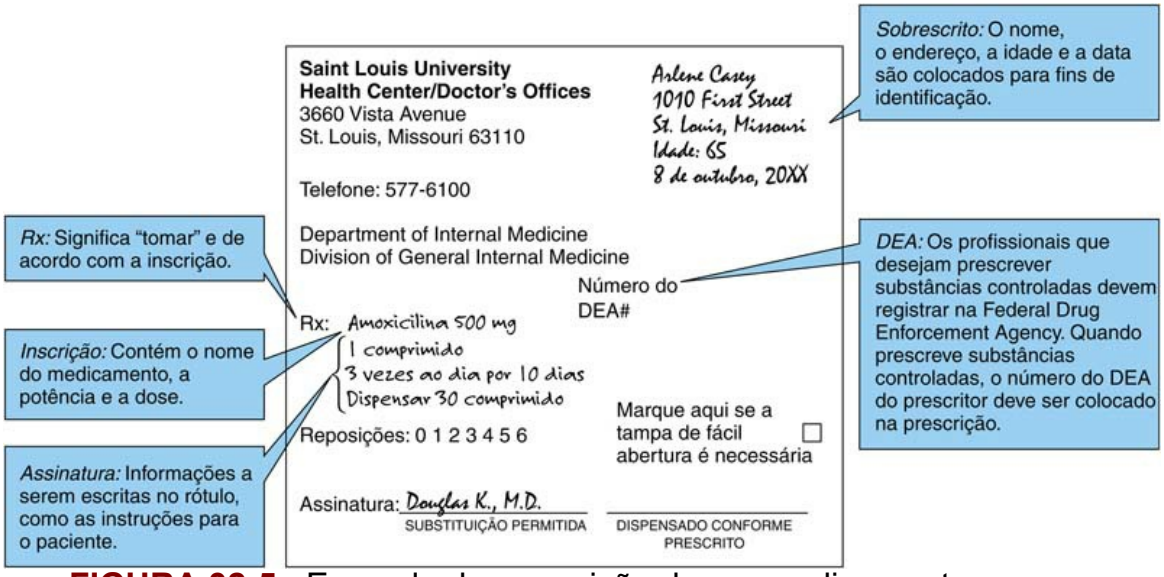


FIGURA 32-5 Exemplo da prescrição de um medicamento.
(Cortesia do Saint Louis University Medical Center.)

Papel do Farmacêutico

O farmacêutico prepara e distribui os medicamentos prescritos. Os farmacêuticos trabalham com as enfermeiras, médicos e outros profissionais de saúde para avaliar a eficácia dos medicamentos dos pacientes. Eles são responsáveis por preencher as receitas da maneira correta e por se certificar de que as prescrições são válidas. Os farmacêuticos em instituições de saúde raramente misturam compostos ou soluções, excetuando-se o caso das soluções IV. A maioria das farmácias fornecem medicamentos em uma forma pronta para uso. Dispensar o medicamento correto, na dosagem e quantidade adequadas, com um rótulo exato é a principal tarefa do farmacêutico.

Os farmacêuticos também fornecem informações sobre os efeitos colaterais, toxicidade, interações e incompatibilidades do medicamento.

Sistemas de Distribuição

Há variação entre os sistemas para armazenar e distribuir medicamentos. As instituições de saúde possuem uma área especial para estocar e distribuir medicamentos. Os exemplos de áreas de armazenamento incluem salas de medicação especiais, carrinhos portáteis trancados, armários de medicamento computadorizados e unidades de armazenamento individuais próximas aos quartos dos pacientes. As áreas de armazenamento de medicamentos precisam ser trancadas, quando não ficam sob vigilância.

Dose Unitária

Um sistema de dose unitária é um sistema de armazenamento que varia por instituição de cuidados de saúde. Os farmacêuticos fornecem os medicamentos em embalagens de dose única, as quais contêm a dose prescrita do medicamento que um paciente recebe por vez. As enfermeiras distribuem os medicamentos para o paciente. Cada comprimido ou cápsula é embalado em separado. Em geral, um suprimento de medicamento para não mais que 24 horas está disponível em um momento qualquer. Alguns sistemas de dose única utilizam carrinhos contendo uma gaveta com um suprimento de medicamentos por 24 horas para cada paciente. Cada gaveta é rotulada com o nome do paciente em seu quarto designado. Em um horário determinado do dia, o farmacêutico ou um técnico em farmácia reabastece as gavetas do carrinho com um suprimento de medicamento novo. O carrinho também contém quantidades limitadas de medicamentos de urgência e estoques de medicamentos para situações especiais. As substâncias controladas não são mantidas na gaveta de um paciente. Em vez disto, elas são mantidas em uma gaveta maior trancada, de modo a mantê-las em segurança. O sistema de dose unitária reduz os erros de medicação, diminui a quantidade

de medicamento que é armazenada em áreas de cuidados de pacientes, e economiza tempo de enfermeiras e farmacêuticos.

Sistemas de Dispensação Automática de Medicamentos

Os sistemas de dispensação automática de medicamentos (AMDSs) são utilizados por todos os Estados Unidos (Fig. 32-6). Os sistemas dentro de uma instituição estão interligados entre si por rede de computadores e com os sistemas computadorizados de outras instituições (p. ex., registro de prontuário médico). Os AMDSs controlam a dispensação de todos os medicamentos, inclusive narcóticos. Cada enfermeira acessa o sistema ao inserir uma senha de segurança. Alguns sistemas também requerem a bioidentificação. Nestes sistemas, você coloca o seu dedo sobre uma tela para acessar o computador. Você seleciona o nome do paciente e seu perfil medicamentoso antes que o AMDS dispense um medicamento. Nestes sistemas, é permitido que você selecione o medicamento desejado, a dose e a via de administração a partir de uma lista exibida na tela do computador. O sistema faz com que a gaveta que contém o medicamento seja aberta, faz o registro e o cobra do paciente. Os sistemas que estão conectados ao prontuário médico computadorizado do paciente registram então as informações sobre o medicamento (p. ex., nome do medicamento, dose e horário) e o nome da enfermeira no prontuário médico do paciente. O sistema de administração de medicamento por código de barra (BCMA) é frequentemente utilizado com AMDSs. O BCMA requer que as enfermeiras escaneiem os códigos de barra para identificar o paciente, o medicamento e uma etiqueta de identificação da enfermeira que administra o medicamento antes de registrar esta informação no prontuário médico computadorizado do paciente. As instituições que implementam o AMDS com BCMA frequentemente reduzem a incidência de erros de medicação (Quadro 32-2).

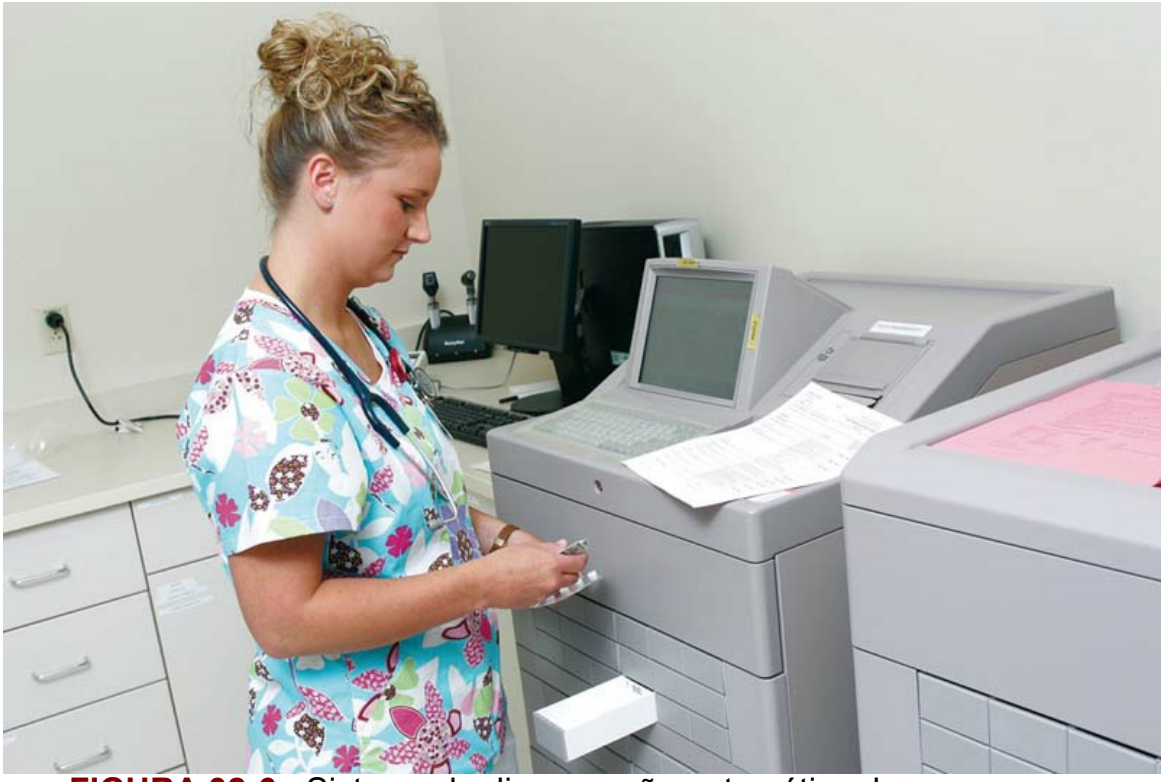


FIGURA 32-6 Sistema de dispensação automática de medicamento.

Papel da Enfermeira

A administração de medicamento requer conhecimento e habilidades de enfermagem próprias. Em primeiro lugar, você determina se o medicamento prescrito é o medicamento correto. Como enfermeira, você precisa avaliar a capacidade do paciente para autoadministrar medicamentos, determinar se um paciente deve receber um medicamento em um determinado horário, administrar corretamente os medicamentos, e, em seguida, monitorar rigorosamente os seus efeitos. Não delegue qualquer parte do processo de administração de medicamento para profissionais técnicos de enfermagem e empregue o processo de enfermagem para integrar a terapia medicamentosa nos cuidados.

A educação do paciente e da família sobre a administração de medicamentos e monitoração adequados é uma parte integrante de sua função. Inicie a instrução sobre os medicamentos que o paciente

irá tomar em casa logo que possível. Com frequência, isto não acontece até o dia da alta; contudo, se você puder obter estas informações mais cedo, o paciente irá se beneficiar disto.

Erros de Medicação

Um **erro de medicação** pode causar ou levar ao uso inadequado do medicamento ou ao dano ao paciente. Os erros de medicação incluem a prescrição inexata, administrar o medicamento errado, fornecer o medicamento usando a via ou o intervalo de tempo errado, administrar doses extras e/ou falhar em administrar um medicamento. Evitar os erros de medicação é essencial. O processo de administrar medicamentos possui muitas etapas e envolve muitos membros da equipe de saúde. Como as enfermeiras desempenham um papel essencial na preparação e administração das medicações, elas precisam estar atentas para a prevenção dos erros (Quadro 32-4). Os avanços na informática de cuidados de saúde ajudaram a diminuir a ocorrência de erros de medicação (Quadro 32-5).

Quadro 32-4 Etapas a Empreender para Evitar Erros de Medicação

- Preparar os medicamentos apenas para um paciente por vez.
- Seguir os seis certos da administração de medicamentos.
- Certifique-se de ler os rótulos pelo menos 3 vezes (comparando o registro de administração de medicamento [MAR] com o rótulo) antes de administrar o medicamento.
- Utilize pelo menos dois identificadores do paciente e reveja as alergias do paciente sempre que administrar um medicamento.
- Não permita qualquer outra atividade para interromper a administração do medicamento a um paciente (p. ex., telefonema, pager, discussão com outro membro da equipe) (Hopkinson e Jennings, 2013).
- Verifique duas vezes todos os cálculos e outros processos de administração de medicamento de alto risco (p. ex., analgesia

controlada pelo paciente) e verifique com outra enfermeira.

- Não interprete a escrita ilegível, esclareça com o médico.
- Questione as doses incomumente grandes ou pequenas.
- Documente todos os medicamentos logo que você os administrou.
- Quando você cometeu um erro, reflita sobre o que aconteceu de errado e se pergunte o que você poderia ter feito para evitá-lo. Preencha um relato de ocorrência de acordo com a política da instituição.
- Avalie o contexto ou a situação em que aconteceu o erro de medicação. Isto ajuda a determinar se as enfermeiras possuem os recursos necessários para a administração de medicamento segura.
- Frequente programas dentro da instituição que se focalizem sobre os medicamentos comumente administrados.
- Garanta que você está bem descansada quando cuida dos pacientes. Enfermeiras cometem mais erros quando estão cansadas (Murphy e While, 2012).
- Envolva e eduque os pacientes quando administrar os medicamentos. Aborde as preocupações dos pacientes sobre os medicamentos antes de administrá-los (p. ex., preocupações a respeito de sua aparência ou dos efeitos colaterais).
- Siga os procedimentos e as políticas da instituição estabelecidas quando usa tecnologias para administrar os medicamentos (p. ex., dispensadores automatizados de medicamentos [AMDs], escaneamento de códigos de barra). Os erros de medicação têm lugar quando as enfermeiras "burlam" a tecnologia (p. ex., desligam os alertas sem raciocinar sobre eles) (Voshall et al., 2013).

Quadro 32-5 Informática e a Segurança do Medicamento

Muitos erros de medicação ocorrem quando uma enfermeira administra de maneira incorreta os medicamentos ao lado do leito

do paciente. As seguintes inovações e avanços na tecnologia ajudaram a reduzir o número de erros de medicação na prática de enfermagem.

- Os computadores em rede permitem que todos os médicos do paciente visualizem uma lista atualizada dos medicamentos prescritos e suspensos.
- O acesso à internet e à intranet permite que as enfermeiras e outros profissionais de saúde tenham acesso a informações atualizadas sobre os medicamentos (p. ex., indicações, efeitos desejados, efeitos adversos) e a políticas da instituição específicas que abordem a administração de medicamentos (p. ex., com qual rapidez se deve administrar um medicamento em dose intravenosa [IV], como administrar medicamentos por meio de uma sonda nasogástrica).
- Em algumas instituições, os médicos utilizam a entrada de ordem de prescrição computadorizada (CPOE), permitindo que eles entrem com as prescrições de medicação diretamente em um sistema de redes de computadores ou em um computador pessoal manual.
- Os dispensadores automatizados de medicamentos (AMDs) e os registros de administração de medicamento eletrônicos (eMARs) ajudam na conciliação de medicamentos, administração e documentação.
- A tecnologia de códigos de barra exige que as enfermeiras escaneiem o medicamento, o bracelete de identificação do paciente e o crachá de identificação da enfermeira antes de administrar o medicamento, o que ajuda a garantir os seis certos da administração dos medicamentos.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Participe ativamente na seleção e na avaliação das tecnologias avançadas, bem como na criação de protocolos e políticas de enfermagem utilizados para a administração de medicamentos.
- Siga sempre as políticas da instituição quando administrar os

medicamentos.

- Implemente as políticas da instituição quando a tecnologia não pode ser utilizada (p. ex., durante a inatividade ou em períodos de interrupção de energia).
- Siga as orientações do fabricante para o cuidado do equipamento eletrônico e reporte imediatamente os problemas com a tecnologia.

Os erros de medicação podem ser causados por inúmeros fatores, como alternativas tecnológicas, o design de rótulos de medicamentos e os sistemas de distribuição de medicamento. Quando ocorre um erro, a segurança e o bem-estar do paciente constituem as principais prioridades. Em primeiro lugar, você avalia e examina a condição do paciente e notifica logo que possível o incidente ao profissional de saúde. Quando o paciente se mostra estável, reporte o incidente à pessoa apropriada na instituição (p. ex., gerente ou supervisor). Você é responsável por preparar e preencher um relato de ocorrência ou de incidente logo que possível depois da ocorrência do erro. O relato inclui as informações de identificação do paciente; a localização e o horário do incidente; uma descrição exata e factual do que aconteceu e as ações empreendidas; e sua assinatura. O relato de ocorrência não é uma parte permanente do prontuário médico e não é referido em nenhum outro lugar no prontuário de um paciente para proteger legalmente a enfermeira e a instituição de cuidados de saúde (Caps. 23 e 26). Os relatos de ocorrência rastreiam os padrões do incidente e indicam a necessidade de implementar ações de melhoria da qualidade.

Reporte todos os erros de medicação que atingem o paciente, incluindo aqueles que não causam dano. Você também precisa reportar os "quase erros". Por exemplo, você está cuidando de um paciente que apresenta uma infecção do trato urinário e é alérgico aos medicamentos à base de sulfa. O médico-assistente do paciente prescreve sulfametoxazol/trimetoprima (SMZ/TMP). Você sabe que o SMZ/TMP contém sulfa. Você entra em contato com o médico-

assistente antes que você administre o medicamento a fim de obter um medicamento diferente. Este tipo de erro de medicação é um "quase erro" porque, na realidade, ele não alcança o paciente. Todos os profissionais de saúde precisam se sentir confortáveis quando relatar um erro e não devem temer as repercussões a partir do gerente ou dos administradores. Mesmo quando um paciente não sofre dano decorrente de um erro de medicação, a instituição ainda pode aprender com o erro ocorrido e o que pode ser feito para evitar erros similares no futuro.

Alguns erros de medicação acontecem quando os pacientes experimentam uma transição no cuidado, como aquela em que um paciente é admitido ou recebe alta em um hospital, é transferido de uma unidade de terapia intensiva para uma enfermaria, ou conhece um novo médico-assistente. Durante estes períodos, o risco de alterações acidentais nas prescrições de medicação aumenta. Desta maneira, reconciliar as informações sobre medicações é primordial no Hospital National Patient Safety Goal (TIC, 2016) (Meta Nacional de Segurança do Paciente no Hospital). Durante a **reconciliação de medicação**, enfermeiras, farmacêuticos e outros profissionais de cuidados de saúde comparam a medicação que o paciente está recebendo atualmente com aquela que deve ser administrada para o paciente e quaisquer medicamentos recentemente prescritos (Quadro 32-6). Durante este processo, você identifica e resolve as prescrições que estão duplicadas e omitidas. Você também avalia o risco para interações medicamentosas acidentais. Criar e manter uma lista exata de todas as medicações do paciente ajuda a garantir o cuidado seguro e efetivo do paciente (Gleason et al., 2012). Por exemplo, quando você admite um paciente que vai receber uma prótese de quadril em uma enfermaria ortopédica, você compara os medicamentos que o paciente tomava em casa com aqueles prescritos no hospital. Quando o paciente recebe alta para uma unidade de reabilitação, você comunica os medicamentos atuais do paciente para a enfermeira que o está recebendo. A enfermeira na unidade de reabilitação concilia a medicação do paciente quando ele recebe alta com a enfermeira de cuidados domiciliares. Muitas instituições

possuem formulários computadorizados ou por escrito para facilitar o processo de conciliação da medicação. O processo é complicado e exige bastante tempo e concentração. Elimine as distrações e prossiga cuidadosamente quando realiza a conciliação das medicações de pacientes. Sempre faça perguntas e esclareça as informações, quando necessário, visando a exatidão. A conciliação exata de medicações exige a consulta com o paciente, cuidadores familiares, outros médicos, farmacêuticos e outros membros da equipe de saúde.

Quadro 32-6 Processo para a Conciliação de Medicamentos

1. **Obter, Verificar, Documentar:** Obtenha uma lista abrangente e atualizada dos medicamentos de um paciente sempre que ele experimenta uma mudança no ambiente de cuidados de saúde (p. ex., durante a internação, transferência, alta). Inclua todas os medicamentos prescritos e os de venda livre (OTC) atualizados.
2. **Considerar e Comparar:** Revise o que o paciente estava tomando no domicílio ou antes da internação e certifique-se de que a lista de medicamentos, dosagens e frequências é exata. Compare esta lista com os atuais medicamentos prescritos e planos de tratamento para a exatidão. Inclua o cuidador nesta discussão, quando apropriado.
3. **Reconciliar:** Compare as novas prescrições de medicamentos com a lista atual, investigue quaisquer discrepâncias com o médico do paciente e documente as alterações.
4. **Comunicar:** Garanta que todos os médicos do paciente possuem a lista de medicamentos mais atualizada. Comunique e verifique as alterações nos medicamentos, da mesma forma que com os pacientes.

Dados de Gleason KM et al.: Agency for Healthcare Research and Quality. *Medications at transitions and clinical handoffs (MATCH) toolkit for medication reconciliation*, http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/match/match.pdf. Acessado em 6 de junho de 2015.

Raciocínio crítico

Conhecimento

Você emprega o conhecimento de muitas disciplinas quando administra os medicamentos. Seus conhecimentos o ajudam a compreender por que um medicamento é prescrito para um paciente e como ele irá alterar a fisiologia do paciente para apresentar um efeito terapêutico. Por exemplo, em fisiologia você aprende que o potássio é um importante íon intracelular. Quando os pacientes não possuem potássio suficiente em seus organismos (hipocalemia), eles experimentam sinais e sintomas como a fadiga muscular ou fraqueza. Em alguns casos, a hipocalemia grave é fatal em consequência das disritmias cardíacas associadas. Os medicamentos prescritos ajudam a restaurar o nível de potássio do paciente à normalidade, o que alivia os sinais e sintomas da hipocalemia. Em outro exemplo, o conhecimento sobre o desenvolvimento da criança indica que elas frequentemente associam a administração de medicamentos a uma experiência negativa. Utilize os princípios decorrentes do desenvolvimento da criança para garantir que ela colabore com a experiência da medicação.

Os pacientes tomam diversos medicamentos e novos medicamentos são constantemente aprovados. Em consequência disto, nem sempre você compreende a totalidade dos medicamentos prescritos para um paciente. Os críticos admitem que eles não sabem e adquirem o conhecimento necessário para administrar medicamentos desconhecidos com segurança. Isto significa que, quando você não conhece todos os medicamentos que você precisa administrar, você irá consultar uma fonte confiável (p. ex., uma enfermeira mais experiente, farmacêutico, médico assistente ou um livro de referência) *antes* de administrar o medicamento.

Experiência

As estudantes de enfermagem possuem experiência limitada com a

administração de medicamento quando elas começam a prática profissional. As experiências clínicas proporcionam a você as oportunidades para usar o processo de enfermagem no que se refere à administração de medicamentos. À medida que você ganha experiência, suas habilidades psicomotoras ("o como fazer") se tornam mais refinadas. No entanto, as habilidades psicomotoras representam uma pequena parcela da administração de medicamentos. As atitudes, o conhecimento, os estados físico e mental e as respostas do paciente transformam a administração de medicamentos em uma responsabilidade complexa.

Atitudes

Utilize suas habilidades de raciocínio crítico para administrar os medicamentos com segurança. Seja disciplinada e gaste o tempo adequado para preparar e administrar os medicamentos. Gaste tempo para ler o prontuário médico de seu paciente antes de administrar os medicamentos e reveja cuidadosamente a história, o exame físico e as prescrições do paciente. Pesquise os medicamentos que você não conhece em uma referência de medicamentos e determine por que cada paciente está tomando aquele medicamento prescrito. Cada etapa da administração segura de medicamentos requer uma atitude disciplinada e uma conduta sistemática e abrangente. Seguir o mesmo procedimento cada vez que administrar os medicamentos garante a administração segura.

Competência e responsabilidade são outras atitudes de raciocínio crítico para a administração segura de medicamentos. Assuma a total responsabilidade e competência por todas as ações que envolvem a administração de medicamentos. Não suponha que um medicamento que é prescrito para um paciente seja o medicamento correto ou que esteja na dose correta. Seja competente em saber que os medicamentos e as doses prescritas estão corretos e são seguros. Você é responsável caso administre um medicamento prescrito que não seja apropriado para um paciente. Portanto, familiarize-se com cada medicamento, incluindo seus efeitos terapêuticos, dosagem usual, alterações previstas nos dados laboratoriais e efeitos colaterais. Você também é

responsável por garantir que os pacientes ou os provedores de cuidado de saúde que administram os medicamentos foram adequadamente informados sobre todos os aspectos da autoadministração (TJC, 2016). Quando você determina que um paciente não pode realizar a autoadministração de medicamentos com segurança, idealize as intervenções, como o envolvimento dos cuidadores da família, visando garantir a administração segura.

Padrões

Os padrões são ações que garantem a prática de enfermagem segura. Os padrões para a administração de medicação são estabelecidos por instituições de cuidados de saúde e pela profissão de enfermagem. A política da instituição estabelece os limites sobre a capacidade de uma enfermeira para administrar os medicamentos em determinadas unidades do ambiente de cuidados agudos. Por vezes, as enfermeiras são limitadas por certas vias ou dosagens de medicamento. Muitas instituições possuem manuais de procedimentos de enfermagem que contêm as políticas que definem os tipos de medicamentos que as enfermeiras podem ou não administrar. Os tipos e as dosagens de alguns medicamentos que as enfermeiras liberam variam de uma unidade para outra dentro da mesma instituição. Por exemplo, a fenitoína (Dilantin), um medicamento para tratar convulsões, pode ser administrada pela via oral ou por dose única venosa. Em grandes dosagens, a fenitoína afeta o ritmo cardíaco. Portanto, algumas instituições colocam limites sobre quanto as enfermeiras podem administrar para um paciente em uma unidade de enfermagem que não possua a capacidade de monitorar o ritmo e a frequência cardíaca de um paciente. Nem todos os profissionais de saúde estão cientes das limitações e, por vezes, prescrevem medicamentos que as enfermeiras não podem administrar em um determinado ambiente de cuidados de saúde. Conheça estas limitações e informe o médico da maneira apropriada. Empreenda as ações apropriadas para garantir que os pacientes recebem os medicamentos conforme prescritos e dentro do horário prescrito no ambiente apropriado.

Os padrões profissionais, como o *Nursing Scope and Standards of*

Practice (ANA, 2010) (Caps. 1 e 23), aplicam-se à atividade de administração de medicamentos. Para evitar os erros de medicação, siga os seis certos da administração de medicamentos de forma consistente cada vez que você administra os medicamentos. Muitos erros de medicação podem ser ligados de alguma maneira a uma inconsistência na adesão a estes seis certos:

1. O medicamento certo
2. A dose certa
3. O paciente certo
4. A via certa
5. O horário certo
6. A documentação certa

Medicação Certa

Uma prescrição de medicamento é necessária para cada medicação que você administra para um paciente. Por vezes, os médicos escrevem prescrições manuais no prontuário do paciente. De forma alternativa, algumas instituições usam o CPOE. O CPOE permite que um médico faça a prescrição eletrônica de medicamentos, eliminando a necessidade de prescrições por escrito e aumentando a segurança da medicação (Radley et al., 2013). Independente de como uma enfermeira recebe a prescrição de um medicamento, ela compara as prescrições por escrito do médico com o registro de administração de medicamentos (MAR) ou o MAR eletrônico (eMAR) quando ele é prescrito pela primeira vez. A enfermeira verifica as informações dos medicamentos sempre que novos MARs são criados ou distribuídos ou quando os pacientes são transferidos de uma enfermaria ou ambiente de cuidados de saúde para outro.

Quando você determina que as informações no MAR de um paciente estão exatas, use isto para preparar e administrar os medicamentos. Quando preparar os medicamentos a partir de frascos ou caixas, compare os rótulos da caixa do medicamento com o MAR 3 vezes: (1) antes de retirar a caixa da gaveta ou prateleira; (2) quando a quantidade de medicamento prescrito é retirada da embalagem; e (3) ao lado do leito do paciente, antes de administrar o medicamento para

o paciente. Nunca prepare os medicamentos a partir de embalagens sem rótulos ou com rótulos ilegíveis (TJC, 2016). Com medicamentos pré-embalados em dose unitária, verifique o rótulo com o MAR quando retira os medicamentos do sistema de dispensação de medicamentos. Por fim, verifique todos os medicamentos com o MAR do paciente ao lado do leito do paciente e use pelo menos dois identificadores antes de fornecer qualquer medicamento para o paciente (TJC, 2016).

Os pacientes que autoadministram medicamentos precisam mantê-los em suas embalagens originais, separados de outros medicamentos, de modo a evitar a confusão. Muitos hospitais requerem que as enfermeiras administrem todos os medicamentos em lugar de deixar que os pacientes façam a autoadministração para aumentar a exatidão e a segurança do paciente. Como a enfermeira que administra a medicação é responsável por quaisquer erros relacionados com a medicação, elas administram somente os medicamentos que preparam. Você não pode delegar a preparação do medicamento para outra pessoa e, em seguida, administrar o medicamento para o paciente. Quando um paciente faz perguntas sobre o medicamento, não ignore estas preocupações. Um paciente ou um cuidador da família familiarizado com os medicamentos de um paciente sabe se um medicamento é diferente daqueles recebidos anteriormente. Na maioria dos casos, a prescrição dos medicamentos de um paciente foi alterada; no entanto, por vezes, as dúvidas do paciente revelam um erro. Quando isto acontece, suspenda a medicação e torne a conferir com as prescrições do médico. Quando um paciente recusa um medicamento, descarte-o ao invés de devolvê-lo para o recipiente original. Os medicamentos de dose unitária podem ser preservados quando não são abertos. Quando um paciente recusa um narcótico, siga os procedimentos da instituição adequados e conte com alguém mais que testemunhe o medicamento “perdido”.

Dose Certa

O sistema de dose unitária destina-se a minimizar os erros. Quando prepara um medicamento a partir de um volume ou potência maior

ou quando um médico prescreve um sistema de medição diferente daquele pelo qual a farmácia faz o suprimento, a possibilidade de erro aumenta. Você precisa que outra enfermeira qualificada confira as doses calculadas quando se realizam as conversões ou cálculos de medicamentos. Prepare os medicamentos utilizando os sistemas de medição padronizados, como copos graduados, seringas ou conta-gotas graduados, de modo a medir os medicamentos com exatidão. Em casa, eduque os pacientes a utilizar dispositivos de medição semelhantes, como colheres de medição em vez de colheres de chá e de mesa domiciliares, as quais são inexatas.

Os erros de medicação ocorrem com frequência quando os comprimidos precisam ser quebrados. Para promover a segurança do paciente em ambientes hospitalares, os farmacêuticos quebram os medicamentos, rotulam e os embalam, e, em seguida, os enviam para a enfermeira para a administração. Como a quebra de comprimidos é extremamente problemática no ambiente domiciliar, a FDA dos Estados Unidos (USFDA) (2013) desenvolveu sugestões para ajudar neste processo. Eles incluem garantir que o comprimido é apropriado para ser quebrado, usar um quebrador de comprimidos e a não quebrar toda a prescrição de uma só vez, e determinar se o paciente possui a destreza motora ou acuidade visual para quebrar os comprimidos. Se nada for possível, os médicos precisam evitar a prescrição de medicamentos que precisem ser quebrados.

Os comprimidos são por vezes esmagados e misturados com o alimento. Certifique-se de limpar um dispositivo de maceração antes de esmagar o comprimido. Os restos dos medicamentos macerados anteriormente aumentam a concentração de um medicamento ou resultam no fato do paciente receber parte de medicamentos que não foram prescritos. Misture os medicamentos esmagados com quantidades muito pequenas de alimento ou líquido (p. ex., uma única colher de chá). Não utilize os alimentos ou líquidos preferidos do paciente porque os medicamentos modificam seu paladar e diminuem o desejo do paciente por eles. Isto é uma preocupação principalmente com os pacientes pediátricos.

Nem todos os medicamentos são adequados para o esmagamento.

Alguns medicamentos (p. ex., cápsulas de liberação estendida) possuem revestimentos especiais para evitar que elas sejam absorvidas com muita rapidez. Estes medicamentos não devem ser esmagados. Refira-se à "Lista de Não Esmagar" (ISMP, 2014a), http://www.ismp.org/tools/donotcrush.pdf) para garantir que o medicamento é seguro para macerar.

Paciente Certo

Com frequência, os erros de medicação acontecem porque um paciente recebe um medicamento destinado a outro paciente. Portanto, uma etapa importante na administração segura do medicamento consiste em se certificar de que você fornece o medicamento certo para o paciente certo. É difícil se lembrar do nome e da fisionomia de cada paciente. Antes de administrar um medicamento, use pelo menos dois identificadores do paciente (TJC, 2016). Os identificadores aceitáveis do paciente incluem o nome do paciente, o número de seu prontuário médico atribuído por uma instituição de cuidados de saúde ou um número telefônico. Não utilize o número do quarto do paciente como um identificador. Para identificar corretamente o paciente, você geralmente compara os identificadores do paciente no MAR com o bracelete de identificação do paciente, enquanto o paciente está ao lado do leito. Quando um bracelete de identificação fica apagado ou ilegível ou está faltando, obtenha um novo. Todas as instituições em todos os ambientes de cuidados de saúde precisam utilizar um sistema que confira a identificação do paciente com pelo menos dois identificadores antes de administrar medicamentos e outros tratamentos.

Os pacientes não precisam dizer seus nomes ou outros identificadores quando você administra os medicamentos. Colete os identificadores do paciente com confiança quando ele é admitido em um ambiente de cuidados de saúde. Os identificadores são designados para o paciente (p. ex., colocar os identificadores em uma pulseira e colocar a pulseira no paciente), você usa os identificadores para comparar o paciente com o MAR, o qual lista os medicamentos corretos. Pedir aos pacientes para dizer seus nomes completos e as

informações de identificação proporciona uma outra maneira de verificar que a enfermeira está fornecendo os medicamentos para o paciente certo.

Além de usar dois identificadores, algumas instituições usam o BCMA para ajudar a identificar o paciente certo (Fig. 32-7). Este sistema requer que as enfermeiras escaneiem um código de barras pessoal que é comumente colocado primeiramente em suas etiquetas com nome. Depois, a enfermeira escaneia um código de barras na embalagem do medicamento de dose unitária. Por fim, a enfermeira escaneia a pulseira do paciente. Todas estas informações são então armazenadas em um computador para fins de documentação. Este sistema ajuda a eliminar os erros de medicação porque ele fornece outra etapa para garantir que o paciente certo recebe o medicamento certo (Ching et al., 2013).

FIGURA 32-7 Enfermeira utilizando scanner de código de barras para identificar o paciente durante a administração de medicamento.

Via Certa

Sempre consulte o médico quando uma prescrição não inclui uma via

de administração. Da mesma forma, alerte imediatamente o médico quando a via especificada não consiste na via recomendada. Evidências recentes mostram que os erros de medicação envolvendo a via errada são comuns. Por exemplo, quando as enfermeiras precisam preparar uma medicação oral em uma seringa, o risco de administrar o medicamento através da via errada (p. ex., por via intravenosa) é muito alto e, com frequência, resulta em consequências fatais. Desta maneira, o ISMP (2015b) recomenda que os farmacêuticos, *não as enfermeiras*, preparem todos os medicamentos orais que não estão preparados comercialmente como um produto unitário para aumentar a segurança do paciente. A injeção IV de um líquido destinado para uso oral produz complicações locais, como um abscesso estéril, ou efeitos sistêmicos fatais. Quando você está em um ambiente que requer que você prepare os medicamentos orais, utilize apenas seringas enterais para preparar o medicamento. Frequentemente, as seringas enterais são em coloração diferente das seringas parenterais e são claramente rotuladas para uso oral ou enteral. As extremidades das seringas enterais não irão conectar com os sistemas de administração de medicamentos parenterais. As agulhas não se prendem às seringas e estas por sua vez não podem ser inseridas em qualquer tipo de linha intravenosa. Rotule a seringa depois de preparar o medicamento e certifique-se de que quaisquer tampas da extremidade de uma seringa oral foram removidas antes de administrar o medicamento. A falha em remover a tampa pode resultar na sua aspiração pelo paciente, bloqueando assim a traqueia.

Horário Certo

Para administrar medicamentos com segurança, você precisa saber por que um medicamento foi prescrito em determinados horários do dia e se você é capaz de mudar o horário agendado. Por exemplo, são prescritos dois medicamentos, um a cada 8 h e o outro, 3 vezes ao dia. Ambos os medicamentos estão agendados para 3 vezes em um período de 24 horas. Você precisa fornecer o medicamento prescrito para cada 8 h a cada oito horas durante todo o dia para manter os níveis sanguíneos terapêuticos do medicamento. Por outro lado, você

precisa administrar o medicamento de 3 vezes ao dia em três horários diferentes enquanto o paciente estiver acordado. Cada instituição possui um esquema de horário recomendado para os medicamentos prescritos em horários frequentes. Você pode alterar estes horários recomendados quando necessário ou apropriado.

O médico frequentemente fornece instruções específicas sobre quando administrar um medicamento. Um medicamento pré-operatório a ser fornecido "quando necessário" significa que você administra o medicamento quando os membros da equipe da sala de cirurgia o notificam de que estão prestes a levar o paciente para a cirurgia. Administre um medicamento PC (depois das refeições) dentro de meia-hora depois de uma refeição, quando um paciente apresenta um estômago cheio. Forneça um medicamento STAT imediatamente.

Dê prioridade aos medicamentos de horário crítico que devem agir e, por conseguinte, ser administrados em horários determinados. Os hospitais designam quais medicamentos são de horário crítico e quais não são (CMS, 2011; ISMP, 2011). Você administra os medicamentos de horário crítico dentro de 30 minutos antes ou depois do horário agendado. Por exemplo, administre a insulina (um medicamento de horário crítico) em um intervalo exato antes de uma refeição. Administre os antibióticos 30 minutos antes ou depois que eles são agendados em horários durante as 24 horas para manter os níveis sanguíneos terapêuticos. Administre todos os medicamentos sem horário crítico rotineiramente prescritos dentro de 1 a 2 horas antes ou depois do horário agendado ou de acordo com a política da instituição (CMS, 2011; ISMP, 2011).

Alguns medicamentos requerem o julgamento clínico de uma enfermeira para decidir o horário apropriado para a administração. Administrar um medicamento sonífero se necessário quando um paciente é preparado para dormir. Além disso, utilize o julgamento quando se administram analgésicos sob demanda. Por exemplo, você pode precisar obter uma ordem imediata emitida pelo médico se um paciente precisa de um medicamento antes que tenha transcorrido o horário para a administração SOS. Sempre documente quando você

liga para um médico para obter uma mudança em uma prescrição medicamentosa.

Antes da alta de um ambiente hospitalar, avalie a necessidade de um paciente para os cuidados domiciliares, em especial quando ele foi internado no hospital em virtude de um problema com a autoadministração de medicamentos. Os pacientes frequentemente saem do hospital com um conhecimento básico de seus medicamentos, porém são incapazes de se lembrar ou de implementar este conhecimento novamente no domicílio. Antes que os pacientes recebam alta do hospital, avalie se os medicamentos são adequados ou prescritos em níveis terapêuticos para eles.

No domicílio, alguns pacientes tomam diversos medicamentos durante todo o dia. Ajude a planejar os horários com base nos intervalos de medicação preferidos, na farmacocinética dos medicamentos e no horário diário do paciente. Para os pacientes que têm dificuldade de se lembrar de quando tomar os medicamentos, faça um quadro que liste os horários para tomar cada um deles ou prepare um recipiente especial para conter a dose de cada horário.

Documentação Certa

As enfermeiras e outros profissionais de saúde usam a documentação exata para se comunicar entre eles. Muitos erros de medicação resultam da documentação incorreta. Portanto, sempre documente a medicação com exatidão no horário da administração e confira qualquer documentação incorreta antes de administrar o medicamento.

Antes de administrar um medicamento, assegure-se de que o MAR reflete claramente o nome completo do paciente; o nome completo do medicamento prescrito (nenhum medicamento com o nome em abreviatura); o horário em que o medicamento deve ser administrado; e a dosagem, a via e a frequência. Os problemas comuns com as prescrições de medicamentos incluem as informações incompletas; a potência ou a forma de dosagem inexatas; a assinatura ou a prescrição ilegíveis; o posicionamento incorreto de decimais, levando à dosagem errada; e a terminologia não padronizada. Sempre que existir qualquer dúvida em relação à

prescrição de um medicamento porque ela está incompleta, ilegível, vaga ou não é compreendida, contate o médico antes de administrar o medicamento. O médico é responsável por fornecer prescrições de medicamento exatas, completas e compreensíveis. Quando ele é incapaz de fazer isto, as enfermeiras implementam a política da instituição (usualmente uma política de "cadeia de comando") para determinar quem contatar até que eles solucionem as questões relacionadas com os medicamentos dos pacientes. Você é responsável por ativar esta cadeia de comando para garantir que os pacientes recebam o medicamento certo ao documentar quaisquer dados de pré-avaliação necessários para determinados medicamentos como a medição da pressão arterial para os medicamentos anti-hipertensivos ou valores laboratoriais, como no caso da varfarina, antes de administrar o medicamento.

Depois de administrar um medicamento, documente imediatamente qual medicamento foi administrado no MAR de um paciente de acordo com a política da instituição para conferir que ele foi administrado conforme a prescrição. A documentação inexata, como falhar em documentar a administração da medicação ou documentar uma dose incorreta, leva a erros nas decisões subsequentes no tratamento do paciente. Por exemplo, os erros na documentação sobre a insulina frequentemente resultam em resultados negativos do paciente. Considere a seguinte situação: um paciente recebe insulina antes do café da manhã, mas a enfermeira que administrou a insulina esqueceu de registrá-la. A enfermeira que cuida do paciente vai para casa e você é a nova enfermeira do paciente durante o dia. Você observa que a insulina não está documentada, você supõe que a enfermeira anterior não administrou a insulina, e você fornece outra dose de insulina para o paciente. Aproximadamente 2 horas depois, o paciente experimenta um baixo nível sanguíneo de glicose, o qual resulta em atividade convulsiva. A documentação exata e o acompanhamento com a enfermeira do plantão anterior para conferir se a insulina foi administrada conforme a prescrição teriam evitado que esta situação ocorresse.

Nunca documente que você administrou um medicamento até que

você o tenha feito realmente. Registre o nome do medicamento, a dose, o horário da administração e a via no MAR. Documente também o local de qualquer injeção e as respostas do paciente aos medicamentos, quer positivas, quer negativas. Notifique o médico do paciente sobre qualquer resposta negativa aos medicamentos e registre o horário, a data e o nome do médico que foi notificado no prontuário do paciente. Os esforços por você empreendidos para garantir a documentação adequada ajudam a fornecer os cuidados seguros.

Manutenção dos Direitos do Paciente

De acordo com o *The Patient Care Partnership* (American Hospital Association, 2003) e por causa dos riscos potenciais relacionados com a administração de medicamentos, um paciente possui os seguintes direitos:

- Ser informado do nome, finalidade, ação e potenciais efeitos indesejados de um medicamento
- Recusar um medicamento independentemente das consequências
- Ter enfermeiras qualificadas ou médicos para avaliar uma história medicamentosa, incluindo alergias e uso de medicamentos à base de ervas
- Ser adequadamente aconselhado da natureza experimental da terapia medicamentosa e fornecer o consentimento por escrito para sua utilização
- Receber os medicamentos rotulados com segurança sem desconforto de acordo com os seis certos da administração de medicamentos
- Receber a terapia de suporte apropriada em relação à terapia medicamentosa
- Não receber medicamentos desnecessários
- Ser informado quando os medicamentos fazem parte de um estudo de pesquisa

Conheça estes direitos e lide com cortesia e profissionalismo com todas as dúvidas do paciente e da família. Não fique na defensiva quando um paciente recusa uma terapia medicamentosa,

reconhecendo que toda pessoa com a idade apropriada possui o direito de recusar.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e utilize uma conduta de raciocínio crítico no cuidado de seus pacientes. O processo de enfermagem proporciona uma conduta de tomada de decisão clínica para que você desenvolva e implemente um plano de cuidados individualizado.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem avalie por completo o paciente e analise criticamente os achados para garantir que você tome as decisões clínicas centradas no paciente necessárias para os cuidados de enfermagem seguros.

Pela Ótica do Paciente

Use o conhecimento profissional, habilidades e atitudes para fornecer o cuidado humanitário e coordenado. Considere as preferências, os valores e as necessidades dos pacientes enquanto determina suas necessidades e possíveis respostas à terapia medicamentosa. Avalie suas experiências e incentive-os a expressar suas crenças, sentimentos e preocupações a respeito de seus medicamentos. Por exemplo, pergunte a eles como suas bases religiosas ou familiares influenciam suas crenças sobre administração de medicamentos. Colocar os pacientes no centro de seus cuidados ajuda você a ver a situação através dos olhos deles e contribui para a administração segura de medicamentos. Comece a sua avaliação ao fazer várias perguntas que ajudem você a compreender melhor a atual rotina de gerenciamento de medicamentos de seu paciente, sua capacidade de permitir as medicações, e suas crenças e expectativas a respeito dos medicamentos.

História

Antes de administrar os medicamentos, reveja a história médica do paciente para ajudar você a compreender as indicações ou contra-indicações para a terapia medicamentosa. Algumas doenças colocam os pacientes em risco para efeitos medicamentosos adversos. Por exemplo, quando um paciente tem úlcera gástrica, os medicamentos portadores de aspirina aumentam a possibilidade de sangramento. Os problemas de saúde por longo prazo (p. ex., diabetes ou artrite) exigem medicamentos específicos. Este conhecimento o auxilia na prevenção do tipo de medicamento que o paciente necessita. A história cirúrgica de um paciente por vezes também indica a necessidade de medicamentos. Por exemplo, depois de uma tireoidectomia, um paciente precisa de reposição de hormônio tireóideo.

Alergias

Informe aos outros membros da equipe de saúde se um paciente possui uma história de alergia a medicamentos e alimentos. Muitos medicamentos possuem ingredientes que também são encontrados em produtos alimentares. Por exemplo, o propofol (Diprivan), que é utilizado para anestesia e sedação, inclui a lecitina de ovo e óleo de soja como ingredientes inativos. Portanto, os pacientes portadores de alergia a ovo ou à soja não devem receber propofol (Skidmore-Roth, 2015). Na maioria dos ambientes de cuidados de saúde, os pacientes utilizam fitas de identificação que listam as alergias a medicamentos e a alimentos. Assegure-se de que todas as alergias de seus pacientes e suas reações alérgicas estão adequadamente documentadas no prontuário médico do paciente (p. ex., história e exame físico, MAR) para facilitar a comunicação destas informações essenciais para os outros membros da equipe de saúde.

Medicamentos

Faça perguntas para seu paciente para descobrir sobre cada medicamento que ele toma (Quadro 32-7). As possíveis perguntas incluem: Há quanto tempo você vem tomando estes medicamentos? Qual é a dosagem atual de cada medicamento? Você experimenta

efeitos colaterais ou adversos a partir de seus medicamentos? Além disso, reveja a ação, a finalidade, dosagem normal, vias, efeitos colaterais e implicações de enfermagem para administrar e monitorar cada medicamento. Com frequência, você precisa consultar diversas fontes, como livros-texto de farmacologia; manuais de medicamentos disponíveis em computador, tablets ou AMDS; periódicos de enfermagem; o *Physician's Desk Reference*; bulas de medicamentos; e farmacêuticos para reunir as informações necessárias. Como enfermeira, você é responsável por conhecer o máximo possível sobre cada medicamento que seu paciente recebe.

Quadro 32-7 Perguntas de Avaliação de Enfermagem

- Quais medicamentos prescritos, medicamentos de venda livre, suplementos à base de ervas e suplementos nutricionais você toma? Quando você os toma? Como você os toma? Você recebe uma lista de medicamentos de sua farmácia ou de seu profissional de saúde?
- Por que você toma estes medicamentos?
- Quais efeitos colaterais você experimenta? Qual dos efeitos colaterais o incomoda ou o afeta de maneira negativa?
- O que foi lhe dito para fazer caso se desenvolva um efeito colateral?
- Você alguma vez parou de tomar seus medicamentos? Em caso positivo, por quê?
- O que você faz para o ajudar a lembrar de tomar seus medicamentos?
- Você possui alguma alergia a medicamentos ou a alimentos? Em caso positivo, quais? Descreva o que acontece quando você toma o medicamento ou ingere o alimento.
- Descreva seus padrões alimentares normais. Quais alimentos e em quais horários você os ingere normalmente?
- Como você paga pelos seus medicamentos? Você por vezes tem

de esticar seu orçamento para pagar por eles ou precisou espaçá-los para economizar dinheiro?

- Quais dúvidas você tem a respeito de seus medicamentos?

História Alimentar

Uma história alimentar revela os padrões alimentares normais e as preferências alimentares do paciente. Utilize a história alimentar de seu paciente para planejar um esquema de dosagem medicamentosa efetiva e individualizado. Ensine ao seu paciente a evitar os alimentos que interagem com os medicamentos. Além disso, forneça educação quando seus pacientes tomam medicamentos que precisam ser ingeridos antes, com ou depois das refeições.

Problemas Perceptuais ou de Coordenação do Paciente

Os pacientes com limitações perceptuais, motoras finas ou de coordenação frequentemente apresentam dificuldade de autoadministrar os medicamentos. Por exemplo, um paciente que recebe insulina para controlar a glicemia e é portador de artrite tem dificuldade de manipular uma seringa. Examine a capacidade do paciente de preparar as doses e aplicar corretamente os medicamentos. Quando um paciente é incapaz de autoadministrar os medicamentos, avalie se a família ou os amigos têm disponibilidade para ajudar ou faça uma referência para os cuidados domiciliares.

Condição Atual do Paciente

O estado mental ou físico continuado afeta se um medicamento é administrado e como ele é administrado. *Examine cuidadosamente o paciente antes de fornecer qualquer medicamento.* Por exemplo, verifique a pressão arterial de um paciente antes de administrar um anti-hipertensivo. Um paciente que está vomitando é incapaz de tomar medicamentos pela boca. Notifique o médico-assistente do paciente quando isto acontece. Os achados da coleta de dados servem como uma linha de base na avaliação dos efeitos da terapia medicamentosa.

Atitude do Paciente a Respeito do Uso de Medicamentos

As atitudes de um paciente sobre os medicamentos (p. ex., benefício, risco, probabilidade de se curar) por vezes revelam um nível de dependência do medicamento ou de resistência ao medicamento. Alguns pacientes não expressam seus sentimentos a respeito de tomar um determinado medicamento, principalmente se a dependência é um problema. Escute cuidadosamente quando um paciente descreve como ele utiliza os medicamentos para identificar a evidência da dependência ou prevenção. Também fique ciente de que as crenças culturais sobre a medicina ocidental por vezes interferem com a adesão ao medicamento (Quadro 32-8; veja o Capítulo 9).

Quadro 32-8

Aspectos culturais do cuidado

Influências na Administração de Medicamentos

As crenças de saúde variam de acordo com a cultura e, com frequência, influenciam o modo pelo qual os pacientes gerenciam e respondem à terapia medicamentosa. As diferenças significativas nos valores, crenças e atitudes afetam a adesão de um paciente à terapia medicamentosa (Alhalaiga et al., 2013). Algumas culturas ligam diferentes significados simbólicos aos medicamentos e à terapia medicamentosa. Os remédios à base de ervas e as terapias alternativas são comuns em várias culturas e grupos étnicos e, por vezes, interferem com os medicamentos prescritos (Li et al., 2012). Algumas pessoas param de tomar os medicamentos quando há a resolução de seus sintomas, mesmo quando os medicamentos ainda são necessários para o controle de uma doença crônica. Além disso, as crenças de saúde frequentemente diferem muito entre os profissionais de saúde e os pacientes, afetando ainda mais a adesão de um paciente à terapia clínica (Polinski et al., 2014). Além do aspecto psicossocial da terapia medicamentosa, a pesquisa

farmacológica demonstrou que as diferenças na resposta ao medicamento, metabolismo e efeitos colaterais podem ser afetadas pela etnicidade, genética, sexo e idade do paciente (Blazquez et al., 2012).

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Avalie as crenças culturais, atitudes e valores quando administrar os medicamentos e ensinar os pacientes sobre a autoadministração.
- Estabeleça a confiança com os pacientes e resolva os conflitos entre os medicamentos e as crenças culturais para alcançar os resultados ótimos do paciente (Polinski et al., 2014).
- Investigue se o paciente pratica alguma terapia alternativa ou se está tomando algum medicamento à base de ervas (Li et al., 2012).
- Considere as influências culturais sobre a resposta aos medicamentos, metabolismo e efeitos colaterais quando um paciente não está respondendo à terapia medicamentosa conforme esperado. Confira com o médico por que, por vezes, se faz necessária uma alteração na medicação do paciente.
- Avalie as preferências alimentares que podem interferir com a terapia medicamentosa do paciente (Giger, 2013).

Fatores que Afetam a Adesão à Terapia Medicamentosa

Muitos fatores complexos afetam a capacidade de um paciente de aderir à terapia medicamentosa prescrita. Por exemplo, o conhecimento do paciente e a compreensão da terapia medicamentosa influenciam a vontade ou a capacidade de seguir um regime medicamentoso. Quando um paciente possui uma história de má adesão (p. ex., doses frequentemente perdidas ou falha em repor as prescrições), investigue se ele pode pagar os medicamentos prescritos e rever os recursos disponíveis para a compra dos medicamentos, quando indicado. Também determine se o paciente compreende a

finalidade do medicamento, a importância dos esquemas de dosagem regular, os métodos de administração apropriados e os possíveis efeitos colaterais. Sem os recursos financeiros, conhecimento e motivação adequados é pouco provável a adesão aos esquemas de medicação (Viswanathan et al., 2012).

Necessidades de Aprendizado do Paciente

As informações relacionadas com a saúde são difíceis de compreender por causa da terminologia técnica. Erros graves podem ocorrer quando os pacientes não compreendem as informações sobre seus medicamentos. Avalie a educação em saúde dos pacientes em relação à administração de medicamento para determinar suas necessidades para a instrução (Weekes, 2012; Zullig et al., 2014) (Cap. 25). Faça com que o paciente explique o esquema de medicamentos de um dia comum. Faça com que ele leia o rótulo de um medicamento e explique o que ele diz. A educação em saúde também inclui aritmética. Faça com que um paciente demonstre como administrar uma dose de medicamento quando for necessário quebrar um comprimido ou dar mais de um em uma embalagem. Considere as respostas do paciente às suas perguntas de avaliação sobre medicamentos como aquelas listadas no Quadro 32-7. Quando um paciente não é capaz de responder adequadamente às perguntas sobre os medicamentos, avalie sua educação em saúde.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

O histórico de enfermagem fornece os dados a respeito da condição do paciente, capacidade de autoadministrar os medicamentos e sobre a adesão aos medicamentos. Utilize estes dados para determinar os problemas reais ou potenciais de um paciente com a terapia medicamentosa. Determinados dados são características de definição que, quando colocados agrupados, revelam os diagnósticos de enfermagem reais. Por exemplo, *Controle de Saúde Ineficaz relacionado com a complexidade do regime de tratamento* está indicado quando os pacientes têm um esquema medicamentoso complexo e admitem ter

dificuldade em integrar suas medicações em suas rotinas diárias. Esta lista de diagnósticos de enfermagem pode ser aplicada durante a administração de medicamentos em diversos quadros:

- *Ansiedade*
- *Manutenção da Saúde Ineficaz*
- *Conhecimento Deficiente (Autoadministração de Medicação)*
- *Falta de adesão (Medicamentos)*
- *Deglutição Prejudicada*
- *Memória Comprometida*
- *Tensão do Papel de Cuidador (Atividades de Cuidar)*

Depois de selecionar o diagnóstico, identifique o fator relacionado (quando aplicável) que direcione a seleção das intervenções de enfermagem. No exemplo da *Falta de Adesão*, os fatores relacionados das *barreiras financeiras* versus *conhecimento insuficiente sobre o regime* exigem diferentes intervenções. Quando o diagnóstico de enfermagem de um paciente está relacionado a finanças inadequadas, você colabora com os familiares, assistentes sociais, gerentes de caso ou instituições comunitárias para conectar o paciente com os recursos financeiros necessários e desenvolver um regime medicamentoso que o paciente possa arcar. Quando o fator reacionado é *conhecimento insuficiente*, você implementa um plano de ensino com o acompanhamento apropriado.

◆ Planejamento de Enfermagem

Sempre organize suas atividades de tratamento para garantir a administração segura de medicamentos. Ter pressa ao administrar os medicamentos dos pacientes leva a erros. É importante minimizar as distrações ou as interrupções quando prepara e administra os medicamentos (Ching et al., 2013; Donaldson et al., 2014). Foram recomendadas zonas de não interrupção (NIZs) para reduzir as distrações e as interrupções durante a administração de medicamento (Yoder et al., 2015). As NIZs são criadas ao se colocar sinais, fitas vermelhas ou algum tipo de limites no assoalho ao redor dos carrinhos ou áreas de medicação. As enfermeiras que estão nestas áreas não devem ser interrompidas.

Metas e Resultados

Estabelecer metas e os resultados correlatos contribui para a segurança do paciente e possibilita o uso efetivo do tempo durante a administração do medicamento. Por exemplo, uma enfermeira estabelece a seguinte meta e os resultados correlatos para um paciente recentemente diagnosticado com diabetes do tipo 2 que tem o diagnóstico de *Conhecimento Deficiente relacionado com as informações insuficientes:*

Meta: O paciente irá autoadministrar com segurança todos os medicamentos prescritos antes da alta.

Resultados:

- O paciente verbaliza a compreensão dos efeitos desejados e adversos dos medicamentos.
- O paciente diz os sinais, sintomas e tratamento da hipoglicemia.
- O paciente é capaz de monitorar os níveis sanguíneos de glicose para determinar se é seguro tomar a medicação ou quando se faz necessário uma alteração na dose.
- O paciente prepara uma dose do medicamento prescrito.
- O paciente descreve uma rotina diária que irá integrar o horário da medicação nas atividades diárias.

Estabelecimento de Prioridades

Priorize o cuidado quando administrar os medicamentos. Utilize os dados da avaliação do paciente para determinar quais medicamentos administrar em primeiro lugar, se é o momento de avaliar a resposta de um paciente a uma medicação ou se é adequado administrar medicamentos SOS. Por exemplo, quando um paciente está com dor, é importante fornecer o medicamento analgésico logo que possível. Quando a pressão arterial do paciente está elevada, administre o medicamento anti-hipertensivo antes de outros medicamentos. As enfermeiras também priorizam quando fornecer educação para os pacientes a respeito dos medicamentos. Por exemplo, a hipoglicemia é um efeito colateral grave da insulina. Um paciente que recebe a insulina precisa ser capaz de identificar e tratar a hipoglicemia de

imediato; desta maneira, em primeiro lugar, ensine como reconhecer e tratar a hipoglicemia antes de ensinar sobre como administrar uma injeção.

Trabalho de Equipe e Colaboração

É essencial a colaboração durante a administração do medicamento. Você precisa colaborar com os cuidadores familiares de um paciente sempre que possível. Os cuidadores familiares e outras pessoas significativas frequentemente reforçam a importância dos horários de medicação quando um paciente está no domicílio. As enfermeiras frequentemente colaboram com os médicos, farmacêuticos e gerentes de caso para garantir que os pacientes sejam capazes de custear seus medicamentos. Na alta, assegure-se de que os pacientes sabem onde e como conseguir os medicamentos. Certifique-se de que os pacientes são capazes de ler os rótulos dos medicamentos e as informações de ensino de medicamentos. Alguns pacientes também precisam compreender como calcular as dosagens e preparar regimes medicamentosos complexos. Colabore com os recursos comunitários (p. ex., instituições para idosos, departamento de saúde pública, intérpretes médicos) quando os pacientes apresentam questões significativas de educação ou dificuldade na compreensão das instruções sobre as medicações (Cap. 25).

◆ Implementação

Promoção da Saúde

Ao promover e manter a saúde de um paciente, as enfermeiras identificam os fatores que melhoram ou diminuem o bem--estar. Crenças de saúde, motivação pessoal, fatores socioeconômicos e hábito influenciam a adesão de um paciente aos medicamentos. Diversas intervenções de enfermagem promovem a adesão ao regime medicamentoso e fomentam a independência. Ensine ao paciente e à família sobre o benefício de um medicamento e o conhecimento necessário para administrá-lo da maneira correta. Integre as práticas

culturais e as crenças de saúde de um paciente no plano de tratamento. Ajude o paciente e a família a estabelecer uma rotina medicamentosa que se encaixe no horário normal do paciente. Faça as referências para os recursos comunitários quando um paciente não é capaz de arcar ou não consegue obter transporte para conseguir os medicamentos necessários.

Ensinando o Paciente e a Família

Alguns pacientes tomam os medicamentos da maneira incorreta ou nem tomam porque não compreendem seus medicamentos. Quando isto acontece, você precisa fornecer educação para o paciente usando a linguagem que o seu paciente compreende (Cap. 25). Inclua as informações sobre a finalidade, ações, momento, dosagens e efeitos colaterais dos medicamentos. Muitas instituições de cuidados de saúde oferecem panfletos de ensino de fácil leitura escritos em linguagem da sexta série do ensino fundamental a respeito dos tipos específicos de medicamentos. Os pacientes precisam saber como tomar adequadamente os medicamentos e os riscos associados quando não fazem isto. Por exemplo, depois de receber uma prescrição de um antibiótico, um paciente precisa compreender a importância de seguir a totalidade da prescrição. A falha em fazer isto pode levar a um agravamento da patologia e ao desenvolvimento de bactérias resistentes ao medicamento. As atuais recomendações sugerem o emprego do Ensino de Retorno como um método para confirmar o aprendizado do paciente e para melhorar a educação do cuidador (Nuori e Budd, 2015). Faça com que o paciente lhe explique o tema que você lhe ensinou de modo que você possa confirmar a compreensão.

As enfermeiras ensinam aos pacientes sobre como administrar corretamente seus medicamentos. Por exemplo, ensine um paciente como medir um medicamento líquido da maneira exata. Forneça educação especial para os pacientes que dependem de injeções diárias (Quadro 32-9). O paciente aprende a preparar e a administrar corretamente uma injeção empregando a técnica asséptica. Ensine aos cuidadores da família como administrar injeções no caso de o paciente

ficar doente ou se tornar fisicamente incapaz para manusear uma seringa. Forneça o equipamento como seringas com escalas calibradas aumentadas ou medicamentos com rótulos em braile quando os pacientes possuem alterações visuais.

Quadro 32-9

Educação em saúde do paciente

Autoadministração de Insulina

Objetivo

- O paciente irá autoadministrar corretamente a insulina subcutânea.

Estratégias de Ensino

- Ensine o paciente como determinar se a insulina está vencida.
- Instrua o paciente a manter o medicamento em seu recipiente rotulado original e refrigerado, quando necessário.
- Demonstre como preparar a insulina em uma seringa, avaliando a acuidade visual para garantir que o paciente é capaz de aspirar a quantidade correta de insulina.
- Oriente o paciente através das etapas de administração da injeção de insulina subcutânea.
- Demonstre como alternar os locais de injeção de insulina.
- Ajude o paciente a determinar a quantidade de insulina necessária com base nos resultados da monitoração domiciliar da glicose capilar conforme ordenado pelo médico.
- Mostre ao paciente como manter um registro diário para as injeções de insulina, incluindo os resultados de monitoração domiciliar da glicose capilar, tipo e quantidade de insulina administrados, data de validade no frasco de insulina, horário de injeção e local de injeção utilizado.

Avaliação

- Usar o Ensino de Retorno e pedir ao paciente para descrever o procedimento utilizado em casa para determinar a dose correta da insulina necessária e o local de injeção.
- Observe o paciente preparar a dose de insulina com base nos resultados da monitoração da glicose capilar, selecionar o local de injeção e autoadministrar a injeção.
- Revise as informações registradas no diário do paciente para sua totalidade.
- Quando o paciente é incapaz de preparar a quantidade correta de insulina ou de autoadministrar com segurança, instrua um cuidador da família e notifique o médico.

Os pacientes precisam conhecer os sintomas dos efeitos colaterais ou toxicidade dos medicamentos. Por exemplo, os pacientes que recebem anticoagulante aprendem a notificar imediatamente a seu médico-assistente quando se desenvolvem os sinais de sangramento ou equimoses. Informe familiares ou amigos sobre os efeitos colaterais dos medicamentos como as alterações no comportamento, porque eles, com frequência, são os primeiros a reconhecer estes efeitos. Os pacientes lidam melhor com os problemas causados por medicamentos quando eles compreendem como e quando agir. Todos os pacientes precisam aprender as diretrizes básicas para a segurança com medicamentos, as quais asseguram o uso e o armazenamento adequados dos medicamentos no domicílio.

Cuidados Agudos

Com frequência, os pacientes são hospitalizados para receber a observação experiente de enfermagem e a documentação das respostas aos medicamentos. Quando uma enfermeira recebe a prescrição de um medicamento, diversas intervenções de enfermagem são essenciais para a administração segura e efetiva de medicamentos.

Recebendo, Transcrevendo e Comunicando as Prescrições de Medicamentos

É necessária uma prescrição para administrar qualquer medicamento. Na falta do CPOE, os médicos escrevem as prescrições à mão nas folhas de prescrição no prontuário de um paciente. Quando as prescrições são escritas à mão, certifique-se de que os nomes dos medicamentos, dosagens e símbolos estão legíveis. Esclareça e torne a escrever qualquer prescrição transcrita que esteja pouco clara ou ilegível.

O processo de verificação das prescrições médicas varia entre as instituições de saúde. As enfermeiras seguem as políticas das instituições e os atuais padrões de segurança do paciente nacionais quando recebem, transcrevem e comunicam as prescrições medicamentosas. *As estudantes de enfermagem estão proibidas de transcrever ou receber prescrições verbais ou telefônicas.*

As prescrições de medicamentos precisam conter todos os elementos no Quadro 32-10. Quando uma prescrição está incompleta, informe o médico e assegure-se do preenchimento completo antes de realizá-la. A enfermeira lê de volta as prescrições verbais ou telefônicas para os médicos para garantir que obteve a prescrição correta. A enfermeira registrada segue a política da instituição no tocante a receber, registrar e transcrever as prescrições verbais ou telefônicas. Em geral, os médicos devem assiná-las dentro de 24 horas.

Quadro 32-10 Componentes da prescrição de medicamento

Uma prescrição de medicamento precisa ter todas as partes a seguir:

Nome completo do paciente: O nome completo de um paciente distingue o paciente de outras pessoas com o mesmo sobrenome. No ambiente de cuidados agudos, os pacientes são por vezes designados por números de identificação especiais (p. ex., número do prontuário médico) para ajudar a diferenciar os pacientes com os mesmos nomes. Este número é frequentemente incluído no formulário da prescrição.

Data e horário em que foi escrita a prescrição: O dia, mês, ano e o horário precisam ser incluídos. Designar o horário em que uma prescrição é escrita esclarece quando determinadas prescrições devem começar e parar. Quando ocorre um incidente envolvendo um erro de medicação, é mais fácil documentar o que aconteceu quando esta informação está disponível.

Nome do medicamento: Um médico prescreve um medicamento por seu nome genérico ou comercial. É essencial soletrar corretamente para evitar a confusão com os medicamentos com pronúncia similar.

Dosagem: A quantidade ou a força do medicamento está inclusa.

Via de administração: Um médico utiliza somente as abreviaturas aceitas para as vias de medicação. A exatidão é importante para garantir que os pacientes recebam os medicamentos pelas vias desejadas.

Horário e frequência da administração: A enfermeira precisa saber qual horário e com que frequência administrar os medicamentos. As prescrições para múltiplas doses estabelecem um esquema de horário para a administração de medicamentos.

Assinatura do médico: a assinatura transforma uma prescrição em uma solicitação legal.

As enfermeiras e os farmacêuticos verificam todas as prescrições de medicamentos para a exatidão e preenchimento completo várias vezes durante o processo de transcrição. Eles também levam em consideração os problemas atuais, tratamentos, valores laboratoriais e outras medicações prescritas do paciente. Quando a enfermeira e o farmacêutico determinam que uma prescrição medicamentosa é segura e apropriada, ela é colocada no formulário de medicamentos apropriado, usualmente chamado de *MAR*. O MAR é impresso em papel ou disponibilizado por meios eletrônicos. Uma versão eletrônica do MAR é chamada de um *eMAR*. Se for escrita à mão, impressa em um computador ou em uma versão eletrônica, ele inclui o nome do paciente, o quarto e o número do leito; número do prontuário do paciente; alergias medicamentosas e alimentares; outros

identificadores do paciente (p. ex., aniversário); e nome do medicamento, dose, frequência, via e horário da administração. Cada vez que se prepara a dose de um medicamento, a enfermeira refere-se ao MAR.

É essencial verificar a exatidão de cada medicamento que você administra para seus pacientes com as prescrições dos pacientes. Quando a prescrição do medicamento está incompleta, incorreta ou inadequada ou quando existe discrepância entre a prescrição original e as informações no MAR, consulte o médico. Não administre um medicamento até que você tenha certeza de que pode seguir os seis certos da administração de medicamentos. Quando você administra o medicamento errado ou uma dose incorreta, *você* é legalmente responsável pelo erro.

Cálculo e Medição da Dose Exata

Quando se medem os medicamentos líquidos, utilize recipientes com medidas padronizadas. Empregue um procedimento sistemático para a medição do medicamento para diminuir a possibilidade de erro. Calcule cada dose quando preparar um medicamento, dê atenção especial ao processo do cálculo e evite as interrupções por outras pessoas ou atividades de enfermagem. Peça a outra enfermeira para fazer uma dupla verificação de seus cálculos contra a prescrição original de medicamentos caso você tenha *alguma* dúvida a respeito da exatidão de seus cálculos ou se você estiver calculando uma dose pela primeira vez ou um medicamento de alto risco.

Administração Certa

Para a administração segura, siga os seis certos da administração de medicamentos. Verifique a identidade do paciente ao usar pelo menos dois identificadores do paciente (TJC, 2016). No ambiente de cuidados agudos, comumente os identificadores se encontram na pulseira do paciente. Compare cuidadosamente os identificadores do paciente com o MAR para garantir que você está administrando o medicamento para o paciente certo. Utilize a técnica asséptica e os procedimentos apropriados quando manuseia e administra o

medicamento e realiza as avaliações necessárias (p. ex., frequência cardíaca para os medicamentos antiarrítmicos) antes de administrar um medicamento para um paciente. Monitore cuidadosamente a resposta de um paciente a um medicamento, em especial quando se administra a primeira dose de um novo medicamento.

Registrando a Administração do Medicamento

Siga todas as políticas da instituição quando documenta a administração do medicamento. Depois de administrar um medicamento, documente imediatamente, da maneira apropriada, o nome do medicamento, dose, via e horário exato da administração. Inclua o local de quaisquer injeções de acordo com a política da instituição.

Quando um paciente recusa um medicamento ou está se submetendo a exames ou procedimentos que resultem na perda de uma dose, explique o motivo pelo qual um medicamento não foi administrado nas anotações de enfermagem. Algumas instituições exigem que a enfermeira faça um círculo ao redor do horário de administração prescrito no prontuário de medicação ou notifique o médico quando um paciente perde uma dose. Fique ciente dos efeitos que as doses perdidas fazem sobre o paciente (p. ex., com hipertensão ou diabetes). Coordenar os cuidados com os médicos e outros profissionais de saúde quando procedimentos de exame e diagnósticos estão sendo realizados ajuda a garantir a segurança do paciente e o controle terapêutico da doença.

Cuidados de Restauração

Por causa dos inúmeros tipos de ambientes de cuidados de restauração, as atividades de administração de medicamento variam. Os pacientes com limitação funcional frequentemente requerem que uma enfermeira administre todos os medicamentos. No ambiente de cuidados domiciliares, os pacientes comumente administram seus próprios medicamentos ou recebem a assistência de familiares. Independente do tipo de atividade do medicamento, a enfermeira é responsável por instruir os pacientes e as famílias sobre a ação,

administração e efeitos colaterais do medicamento.

Considerações Especiais para Administrar Medicamentos para Grupos Etários Específicos

O nível de desenvolvimento de um paciente é um fator a considerar quando se administram os medicamentos. O conhecimento das necessidades de desenvolvimento o ajuda a prever as respostas à terapia medicamentosa.

Lactentes e Crianças até 2 Anos

Em muitos ambientes pediátricos, o padrão de prática consiste em fazer com que outra enfermeira verifique todos os cálculos da dose pediátrica antes da administração. Todas as crianças requerem preparação psicológica especial antes de receber os medicamentos. Com frequência, os pais da criança constituem recursos inestimáveis para determinar a melhor maneira de administrar um medicamento para a criança. Por vezes, é menos traumático para uma criança que um dos pais administre o medicamento e a enfermeira supervisione. É necessário o cuidado de suporte quando se espera que uma criança coopere. Explique o procedimento para a criança, usando as palavras apropriadas para seu nível de compreensão. Explicações longas aumentam a ansiedade de uma criança, em especial para os procedimentos dolorosos como uma injeção. Prover opções para uma criança, quando possível, pode resultar em maior sucesso. Por exemplo, dizer "Está na hora de tomar seu comprimido, você quer com água ou com suco?" permite que a criança faça uma escolha. Não dê à criança a opção de não tomar o medicamento. Depois da administração do medicamento, elogie a criança e ofereça uma recompensa simples como uma estrela ou alguma forma de sinal de reconhecimento. As dicas para a administração de medicamento para crianças estão no Quadro 32-11.

Quadro 32-11 Dicas para a Administração de

Medicamentos para Crianças

Medicamentos Orais

- Os líquidos são mais seguros para engolir que os comprimidos para evitar a aspiração.
- Utilize conta-gotas para administrar líquidos para os lactentes; os canudos frequentemente ajudam as crianças com mais idade a engolir os comprimidos.
- Ofereça suco, refresco ou barra de suco congelado, quando permitido, depois que a criança engolir um comprimido.
- Quando misturar os medicamentos em outros alimentos ou líquidos, utilize apenas uma pequena quantidade. A criança pode se recusar a tomar a totalidade de uma mistura em maior quantidade.
- Evite misturar o medicamento em um líquido ou alimento preferido da criança porque ela pode recusá-lo mais adiante.
- Uma seringa oral de plástico descartável é o dispositivo mais apropriado para preparar as doses líquidas, em especial aquelas com menos de 10 mL (copos, colheres de chá e conta-gotas são imprecisos).

Injeções

- Utilize de cautela quando selecionar os locais de injeção intramuscular (IM). Lactentes e crianças pequenas possuem músculos subdesenvolvidos. Siga a política da instituição.
- As crianças são por vezes imprevisíveis e não cooperam. Certifique-se de que alguém (preferivelmente outra enfermeira) está disponível para conter a criança, quando necessário. Faça com que os pais sirvam de conforto, não aquele que contém a criança, quando a contenção for necessária.
- Sempre desperte uma criança que está dormindo antes de administrar uma injeção.
- Distrair uma criança com conversa, bolhas ou um brinquedo reduz a percepção da dor.

- Quando o tempo permite, aplique antes uma pomada de lidocaína em um local de injeção para reduzir a percepção da dor durante a injeção.

Idosos

Os idosos também requerem considerações especiais durante a administração de medicamentos (Quadro 32-12). Além das alterações fisiológicas do envelhecimento (Fig. 32-8), os fatores comportamentais e econômicos influenciam o uso de medicamentos pelas pessoas idosas.

Quadro 32-12

Foco em idosos

Segurança na Administração de Medicamentos

- Reveja frequentemente a história medicamentosa de um paciente, incluindo o uso de medicamentos de venda livre, e consulte o médico para simplificar o plano de terapia medicamentosa sempre que possível (Pasina et al., 2014).
- Dê instruções claras e simples, forneça auxílios de memória (p. ex., calendário, horário de medicação) e assegure-se de que as informações escritas a respeito dos medicamentos estejam impressas em letras grandes o suficiente para que o paciente enxergue (Touhy e Jett, 2014).
- Avalie o estado funcional para determinar se o paciente irá precisar de assistência ao tomar os medicamentos (Touhy e Jett, 2014).
- Alguns idosos possuem uma sensibilidade maior aos medicamentos, em especial aqueles que agem sobre o sistema nervoso central. Portanto, monitore cuidadosamente as respostas dos pacientes aos medicamentos e antecipe os ajustes de dosagem, quando necessário (Touhy e Jett, 2014).

- Quando o paciente apresenta dificuldade de deglutir uma cápsula ou comprimido, peça ao médico para substituir por um medicamento líquido ou instrua o paciente a colocar o medicamento na frente da língua e, em seguida, engula o líquido para ajudar a empurrá-lo para trás da garganta. Se o paciente continua a apresentar problemas, faça com que ele tente tomar o medicamento com uma quantidade muito pequena de alimento semissólido (p. ex., suco de maça) (Touhy e Jett, 2014).
- Ensine alternativas para o medicamento como a dieta apropriada em vez de vitaminas e exercício em lugar de laxativos (Touhy e Jett, 2014).

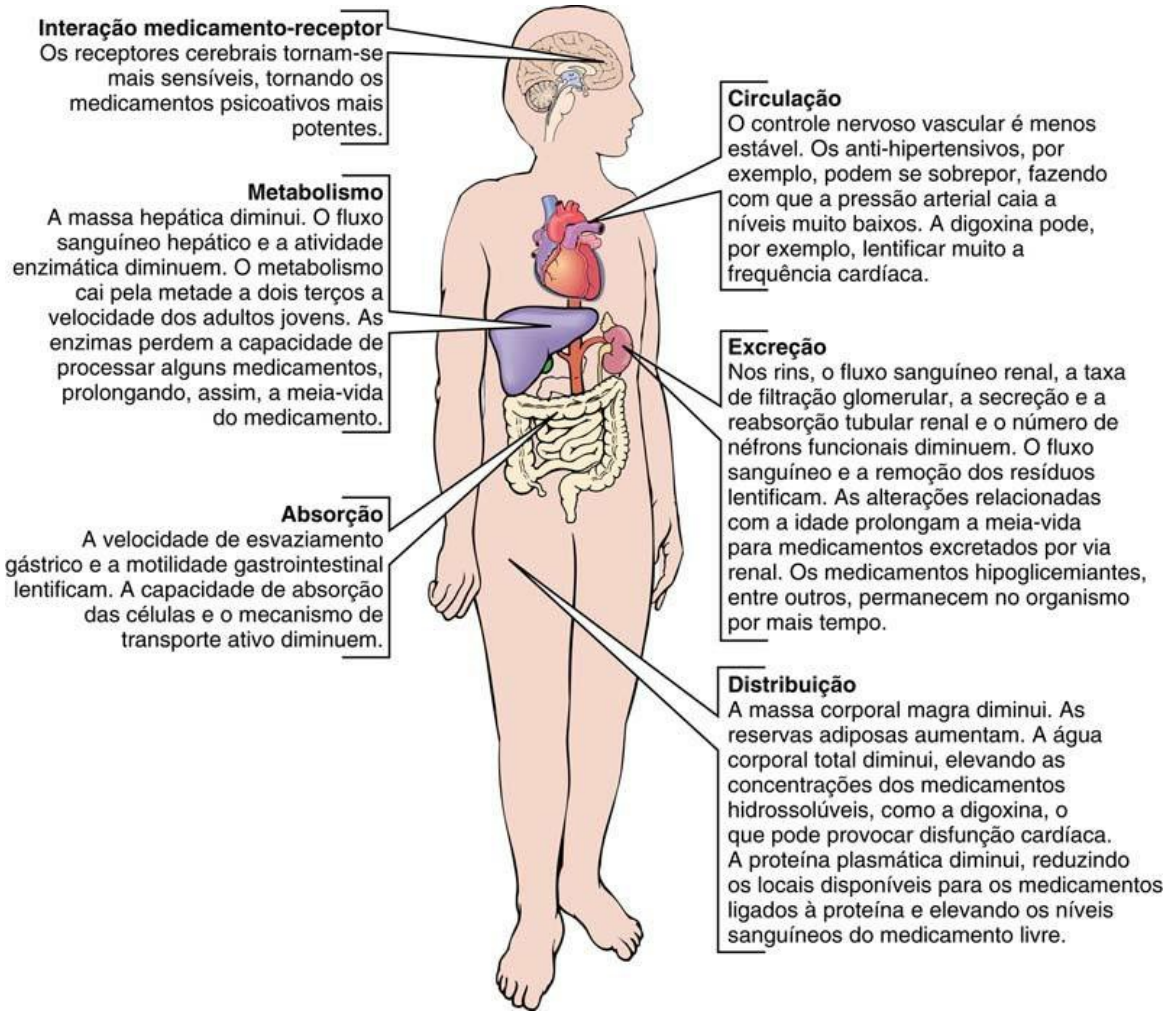


FIGURA 32-8 Efeitos do envelhecimento sobre o

metabolismo dos medicamentos. (De Lewis SM et al.: *Medical-surgical nursing*, 9. ed., St. Louis, 2014, Mosby.)

Polifarmácia

A **polifarmácia** acontece quando um paciente toma múltiplos medicamentos ou medicações potencialmente inadequadas ou desnecessárias ou quando a dose do medicamento não é compatível com um diagnóstico (Touhy e Jett, 2014). Por exemplo, a polifarmácia existe quando um paciente toma dois medicamentos da mesma classe química para tratar a mesma doença. Suspeite de polifarmácia quando seu paciente utiliza dois ou mais medicamentos com ações idênticas ou similares para tratar várias doenças ao mesmo tempo e mistura suplementos nutricionais ou produtos à base de ervas com os medicamentos. Com frequência, os idosos também experimentam polifarmácia quando procuram alívio para diversos sintomas (p. ex., dor, constipação, insônia e indigestão) ao usar preparações de venda livre. Por vezes, a polifarmácia é inevitável. Por exemplo, alguns pacientes precisam tomar mais de um medicamento para controlar sua pressão arterial elevada. Quando um paciente experimenta a polifarmácia, o risco de reações adversas e interações medicamentosas com outros medicamentos e alimento fica aumentado.

Como muitos idosos sofrem de problemas de saúde crônicos, a polifarmácia é comum. Entretanto, isto está se tornando mais comum em crianças e pacientes com doença mental. Fazer uso de medicamentos de venda livre frequentemente, falta de conhecimento sobre medicamentos, crenças erradas sobre medicamentos, e ir a consultas de diferentes médicos para tratar diferentes doenças aumenta o risco de polifarmácia. Para minimizar o risco associado à polifarmácia, é essencial a comunicação frequente entre os profissionais de saúde para garantir que o regime medicamentoso do paciente seja o mais simples possível (Pasina et al., 2014).

◆ Avaliação de Enfermagem

A evolução de enfermagem da administração de medicamento é um

papel essencial da profissão de enfermagem que exige as habilidades de avaliação; raciocínio crítico; análise; e conhecimento dos medicamentos, fisiologia e fisiopatologia. Você precisa reunir os dados de maneira total e exata para realizar uma evolução de enfermagem holística. A meta da administração segura e efetiva do medicamento é satisfeita quando um paciente responde adequadamente à terapia medicamentosa e assume a responsabilidade para o autocuidado. Quando os pacientes não experimentam os resultados esperados da terapia medicamentosa, investigue os possíveis motivos e determine as revisões apropriadas do plano de cuidados.

Pela Ótica do Paciente

A evolução de enfermagem é mais efetiva quando você valoriza a participação de seu paciente. Portanto, faça parceria com seus pacientes e os inclua no processo de evolução de enfermagem. Assegure-se de que eles compreendem e são capazes de administrar seus medicamentos com segurança. Por exemplo, se você está cuidando de uma criança que precisa de um inalador, certifique-se de observar seu paciente fazendo o uso do inalador. Para determinar se os pacientes compreendem os seus esquemas de medicação, peça a eles para explicar quando eles devem tomar seus medicamentos e se eles são capazes de tomá-los de acordo com a prescrição. Quando eles têm dificuldade com seu esquema de medicação, determine as barreiras para a adesão à medicação (p. ex., custo, falta de conhecimento) e remova estas barreiras, quando possível. Também se lembre que os pacientes possuem valores diferentes e definem saúde de maneira diferente. Estes valores e crenças influenciam sua percepção da eficácia de seus medicamentos. Portanto, peça aos pacientes para descrever esta eficácia. Pergunte se eles estão satisfeitos com os seus medicamentos e como se sentem tomando-os. Utilize as declarações do paciente e as respostas a perguntas (p. ex., “Me sinto menos ansioso agora”) quando se determina a eficácia de medicamentos. Incluir os pacientes no processo de evolução de enfermagem os empodera e os ajuda a se envolver mais ativamente

em seus tratamentos.

Resultados do Paciente

A condição clínica de um paciente pode se modificar a cada minuto. Utilize o conhecimento do efeito desejado e dos efeitos colaterais comuns de cada medicamento para comparar os resultados esperados com os achados atuais. Com frequência, uma alteração na condição de um paciente está fisiologicamente relacionada com as mudanças no estado de saúde ou com os resultados de medicamentos ou de ambos. Fique alerta para as reações em um paciente que está recebendo diversos medicamentos. As enfermeiras empregam uma gama de medidas para avaliar as respostas do paciente aos medicamentos como a observação direta das medidas fisiológicas (p. ex., pressão arterial ou valores laboratoriais), respostas comportamentais (p. ex., agitação) e escalas de quantificação (p. ex., quantificação em uma escala de dor ou náusea). O tipo de medição utilizado varia com a ação da medicação que está sendo avaliada, com a capacidade de leitura e o nível de compreensão do paciente, e das capacidades psicomotora e cognitiva do paciente. O tipo mais comum de medição é uma medida fisiológica. Os exemplos de medidas fisiológicas são a pressão arterial, a frequência cardíaca e a acuidade visual. A Tabela 32-8 contém exemplos de metas, resultados esperados e manobras de avaliação correspondentes.

Tabela 32-8

Exemplo de Avaliação para as Metas do Paciente

Meta	Resultados Esperados	Medida de Avaliação com Exemplo
O paciente e a família compreenderão a terapia medicamentosa.	O paciente e a família descrevem as informações a respeito do medicamento, dosagem, horário, finalidade e efeitos adversos. O paciente e a família identificam as situações que requerem intervenção médica. O paciente e a família	Medição por escrito: Faça com que o paciente escreva o horário da medicação durante um período de 24 horas. Questionamento oral: Utilize a Demonstração de Aprendizado e peça ao paciente para descrever a finalidade, dosagem e efeitos adversos de cada medicamento prescrito. Questionamento oral: Utilize a Demonstração de Aprendizado e faça com que a família descreva o que fazer quando um paciente

	demonstram a técnica de administração apropriada.	exibe efeitos adversos a partir de um medicamento. Observação direta: Faça com que o paciente realize uma demonstração de aprendizado ao encher uma seringa de insulina e ao administrar a injeção.
O paciente irá autoadministrar os medicamentos com segurança.	O paciente segue o regime de tratamento prescrito. O paciente realiza corretamente as técnicas de administração. O paciente identifica os recursos disponíveis para obter a medicação necessária.	Notas ocasionais: Faça com que a família mantenha um diário da adesão do paciente à terapia durante 1 semana. Observação direta: Observe o paciente instilando colírios. Questionamento oral: Utilize a Demonstração de Aprendizado e peça à família para identificar como contatar a farmácia ou a clínica comunitária local para os medicamentos necessários.

Administração de medicamento

Uma base de conhecimentos razoável se faz necessária para que os medicamentos sejam administrados com segurança. As enfermeiras precisam ser preparadas para administrar medicamentos usando diversas vias.

Administração Oral

A via mais fácil e mais desejável para administrar medicamentos é pela boca (veja Procedimento 32-1 na pág. 655). Em geral, os pacientes são capazes de autoadministrar os medicamentos orais. Por vezes, o alimento afeta suas absorções de tal modo que você deve administrá-los com o estômago vazio se a absorção for diminuída. Da mesma forma, forneça os medicamentos com as refeições caso a absorção seja aumentada pelo alimento (Burchum e Rosenthal, 2016). A maioria dos comprimidos e cápsulas precisam ser engolidos e administrados com aproximadamente 50 a 240 mL de líquido (quando permitido).

A administração de medicamento oral está contraindicada em algumas situações (Tabela 32-5). Muitos medicamentos interagem com suplementos nutricionais e à base de ervas. Você precisa estar ciente destas interações para determinar o melhor momento de fornecer medicamentos orais.

Uma importante precaução a empreender quando se administra qualquer preparação oral consiste em proteger os pacientes contra a aspiração. A aspiração acontece quando o alimento, líquido ou medicamento destinado para a administração GI entra inadvertidamente no trato respiratório. Proteja um paciente contra a aspiração ao examinar a sua capacidade de deglutição. O Quadro 32-13 fornece as técnicas que protegem os pacientes contra a aspiração. O posicionamento adequado é essencial. Coloque o paciente em uma posição sentada em um ângulo de 90 graus quando administra os medicamentos orais, quando não contraindicados por sua patologia. Em geral, fazer com que o paciente flexione ligeiramente a cabeça em

uma posição de queixo abaixado reduz a aspiração. Utilize uma conduta multidisciplinar (p. ex., fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional) para determinar as melhores técnicas para os pacientes que apresentam dificuldade de deglutição.

Quadro 32-13 Protegendo um Paciente da Aspiração

- Permita que os pacientes façam a autoadministração de medicamentos, quando possível.
- Conheça os sinais de disfagia (dificuldade de deglutição): tosse, mudança no tom ou qualidade da voz depois da deglutição, depuração oral incompleta ou guardar alimento na boca, regurgitação.
- Examine a capacidade do paciente de deglutir e tossir ao verificar para a presença do reflexo de ânsia e oferecendo, em seguida, 50 mL de água em aumentos de 5 mL. Pare quando o paciente começar a tossir.
- Prepare os medicamentos orais na forma que seja mais fácil de engolir.
- Coloque o paciente em uma posição sentada ereta com os pés no chão, quadris e joelhos a 90 graus, cabeça na linha média e costas eretas, quando possível.
- Se o paciente apresenta fraqueza unilateral, coloque o medicamento no lado mais forte da boca. Virar a cabeça no sentido do lado mais fraco ajuda o medicamento a se movimentar para baixo no sentido do lado mais forte do esôfago.
- Administre os comprimidos de uma só vez, assegurando que cada medicamento seja deglutido da maneira adequada antes que o próximo seja introduzido na boca.
- Concentre os líquidos comuns ou ofereça sucos de frutas quando o paciente não consegue tolerar líquidos finos.
- Alguns medicamentos podem ser macerados e misturados com alimentos na forma de purê, quando necessário. Procure uma

referência de medicamentos para verificar quais são seguros para a maceração.

- Evite canudos porque eles diminuem o controle que o paciente tem sobre a ingestão de volume, o que aumenta o risco de aspiração.
- Se possível, faça o paciente segurar o copo e beber.
- Agende os medicamentos para coincidir com os horários das refeições ou quando o paciente está bem descansado e acordado, quando possível.
- Administre os medicamentos usando outra via caso o risco de aspiração seja grave.

É necessária consideração especial quando se administram medicamentos para pacientes com sondas de alimentação enterais ou de pequeno calibre (Quadro 32-14). A falha em seguir as atuais recomendações baseadas em evidência da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) pode resultar em obstrução da sonda, eficácia medicamentosa reduzida e risco aumentado de toxicidade medicamentosa (Malone, 2014; Phillips e Endacott, 2011). As conexões de sonda errôneas continuam a causar lesão em pacientes porque sondas com diferentes funções podem ser conectadas com conectores Luer (TJC, 2014b). Em resposta a esta questão, a International Organization for Standardization (ISO) (ISMP, 2014b) desenvolveu padrões para conectores de sonda nos quais o conector enteral não será mais compatível com o conector Luer. Um novo conector somente enteral (ENFit) está disponível, sendo que as instituições de cuidados de saúde modificaram as práticas, políticas, procedimentos e processos de nutrição de acordo com as novas diretrizes (TJC, 2014b) (Quadro 32-15). Antes de administrar um medicamento por esta via, verifique se a localização da sonda (p. ex., estômago ou jejuno) é compatível com a absorção do medicamento. Por exemplo, o ferro dissolve no estômago e é absorvido em sua maior parte no duodeno. Quando ele é administrado através de uma sonda jejunal, ele possui uma biodisponibilidade ruim.

Quadro 32-14

Diretrizes para o procedimento

Administrando Medicamentos através de um Tubo Enteral (Sonda Nasogástrica, Tubo em G, Tubo em J ou Sonda de Alimentação de Pequeno Calibre)

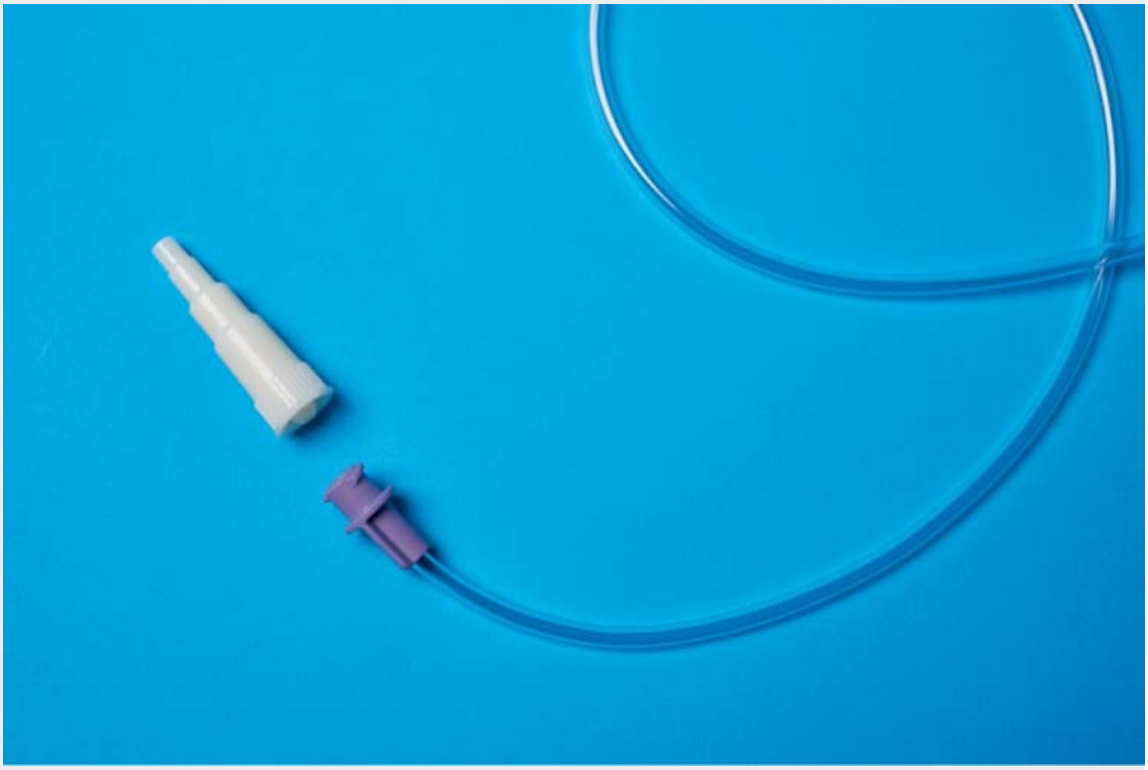
Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de administrar os medicamentos através de um tubo enteral não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico para:

- Manter a cabeceira do leito elevada até um mínimo de 30 graus (preferivelmente 45 graus) por 1 hora depois da administração do medicamento; siga a política da instituição.
- Reportar imediatamente a tosse, a sufocação, o engasgo ou a salivação de líquido para a enfermeira
- Reportar a ocorrência de efeitos colaterais dos medicamentos para a enfermeira.

Material

Seringa oral de 60 mL com a extremidade apropriada (extremidade de cateter para o tubo de grosso calibre, extremidade de Luer-Lok para tubos de pequeno calibre) ou conector apenas enteral (ENFit) (veja ilustração), quando disponível, fita de teste de PpHh (escala de 1.0 a 11.0); recipiente graduado; medicamento a ser administrado; macerador de comprimido quando o medicamento estiver na forma de comprimido; água ou água esterilizada para o paciente imunocomprometido; abaixador de língua ou canudo para misturar o medicamento dissolvido; registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso); luvas de procedimento; estetoscópio (para avaliação)



Passos

1. Conferir a exatidão e a totalidade de cada MAR com a prescrição de medicamentos do médico. Verifique o nome do paciente, assim como o nome, dosagem, via e horário de administração do medicamento. Torne a copiar ou a imprimir qualquer parte do MAR impresso que esteja difícil de ler.
2. Avalie o conhecimento do paciente a respeito do medicamento. Também avalie a história clínica e a história de alergias a medicamentos ou alimentos. Certifique-se de que as alergias do paciente a medicamentos ou alimentos estão listadas no MAR e são nitidamente exibidas no prontuário do paciente, de acordo com a política da instituição.
3. Evite esquemas de medicação complicados que interrompam com frequência as alimentações enterais. Investigue as opções com o médico e utilize vias alternativas de administração de medicamentos (p. ex. intravenosa [IV], transdérmica, retal).
    a. Avalie onde o medicamento é absorvido e assegure-se de

que o ponto de absorção não é ultrapassado pelo tubo de alimentação. Por exemplo, alguns medicamentos (p. ex., antiácidos) são absorvidos no estômago. Quando o tubo do paciente está posicionado no intestino, estes medicamentos não são absorvidos porque o tubo ultrapassa o estômago (McIntyre e Monk, 2014; Prohaska e King, 2012).

b. Determine se o medicamento interage com a alimentação enteral. Quando há o risco para a interação, interrompa a alimentação durante um mínimo de 30 minutos antes de administrar o medicamento (veja a política da instituição e consulte o farmacêutico ou a referência de medicamentos) (Phillips e Endacott, 2011).

4. Realize a higiene das mãos e prepare o medicamento (veja o Procedimento 32-1, Passos 1a-g, 11). Prepare os medicamentos em uma forma líquida, quando possível, de modo a evitar a obstrução do tubo (Bankhead et al., 2009; Lohmann et al., 2015). Confira o rótulo do medicamento com o MAR, 2 vezes, para a exatidão. *Estas são a primeira e a segunda verificações para exatidão.*
5. *Nunca* adicione diretamente os medicamentos em um frasco ou bolsa da alimentação por sonda (Bankhead et al., 2009). Por vezes, a alimentação por sonda ou tubo precisa ser suspensa. Verifique isto e o intervalo de tempo que você interrompe a alimentação com a política da instituição, farmacêutico ou uma referência de medicamentos antes de administrar o medicamento, a fim de maximizar o efeito terapêutico do medicamento (Bankhead et al., 2009; Guenter e Boullata, 2013).
6. Administre os medicamentos ao paciente no horário correto (veja a política da instituição). Forneça os medicamentos imediatos, de primeira vez ou de ataque, e as doses únicas no horário prescrito. Administre os medicamentos de horário crítico não mais que 30 minutos antes ou depois do aprazamento da dose. Administre os medicamentos aprazados sem horário crítico dentro de 1-2 horas da dose agendada (SMP, 2011). Faça a higiene das mãos.

7. Identifique o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de aniversário ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as informações no MAR ou no prontuário médico do paciente.
8. Compare o rótulo dos medicamentos contra o MAR mais uma vez ao lado do leito do paciente. *Esta é a terceira verificação da exatidão.*
9. Explique o procedimento e os medicamentos para o paciente.
10. Lembre-se: Não forneça medicamentos integrais ou não dissolvidos através da sonda de alimentação.
11. Eleve a cabeceira do leito até um mínimo de 30 graus (preferivelmente 45 graus) (exceto quando contraindicado) ou sente o paciente em uma cadeira (Bankhead et al., 2009).
12. Calce luvas de procedimento. NOTA: Se o paciente apresenta alergia ao látex, utilize luvas sem látex.
13. Quando está acontecendo a infusão por meio de um tubo de alimentação, ajuste a bomba infusora para suspender a alimentação por sonda. Verifique o posicionamento de qualquer sonda de alimentação que penetre pela boca ou pelo nariz ao observar o conteúdo gástrico e verificando o pH do conteúdo aspirado. Um valor de pH corretamente obtido inferior a 5.0 constitui uma boa indicação do posicionamento gástrico (Clifford et al., 2015) (Cap. 45).
14. Avalie o volume residual gástrico (GRV). Aspire 30 mL de ar para dentro de uma seringa de 60 mL, conecte a sonda de alimentação e lave a sonda com ar. Em seguida, puxe para trás lentamente para aspirar o conteúdo gástrico (Cap. 45). Determine o GRV usando a escala na seringa ou um recipiente graduado. Quando o GRV é de 250 mL ou menos, devolva o conteúdo aspirado para o estômago (veja a política da instituição). Quando o GRV é maior que 250 mL, suspenda o medicamento e o líquido aspirado e entre em contato com o médico para as prescrições (de acordo com a política da instituição) (Malone, 2014; Metheny et al., 2010).

15. Pince ou prenda a sonda enteral e remova a seringa usada para obter o GRV. Aspire 30 mL de água para dentro da seringa. Reintroduza a extremidade da seringa na sonda, solte o clamp e lave a sonda. Prenda novamente a sonda e retire a seringa.
16. Administre o medicamento
    a. **Método da seringa:** Aspire o medicamento líquido para dentro da seringa (não misture os medicamentos), conecte a extremidade da seringa à extremidade da sonda enteral. Empurre o medicamento através da sonda. Caso perceba resistência quando se avança o medicamento através da sonda, interrompa a administração e faça contato com o médico.
    b. **Método da gravidade:** Remova o bulbo ou êmbolo da seringa e reconecte a seringa na extremidade da sonda de alimentação. Não introduza na porta de ventilação em paralelo com a sonda nasogástrica. Derrame a medicação líquida ou a mistura dissolvida do medicamento amassado dentro da sonda de alimentação e permita que ela flua livremente para dentro do estômago ou intestino por meio da gravidade. *Não* misture os medicamentos, administre cada um separadamente (Bankhead et al., 2009; Zhu e Zhou, 2013). Quando os medicamentos não fluem livremente, aumente a altura da seringa ou faça com que o paciente mude discretamente a posição. Quando, ainda assim, o medicamento não flui, prenda o bulbo ou o êmbolo na seringa e siga para o Passo 16a.
17. Lave a sonda com 15-30 mL de água entre cada medicamento (Klang et al., 2013).
18. Depois de administrar todos os medicamentos, lave novamente a sonda com 30-60 mL de água (Klang et al., 2013).
19. Reinicie a alimentação por sonda quando apropriado. Prenda a extremidade proximal da sonda quando a alimentação não está sendo administrada ou precisa ser suspensa por 30 minutos ou mais para evitar alterações na biodisponibilidade

do medicamento (Bankhead et al., 2009).

20. Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável e mantenha a cabeceira do leito elevada durante pelo menos 1 hora (de acordo com a política da instituição). Limpe a área e coloque os materiais de lado. Retire as luvas e faça a higiene das mãos.
21. Registre a administração do medicamento, dose, via e horário no MAR.
22. Monitore o paciente para os sinais de aspiração como sufocação, fala com gorgolejo, ou sons respiratórios congestos durante e depois da administração do medicamento.
23. Avalie a resposta do paciente à medicação nos horários que correspondem ao início, máximo e a duração do medicamento. Quando o efeito desejado não é atingido, um medicamento ou via de administração diferente está provavelmente indicado por causa dos problemas com a biodisponibilidade da substância quando administrada pela via enteral.
24. Use o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família sobre os medicamentos enterais. Diga para o paciente, "Quero ter certeza de que expliquei os remédios que você está tomando através da sonda de alimentação. Você pode me dizer por que você está tomando estes medicamentos e quais efeitos colaterais você pode desenvolver?" Se o paciente autoadministra os medicamentos, diga, "Me mostre como você está tomando seus medicamentos em casa." Revise sua orientação agora ou desenvolva o plano para o ensino revisado quando o paciente ou a família não são capazes de fazer a demonstração do aprendizado corretamente.

Quadro 32-15 Recomendações da The Joint Commission (TJC) para Novos Conectores de Sonda Enteral

- Rastreie o equipo ou a sonda desde o paciente até o ponto de

origem:

  - Antes de conectar ou reconectar qualquer dispositivo ou infusão.
  - Em qualquer transição, como se fosse para um novo ambiente ou serviço.
  - Como parte do processo de descarte.
- Oriente os tubos e cateteres com diferentes finalidades nas direções padronizadas (p. ex., no sentido da cabeça, no sentido dos pés) e rotule os tubos nas extremidades tanto proximal quanto distal.
- Utilize os equipos e os equipamentos correlatos apenas para seu uso pretendido.
  - Nunca utilize as seringas de Luer padronizadas para medicações orais ou alimentações enterais.
  - Não utilize o equipo intravenoso (IV) ou bombas IV para as alimentações enterais.
  - Empregue bombas nitidamente diferentes para as aplicações IV.
  - Elimine o uso de adaptadores temporários logo que possível.
  - Não force as conexões e evite soluções alternativas.
- Utilize práticas seguras para medicamentos de alerta alto.
  - Rotule o equipo ou cateter.
  - Não utilize equipo ou cateter com portas de injeção.
  - Utilize um procedimento de dupla verificação independente.
- Eduque a equipe.
  - Forneça a educação da equipe adequada para qualquer pessoa que use este novo equipamento.
  - Forneça um manual de referência.
- Crie uma cultura de segurança e relato de eventos adversos.

Adaptado do The Joint Commission (TJC): *Sentinel alert event: managing risk during transition to new ISO connector standards*, 2014b, http://www.jointcommission.org/assets/1/6/SEA_53_Connectors_8_19_14_final.pdf. Acessado em 8 de junho de 2015.

Utilize os medicamentos líquidos quando possível. Quando os

medicamentos líquidos não estão disponíveis, esmague os comprimidos simples ou abra as cápsulas e os dilua em água. Perfure uma cápsula com gel com uma agulha estéril e esvazie o conteúdo em 30 mL de água quente ou em outras soluções conforme designado pelo fabricante do medicamento. Você pode dissolver cápsulas com gel em água quente, mas isto frequentemente leva 15 a 20 minutos. Utilize apenas seringas orais quando preparar os medicamentos para esta via a fim de evitar a administração parenteral acidental. Lave as sondas ou tubos com um mínimo de 30 mL de água antes e depois de administrar os medicamentos. Quando administrar mais de um medicamento em um momento, administre cada um separadamente e lave entre os medicamentos com 15 a 30 mL de água. Determine se os medicamentos precisam ser administrados com o estômago vazio ou se eles são compatíveis com a alimentação enteral do paciente. Quando um medicamento deve ser administrado com o estômago vazio ou não é compatível com a alimentação (p. ex., fenitoína, carbamazepina [Tegretol], varfarina [Coumadin], fluoroquinolonas, inibidores da bomba de próton), suspenda a alimentação por um mínimo de 30 minutos antes ou 30 minutos depois da administração de medicamentos. Alguns destes medicamentos podem precisar de 120 minutos para ser absorvidos (Guenter e Boullata, 2013). Verifique o tempo com uma referência de medicamentos ou consulte um farmacêutico. Monitore rigorosamente o paciente para reações adversas. O risco para interações entre medicamentos é elevado quando dois ou mais medicamentos são administrados por esta via porque eles podem interagir entre si logo que são administrados.

Aplicações de Medicamentos Tópicos

Os medicamentos tópicos são medicamentos que são aplicados localmente, com mais frequência na pele íntegra. São fornecidos em muitas formas (Tabela 32-1), também são aplicados em mucosas.

Aplicações Cutâneas

Como muitos medicamentos aplicados localmente como as loções,

pastas e pomadas criam efeitos locais e sistêmicos, aplique estes medicamentos com luvas e aplicadores. Empregue a técnica estéril quando um paciente apresenta uma ferida aberta. A pele incrustada e os tecidos mortos alojam microrganismos e bloqueiam o contato dos medicamentos com os tecidos a ser tratados. Antes de aplicar os medicamentos, limpe a pele por completo ao lavar suavemente a região com água e sabão, embebendo o local envolvido ou debridando localmente os tecidos.

Aplique cada tipo de medicamento de acordo com as orientações, visando garantir a penetração e absorção adequadas. Quando aplicar pomadas ou pastas, espalhe uniformemente o medicamento sobre a superfície afetada e cubra bem a área sem aplicar uma camada muito espessa. Por vezes, os médicos prescrevem que um curativo de gaze seja aplicado sobre o medicamento para impedir que as roupas sujem e retirem o medicamento. Espalhe levemente as loções e os cremes sobre a superfície da pele; a fricção frequentemente causa irritação. Aplique um óleo ao friccioná-lo de modo firme e suave sobre a pele. Polvilhe suavemente um talco para cobrir a área afetada com uma camada fina.

Alguns medicamentos tópicos são aplicados na forma de uma placa transdérmica que permanece em posição durante um intervalo de tempo estendido (p. ex., 12 horas ou 7 dias). Antes de aplicar uma nova placa, calce as luvas descartáveis e remova a antiga. O medicamento permanece na placa mesmo depois do intervalo de tempo recomendado para uso. Enfermeiras e pacientes deixam inadvertidamente as placas transdérmicas antigas no local, resultando no fato de que os pacientes recebem uma overdose de medicamento. Por exemplo, os pacientes que utilizam placas transdérmicas de fentanil para o tratamento da dor podem experimentar depressão respiratória, coma e morte quando as placas não são removidas. Além disso, algumas pessoas, em especial as crianças, experimentaram dano com risco de vida a partir da exposição acidental a placas de fentanil que não foram descartadas da forma adequada (USFDA, 2012). Muitas placas são transparentes, o que dificulta a sua visualização. Por conseguinte, avalie cuidadosamente a pele do paciente e certifique-se

de remover a placa existente antes de aplicar uma nova. Siga estas diretrizes para garantir a administração segura de medicamentos transdérmicos ou tópicos:

- Quando coleta uma história medicamentosa ou concilia os medicamentos, faça especificamente as perguntas caso eles tomem quaisquer medicamentos nas formas de placas, cremes tópicos ou outra via diferente da via oral.
- Quando aplica uma placa transdérmica, pergunte ao paciente se ele já tem uma placa existente.
- Use luvas descartáveis ao remover e aplicar as placas transdérmicas.
- Quando o curativo ou a placa é de difícil visualização (p. ex., transparente), aplique um rótulo perceptível na placa.
- Documente no MAR a localização no corpo do paciente onde o medicamento foi aplicado.
- Documente a remoção da placa ou do medicamento no MAR. Dobre os lados colantes da placa um sobre o outro e descarte a placa em um recipiente à prova de crianças.

Instilação Nasal

Os pacientes com alterações nos seios paranasais por vezes recebem medicamentos através de spray, gotas ou tampões (Quadro 32-16). A forma mais comumente administrada de instilação nasal é o spray ou as gotas descongestionantes, usados para aliviar os sintomas da congestão nasal e resfriados. Aconselhe os pacientes a evitar o abuso de medicamentos porque o uso excessivo leva a um efeito rebote no qual agrava a congestão nasal. Quando a solução de descongestionante excessiva é deglutida, também se desenvolvem graves efeitos sistêmicos, em especial nas crianças. As gotas de solução de soro fisiológico são mais seguras que as preparações nasais que contêm simpaticomiméticos (p. ex., Afrin ou NeoSynephrine) como descongestionante para crianças.

Quadro 32-16

Diretrizes para o procedimento

Administrando Medicamentos Nasais

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de administrar medicamentos nasais não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico a:

- Observar os efeitos colaterais potenciais dos medicamentos e reportar a sua ocorrência.

Material

Medicamento preparado com frasco de spray ou conta-gotas limpo, lenço de papel, travesseiro pequeno (opcional), toalha de rosto (opcional), luvas de procedimento (quando o paciente apresenta secreção nasal extensa), registro de administração de medicamentos (MAR) (eletrônico ou impresso), lanterna

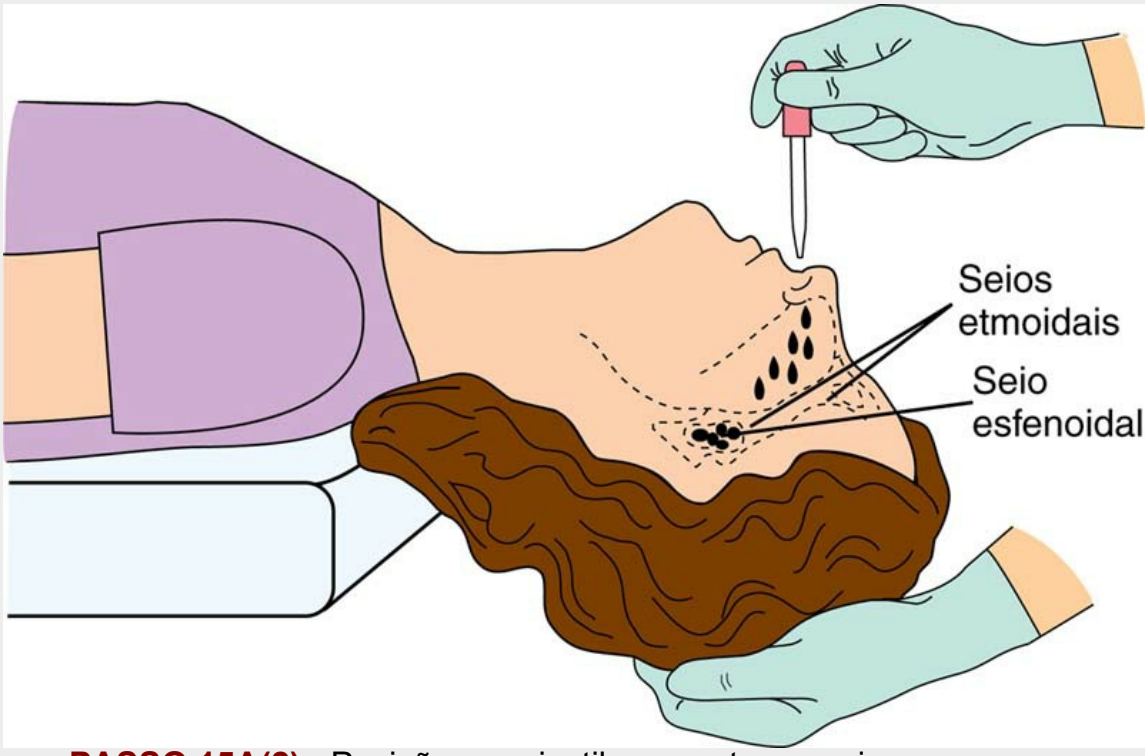
Passos

1. Verifique a exatidão e a totalidade de cada MAR com a prescrição de medicamentos do médico-assistente. Verifique o nome do paciente e o nome do medicamento, dosagem e via de administração. Torne a copiar ou a imprimir qualquer parte do MAR impresso que seja difícil de ler.
2. Refira-se ao prontuário médico para determinar qual seio está afetado quando administrar gotas nasais.
3. Examine a história médica do paciente (p. ex., história de hipertensão, cardiopatia, diabetes mellitus, hipertireoidismo) e para a história de alergias a medicamentos ou alimentos. Certifique-se de que as alergias a alimentos e medicamentos do paciente estão listadas no MAR e estão nitidamente demonstradas em seu prontuário médico de acordo com a política da instituição.

4. Faça a higiene das mãos. Usando uma lanterna, inspecione a condição do nariz e dos seios paranasais. Palpe os seios para a dor (Cap. 31).
5. Examine o conhecimento do paciente em relação ao uso da e a técnica para a instilação nasal, bem como a vontade de aprender a autoadministração.
6. Reveja as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, dose normal e via, efeitos colaterais, horário do início e do máximo da ação, e as implicações de enfermagem.
7. Realize a higiene das mãos e prepare o medicamento (veja o Procedimento 32-1, Passos 1a-g, 11). Compare o rótulo do medicamento com o MAR pelo menos 2 vezes enquanto prepara o medicamento. *Estas são a primeira e a segunda verificações da exatidão.*
8. Administre o medicamento para o paciente no horário correto (veja a política da instituição). Forneça os medicamentos imediatos, os medicamentos de primeira vez ou de ataque, e as doses únicas no horário prescrito. Administre os medicamentos aprazados de horário crítico não mais que 30 minutos antes ou depois da dose agendada. Administre os medicamentos agendados sem horário crítico dentro de 1-2 horas da dose agendada (ISMP, 2011). Realize a higiene das mãos.
9. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., nome e data do aniversário ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as informações no MAR ou no prontuário médico do paciente.
10. Compare o nome do medicamento no rótulo com o MAR, uma vez mais, ao lado do leito do paciente. *Esta é a terceira verificação da exatidão.*
11. Explique o procedimento ao paciente em relação ao posicionamento e as sensações a esperar, como sensação de queimação ou ferroada na mucosa ou sensação de sufocação à

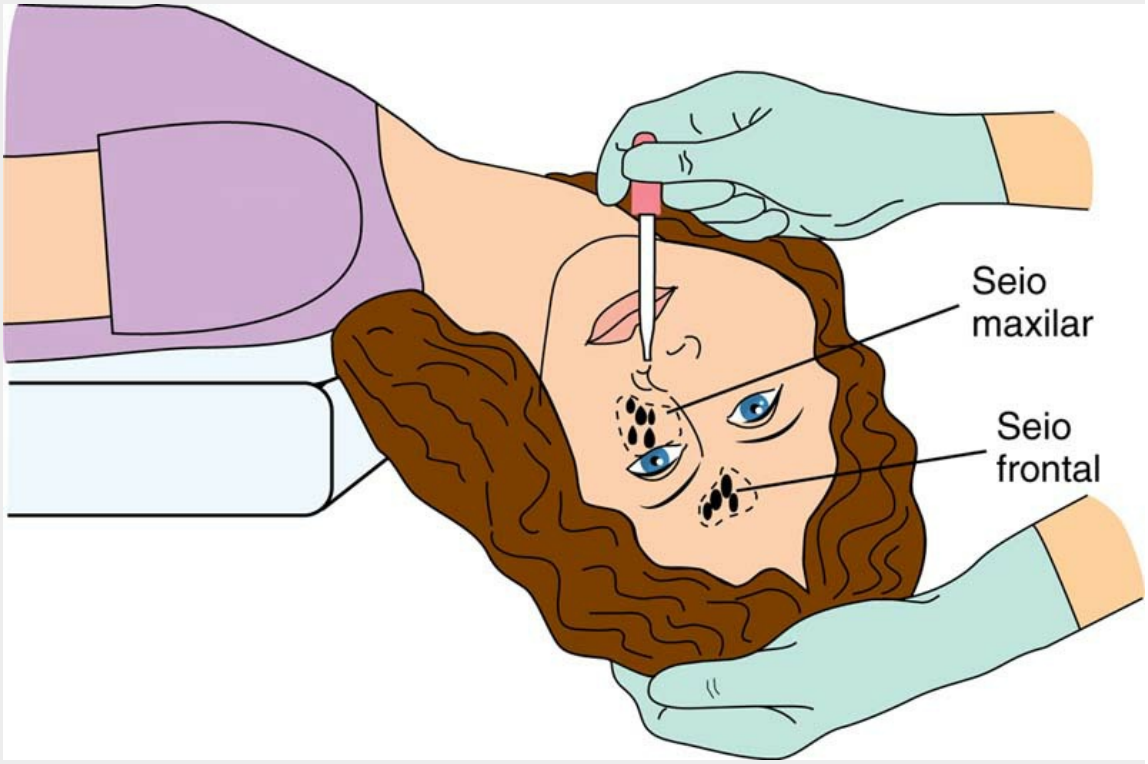
medida que o medicamento escoa para dentro da garganta.

12. Arrume os materiais e medicamentos ao lado do leito. Calce luvas de procedimento quando o paciente apresenta secreção nasal. NOTA: Quando um paciente apresenta alergia ao látex, utilize luvas sem látex.
13. Role ou agite gentilmente o recipiente.
14. Instrua o paciente a limpar ou assoar suavemente o nariz, exceto quando contraindicado (p. ex., risco para pressão intracraniana aumentada ou de epistaxe). Oriente o paciente sobre a finalidade do medicamento, a dose, o horário para a instilação e os possíveis efeitos colaterais.
15. *Administre as gotas nasais:*
    a. Ajude o paciente a ficar na posição supina e posicione adequadamente a cabeça.
        (1) Para o acesso à faringe posterior, incline para trás a cabeça do paciente.
        (2) Para acesso ao seio etmoidal ou esfenoidal, incline a cabeça do paciente para trás sobre a borda do leito ou coloque um pequeno travesseiro sob o ombro do paciente inclinando a cabeça para trás (veja ilustração).



PASSO 15A(2) Posição para instilar as gotas nasais no seio etmoidal ou esfenoidal.

(3) Para o acesso ao seio frontal e maxilar, incline a cabeça para trás sobre a borda do leito ou travesseiro, com a cabeça virada no sentido do lado a ser tratado (veja a ilustração).



PASSO 15A(3) Posição para instilar gotas nasais no seio frontal e maxilar.

b. Sustente a cabeça do paciente com a mão não dominante.
c. Instrua o paciente para respirar através da boca.
d. Segure o conta-gotas a 1 cm acima das narinas e instile o número de gotas prescrito no sentido da linha média do osso etmoide.
e. Faça com que o paciente permaneça na posição supina por 5 minutos.
f. Ofereça lenços de papel para secar a secreção fluente, porém advirta o paciente para não assoar o nariz durante vários minutos.

16. *Administrando o spray nasal:*
a. Prepare o spray nasal conforme indicado pelo fabricante. Ajude o paciente a ficar na posição supina e a posicionar a cabeça ligeiramente inclinada para frente.
b. Ajude o paciente a colocar o bico do spray dentro das narinas apropriadas, apontando o bico para o lado e para longe do centro do nariz. Feche gentilmente a narina

oposta com um dedo.

c. Faça com que o paciente borrife o medicamento dentro do nariz enquanto inspira.

d. Ajude o paciente a tirar o bico do spray para fora do nariz e instruí-lo a prender a respiração por alguns segundos e, em seguida, a expirar através da boca.

e. Ofereça lenços de papel, mas advirta o paciente para não assoar o nariz durante vários minutos.

17. Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável depois que o medicamento tiver sido absorvido.
18. Limpe a extremidade do frasco com um lenço de papel seco e limpo e coloque a tampa novamente; descarte os materiais sujos no recipiente apropriado; tire e descarte as luvas e realize a higiene das mãos.
19. Documente o nome do medicamento, a dose, a via e o horário da administração no MAR.
20. Observe o paciente para o início dos efeitos colaterais, 15 a 30 minutos depois da administração. Pergunte se o paciente é capaz de respirar pelo nariz depois da administração do descongestionante. Pode haver a necessidade de que o paciente oclua uma narina por vez e respire profundamente.
21. Avalie a resposta do paciente aos medicamentos nos momentos que se correlacionam com o início, o máximo e a duração da medicação. Avalie o paciente para os efeitos desejados e para os efeitos adversos. Torne a inspecionar a condição das vias nasais entre as instilações.
22. Use o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família a respeito dos medicamentos nasais. Diga ao paciente, "Quero me certificar de que expliquei corretamente o seu spray nasal. Você pode me dizer qual é o melhor horário para que você use o seu spray? Quais efeitos colaterais você pode ter a partir do uso do spray?" Quando o paciente autoadministra os medicamentos no domicílio, diga, "Mostre-me como você irá tomar este medicamento em casa." Revise sua orientação agora ou desenvolva o plano para o

ensino revisado quando o paciente ou a família não é capaz de fazer corretamente a demonstração do aprendizado.

É mais fácil fazer com que os pacientes autoadministrem os sprays porque eles são capazes de controlá-lo e inalar à medida que o medicamento penetra nas vias nasais. Para os pacientes que usam sprays repetidamente, examine as narinas para a irritação. Quando usado para tratar uma infecção sinusal, posicione os pacientes para permitir que o medicamento nasal alcance o seio afetado. Os sangramentos nasais intensos são usualmente tratados com aplicação de gaze ou tampões nasais, que são tratados com epinefrina, para reduzir o fluxo sanguíneo. Em geral, um médico ou residente aplica os tampões nasais.

Instilação Ocular

Alguns pacientes utilizam colírios e pomadas de venda livre, como lágrimas artificiais e vasoconstritores (p. ex., Visine e Murine). Outros pacientes, em especial os idosos, recebem os medicamentos **oftálmicos** prescritos para afecções oculares, como o glaucoma, ou depois da extração da catarata. Os problemas relacionados com a idade, como a visão deficiente, os tremores nas mãos e a dificuldade de segurar ou manipular recipientes, afetam a capacidade de um idoso de autoadministrar medicamentos oculares. Instrua os pacientes e os familiares a respeito das técnicas adequadas para sua administração (veja Procedimento 32-2 na pág. 660). Determine a capacidade do paciente ou do cuidador da família para autoadministrar por meio de uma demonstração de retorno do procedimento. Mostre aos pacientes cada etapa para instilar os colírios para ajudá-los a compreender o procedimento. Siga estes princípios quando administrar medicamentos oftálmicos:

- Evite instilar qualquer forma de medicamento ocular diretamente sobre a retina. A córnea do olho possui muitas fibras para dor e, desta maneira, é muito sensível a qualquer coisa aplicada sobre ela.

- Evite tocar as pálpebras ou outras estruturas oculares com conta-gotas ou tubos de pomada. O risco de transmitir infecção de um olho para outro é alto.
- Utilize o medicamento oftálmico apenas para o olho afetado do paciente.
- Nunca permita que um paciente utilize os medicamentos oftálmicos de outro paciente.

Administração Intraocular

Uma maneira menos comum para administrar os medicamentos oftálmicos é através da via intraocular (veja Procedimento 32-2). Estes medicamentos assemelham-se a uma lente de contato. Você coloca o medicamento dentro do saco conjuntival, onde ele permanece por até 1 semana. Você precisa ensinar os pacientes como inserir e remover o disco e para monitorar as reações medicamentosas adversas.

Instilação no Ouvido

Como as estruturas do ouvido interno são muito sensíveis aos extremos de temperatura, você precisa instilar as gotas otológicas em temperatura ambiente para prevenir a vertigem, a tonteira ou a náusea. Embora as estruturas do ouvido externo não sejam estéreis, as soluções estéreis são utilizadas no caso de ruptura do tímpano. A entrada de soluções não estéreis nas estruturas do ouvido médio frequentemente resulta em infecção. Quando um paciente apresenta drenagem auditiva, certifique-se de que o tímpano não se rompeu. Nunca oclua ou bloqueie o canal auditivo com o conta-gotas ou com a seringa de irrigação. Forçar o medicamento para dentro de um canal auditivo ocluído cria a pressão que lesiona o tímpano. O Quadro 32-17 fornece diretrizes para a administração de gotas otológicas.

Quadro 32-17

Diretrizes para o procedimento

Administrando Medicamentos Otológicos

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de administrar os medicamentos otológicos não pode ser delegado para o técnico de enfermagem. Instrua o técnico para:

- Observar os possíveis efeitos colaterais do medicamento e reportar a sua ocorrência.

Material

Gotas: Frasco de medicamento com conta-gotas, cotonete, bola de algodão (*opcional*), luvas de procedimento quando o paciente apresenta drenagem a partir do ouvido. *Irrigação:* solução de irrigação e seringa, cuba em rim, toalha; registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso)

Passos

1. Verifique a exatidão e a totalidade de cada MAR com a prescrição de medicamento do médico. Confira o nome do paciente e o nome do medicamento, dosagem, via e horário da administração. Torne a copiar e a imprimir qualquer parte do MAR impresso que é difícil de ler.
2. Avalie a história médica do paciente (p. ex., história de tontura, perda da audição); história medicamentosa; e história de alergias aos medicamentos, alimentos e látex.
3. Revise as informações pertinentes relacionadas com a medicação, ação, finalidade, dose e via corretas (ouvido correto), efeitos colaterais, horários do início da ação e da ação máxima, e implicações de enfermagem.
4. Avalie o conhecimento do paciente a respeito do medicamento.
5. Realize a higiene das mãos. Prepare o medicamento (veja o Procedimento 32-1, Passos 1a-g, 11). Confira o rótulo do medicamento com o MAR por 2 vezes para a exatidão. *Estas são a primeira e a segunda verificações para a exatidão.*
6. Dê o medicamento ao paciente no horário correto (de acordo

com a política da instituição). Forneça os medicamentos imediatos, de primeira vez ou de ataque e as doses únicas nos momentos ordenados. Administre os medicamentos aprazados de horário crítico não mais que 30 minutos antes ou depois do agendamento da dose. Administre os medicamentos aprazados sem horário crítico dentro de 1-2 horas da dose agendada (ISMP, 2011). Realize a higiene das mãos.

7. Identifique o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as informações no MAR ou prontuário médico do paciente.
8. Compare os nomes dos medicamentos nos rótulos com o MAR, mais uma vez, ao lado do leito do paciente. *Esta é a terceira verificação da exatidão.* Segure o frasco do medicamento nas mãos durante alguns minutos para fazer com que o medicamento fique na temperatura do corpo.
9. Explique o procedimento ao paciente em relação ao posicionamento e as sensações que se devem esperar, como o borbulhamento na audição e a sensação de água no ouvido à medida que o medicamento escoa para dentro do ouvido.
10. Oriente o paciente sobre a ação do medicamento, a dose, o horário da instilação e os possíveis efeitos colaterais.
11. Administre as gotas otológicas.
    a. Calce luvas de procedimento e limpe gentilmente o ouvido externo com gaze quando a drenagem está presente. NOTA: Se o paciente apresenta uma alergia a látex, utilize luvas sem látex.
    b. Coloque o paciente na posição de decúbito lateral (quando não contraindicado por sua condição) com o ouvido a ser tratado voltado para cima ou faça com que o paciente sente em uma cadeira ou na lateral do leito. Quando as gotas otológicas estão em uma suspensão turva, agite-as durante aproximadamente 10 segundos.
    c. Retifique o canal auditivo ao puxar a orelha para baixo e

para trás (crianças com menos de 3 anos) ou para cima e para fora (crianças acima de 3 anos e adultos).

d. Instile as gotas prescritas segurando o conta-gotas a 1 cm acima do canal (veja a ilustração).

PASSO 11D Instile as gotas prescritas acima do canal auditivo.

e. Peça ao paciente para permanecer na posição de decúbito lateral por 2 a 3 minutos. Aplique a massagem ou pressão suave no trago da orelha com o dedo, a menos que contraindicado por causa da dor.

f. Quando a bola de algodão é necessária, coloque-a na parte mais externa do canal. Não pressione o algodão profundamente no canal. Remova-a depois de 15 minutos.

12. Limpe a área e afaste os materiais.
13. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.

14. Documente a administração do medicamento no MAR.
15. Utilize o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão da família e do paciente a respeito dos medicamentos otológicos. Diga ao paciente, "Quero me certificar de que expliquei corretamente o uso de gotas otológicas. Você pode me dizer por que você está tomando estes medicamentos e quais efeitos colaterais poderiam se desenvolver?" Quando o paciente autoadministra os medicamentos, diga, "Mostre-me como você irá usar estas gotas otológicas em casa." Revise sua orientação agora ou desenvolva o plano para o ensino revisado quando o paciente ou a família não são capazes de fazer corretamente a demonstração do aprendizado.

Instilação Vaginal

Os medicamentos vaginais são distribuídos como supositórios, espuma, geleia ou cremes. Os supositórios sólidos ovais são embalados individualmente em embalagens de folha de alumínio e, por vezes, são armazenados no refrigerador de modo a evitar que se derretam. Depois que um supositório é inserido dentro da cavidade vaginal, a temperatura corporal faz com que ele se derreta, seja distribuído e absorvido. Espumas, geleias e cremes são administrados com um aplicador (Quadro 32-18). Forneça um supositório com uma mão enluvada de acordo com as precauções padronizadas (Cap. 29). Com frequência, as pacientes preferem administrar suas próprias medicações vaginais e precisam de privacidade. Como os medicamentos vaginais são frequentemente administrados para tratar a infecção, a secreção comumente apresenta odor fétido. Siga a técnica asséptica e ofereça à paciente oportunidades frequentes para manter a higiene perineal (Cap. 40).

Quadro 32-18

Diretrizes para o procedimento

Administrando Medicamentos Vaginais

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de administrar os medicamentos vaginais não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico de enfermagem a:

- Reportar o sangramento ou a secreção vaginal nova ou aumentada e a ocorrência de efeitos colaterais dos medicamentos.
- Ofereça-se para realizar o cuidado perineal após a administração de medicamento.

Material

Creme, espuma, geleia ou supositório vaginal com aplicador (quando necessário); luvas de procedimento; toalhas e/ou compressa, absorvente perineal; campo ou lençol; geleia lubrificante hidrossolúvel; registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso)

Passos

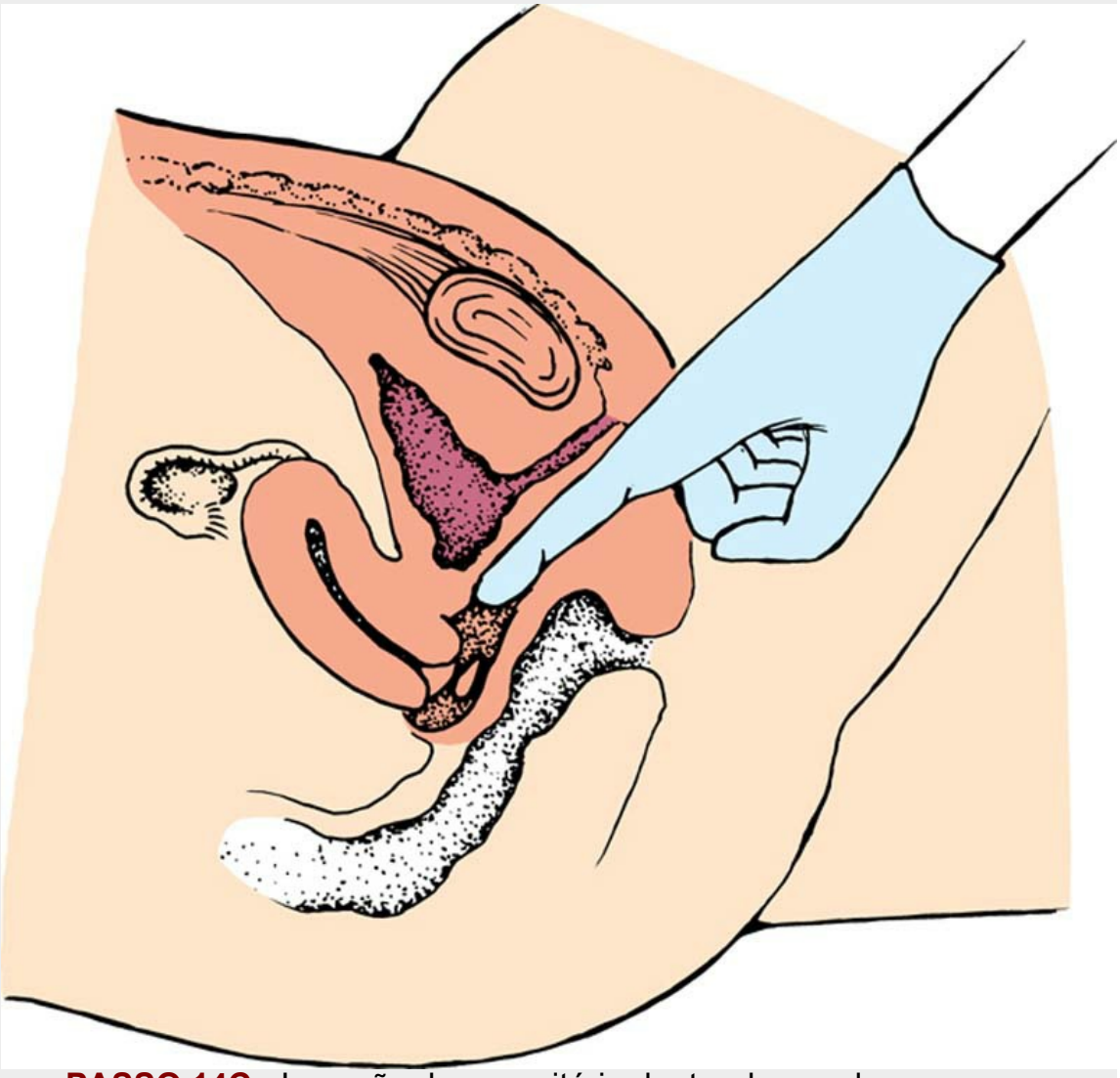
1. Confira a exatidão e a totalidade de cada MAR com a prescrição de medicamento do médico. Verifique o nome do paciente e o nome do medicamento, forma (creme ou supositório), dosagem, via e horário da administração. Torne a copiar ou a reimprimir qualquer parte do MAR impresso que é de difícil leitura.
2. Avalie a história médica do paciente (p. ex., história de secreção vaginal); história medicamentosa; e a história de alergias a medicamentos, alimentos e látex.
3. Revise as informações pertinentes relacionadas com a medicação: ação, finalidade, dose e via normais, efeitos colaterais, o horário do início da ação e da ação máxima, e implicações de enfermagem.
4. Avalie o conhecimento do paciente sobre o medicamento.
5. Realize a higiene das mãos. Prepare o medicamento (veja o Procedimento 32-1, Passos 1a-g, 11). Confira o nome do

medicamento no rótulo com o MAR, 2 vezes, para a exatidão. *Estas são a primeira e a segunda verificações de exatidão.*

6. Dê o medicamento para o paciente no horário correto (veja a política da instituição). Administre os medicamentos imediatos, os medicamentos de primeira vez ou de ataque, e as doses únicas no horário aprazado. Administre os medicamentos agendados de horário crítico não mais que 30 minutos antes ou depois da dose aprazada. Administre os medicamentos agendados sem horário crítico dentro de 1-2 horas da dose aprazada (ISMP, 2011). Realize a higiene das mãos.
7. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as informações no MAR ou prontuário médico do paciente.
8. Compare os nomes do medicamento no rótulo com o MAR, uma vez mais, ao lado do leito do paciente. *Esta é a terceira verificação de exatidão.*
9. Oriente o paciente sobre a ação do medicamento, dose, horário para a instilação, e possíveis efeitos colaterais. Explique o procedimento em relação ao posicionamento e às sensações a esperar, como as sensações de umidade na área vaginal. Certifique-se de que a paciente compreende o procedimento quando ela planeja autoadministrar o medicamento.
10. Feche a porta do quarto ou puxe a cortina ou biombo para proporcionar a privacidade. Determine a capacidade da paciente para manipular o aplicador ou supositório e a capacidade de posicionar-se para inserir o medicamento.
11. Calce luvas de procedimento. NOTA: Quando um paciente apresenta alergia a látex, use luvas sem látex.
12. Ajude a paciente a ficar em uma posição de decúbito dorsal, reclinada, e mantenha o abdômen e os membros inferiores cobertos.
13. Certifique-se de que a iluminação é adequada para visualizar

a abertura vaginal. Inspecione a condição da genitália externa e do canal vaginal (Cap. 31), notando a aparência de qualquer secreção. Limpe a área com compressas ou toalha, quando necessário (Cap. 40).

14. Administrar o supositório vaginal.
    a. Remover o supositório da embalagem laminada e aplicar uma quantidade liberal de gel lubrificante hidrossolúvel estéril para suavizar ou arredondar a extremidade. Lubrifique o dedo indicador enluvado da mão dominante.
    b. Com a mão enluvada não dominante, exponha o orifício vaginal ao retrair gentilmente as pregas labiais.
    c. Com a mão enluvada dominante, introduza gentilmente a extremidade arredondada do supositório ao longo da parede posterior do canal vaginal por todo o comprimento do dedo (7,5 a 10 cm) para garantir a distribuição uniforme do medicamento ao longo das paredes da cavidade vaginal (veja a ilustração).

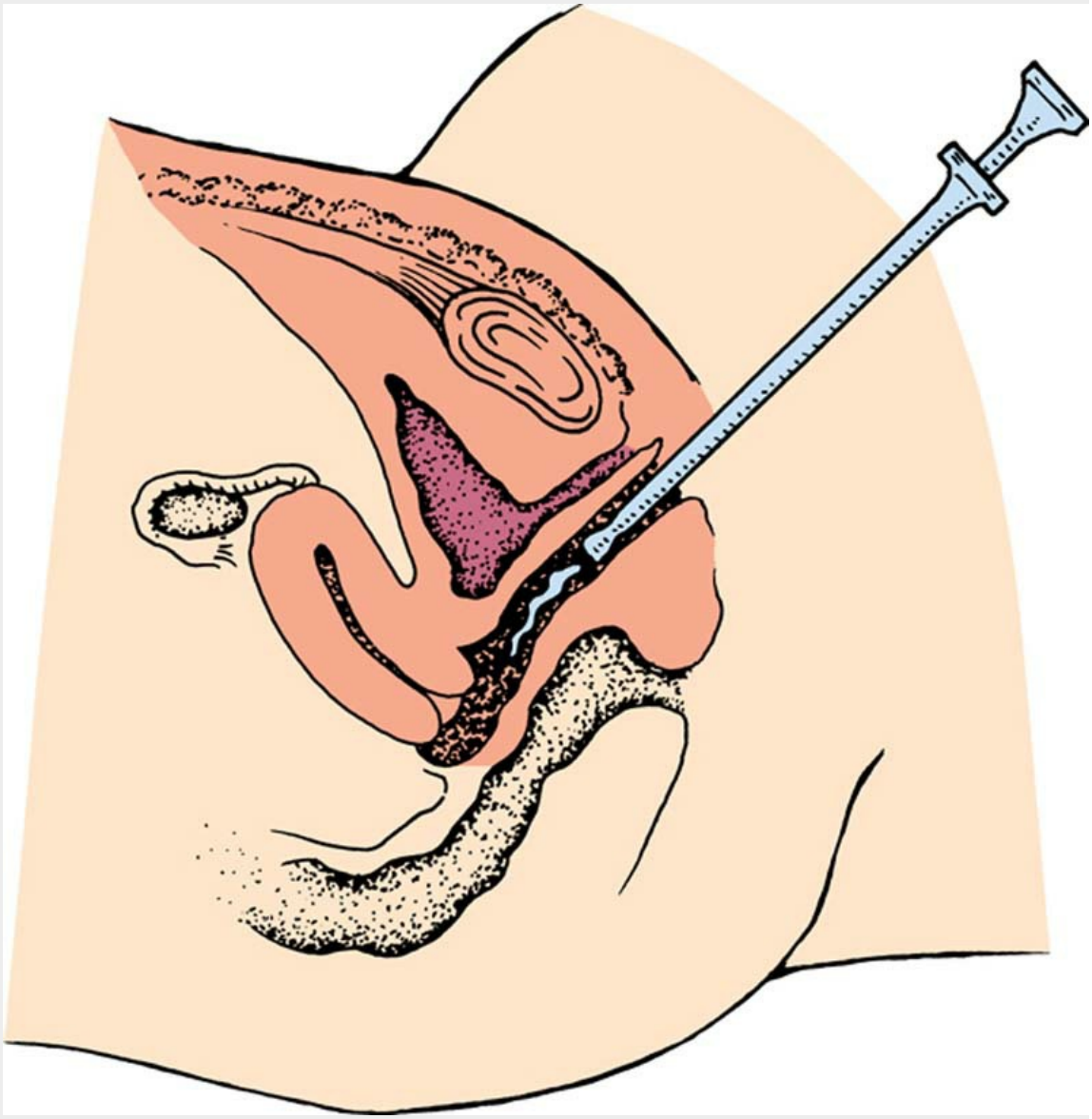


PASSO 14C Inserção do supositório dentro do canal vaginal.

d. Tire o dedo e limpe o restante do lubrificante ao redor do orifício e das pregas labiais.

15. Administre o creme ou espuma:
    a. Encha o aplicador com o creme ou a espuma de acordo com as instruções da embalagem.
    b. Com a mão enluvada não dominante, exponha o orifício vaginal ao retrair gentilmente as pregas labiais.
    c. Com a mão enluvada dominante, introduza o aplicador por aproximadamente 5 a 7,5 cm. Empurre o êmbolo do aplicador para depositar o medicamento dentro da vagina,

a fim de permitir a distribuição uniforme do medicamento (veja ilustração).



PASSO 15C Aplicação de medicamento no canal vaginal.

d. Retire o aplicador e coloque sobre a toalha de papel. Limpe o creme residual dos lábios vaginais ou do orifício vaginal.

16. Descarte os materiais, remova e descarte as luvas, e realize a higiene das mãos.
17. Instrua a paciente a permanecer deitada em decúbito dorsal

por um mínimo de 10 minutos para permitir que o medicamento se distribua e seja absorvido de maneira uniforme por toda a cavidade vaginal e não seja perdido através do orifício.

18. Documente a administração do medicamento no MAR.
19. Quando se usa um aplicador, use as luvas enquanto lava com sabão e água morna, enxágue e guarde para uso futuro.
20. Ofereça um absorvente perineal para a paciente quando ela voltar a deambular.
21. Use o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família sobre os medicamentos vaginais. Diga para a paciente, "Quero ter certeza de que expliquei corretamente o seu medicamento vaginal. Você pode me dizer por que está usando estes supositórios e quais tipos de efeitos colaterais você pode desenvolver?" Se a paciente autoadministra os medicamentos, diga, "Mostre-me como você irá aplicar os medicamentos vaginais em casa." Revise sua orientação agora ou desenvolva um plano para o ensino revisado quando o paciente ou a família não são capazes de fazer a demonstração de aprendizado da maneira correta.

Instilação Retal

Os supositórios retais são mais finos e em forma mais de bala que os supositórios vaginais. A extremidade arredondada impede o trauma anal durante a inserção. Os supositórios retais contêm medicamentos que exercem efeitos locais, como a promoção da defecação, ou efeitos sistêmicos, como a redução da náusea. Eles são armazenados em um refrigerador até a administração. Por vezes, é necessário limpar o reto com um pequeno enema de limpeza antes de inserir um supositório (Quadro 32-19).

Quadro 32-19

Diretrizes para o procedimento

Administrando Supositórios Retais

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de administrar supositórios retais não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico de enfermagem a:

- Observar e relatar a secreção fecal ou a defecação.
- Reportar a ocorrência de efeitos colaterais da medicação.
- Ofereça-se para realizar o cuidado perineal após a administração do medicamento.

Material

Supositório retal, geleia lubrificante hidrossolúvel, luvas de procedimento, campo ou lençol, lenço de papel, registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso)

Passos

1. Verifique a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a ordem de prescrição do médico. Confira o nome do paciente e o nome, dosagem e via do medicamento e o horário de administração. Torne a copiar ou reimprima qualquer parte do MAR impresso que seja de difícil leitura.
2. Revise a história do paciente (p. ex., hemorroidas, fissuras anais, cirurgia retal ou sangramento); história medicamentosa; e história de alergias a medicamentos, alimentos e látex.
3. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, dose e via normais, efeitos colaterais, horário de início da ação e da ação máxima, e implicações de enfermagem.
4. Examine a compreensão do medicamento sobre o medicamento e a experiência com a autoadministração.
5. Realize a higiene das mãos e prepare o medicamento (veja o Procedimento 32-1, Passos 1a-g, 11). Compare os nomes do medicamento no rótulo com o MAR por 2 vezes para a

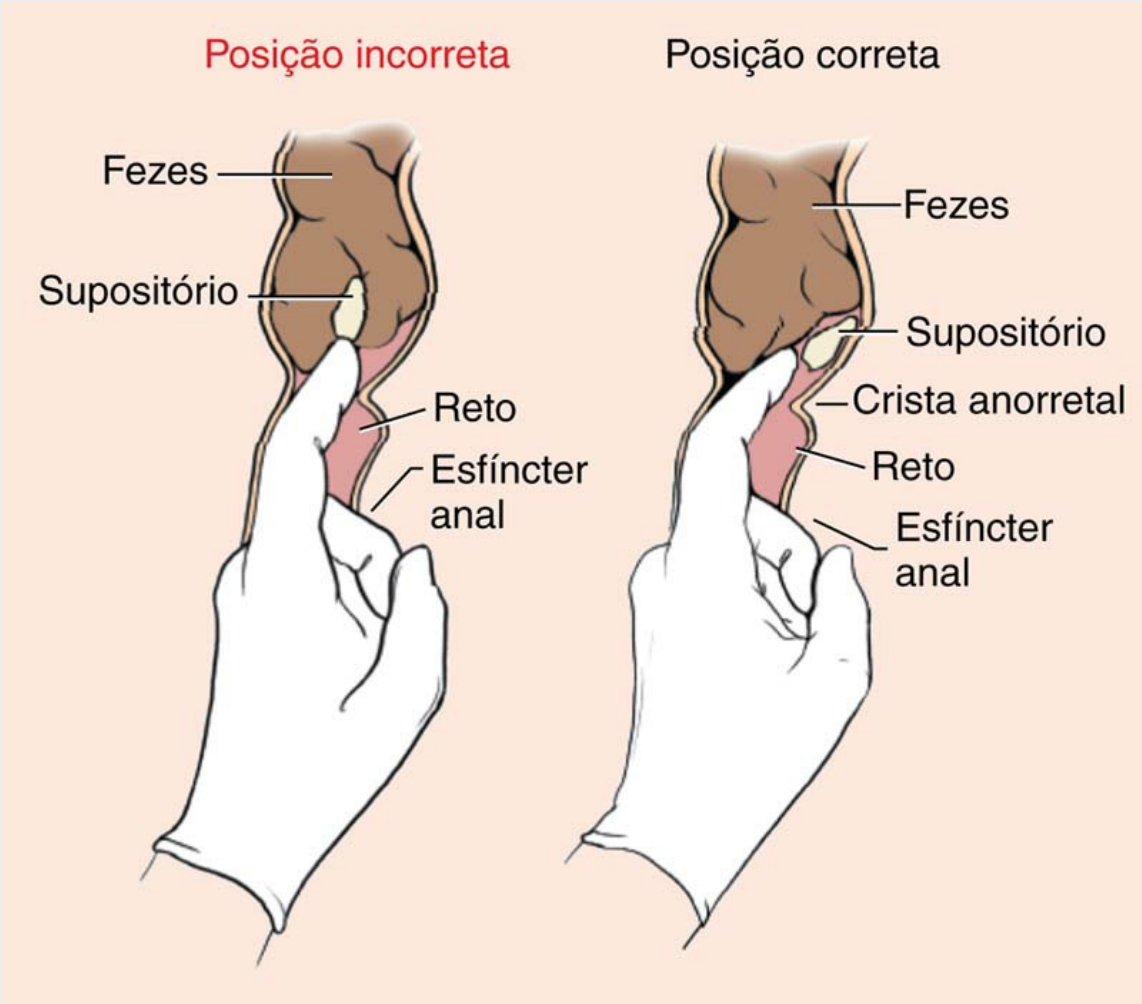
exatidão. *Estas são a primeira e a segunda verificações de exatidão.*

6. Dê o medicamento para o paciente no horário correto. Forneça os medicamentos imediatos, os medicamentos de primeira vez ou de ataque, e as doses únicas no horário prescrito. Administre os medicamentos aprazados de horário crítico não mais que 30 minutos antes ou depois da dose agendada. Administre os medicamentos aprazados sem horário crítico dentro de 1-2 horas da dose agendada (ISMP, 2011). Realize a higiene das mãos.
7. Identifique o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as informações no MAR ou prontuário médico do paciente.
8. Compare os nomes do medicamento no rótulo com o MAR, uma vez mais, ao lado do leito do paciente. *Esta é a terceira verificação da exatidão.*
9. Oriente o paciente sobre o medicamento. Explique o procedimento em relação ao posicionamento e às sensações a esperar como a sensação de precisar defecar. Certifique-se de que o paciente compreende o procedimento caso ele vá autoadministrar o medicamento.
10. Feche a porta ou puxe a cortina para garantir a privacidade.
11. Calce luvas de procedimento. NOTA: Caso o paciente exiba alergia a látex, use luvas sem látex.
12. Ajude o paciente a ficar na posição de decúbito lateral (Sims). Mantenha-o coberto, apenas com a região anal exposta.
13. Certifique-se de que a iluminação é apropriada para a visualização do ânus. Examine a condição do ânus externamente e palpe as paredes retais quando necessário (Cap. 31). Descarte as luvas no recipiente adequado, quando sujas.
14. Aplique um novo par de luvas de procedimento (caso as luvas anteriores estejam sujas). NOTA: Se um paciente apresenta alergia a látex, use luvas sem látex.

15. Remova o supositório da embalagem e lubrifique a extremidade arredondada (veja a ilustração) com a geleia lubrificante hidrossolúvel estéril. Lubrifique o dedo indicador da mão dominante com o lubrificante hidrossolúvel.

PASSO 15 Tire o supositório da embalagem.

16. Peça ao paciente para realizar respirações lentas e profundas através da boca e relaxar o esfíncter anal.
17. Separe as nádegas com a mão não dominante. Introduza gentilmente o supositório através do ânus, além do esfíncter anal e contra a parede retal, por 10 cm nos adultos ou 5 cm em crianças e lactentes (veja ilustração). Aplique pressão suave para manter as nádegas juntas por alguns momentos, quando necessário, a fim de manter o medicamento na posição.



PASSO 17 Introduzindo o supositório retal. (De deWit S. *Fundamentals concepts and skills for nursing*, 4. ed., Filadélfia, 2014, Saunders.)

18. Retire o dedo e limpe a área anal com lenço de papel.
19. Descarte os materiais, remova as luvas e realize a higiene das mãos.
20. Peça ao paciente para permanecer na posição horizontal ou em decúbito lateral durante um mínimo de 5 minutos para evitar a expulsão do supositório.
21. Coloque o botão da campainha no alcance do paciente.
22. Documente a administração do medicamento no MAR.
23. Observe para os efeitos do supositório (p. ex., defecação, alívio da náusea, redução da temperatura) nos horários que se correlacionam com o início da ação, a ação máxima e a duração

da medicação.

24. Utilize o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família sobre os medicamentos retais. Diga ao paciente, "Quero ter certeza de que expliquei corretamente o seu supositório retal. Você pode me dizer por que você está tomando estes supositórios e quais efeitos colaterais podem se desenvolver?" Quando o paciente autoadministra os medicamentos, diga, "Mostre-me como você irá aplicar estes supositórios retais em casa." Revise sua orientação agora ou desenvolva um plano para o ensino revisado quando o paciente ou a família não são capazes de fazer corretamente a demonstração do aprendizado.

Administrando Medicamentos por Inalação

Os medicamentos administrados por inaladores manuais são dispersados por meio de um aerossol em spray, névoa ou pó que penetra nas vias aéreas pulmonares. A rede alveolocapilar absorve rapidamente os medicamentos.

Os **inaladores com dose metrificada pressurizados (pMDIs)**, os inaladores de dose metrificada ativados pela respiração (BAIs) e inaladores de pó seco (DPIs) liberam medicamentos que produzem efeitos locais, como a broncodilatação. Alguns medicamentos criam graves efeitos colaterais sistêmicos. Os pMDIs utilizam um propelente químico para empurrar o medicamento para fora do inalador e exigem que o paciente aplique aproximadamente 5 a 10 libras de pressão no ápice do frasco para administrar o medicamento. As crianças ou idosos com doenças respiratórias crônicas frequentemente usam os pMDIs. Estas duas populações possuem força manual diminuída; por conseguinte, é essencial para avaliar se eles possuem força suficiente para usar o pMDI. Os BAIs liberam o medicamento quando o paciente levanta uma alavanca e inspira. A liberação do medicamento depende da força da respiração do paciente na inspiração, sendo que um BAI é uma boa opção para pacientes que apresentam dificuldade com o uso de pMDIs, pois ele elimina a

necessidade da coordenação mão-respiração (Ari e Restrepo, 2012).

Os DPIs contêm o medicamento em pó seco e criam um aerossol quando o paciente inala através de um reservatório que contém uma dose do medicamento. Alguns DPIs são dosados em unidade. Estes inaladores exigem que os pacientes carreguem uma dose única do medicamento no inalador a cada uso. Outros DPIs contêm medicamento suficiente para 1 mês. Os DPIs requerem menor destreza manual. Como o dispositivo é ativado pela respiração do paciente, não há necessidade de coordenar os puffs com a inalação. No entanto, o medicamento dentro do DPI pode formar grumos quando o paciente está em um clima úmido e alguns pacientes não conseguem inspirar suficientemente rápido para administrar a totalidade da dose do medicamento.

Pacientes que recebem medicamentos por inalação frequentemente sofrem de doença respiratória crônica, como asma crônica, enfisema ou bronquite. Problemas respiratórios diferentes requerem medicamentos inalados diferentes. Por exemplo, os pacientes com asma comumente recebem medicamentos anti-inflamatórios porque a asma é principalmente uma doença inflamatória, enquanto que os pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) recebem broncodilatadores porque, em geral, eles possuem problemas com broncoconstrição. Com frequência, os medicamentos inalados também são descritos como medicamentos "de salvamento" ou "de manutenção". Os medicamentos de salvamento são de ação curta e são tomados para o alívio imediato da angústia respiratória aguda. Os medicamentos de manutenção são empregados em um esquema diário para evitar a angústia respiratória aguda. Os efeitos dos medicamentos de manutenção começam dentro de horas depois da administração e duram por um intervalo de tempo mais longo que os medicamentos de salvamento. Alguns inaladores podem conter combinações de medicamentos de salvamento e de manutenção. Como os pacientes dependem dos medicamentos inalados para controlar a doença e as evidências atuais mostram que muitos pacientes não usam seus inaladores da maneira correta, as enfermeiras precisam ensinar e tornar a ensinar seus pacientes a respeito de sua

utilização segura e efetiva (Ari e Restrepo, 2012) (veja o Procedimento 32-3 na pág. 663).

Alguns pacientes utilizam um espaçador com o pMDI. O espaçador é um tubo com 10 a 20 cm de comprimento que se acopla ao pMDI e permite que as partículas de medicamento se decantem e se quebrem em pedaços menores, o que melhora a absorção na via aérea de um paciente. Os espaçadores possuem uma máscara facial para os lactentes e crianças com menos de 4 anos de idade. Eles são particularmente valiosos quando um paciente apresenta uma dificuldade de coordenar as etapas envolvidas na autoadministração de medicamentos inalados. Quando os pacientes não usam os seus inaladores e espaçadores da maneira correta, eles não recebem a totalidade dos efeitos da medicação. Portanto, a educação do paciente é essencial. Os BAIs e os DPIs não precisam da utilização de espaçadores.

Um aspecto importante do ensino do paciente consiste em ajudá-lo a determinar quando o MDI, BAI ou DPI está vazio e precisa ser reposto. Não se recomenda colocar um MDI para flutuar em água para determinar quanto de medicamento ainda existe porque o propelente extra faz com que o frasco flutue mesmo quando nenhum medicamento já não existe mais no recipiente. Estão disponíveis dispositivos que fazem a contagem regressiva das doses restantes para os MDIs. Alguns DPIs possuem mecanismos que indicam quantas doses ainda restam. Contudo, estes mecanismos nem sempre são corretos. Portanto, para calcular quanto tempo um medicamento em um recipiente irá durar, divida o número de doses no recipiente pelo número de doses que o paciente toma a cada dia. Por exemplo, um paciente deve receber 2 puffs 4 vezes ao dia. O frasco possui um total de 200 puffs. Preencha o seguinte cálculo para determinar quanto tempo o MDI irá durar:

$$2\ puffs \times 4\ vezes\ ao\ dia = 8\ puff\ \ por\ dia$$

$$200\ puffs \div 8\ puffs\ por\ dia = 25\ dias$$

O frasco neste exemplo irá durar 25 dias. Para garantir que o paciente não fique sem medicamento, ensine-o a repor o medicamento pelo menos 7 a 10 dias antes dele acabar.

Administrando Medicamentos por Irrigação

Alguns medicamentos irrigam ou lavam uma cavidade corporal e são liberados através de um fluxo de solução. As irrigações usam mais comumente soro fisiológico, água esterilizada ou soluções antissépticas no olho, ouvido, garganta, vagina e trato urinário. Utilize a técnica asséptica quando existe uma solução de continudade na pele ou mucosa. Empregue a técnica limpa quando a cavidade a ser irrigada não for estéril, como no caso do canal auditivo ou vagina. As irrigações limpam uma área, instilam um medicamento ou aplicam calor ou frio no tecido lesionado (Cap. 48).

Administração Parenteral de Medicamentos

A administração parenteral de medicamentos é a administração de medicamentos através de injeções dentro dos tecidos orgânicos. Este é um procedimento invasivo que é realizado usando as técnicas assépticas (Quadro 32-20). Ocorre um risco de infecção depois que uma agulha perfura a pele. Cada tipo de injeção requer determinadas habilidades para garantir que o medicamento alcance a localização adequada. Os efeitos de um medicamento parenteral desenvolvem-se com rapidez, dependendo da velocidade de absorção do medicamento. Você deve observar rigorosamente a resposta de um paciente a medicamentos parenterais.

Quadro 32-20 Prevenindo a Infecção durante uma Injeção

- Para evitar contaminar a solução, aspire o medicamento rapidamente. Não permita que as ampolas fiquem abertas.
- Para evitar a contaminação da agulha, evite deixar uma agulha tocar uma superfície contaminada (p. ex., bordas externas da

ampola ou frasco, superfície externa da capa da agulha, mãos da enfermeira, bancadas, superfície da mesa).

- Para evitar a contaminação da seringa, evite tocar a extensão do êmbolo ou a parte interna do cilindro. Mantenha a extremidade da seringa coberta com a tampa ou pela agulha.
- Para preparar a pele, lave com água e sabão quando suja por poeira, drenagem ou fezes e seque-a. Utilize o atrito e um movimento circular enquanto limpa com um cotonete antisséptico. Seque do centro para a periferia, movendo-se em um raio de 5 cm.

Equipamento

Estão disponíveis diversas seringas e agulhas, cada uma destinada a liberar um determinado volume de um medicamento para um tipo de tecido específico. Utilize o julgamento de enfermagem para determinar o tamanho da seringa ou o comprimento e o calibre da agulha que serão mais efetivos.

Seringas

As seringas consistem em um barril cilíndrico com uma extremidade destinada a se encaixar no canhão de uma agulha hipodérmica e em um êmbolo com um encaixe justo. Em geral, as seringas são classificadas como sendo ou não Luer-Lok. Esta terminologia baseia-se no design da extremidade da seringa. As seringas Luer-Lok possuem agulhas que são torcidas sobre a extremidade e travam na posição (Fig. 32-9, *A* e *B*). Este design impede a remoção acidental da agulha. As seringas não-Luer-Lok (Fig. 32-9, *C* e *D*) possuem agulhas que deslizam sobre a extremidade. As seringas possuem dispositivos de segurança para evitar a lesão por punção por agulha.

FIGURA 32-9 Tipos de seringas. **A**, Seringa de 5 mL. **B**, Seringa de 3 mL. **C,** Seringa de tuberculina marcada em 0,01 (centésimos) para doses menores que 1 mL. **D,** Seringa de insulina marcada em unidades (50).

As seringas são fornecidas em diversos tamanhos, desde 0,5 a 60 mL. É incomum utilizar uma seringa maior que 5 mL para injeção. Em geral, uma seringa de 1 a 3 mL é adequada para uma injeção subcutânea ou IM. Um volume maior cria um desconforto. Empregue seringas maiores para administrar determinados medicamentos IV e irrigar as feridas ou tubos de drenagem. Com frequência, as seringas são fornecidas pré-embaladas com uma agulha acoplada. No entanto, você por vezes modifica uma agulha com base na via de administração e no tamanho de um paciente.

A seringa de tuberculina (Fig. 32-9, *C*) é calibrada em seis décimos de um mínimo ou em centésimos de um mililitro e tem uma capacidade de 1 mL. Utilize uma seringa de tuberculina para preparar pequenas quantidades de medicamentos (p. ex., injeções ID ou subcutâneas). Uma seringa de tuberculina também é útil quando se

preparam doses pequenas e exatas para neonatos e crianças jovens.

As seringas de insulina (Fig. 32-9, *D*) estão disponíveis em tamanhos que comportam 0,3 a 1 mL e são calibradas em unidades. A maioria das seringas de insulina é de 100 U, idealizadas para serem utilizadas com a insulina de potência de 100 U. Cada mililitro da insulina 100 U contém 100 unidades de insulina.

Encha uma seringa ao puxar o êmbolo para fora enquanto a extremidade da agulha permanece imersa na solução preparada. Apenas toque a parte externa do cilindro da seringa e o manúbrio do êmbolo visando manter a esterilidade. Evite deixar qualquer objeto não estéril tocar a extremidade ou o interior do cilindro, o canhão, a diáfise do êmbolo ou a agulha (Fig. 32-10).

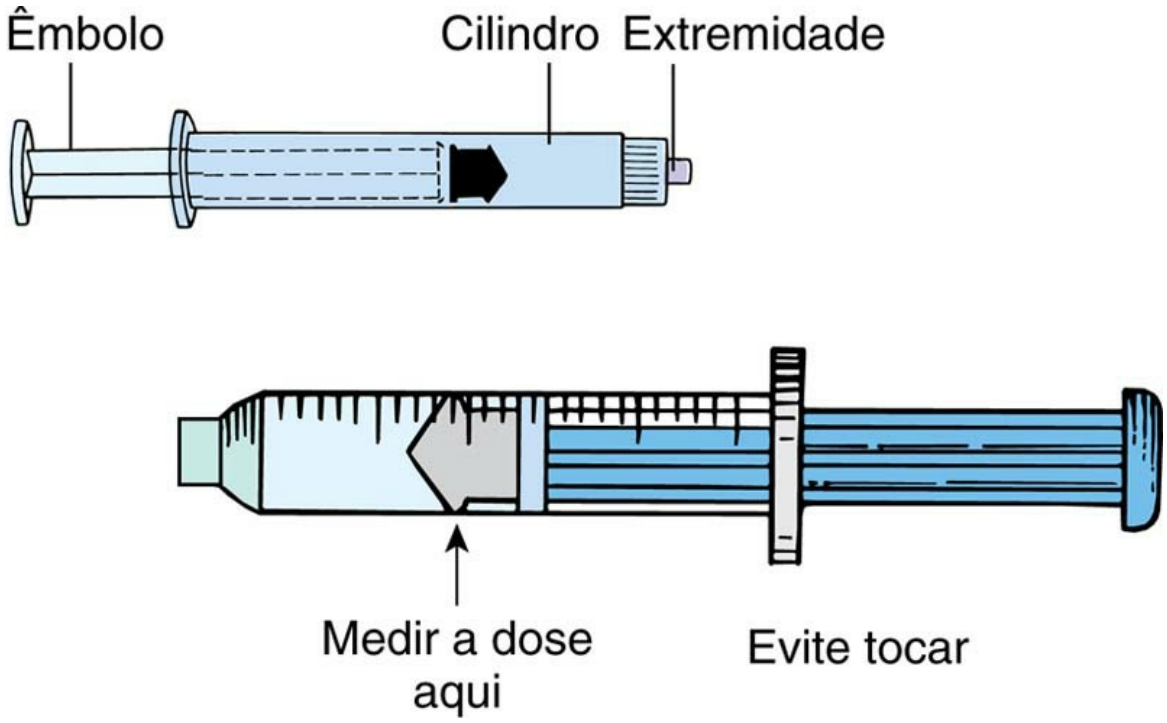


FIGURA 32-10 Partes de uma seringa.

Agulhas

Algumas agulhas são fornecidas embaladas em embalagens individuais para permitir a flexibilidade na seleção da agulha correta

para um paciente, enquanto que outras são pré-presas a seringas de tamanho padronizado. A maioria das agulhas é feita de aço inoxidável, sendo que todas são descartáveis. Uma agulha possui três partes: o canhão, que se encaixa na extremidade de uma seringa; o corpo, que se conecta ao canhão; e o bisel ou extremidade inclinada (Fig. 32-11). A extremidade de uma agulha, ou bisel, sempre é inclinada. O bisel cria uma fenda estreita quando injetado no tecido que se fecha com rapidez quando a agulha é removida para evitar o extravasamento do medicamento, sangue ou soro. Extremidades em bisel longas são mais finas e mais estreitas, minimizando o desconforto quando entram nos tecidos usados para injeções subcutâneas ou IM.

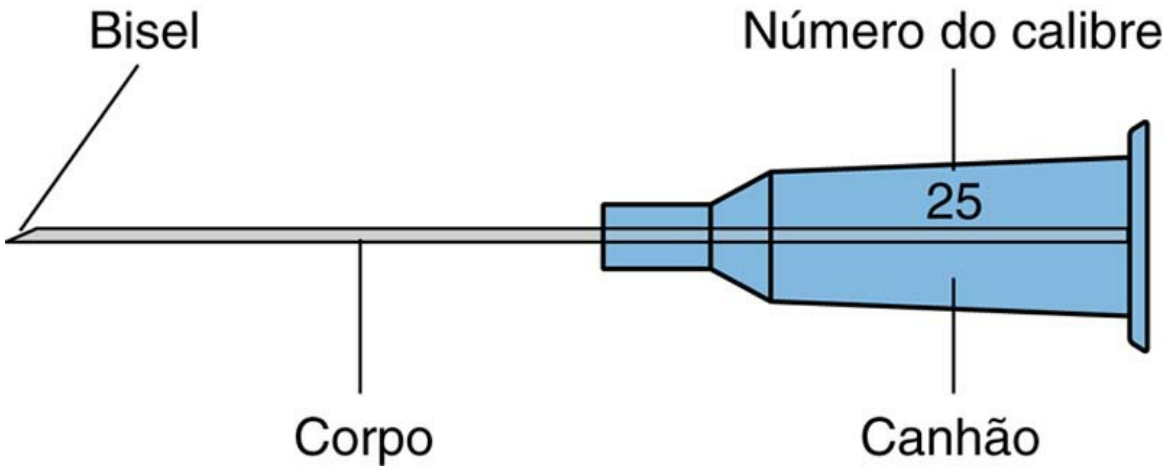


FIGURA 32-11 Partes da agulha.

A maioria das agulhas varia de 0,6 a 7,5 cm (Fig. 32-12). Escolha o comprimento da agulha de acordo com o tamanho e peso do paciente e pelo tipo de tecido em que o medicamento será injetado. As evidências atuais sugerem que o comprimento da agulha deve basear-se no peso do paciente (Davidson e Rourke, 2013). Deve haver uma profundidade de penetração de 5 mm para alcançar uma injeção IM (Hibbard et al., 2015). Uma criança ou um adulto magro geralmente requer uma agulha mais curta. Utilize agulhas mais longas (2,5 a 4 cm) para as injeções IM e uma agulha mais curta (0,9 a 1,5 cm) para injeções subcutâneas. À medida que o calibre da agulha diminui, o

diâmetro fica maior. A seleção de um calibre depende da viscosidade do líquido a ser injetado ou infundido.

FIGURA 32-12 Agulhas hipodérmicas (*de cima para baixo*): calibre 18 com 4 cm de comprimento; calibre 21 com 4 cm de comprimento; calibre 22, com 4 cm de comprimento; calibre 23, com 2,5 cm de comprimento; e calibre 25, com 1,5 cm de comprimento.

Unidades de Injeção Descartáveis

As seringas de dose única, pré-cheias e descartáveis estão disponíveis para alguns medicamentos. Tenha o cuidado de verificar o medicamento e a concentração porque as seringas pré-cheias parecem muito similares. Com estas seringas você não precisa preparar as doses de medicamento, exceto, talvez, para descartar as partes desnecessárias do medicamento.

Os sistemas de injeção Tubex e Carpuject incluem mecanismos de plástico reutilizáveis que comportam unidades de agulha-cartucho estéreis, pré-cheios e descartáveis (Fig. 32-13). Para montar um sistema pré-cheio, coloque em primeiro lugar o barril do cilindro no prendedor de seringa de plástico. Siga as instruções do fabricante, gire a haste do êmbolo para a esquerda (anti-horário) e trave para a direita (sentido horário) até que faça um click. Por fim, remova a capa de proteção da agulha e avance o êmbolo para expulsar o ar e o excesso de medicamento como em uma seringa regular. O cartucho de vidro pode ser usado com sistemas sem agulha ou com agulhas de segurança. Depois de administrar o medicamento, descarte o cartucho de vidro com segurança em um recipiente à prova de perfuração ou de extravasamento.

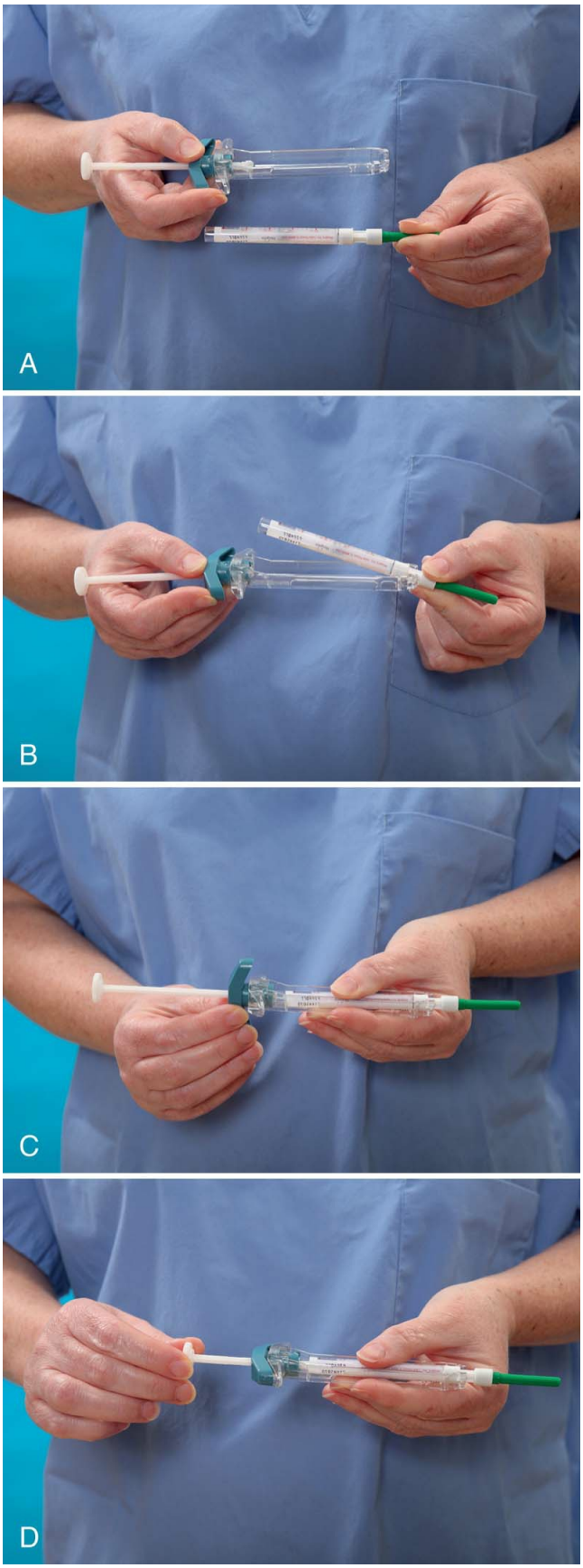

A
B
C
D

FIGURA 32-13 **A,** Seringa Carpuject e cartucho estéril pré-cheio com agulha. **B**, Montando o Carpuject. **C**, O cartucho desliza para dentro do cilindro da seringa. Gire e trave a seringa dentro do cartucho. **D**, Rosqueie o êmbolo na extremidade do cartucho. Expulse o excesso de medicamento para obter a dose exata (*não demonstrado*).

Preparando uma Injeção a partir de uma Ampola

As ampolas contêm doses únicas do medicamento em um líquido. Elas estão disponíveis em vários tamanhos, desde 1 mL a 10 mL ou mais (Fig. 32-14, *A*). Uma ampola é feita de vidro com um colo de menor diâmetro que deve ser quebrado para possibilitar o acesso ao medicamento. Um anel colorido ao redor do colo indica onde a ampola é pré-marcada de tal modo que você possa quebrá-la com facilidade. Aspire cuidadosamente o medicamento para dentro da seringa (veja Procedimento 32-4 nas pags.) com uma agulha de filtro. O uso de uma agulha de filtro impede que o material particulado como pequenos fragmentos de vidro entrem na seringa (Alexander et al., 2014). Substitua a agulha de filtro por uma agulha de tamanho adequado ou por um dispositivo de acesso sem agulha antes de administrar a injeção.

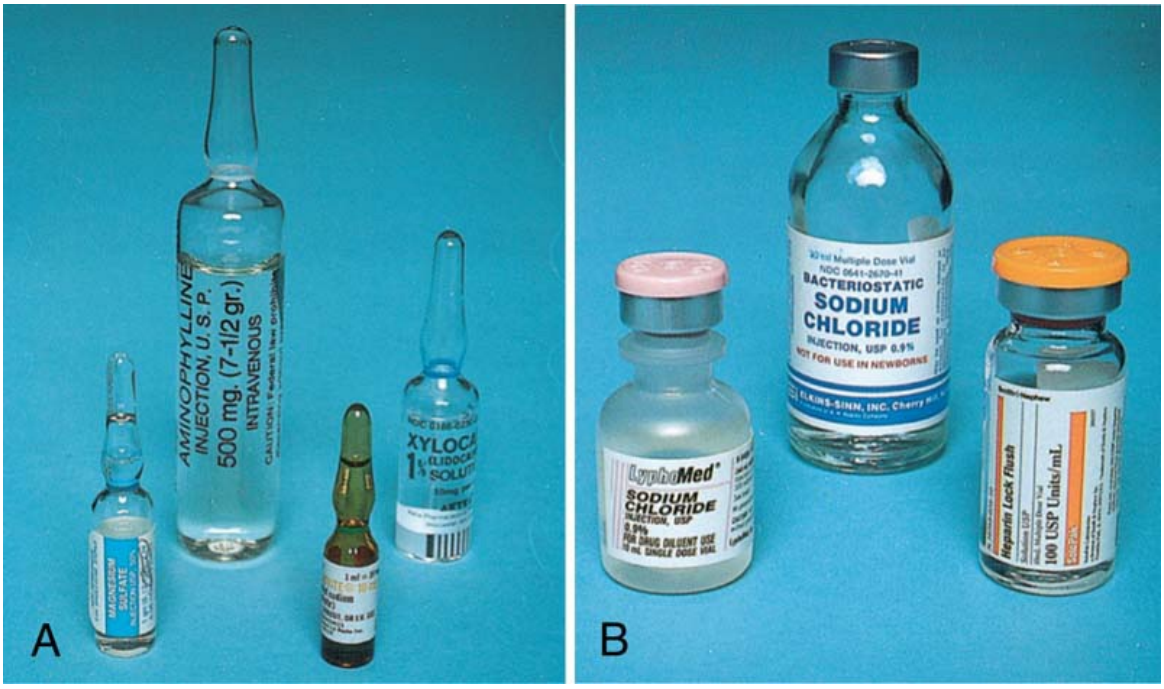


FIGURA 32-14 **A,** Medicamentos em ampolas. **B**, Medicamentos em frascos.

Preparando uma Injeção a partir de um Frasco

Um frasco é um recipiente de dose única ou de múltiplas doses com uma vedação de borracha no ápice (Fig. 32-14, *B*). Uma tampa de metal protege a vedação até que ele esteja pronto para uso. Os frascos contém formas líquidas ou secas de medicamento. Os medicamentos que são instáveis em solução são embalados a seco. O rótulo do frasco especifica o solvente ou diluente empregado para dissolver o medicamento e a quantidade de diluente necessária para preparar uma concentração desejada do medicamento. O soro fisiológico e a água destilada estéril são comumente usados para dissolver os medicamentos.

Diferente da ampola, o frasco é um sistema fechado, sendo que o ar precisa ser injetado dentro dele para permitir a aspiração fácil da solução. A falha ao injetar o ar quando da aspiração cria um vácuo dentro do frasco, o que dificulta a aspiração. Quando existe a preocupação a respeito da aspiração de pequenas partículas da tampa de borracha ou de outras partículas para dentro da seringa, utilize

uma agulha de filtro quando preparar os medicamentos a partir de frascos (Alexander et al., 2014). Alguns frascos contêm pó, o qual é misturado com um diluente durante a preparação e antes da injeção (veja Procedimento 32-4). Depois de misturar os frascos de múltiplas doses, faça um rótulo que inclua a data e a hora da mistura e a concentração do medicamento por mililitro. Alguns frascos de multidoses requerem refrigeração depois que os conteúdos são reconstituídos.

Misturando os Medicamentos

Quando dois medicamentos são compatíveis, é possível misturá-los em uma injeção, caso a dose total esteja dentro dos limites aceitos. Isto impede que um paciente receba mais de uma injeção ao mesmo tempo. Muitas unidades de enfermagem possuem tabelas que listam os medicamentos compatíveis comuns. Quando há alguma incerteza a respeito da compatibilidade dos medicamentos, consulte um farmacêutico ou uma referência de medicamentos.

Misturando os Medicamentos a partir de um Frasco e de uma Ampola

Quando misturar medicamentos a partir de um frasco e de uma ampola, prepare os medicamentos a partir do frasco em primeiro lugar. Usando a mesma seringa e agulha de filtro, aspire em seguida o medicamento a partir da ampola. As enfermeiras preparam a combinação nesta ordem porque não é necessário adicionar ar para aspirar o medicamento antes de uma ampola.

Misturando os Medicamentos a partir de Dois Frascos

Aplique estes princípios quando misturar os medicamentos a partir de dois frascos:

1. Não contamine um medicamento com outro.
2. Assegure-se de que a dose final está exata.
3. Mantenha a técnica asséptica.

Utilize apenas uma seringa acoplada a uma agulha ou dispositivo de acesso sem agulha para misturar os medicamentos a partir de dois

frascos (Fig. 32-15). Aspire o volume de ar equivalente à dose do primeiro medicamento (frasco A) (Fig. 32-15, *A*). Injete o ar dentro do frasco A, certificando-se de que a agulha não encoste na solução. Retire a agulha e aspire o ar equivalente à dose do segundo medicamento (frasco B). Injete o volume de ar no frasco B (Fig. 32-15, *B*). Aspire imediatamente o medicamento do frasco B para dentro da seringa e introduza a agulha novamente no frasco A, tomando o cuidado de não empurrar o êmbolo e expulsar o medicamento de dentro da seringa para dentro do frasco. Aspire a quantidade de medicamento desejada a partir do frasco A para dentro da seringa (Fig. 32-15, *C*). Depois de aspirar a quantidade necessária, retire a agulha e aplique uma nova agulha de segurança ou dispositivo de acesso sem agulha adequado para a injeção.

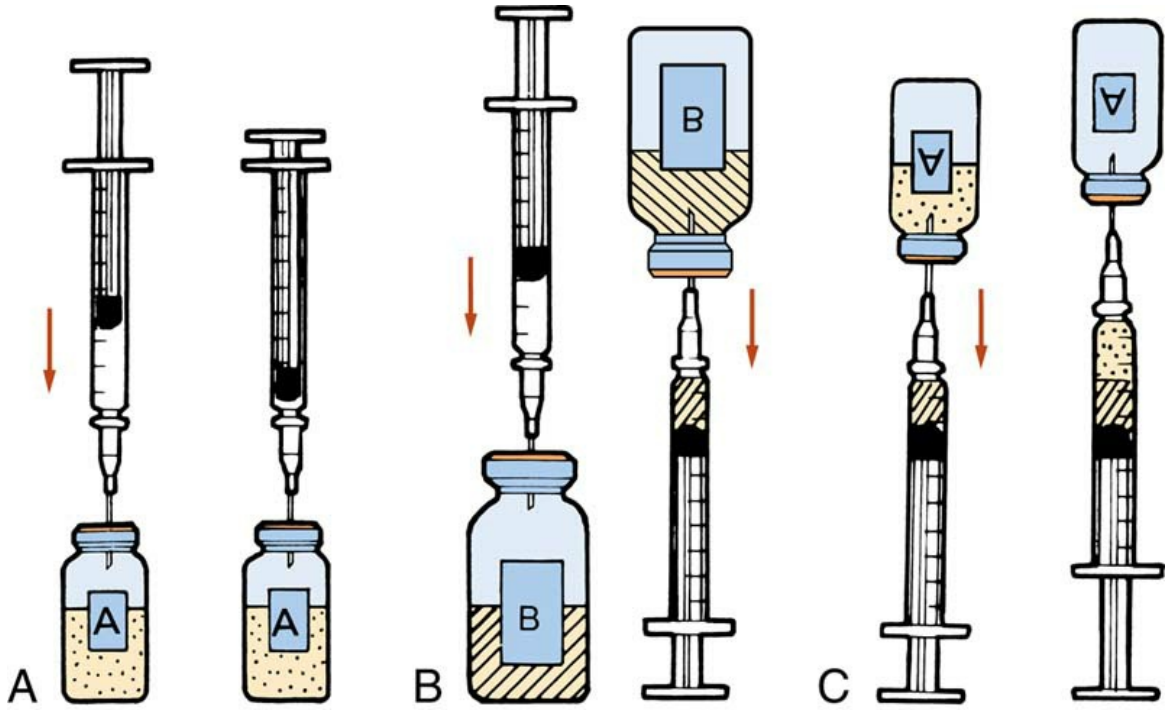


FIGURA 32-15 **A**, Injetando o ar dentro do frasco A. **B**, Injetando o ar no frasco B e aspirando a dose. **C**, Aspirando o medicamento do frasco A; os medicamentos agora são misturados.

Preparação de Insulina

A insulina é um hormônio utilizado para tratar o diabetes mellitus. Ela é administrada através de injeção porque o trato GI cliva e destrói uma forma oral de insulina. Muitos pacientes com diabetes mellitus que recebem injeções de insulina aprendem a administrar suas próprias injeções. Nos Estados Unidos e Canadá, os médicos comumente prescrevem a insulina em concentrações de 100 unidades por mililitro de solução. Esta é chamada de *insulina de 100 U*. A insulina também está comercialmente disponível em concentrações de 500 U por mililitro de solução; é chamada de *insulina de 500 U*. A insulina de 500 U é 5 vezes mais forte que a insulina de 100 U e é utilizada em raros casos, quando os pacientes são muito resistentes à insulina.

Use a seringa correta ao preparar a insulina. Utilize uma seringa de insulina de 100 U ou uma caneta de insulina para preparar a insulina de 100 U. Como atualmente não existe seringa idealizada para preparar a insulina de 500 U, muitos erros de medicação resultam com este tipo de insulina. Para evitar erros, assegure-se de que a prescrição para a insulina de 500 U especifica as unidades e o volume (p. ex., 150 unidades, 0,3 mL de insulina de 500 U) e use as seringas de tuberculina para aspirar as doses (ISMP, 2013b). Verifique cada injeção que você prepara com outra enfermeira antes de sua administração. As medidas de segurança adicionais comuns com a insulina de 500 U incluem listar a insulina como sendo concentrada em um sistema de dispensação de medicamento computadorizado, fazer com que os médicos e os farmacêuticos verifiquem se um paciente deve receber a insulina de 500 U quando ela é prescrita, e guardar a insulina de 500 U apenas nas unidades de tratamento dos pacientes quando ela é prescrita para um paciente específico (ISMP, 2013b).

A insulina é classificada pela velocidade de ação, incluindo a de ação rápida, a de ação curta, a de ação intermediária e a de ação longa. Para proporcionar o cuidado seguro e efetivo, você precisa conhecer o início, o máximo e a duração para cada uma das doses de insulina prescritas para os seus pacientes. Consulte uma referência de

medicamentos ou um farmacêutico quando você não tem certeza destas informações. A insulina regular é o único tipo de insulina que pode ser administrada por via intravenosa.

Um paciente com diabetes mellitus requer, por vezes, mais de um tipo de insulina. Por exemplo, ao receber uma insulina de ação curta (regular) e uma insulina de ação intermediária (NPH), um paciente recebe o controle mais sustentado dos níveis glicêmicos durante 24 horas. O momento das injeções de insulina tenta imitar o padrão normal de liberação de insulina a partir do pâncreas. Algumas insulinas são fornecidas em uma solução pré-misturada estável (p. ex., a insulina 70/30 contém 70% de NPH [intermediária] e 30% de regular), eliminando a necessidade de misturar as insulinas em uma seringa. Outros pacientes utilizam uma caneta de insulina. A caneta de insulina fornece múltiplas doses e permite que um paciente escolha uma dose em um disco, evitando a necessidade de usar uma seringa para a preparação da insulina. A pesquisa mostra que diferentes tipos de células sanguíneas de um paciente podem entrar na caneta de insulina depois de uma injeção. Diversas organizações de cuidados de saúde norte-americanas relataram recentemente que a mesma caneta de insulina foi acidentalmente utilizada em múltiplos pacientes, expondo os pacientes a doenças transmitidas pelo sangue (p. ex., vírus da imunodeficiência humana [HIV], hepatite B e hepatite C). Desta maneira, o ISMP recomenda que as canetas de insulina somente sejam utilizadas no domicílio e que os ambientes de pacientes internados como hospitais parem de utilizá-las sempre que possível (ISMP, 2013c).

A insulina é prescrita em uma dose específica em horários selecionados. A insulina de correção, também conhecida como a insulina de escala móvel, fornece uma dose de insulina com base no nível glicêmico do paciente (Quadro 32-21). O termo *insulina de correção* é preferida porque ela indica que pequenas doses de insulina de ação rápida ou curta são necessárias para corrigir um nível de glicose elevado no sangue. A fundamentação na insulina de correção é pouco provável de alcançar o controle da glicose por longo prazo; por conseguinte, ela somente deve ser prescrita em uma base temporária

(ADA, 2015).

Quadro 32-21 Exemplo de Prescrição de Correção da Insulina

Administre a insulina U-100 regular por via subcutânea:
2 unidades para 150 a 200 mg/dL
4 unidades para 201 a 275 mg/dL
Ligue para a glicose maior que 275 mg/dL

Cenário clínico: Antes do almoço, o nível da glicose sanguínea do paciente é de 201. Depois de se referir à prescrição de correção de insulina do paciente, a enfermeira administra 4 unidades de insulina para o paciente.

Antes de aspirar as doses de insulina, role gentilmente todas as preparações de insulina turvas entre as palmas das mãos para tornar a suspender a insulina (Diggle, 2014). Não agite os frascos de insulina; a agitação provoca a formação de bolhas. As bolhas ocupam espaço na seringa e alteram a dose.

Quando mais de um tipo de insulina é necessário para tratar o diabetes do paciente, você mistura dois tipos diferentes de insulina em uma seringa *se* eles são compatíveis (Quadro 32-22). Quando são prescritas insulinas de ação regular e intermediária, prepare primeiramente a insulina regular para impedir que ela se contamine com a insulina de ação intermediária (Diggle, 2014). Utilize os seguintes princípios ao misturar insulinas (Diggle, 2014; McCulloch, 2015; Novo Nordisk, 2014):

- Pacientes cujos níveis glicêmicos estão bem controlados em uma dose de insulina mista precisam manter suas rotinas individuais quando preparam e administram suas insulinas.
- Não misture a insulina com quaisquer outros medicamentos ou diluentes, exceto aqueles aprovados pelo médico.
- Nunca misture insulina glargina (Lantus) ou insulina detemir (Levemir) com outros tipos de insulina.
- Injete as insulinas de ação rápida misturadas com a insulina NPH

dentro de 15 minutos antes de uma refeição.

- Verifique as doses de insulina com outra enfermeira enquanto você está preparando a injeção.

Quadro 32-22

Diretrizes para o procedimento

Misturando Dois Tipos de Insulina em uma Seringa

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de misturar dois tipos de insulina em uma seringa não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem.

Material

Frascos de insulina, seringa de insulina, *swabs* com álcool, administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso).

Passos

1. Verifique a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a prescrição de medicamento do médico. Confira o nome do paciente e o nome do medicamento, dosagem e via e horário da administração. Torne a copiar ou reimprima qualquer parte do MAR impresso que esteja difícil de ler.
2. Revise a história médica (p. ex., tipo do diabetes, motivo para os açúcares sanguíneos elevados) e alergias a medicamentos, alimento e látex.
3. Verificar cuidadosamente os rótulos da insulina; compare os rótulos contra o MAR antes de preparar a dose, a fim de garantir que o tipo correto de insulina está sendo preparado. *Esta é a primeira verificação da exatidão.*
4. Realize a higiene das mãos.
5. Quando o paciente toma uma insulina que está turva, role o

frasco de insulina entre as mãos para tornar a suspender a preparação.

6. Limpe as tampas de ambos os frascos de insulina com algodão com álcool.
7. Confira uma segunda vez as dosagens de insulina com o MAR. *Esta é a segunda verificação da exatidão.*
8. Quando misturar a insulina de ação curta ou rápida com a insulina de ação intermediária, pegue a seringa de insulina e aspire o volume de ar equivalente à dose de insulina a ser aspirada a partir do frasco de insulina de ação intermediária em primeiro lugar. Quando duas insulinas de ação intermediária são misturadas, não faz diferença qual frasco você pega em primeiro lugar.
9. Introduza a agulha e injete o ar dentro do frasco da insulina de ação intermediária. Não deixe que a extremidade da agulha toque a insulina.
10. Remova a seringa do frasco da insulina de ação intermediária, sem aspirar a insulina.
11. Com a mesma seringa, injete o ar igual à dose de insulina a ser aspirada dentro do frasco de insulina de ação rápida ou curta. Depois, aspire a dose correta para dentro da seringa.
12. Remova a seringa do frasco de insulina de ação rápida depois de retirar cuidadosamente as bolhas de ar da seringa para garantir a dose correta.
13. Depois de conferir as dosagens de insulina com o MAR uma terceira vez, mostre a insulina preparada para outra enfermeira para confirmar que a dosagem correta foi preparada. *Esta é a terceira verificação de exatidão.* Determine qual ponto na escala da seringa é compatível com o número de unidades de insulina medidas ao se somar o número de unidades de ambas as insulinas (p. ex., 3 unidades de regular + 10 unidades de NPH = 13 unidades no total).
14. Coloque a agulha da seringa de volta dentro do frasco de insulina de ação intermediária. Tenha o cuidado de não empurrar o êmbolo e injetar a insulina na seringa dentro do

frasco.

15. Inverta o frasco e aspire cuidadosamente a quantidade desejada de insulina para dentro da seringa.
16. Retire a agulha e verifique o nível de líquido na seringa. Mantenha a agulha da seringa preparada embainhada ou encapada até que esteja prestes a administrar o medicamento. Mostre a seringa para outra enfermeira para confirmar se foi preparada a dose correta.
17. Descarte os materiais sujos no recipiente apropriado. Coloque os frascos usados no recipiente à prova de punção ou de extravasamento e realize a higiene das mãos.
18. Como a insulina de ação rápida ou curta se liga à insulina de ação intermediária, o que reduz a ação da insulina de ação mais rápida, administre a mistura dentro de 5 minutos de sua preparação.

Modificado de American Diabetes Association (ADA): *Insulin & other injectables*, 2013, http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/medication/insulin. Acessado em 8 de junho de 2015; Dunning T: *Care of people with diabetes: a manual of nursing practice*, 4. ed., Hoboken, NJ, 2013. Wiley-Blackwell.

Administrando Injeções

Cada via de injeção difere com base no tipo dos tecidos em que o medicamento penetra. As características dos tecidos influenciam a velocidade de absorção do medicamento, afetando o início da ação do medicamento. Antes de injetar o medicamento, saiba o volume do medicamento a administrar, as características e a viscosidade do medicamento, e a localização das estruturas anatômicas subjacentes aos locais de injeção (veja Procedimento 32-5 na pág. 670).

Quando você não administra corretamente as injeções, surgem resultados negativos para o paciente. A falha em selecionar um local de injeção em relação aos marcos anatômicos resulta em lesão nervosa ou óssea durante a inserção da agulha. A incapacidade de manter a estabilidade da agulha e seringa pode resultar em dor e lesão tecidual. Quando você falha em aspirar a seringa antes de aplicar o

medicamento IM, o medicamento pode ser administrado acidentalmente direto dentro de uma artéria ou veia. Injetar um volume de medicamento muito grande para o local selecionado causa dor extrema e resulta em lesão tecidual local.

Muitos pacientes, principalmente as crianças, temem as injeções. Os pacientes com doenças graves ou crônicas frequentemente recebem várias injeções diariamente. Minimize o desconforto das seguintes maneiras:

- Utilize uma agulha com bisel agudo no menor calibre e comprimento adequados.
- Posicione o paciente da melhor maneira possível para reduzir a tensão muscular.
- Selecione o local de injeção adequado, usando os marcos anatômicos.
- Quando possível, aplique um spray refrescante (p. ex., Fluori-Methane spray ou cloreto de etila) ou anestésico tópico (p. ex., creme de EMLA) no local de injeção antes de administrar o medicamento.
- Desvie a atenção do paciente da injeção por meio da conversa usando o questionamento com perguntas abertas.
- Introduza a agulha com rapidez e suavidade para minimizar tracionar o tecido.
- Mantenha a seringa parada enquanto a agulha permanece nos tecidos.
- Injete o medicamento de forma lenta e contínua.

Injeções Subcutâneas

As injeções subcutâneas envolvem colocar os medicamentos dentro do tecido conjuntivo frouxo sob a derme (veja Procedimento 32-5). Como o tecido subcutâneo não é ricamente suprido pelo sangue como os músculos, a absorção do medicamento é algo mais lento do que com as injeções IM. Contudo, os medicamentos são absorvidos por completo quando o estado circulatório do paciente é normal. Como o tecido subcutâneo possui receptores para a dor, o paciente frequentemente experimenta um leve desconforto.

Os melhores locais de injeção subcutânea incluem a face posterior externa dos braços, o abdômen desde abaixo da margem costal até as cristas ilíacas, e as faces posteriores das coxas (Fig. 32-16). O local mais frequentemente recomendado para as injeções de heparina é o abdômen (Fig. 32-17). Os locais subcutâneos alternativos para outros medicamentos incluem as áreas escapulares do dorso e as áreas glúteas dorsal ou ventral superior. O local de injeção que você escolher precisa estar livre de lesões na pele, proeminências ósseas e grandes músculos ou nervos subjacentes.

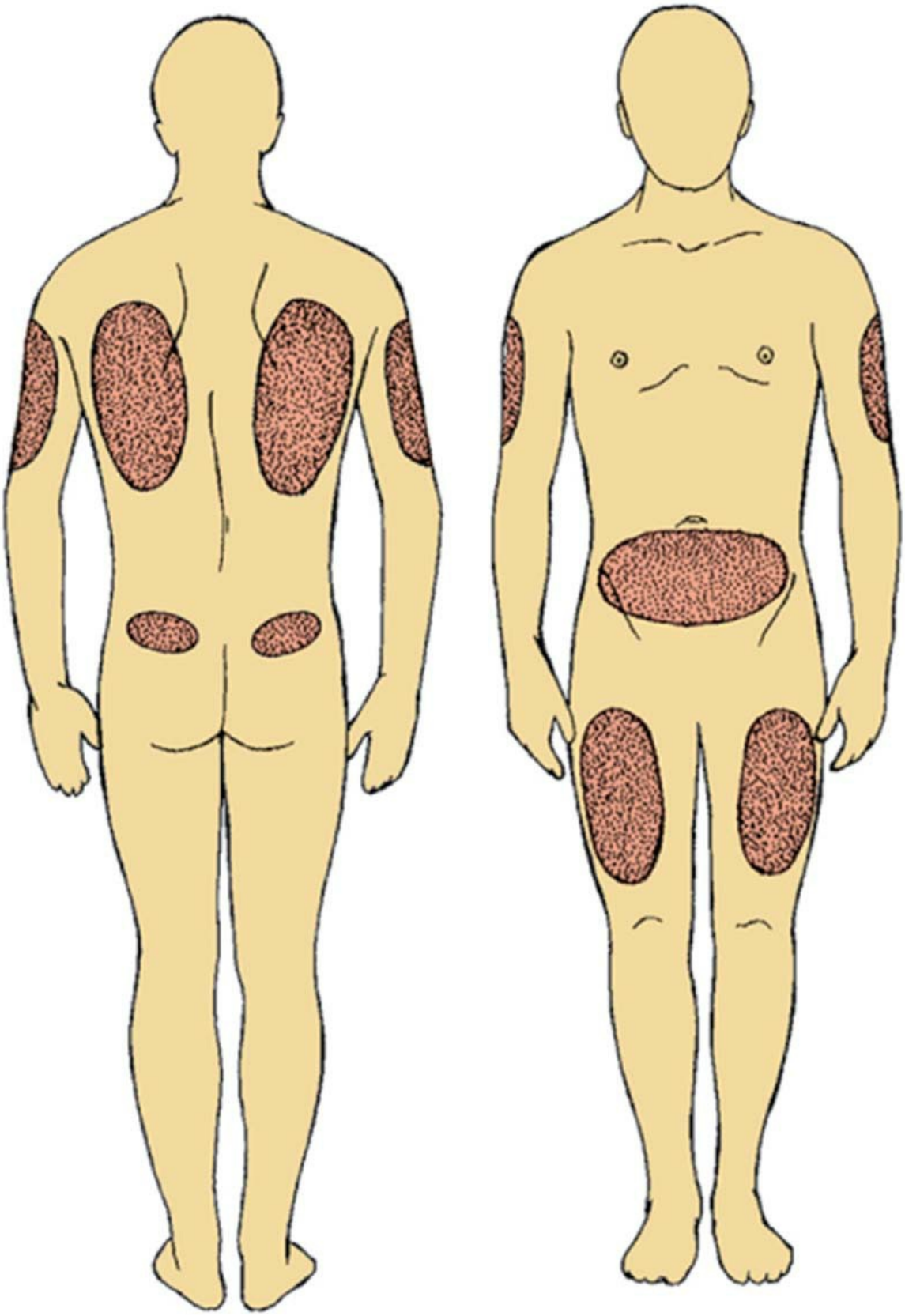


FIGURA 32-16 Locais recomendados para injeções

subcutâneas.

FIGURA 32-17 Administrando heparina subcutânea no abdômen.

A administração de heparina de baixo peso molecular (LMWH) (p. ex., enoxaparina) requer considerações especiais. Quando injetar o medicamento, utilize o lado direito ou o lado esquerdo do abdômen a pelo menos 5 cm do umbigo ("as mãos do amor" do paciente) e pince o local de injeção quando você introduzir a agulha. Administre a LMWH em sua seringa pré-cheia com a agulha acoplada e não expulse as bolhas de ar na seringa antes de administrar o medicamento. Existe alguma nova evidência para sustentar uma velocidade de injeção mais lenta de 30 segundos para reduzir a equimose e a dor (Akbari Sari et al., 2014; Sanofi-Aventis, 2014).

Use seringas de insulina de 100 U com agulhas de calibre 32 a 25

pré--encaixadas quando administrar a insulina de 100 U e seringas de tuberculina de 1 mL quando utilizar a insulina de 500 U (ISMP, 2013b). Os locais recomendados para a injeção de insulina incluem o braço e as regiões lateral e anterior da coxa, nádegas e abdômen. A rotação das injeções dentro da mesma parte do corpo (rotação intralocal) proporciona maior consistência na absorção da insulina. Por exemplo, quando um paciente recebe insulina pela manhã no braço direito, administre a próxima injeção em um local diferente no mesmo braço. As injeções devem ser aplicadas com um intervalo mínimo de 2,5 cm de distância do local anterior. Os locais de injeção não devem ser usados novamente por um mínimo de 1 mês. A velocidade de absorção da insulina varia com base no local de administração; o abdômen proporciona a absorção mais rápida, seguido pelos braços, coxas e nádegas (McCulloch, 2015).

O tecido subcutâneo é sensível a soluções irritantes e a grandes volumes de medicamento. Desta maneira, você administra apenas pequenos volumes (0,5 a 1,5 mL) de medicamentos hidrossolúveis por via subcutânea para adultos. Você administra volumes menores até 0,5 mL para crianças (Hockenberry e Wilson, 2015). Nodosidades endurecidas e dolorosas, chamadas de *abscesso estéril*, ocorrem sob a pele quando o medicamento se recolhe dentro dos tecidos.

O peso corporal de um paciente indica a profundidade da camada subcutânea. Por conseguinte, escolha o comprimento e o ângulo de inserção da agulha com base no peso do paciente e de uma estimativa da quantidade de tecido subcutâneo (Juip e Fitzner, 2012). Em geral, as enfermeiras utilizam uma agulha 25 de 16 mm inserida em um ângulo de 45 graus (Fig. 32-18) ou uma agulha de 12 mm inserida em um ângulo de 90 graus para administrar medicamentos subcutâneos para um paciente adulto de tamanho normal. Algumas crianças requerem apenas uma agulha de 12 mm. Se o paciente for obeso, pince o tecido e use uma agulha suficientemente longa para atravessar o tecido adiposo na base da prega cutânea. Os pacientes magros frequentemente não possuem tecido suficiente para as injeções subcutâneas; em geral, o abdômen superior constitui o melhor local neste caso. Para garantir que um medicamento subcutâneo alcance o

tecido subcutâneo, siga esta regra: Se você pode segurar 5 cm de tecido, introduza a agulha em um ângulo de 90 graus; se você pode segurar 2,5 cm de tecido, introduza a agulha em um ângulo de 45 graus.

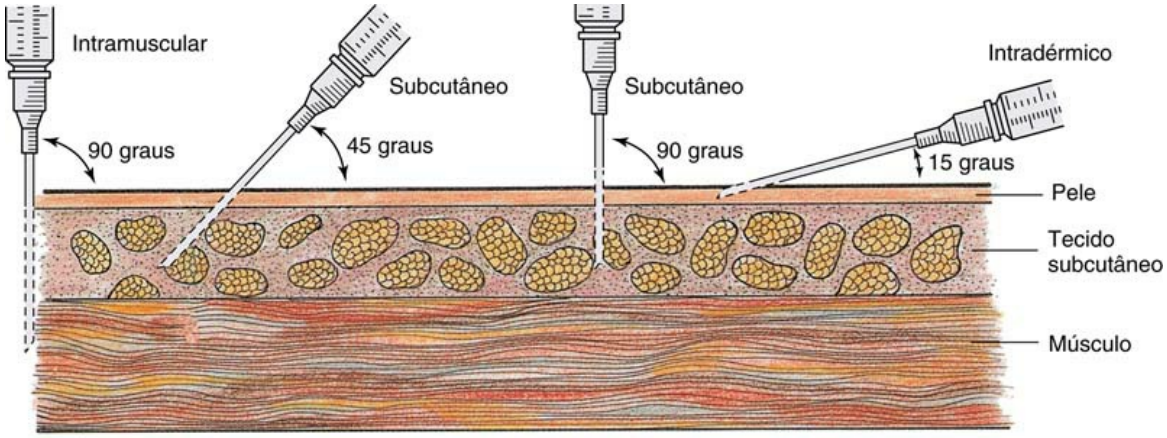


FIGURA 32-18 Comparação dos ângulos de inserção para injeções intramuscular (90 graus), subcutânea (45 a 90 graus) e intradérmica (15 graus).

A pesquisa mais recente na administração de insulina mostra que as agulhas de insulina que têm 8 mm ou mais de comprimento frequentemente penetram os músculos de homens e de pessoas com um índice de massa corporal (IMC) de 25 ou menos. Agulhas mais curtas (4 a 5 mm) foram associadas a menos dor, ao controle adequado da glicemia e ao extravasamento mínimo da medicação (Diggle, 2014; Gibney et al., 2010; Hirsch et al.; Hoffman et al., 2010). Desta forma, quando administrar a insulina, as agulhas de 4 a 5 mm introduzidas em um ângulo de 90 graus devem ser empregadas para reduzir a dor e alcançar o controle da glicemia com efeitos adversos mínimos para as pessoas de todos os IMCs, incluindo as crianças (AADE, 2013).

Injeções Intramusculares

A via IM propicia a absorção de medicamento mais rápida que a via subcutânea por causa da maior vascularização dos músculos.

Contudo, as injeções IM estão associadas a muitos riscos. Portanto, sempre que administrar um medicamento pela via IM, confira primeiramente se a injeção se justifica (Nicoll e Hesby, 2002; OMS, 2015). Alguns medicamentos, como as imunizações para a hepatite B e para o tétano, difteria e coqueluche (Tdap), são administrados apenas por via intramuscular.

Utilize uma agulha mais calibrosa e mais longa para atravessar o tecido subcutâneo e penetrar o tecido muscular profundo (veja Procedimento 32-5). O IMC de um paciente e a quantidade de tecido adiposo influenciam na seleção do tamanho da agulha. Muitas agulhas disponíveis em ambientes de cuidados de saúde não são suficientemente longas para alcançar o músculo, em especial nos pacientes obesos e no sexo feminino (Bhalla et al., 2013; Dayananda et al., 2014; Palma e Strohfus, 2013). Como muitas instituições possuem agulhas que somente variam no comprimento desde 0,5 a 4 cm, investigue as diferentes vias de administração, em particular quando as injeções IM são prescritas para pacientes do sexo feminino obesas.

O ângulo de inserção para uma injeção IM é de 90 graus (Fig. 32-18). O músculo é menos sensível a medicamentos irritantes e viscosos. Um paciente adulto normal e bem desenvolvido tolera 2 a 5 mL de medicamento em um músculo grande, sem desconforto muscular grave (Hopkins e Arias, 2013; Nicoll e Hesby, 2002). No entanto, é mais provável que volumes maiores de medicamento (4 a 5 mL) não sejam absorvidos da maneira apropriada. Crianças, idosos e pacientes magros toleram apenas 2 mL de uma injeção IM. Não administre mais de 1 mL a uma criança pequena e a lactentes com mais idade e não administre mais que 0,5 mL a um lactente pequeno (Hockenberry e Wilson, 2015).

Examine um músculo antes de administrar uma injeção. Identifique adequadamente o local para a injeção IM ao palpar os marcos ósseos e ao estar ciente das complicações potenciais associadas a cada local. O local precisa estar indolor porque as injeções repetidas no mesmo local provocam dor intensa. Com o paciente relaxado, palpe o músculo para excluir qualquer lesão endurecida. Minimize a dor durante uma

injeção ao ajudar o paciente a assumir uma posição que auxilie na redução da tensão muscular. Outras intervenções diminuem a dor no local da injeção como a distração e a aplicação de pressão em um local IM.

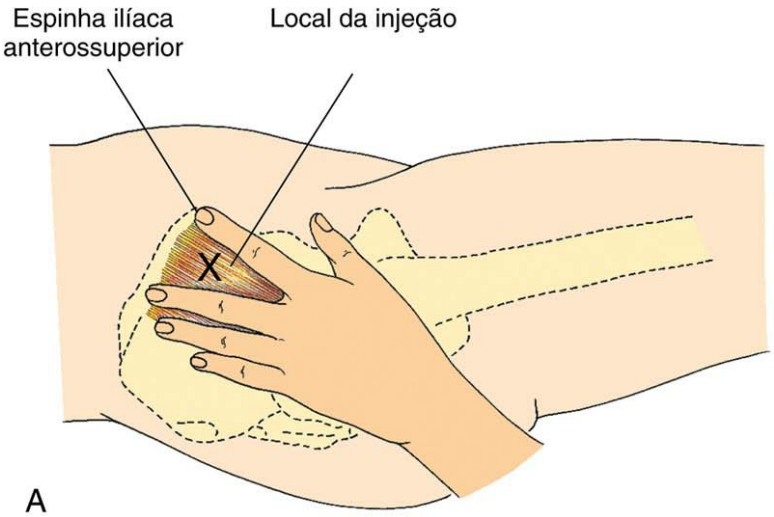
Locais

Quando selecionar um local IM, considere o seguinte: A área está isenta de infecção ou necrose? Qual é a localização dos ossos, nervos e principais vasos sanguíneos subjacentes? Qual volume de medicamento deve ser administrado? Cada local possui vantagens e desvantagens distintas.

Ventroglúteo

O músculo ventroglúteo envolve o glúteo médio; está situado profundamente e afastado dos principais nervos e vasos sanguíneos. Este local é o mais seguro e preferido para todos os adultos, crianças e neonatos, em especial para os medicamentos que apresentam volumes maiores e são mais viscosos e irritantes (Hockenberry e Wilson, 2015; Hopkins e Arias, 2013; Nicoll e Hesby, 2002). O ventroglúteo é recomendado para volumes maiores que 2 mL (Hopkins e Arias, 2013; Nicoll e Hesby, 2002). A pesquisa mostra que lesões como fibrose, lesão nervosa, abscesso, necrose tecidual, contração muscular, gangrena e dor estão associados a todos os locais IM comuns, *exceto* ao local ventroglúteo (Hopkins e Arias, 2013).

Localize o músculo ventroglúteo ao colocar o paciente em uma posição supina ou lateral. Flexionar o joelho e o quadril ajuda a relaxar este músculo. Coloque a palma da mão sobre o trocanter maior do quadril do paciente com o punho perpendicular ao fêmur. Use a mão direita para o quadril esquerdo e a mão esquerda para o quadril direito. Aponte o polegar no sentido da virilha do paciente e o indicador no sentido da espinha ilíaca superior anterior; estenda o dedo médio para trás, ao longo da crista ilíaca no sentido da nádega. O indicador, o dedo médio e a crista ilíaca formam um triângulo em forma de V; o local da injeção é o centro do triângulo (Fig. 32-19, *A* a *C*).


Espinha ilíaca anterossuperior
Local da injeção
X
A

B

C

FIGURA 32-19 **A,** Marcos para o local ventroglúteo. **B,** Localizar o local ventroglúteo no paciente. **C,** Administrando a injeção intramuscular no músculo ventroglúteo usando o método do trajeto em Z.

Vasto Lateral

O músculo vasto lateral é outro local de injeção para adultos e crianças. O músculo é espesso e bem desenvolvido, localiza-se na face lateral anterior da coxa, e se estende em um adulto desde a largura de uma mão acima do joelho até a largura de uma mão abaixo do trocanter maior do fêmur (Fig. 32-20, *A* e *B*). Use o terço médio do músculo para a injeção. A largura do músculo usualmente estende-se desde a linha média da coxa até a linha média do lado externo da coxa. Com pacientes mais jovens ou caquéticos, isto ajuda a segurar o corpo do músculo durante a injeção para se certificar que o medicamento é depositado no tecido muscular. Para ajudar a relaxar, peça ao paciente para deitar na posição horizontal com o joelho discretamente flexionado ou na posição sentado. Com frequência, o local do vasto lateral é utilizado para lactentes, infantes e crianças que recebem produtos biológicos (p. ex., imunoglobulinas, vacinas ou toxoides) (Nicoll e Hesby, 2002).

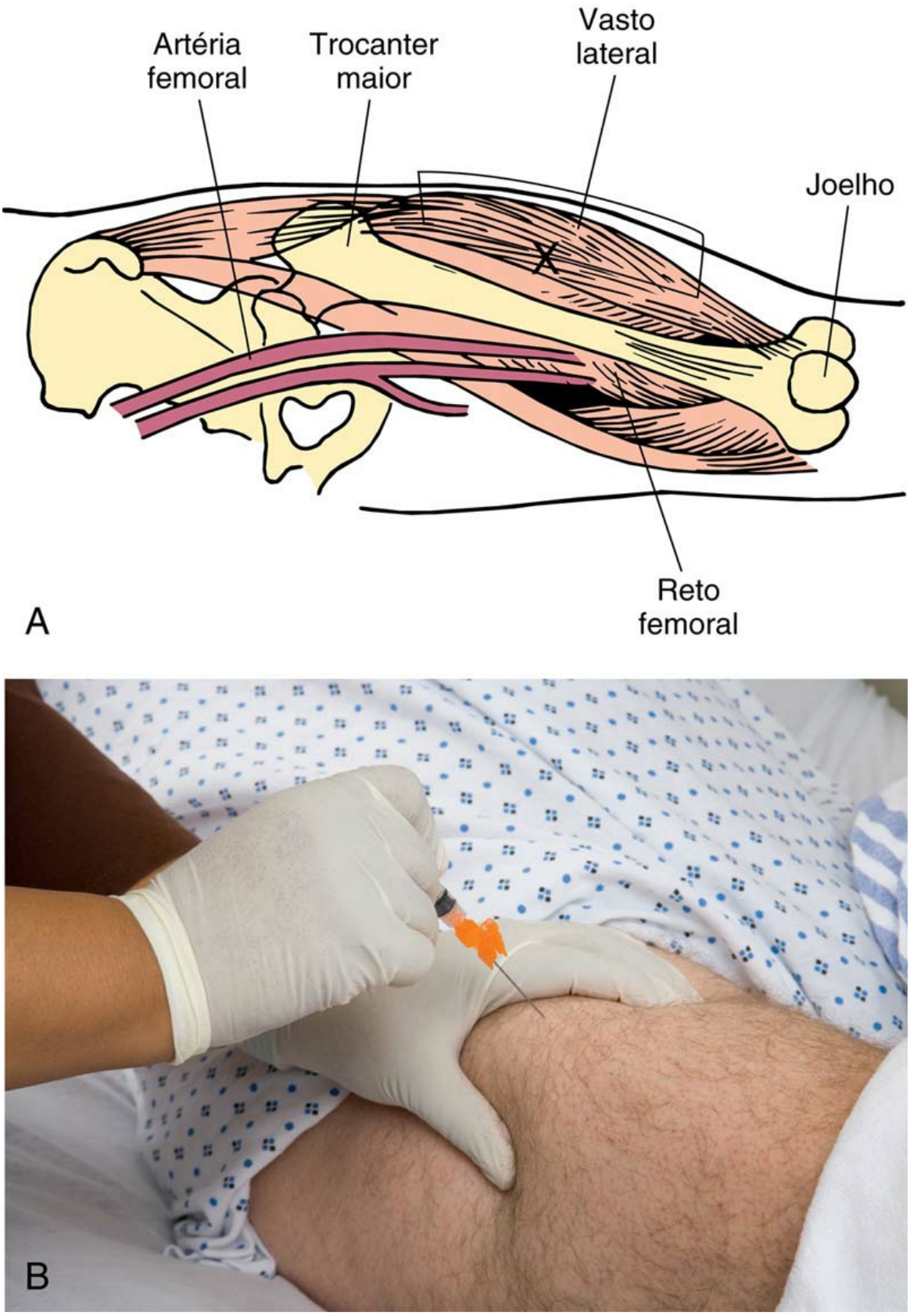
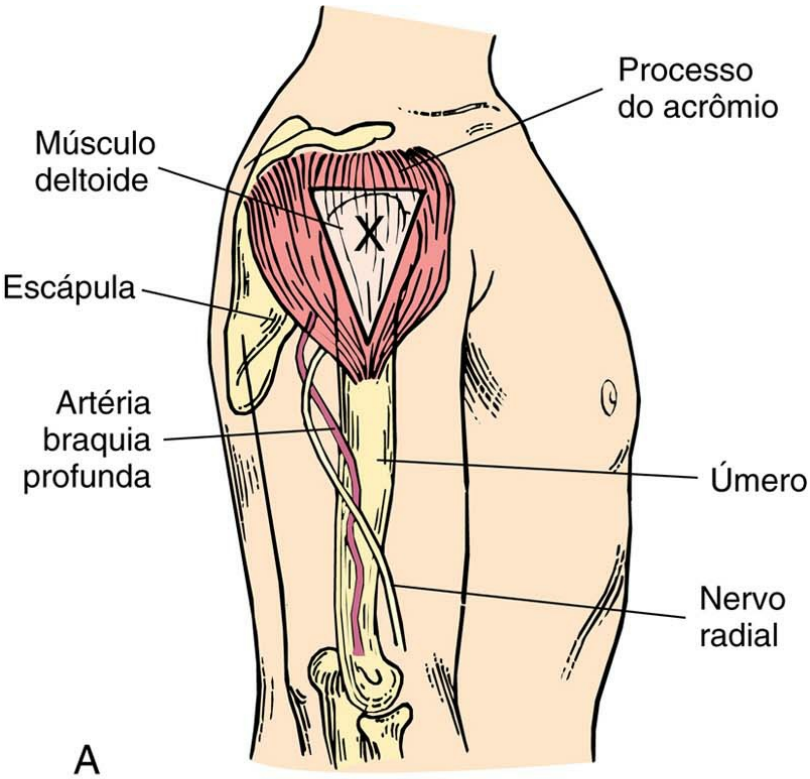


FIGURA 32-20 **A**, Os marcos para o local vasto lateral. **B**,

Administrando a injeção intramuscular no músculo vasto lateral.

Deltoide

Embora o local deltoide seja facilmente acessível, este músculo não se mostra bem desenvolvido em muitos adultos. Existe um potencial para a lesão porque os nervos axilar, radial, braquial e ulnar e a artéria braquial se situam dentro da parte superior do braço sob o tríceps e ao longo do úmero. Utilize este local para pequenos volumes de medicamento (2 mL ou menos) (Hopkins e Arias, 2013; Nicoll e Hesby, 2002). Avalie cuidadosamente a condição do músculo deltoide, consulte as referências de medicamentos para a adequabilidade da medicação, e localize cuidadosamente o local da injeção empregando os marcos anatômicos (Fig. 32-21, *A*). Utilize este local apenas para pequenos volumes medicamentosos, quando administrar imunizações (p. ex., vacinas para hepatite B, gripe) ou quando outros locais são inacessíveis por causa de curativos ou aparelhos gessados (Davidson e Rourke, 2013; Nicoll e Hesby, 2002). Para localizar o músculo, exponha totalmente a parte superior do braço e o ombro do paciente. Não enrole uma manga de camisa justa para cima. Faça com que o paciente relaxe o braço ao lado do corpo e flexione o cotovelo. O paciente pode sentar, ficar em pé ou deitar (Fig. 32-21, *B*). Palpe a borda inferior da borda do acrômio, o qual forma a base do triângulo em linha com o ponto médio da face lateral do braço. O local da injeção está no centro do triângulo, cerca de 3 a 5 cm abaixo do processo do acrômio. Você também pode localizar o local ao colocar quatro dedos através do músculo deltoide, com o dedo superior ao longo do processo do acrômio. Então, o local da injeção se localiza a três dedos abaixo do processo do acrômio.


Processo
do acrômio
Músculo
deltoide
X
Escápula
Artéria
braquia
profunda
Úmero
Nervo
radial
A

B

FIGURA 32-21 **A,** Marcos para o local deltoide. **B**, Administrando a injeção intramuscular no músculo deltoide.

Uso do Método do Trajeto em Z nas Injeções Intramusculares

Recomenda-se que, ao administrar as injeções IM, o **método do trajeto em Z** seja utilizado para minimizar a irritação cutânea local pela vedação do medicamento no tecido muscular (Hopkins e Arias, 2013; Nicoll e Hesby, 2002). Para utilizar o método do trajeto em **Z**, coloque uma nova agulha na seringa depois de preparar o medicamento de tal maneira que nenhuma solução permaneça na parte externa do corpo da seringa. Então, selecione um local IM, preferivelmente em um músculo grande e profundo, como o músculo ventroglúteo. Coloque o lado ulnar da mão não dominante exatamente abaixo do local e puxe a pele e os tecidos subcutâneos suprajacentes por aproximadamente 2 a 3 cm lateralmente ou para baixo (Hopkins e Arias, 2013; Nicoll e Hesby, 2002). Mantenha a pele nesta posição até que você administre a injeção. Depois de preparar o local com um *swab* antisséptico, introduza a agulha profundamente no músculo. Segure o cilindro da seringa com os dedos polegar e indicador da mão não dominante e injete lentamente o medicamento quando não houver retorno de sangue na aspiração. O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) não mais recomenda a aspiração durante a aplicação de imunizações para diminuir o desconforto (CDC, 2015; Hopkins e Arias, 2013). A agulha permanece inserida por 10 segundos para possibilitar que o medicamento se disperse de modo uniforme em vez de percorrer o canal formado pelo trajeto da agulha. Libere a pele ao retirar a agulha. Isto deixa uma trajetória em zig-zag que veda o trajeto da agulha onde os planos teciduais deslizam um sobre o outro (Fig. 32-22, *A* e *B*). O medicamento não pode sair do tecido muscular.

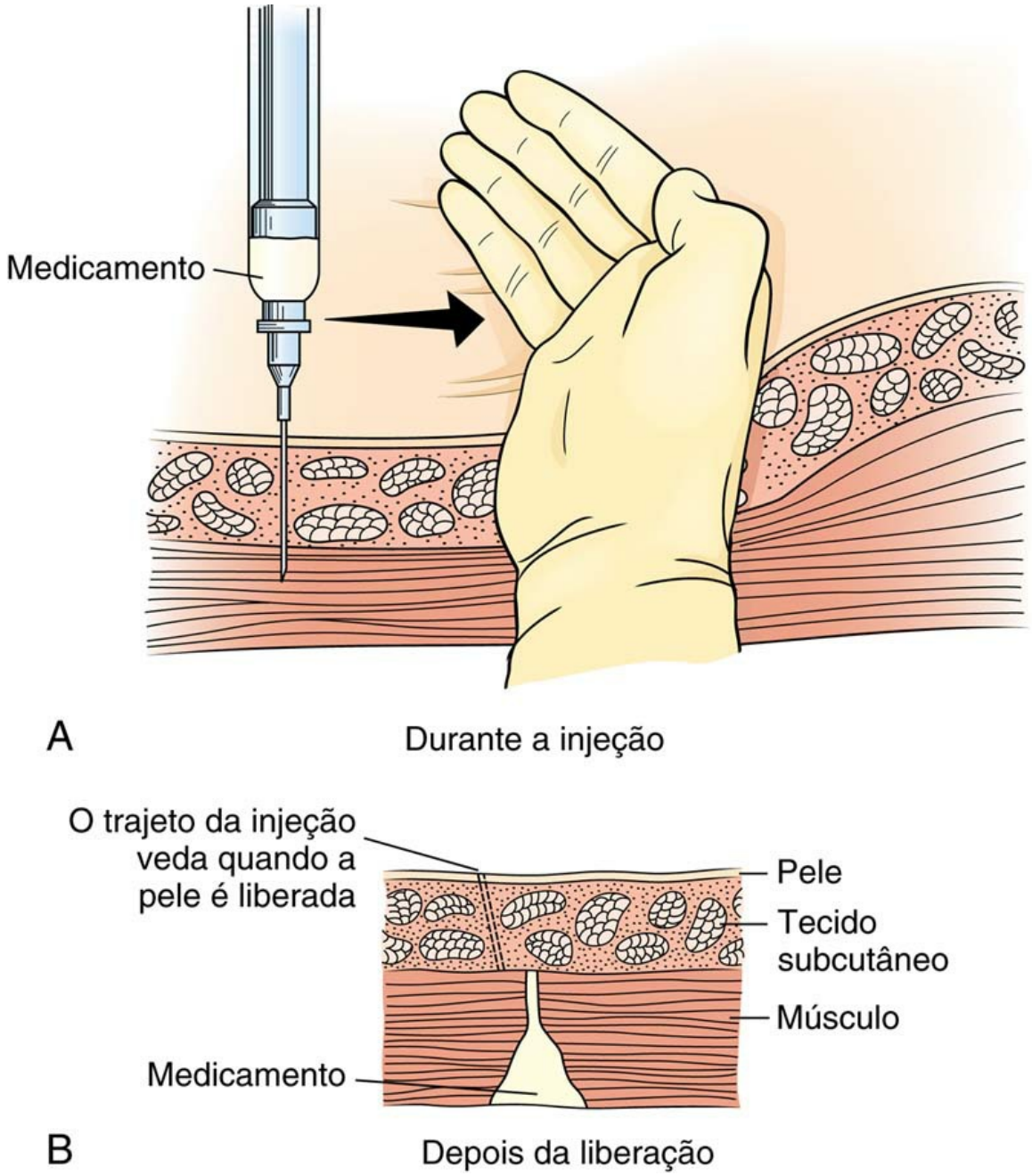


FIGURA 32-22 **A,** Tracionar a pele suprajacente durante a injeção intramuscular move o tecido para evitar o trajeto posterior. **B,** O método de injeção com trajeto em Z impede a deposição de medicamento no tecido sensível.

Injeções Intradérmicas

As injeções ID são tipicamente usadas para os testes cutâneos (p. ex.,

triagem com tuberculina e testes alérgicos). Como estes medicamentos são potentes, eles são injetados dentro da derme, onde o suprimento sanguíneo é reduzido e a absorção de medicamento ocorre lentamente. Alguns pacientes apresentam uma reação anafilática grave quando os medicamentos entram na circulação com muita rapidez. Você precisa escolher os locais dos testes cutâneos que lhe possibilite avaliar facilmente para as alterações na coloração e na integridade da pele. Desta maneira, os locais ID precisam ser ligeiramente pigmentados, isentos de lesões e relativamente sem pelos. A parte interna do braço e a parte superior das costas constituem as localizações ideais.

Empregue uma seringa pequena ou uma seringa de tuberculina para os testes cutâneos. O ângulo de inserção para uma injeção ID é de 5 a 15 graus (Fig. 32-18) e o bisel da agulha fica apontado para cima. À medida que você injeta o medicamento, surge uma pequena bolha na superfície da pele, assemelhando-se a uma picada de mosquito. Quando a bolha não aparece ou quando o local sangra depois da retirada da agulha, existe uma boa possibilidade de que o medicamento tenha entrado nos tecidos subcutâneos. Neste caso, os resultados do teste não serão válidos.

Segurança na Administração de Medicamentos através de Injeção

Dispositivos sem Agulha

Aproximadamente 5,6 milhões de profissionais de saúde nos Estados Unidos estão em risco de exposição ocupacional a patógenos transmitidos pelo sangue, como o HIV e o vírus da hepatite B (OSHA, n.d.). A exposição ocupacional frequentemente acontece através de punções acidentais por agulha e por lesões cortantes. Em geral, as lesões por punção por agulha ocorrem quando os profissionais de saúde recapeiam agulhas, manuseiam erroneamente linhas de infusão e agulhas IV, ou deixam agulhas ao lado do leito do paciente. A exposição a patógenos transmitidos pelo sangue é um dos perigos mais letais aos quais as enfermeiras estão expostas diariamente. A

maioria das lesões por punção por agulha é passível de prevenção com a implementação de dispositivos com agulha seguros. A Needlestick Safety and Prevention Act exige o uso de dispositivos de segurança com agulha especiais para reduzir a frequência das lesões por punção por agulha.

As seringas de segurança possuem uma bainha ou guarda que cobre a agulha imediatamente depois que ela é retirada da pele (Fig. 32-23, *A* e *B*). Isto elimina a possibilidade de uma lesão por punção por agulha. A seringa e a bainha são descartados em conjunto em um recipiente. Utilize dispositivos sem agulha sempre que possível para reduzir o risco de punção por agulha e lesões por objetos cortantes (OSHA, n.d.). Sempre descarte as agulhas e outros objetos considerados cortantes em recipientes apropriados e adequadamente marcados (Fig. 32-24). Os recipientes precisam ser à prova de punção e à prova de extravasamento. Nunca force uma agulha para dentro de um recipiente de descarte de agulhas cheio. Nunca coloque as agulhas e seringas usadas em uma cesta, em seu bolso, na bandeja de refeição de um paciente ou ao lado do leito de um paciente. O Quadro 32-23 sumariza as recomendações para a prevenção das lesões por punção por agulha.

A

B

FIGURA 32-23 Agulha com capa de plástico para evitar as punções por agulha. **A,** Posicione a capa antes da injeção. **B,** Depois da injeção, a capa trava na posição, cobrindo a agulha.

FIGURA 32-24 Descarte os objetos cortantes usando

apenas uma das mãos.

Quadro 32-23 Recomendações para a Prevenção de Lesões por Punção por Agulha

- Evite usar agulhas quando estão disponíveis sistemas sem agulha efetivos ou objetos cortantes com dispositivos de segurança para a proteção contra a lesão por objetos cortantes acoplados (SESIP).
- Não torne a recapear qualquer agulha depois da administração do medicamento.
- Planeje o manuseio e o descarte seguros das agulhas antes de iniciar um procedimento.
- Descarte imediatamente as agulhas, os sistemas sem agulha e o SESIP dentro de recipientes de descarte de objetos cortantes à prova de punção e de extravasamento.
- Mantenha um diário de lesões por objetos cortantes que inclua o seguinte: tipo e marca do dispositivo envolvido no incidente, localização do incidente (p. ex., posto de serviço ou departamento), descrição do incidente e a privacidade dos empregados que sofreram as lesões por objetos perfurocortantes.
- Frequente as palestras de educação sobre patógenos transmitidos pelo sangue e siga as recomendações para a prevenção da infecção, inclusive receber a vacina para a hepatite B.
- Participe na seleção e avaliação de dispositivos SESIP com as características de segurança dentro de sua instituição, sempre que possível.

Dados de Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Bloodborne pathogens and needlestick injuries, 77 FR 19934*, 2012, https://www.osha.gov/FedReg_osha_pdf/FED20120403.pdf. Acessado em 15 de janeiro de 2015.

Administração Intravenosa

As enfermeiras administram medicamentos por via intravenosa através dos seguintes métodos:

1. Como misturas de grandes volumes de líquido IV.
2. Através de injeções de um "bolus" ou de pequeno volume de medicamento através de uma linha de infusão IV existente ou de acesso venoso intermitente (p. ex., scalp salinizado ou heparinizado).
3. Por infusão "em paralelo" de uma solução contendo o medicamento prescrito e um pequeno volume de líquido IV através de uma linha IV existente.

Em todos os três métodos, um paciente apresenta uma infusão IV existente fluindo continuamente ou um local de acesso IV para infusões intermitentes. A maioria das políticas e procedimentos listam quem é capaz de administrar os medicamentos IV e em quais unidades de cuidados de pacientes eles podem ser fornecidos. Estas políticas são feitas com base na medicação, capacidade e disponibilidade da equipe e do tipo de equipamento de monitoração disponível.

O Capítulo 42 descreve a técnica para realizar a punção venosa e para estabelecer as infusões de líquido IV contínuas. A administração de medicamento é apenas um motivo para suprir os líquidos IV. A terapia com líquidos IV é usada principalmente para a reposição de líquidos em pacientes incapazes de ingerir líquidos por via oral e como um meio de suprir eletrólitos e nutrientes.

Quando utilizar qualquer método de administração de medicamento IV, observe rigorosamente os pacientes para os sintomas de reações adversas. Depois que um medicamento penetra na corrente sanguínea, ele começa a atuar de imediato, não havendo meio de paralisar sua ação. Desta maneira, tenha o cuidado especial para evitar erros no cálculo e preparação da dose. Siga rigorosamente os seis certos da administração de medicamento segura, faça a dupla verificação dos cálculos dos medicamentos com outra enfermeira, e conheça a ação desejada e os efeitos colaterais de cada medicamento que você administra. Quando o medicamento possui um antídoto,

certifique-se de que ele se encontra disponível durante a administração. Quando fornecer medicamentos potentes, examine os sinais vitais antes, durante e depois da infusão.

Administrar medicamentos pela via IV apresenta vantagens. Com frequência, as enfermeiras utilizam esta via em emergências quando um mecanismo de ação rápida precisa ser ativado com rapidez. A via IV também é melhor quando for necessário administrar medicamentos para estabelecer os níveis sanguíneos terapêuticos constantes. Alguns medicamentos são intensamente alcalinos e irritantes para os tecidos muscular e subcutâneo. Estes medicamentos geram menos desconforto quando administrados por via intravenosa. Como os medicamentos IV estão prontamente disponíveis na corrente sanguínea uma vez administrados, verifique a velocidade de administração em uma referência de medicamentos ou com o farmacêutico antes de fornecê-los, de modo a se assegurar de que você os está administrando com segurança durante o intervalo de tempo apropriado. Os pacientes experimentam reações adversas graves quando os medicamentos IV são administrados com muita rapidez.

Infusões de Grandes Volumes

Dentre os três métodos de administração de medicamentos IV, misturá-los em grandes volumes de líquidos é o mais seguro e o mais fácil. Como o medicamento não está em uma forma concentrada, o risco de efeitos colaterais ou de reações fatais é mínimo quando infundido durante o intervalo de tempo prescrito. Muitos medicamentos são diluídos em grandes volumes (500 mL ou 1000 mL) de líquidos IV compatíveis, como o soro fisiológico normal ou solução de lactato de Ringer. As vitaminas e o cloreto de potássio são dois tipos de medicamentos comumente adicionados aos líquidos IV. Há um perigo com a infusão contínua: quando o líquido IV é infundido com muita rapidez, o paciente está em risco para a overdose de medicamento e de sobrecarga líquida circulatória.

No passado, as enfermeiras misturavam medicamentos nos líquidos IV. No entanto, os atuais padrões de segurança e a prática baseada em evidência não sustenta mais esta prática em uma base rotineira

(Alexander et al., 2014; ASHP, 2014; INS, 2011; TJC, 2016). Muitos riscos à segurança do paciente, como o cálculo incorreto, a preparação não asséptica e rotulagem incorreta, acontecem quando as enfermeiras precisam preparar os medicamentos em frascos IV nas unidades de cuidados do paciente. As melhores práticas atuais incluem a utilização de medicamentos IV que vêm em concentrações e dosagens padronizadas; os procedimentos padronizados para prescrever, preparar e administrar os medicamentos IV; e doses para administração imediata, quando possível (ASHP, 2014).

As enfermeiras apenas misturam medicamentos em líquidos IV em situações de emergência. A enfermeira *nunca* prepara medicamentos de alerta alto (p. ex., heparina, dopamina, dobutamina, nitroglicerina, potássio, antibióticos ou magnésio) em uma unidade de cuidados de pacientes. Confirme com um farmacêutico antes de misturar um medicamento em um recipiente IV. Quando um farmacêutico confirma que você precisa preparar o medicamento, peça a outra enfermeira para verificar seus cálculos de medicamentos e faça com que ela o observe durante todo o procedimento para garantir que você prepara os medicamentos com segurança. Em primeiro lugar, assegure-se de que o líquido IV e o medicamento são compatíveis. Depois, prepare o medicamento em uma seringa (veja Procedimento 32-4) usando a técnica asséptica rigorosa. Limpe a porta de injeção da bolsa IV com um algodão com álcool, remova a capa da agulha e introduza a agulha através da porta IV. Empurre o êmbolo da seringa para instilar o medicamento dentro do líquido IV e misture a solução ao virar gentilmente a bolsa IV de um lado para outro. Por fim, afixe o rótulo do medicamento seguindo as diretrizes de segurança de rotulagem da ISMP (2015b). Administre o medicamento para o paciente na velocidade prescrita (Cap. 42). *Não* acrescente medicamentos nas bolsas IV que já estão penduradas nos suportes, porque não existe uma maneira para dizer a concentração exata do medicamento. Adicione os medicamentos *apenas* em bolsas IV novas.

Quando administrar medicamentos em grandes infusões IV, regule a velocidade IV de acordo com a prescrição do médico. Monitore rigorosamente o paciente para as reações adversas ao medicamento e

para a sobrecarga de volume líquido. Também verifique frequentemente o local para a infiltração e flebite (Cap. 42).

Bolo Intravenoso

Um bolo IV envolve introduzir uma dose concentrada de um medicamento diretamente na circulação sistêmica (veja Procedimento 32-6 na pág. 675). Como um bolo requer apenas uma pequena quantidade de líquido para administrar o medicamento, é uma vantagem quando há restrição sobre a quantidade de líquido que um paciente pode receber. O bolo IV, ou "dose", é o método mais perigoso para administrar o medicamento, pois não há tempo para corrigir os erros. Além disso, um bolo pode provocar irritação direta no revestimento dos vasos sanguíneos. Antes de administrar um bolo, confirme o posicionamento da linha IV. Nunca administre um medicamento por via intravenosa quando o local de inserção parecer inchado ou edemaciado ou quando o líquido IV não consegue fluir na velocidade adequada. A injeção acidental de um medicamento nos tecidos ao redor de uma veia provoca dor, esfacelamento dos tecidos e abscessos, dependendo da composição do medicamento. Os medicamentos que comportam um risco de efeitos adversos quando administrados com muita rapidez devem ser diluídos e administrados em paralelo ou por meio de uma bomba infusora.

Determine a velocidade de administração de um medicamento em bolo IV pela quantidade de medicamento que pode ser infundida a cada minuto. Por exemplo, quando um paciente deve receber 4 mL de um medicamento durante 2 minutos, administre 2 mL do medicamento em bolo IV a cada minuto. Pesquise cada medicamento para determinar a concentração e a velocidade de administração recomendadas. O ISMP (2003) recomendou evitar o emprego de termos como "dose IV", "IVP" ou bolo, nas prescrições com medicamentos que requerem a administração durante 1 minuto ou mais. Utilize termos mais descritivos como "IV durante 5 minutos". Lembre de considerar a finalidade para a qual um medicamento IV é prescrito e quaisquer efeitos adversos potenciais relacionados com a velocidade e a via de administração.

Infusões de Volume Controlado

Outra maneira de administrar medicamentos IV se faz através de pequenas quantidades (50-100 mL) de líquidos IV compatíveis. O líquido está dentro de um recipiente de líquido secundário separado da bolsa de líquido IV principal. O recipiente conecta-se diretamente com a linha IV principal ou a um equipo separado que se insere na linha principal (veja Procedimento 32-7 na pág. 679). Três tipos de recipientes são conjuntos de administração com volume controlado (p. ex., Volutrol ou Pediatrol), conjuntos em paralelo e bombas com seringa. Usar as infusões com volume controlado possui diversas vantagens:

- Reduz o risco da infusão de dose rápida através de bolo IV. Os medicamentos são diluídos e infundidos durante intervalos de tempo mais prolongados (p. ex., 30 a 60 minutos).
- Permite a administração de medicamentos (p. ex., antibióticos) que são estáveis durante um intervalo limitado de tempo em solução.
- Permite o controle da ingesta de líquidos IV.

Infusão em Paralelo

Uma infusão em paralelo é um pequeno frasco ou bolsa IV (25 a 250 mL) conectado a um equipo curto que se conecta a uma porta em Y superior de uma linha de infusão principal ou a um acesso venoso intermitente (Fig. 32-25). O rótulo no medicamento segue o formato de rótulo de medicamento IV em paralelo do ISMP (ISMP, 2015b) (Fig. 32-26). O equipo em paralelo é um sistema de microgota ou de gota (Cap. 42). O conjunto é chamado de *em paralelo*, porque a bolsa ou frasco pequeno fica mais elevado que o frasco ou a bolsa de infusão primária. Em um conjunto em paralelo, a linha principal não infunde quando o medicamento em paralelo está sendo administrado. A porta da linha IV principal contém uma válvula de verificação retrógrada que interrompe automaticamente o fluxo da infusão principal quando ocorre o fluxo da infusão em paralelo. Depois da infusão da solução em paralelo e depois que a solução dentro do equipo cai abaixo do nível da câmara de gotejamento da solução principal, a válvula de verificação retrógrada se abre e a infusão principal começa a fluir

novamente.

Alaris Pump
Alaris Pump

FIGURA 32-25 Equipo em paralelo.

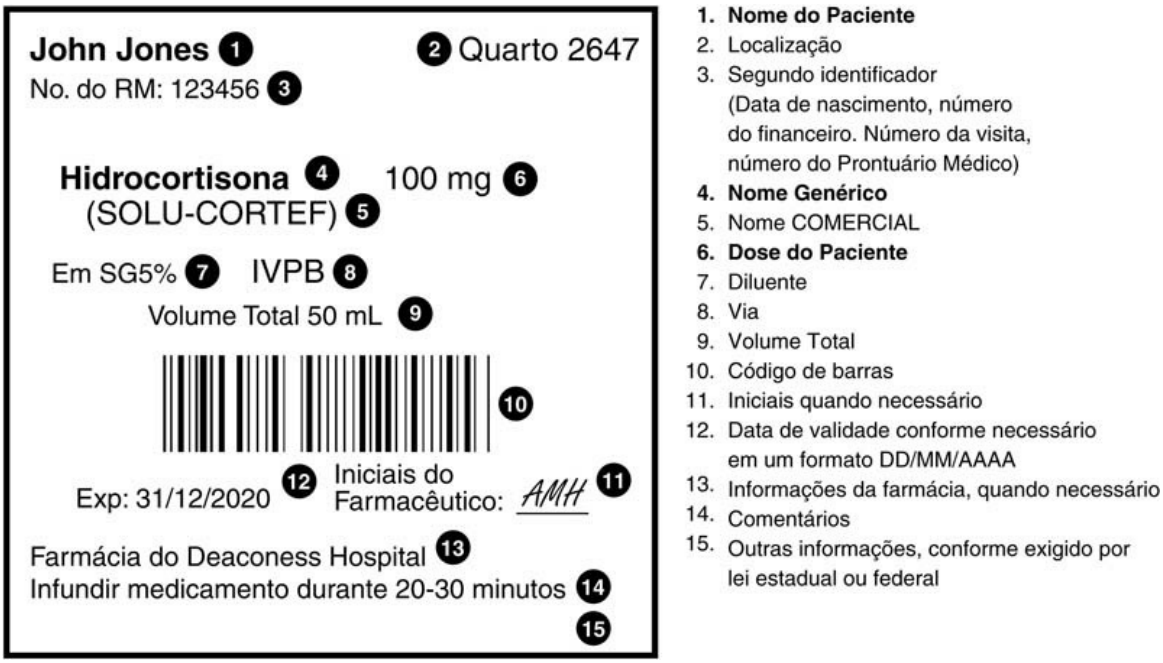


FIGURA 32-26 O medicamento em paralelo IV com rótulo seguindo as diretrizes de rotulagem de segurança do ISMP.

Administração com Controle de Volume

Os conjuntos de administração com controle de volume (p. ex., Buretrol) são pequenos recipientes que se acoplam exatamente abaixo do frasco ou bolsa da infusão principal. O conjunto é preso e cheio de uma maneira similar àquela utilizada com uma infusão IV regular. Siga as orientações da embalagem para calibrar os conjuntos (Cap. 42).

Bomba com Seringa

A bomba com seringa é movida por bateria e permite que os medicamentos sejam administrados em quantidades muito pequenas de líquido (5 a 60 mL) dentro de intervalos de tempo de infusão controlados, utilizando as seringas padronizadas.

Acesso Venoso Intermitente

Um acesso venoso intermitente (comumente chamado de um *escalpe salinizado*) é um cateter IV tampado na extremidade com um pequeno compartimento coberto por um diafragma de borracha ou por uma tampa especialmente idealizada. Tampas de injeção com vedação de borracha especiais comumente aceitam os dispositivos de segurança de agulha (Cap. 42). As vantagens do acesso venoso intermitente incluem as seguintes:

- Economia de custos resultante da omissão da terapia IV contínua.
- Eficácia do tempo da enfermeira aumentada ao eliminar a monitoração constante das velocidades de fluxo.
- Mobilidade, segurança e conforto aumentados para o paciente.

Antes de administrar um medicamento em bolo IV ou por meio de uma infusão em paralelo, avalie a permeabilidade e a posição de um local IV. Depois que um medicamento foi administrado através de um acesso venoso intermitente, o acesso deve ser lavado com uma solução para mantê-lo permeável. Em geral, o soro fisiológico constitui uma solução de lavagem efetiva para cateteres periféricos. Algumas instituições exigem a utilização de heparina. As enfermeiras precisam checar e seguir as políticas das instituições em relação ao cuidado e a manutenção do sítio IV.

Administração da Terapia Intravenosa no Domicílio

Por vezes, os pacientes precisam de terapia IV no domicílio. As infusões comuns que os pacientes recebem incluem antibióticos, quimioterápicos, nutrição parenteral total, analgésicos e transfusões de sangue. Tipicamente, a maioria dos pacientes recebe sua terapia IV domiciliar através de um cateter venoso central (CVC) de longo prazo (Cap. 42). As enfermeiras de cuidados domiciliares avaliam as respostas dos pacientes à medicação, monitoram o local do CVC e ensinam aos pacientes e aos cuidadores como administrar as infusões e manter a CVC.

Avalie cuidadosamente os pacientes e suas famílias para determinar

sua capacidade de controlar a terapia IV no domicílio. Comece as instruções sobre o gerenciamento do cuidado IV logo que você souber que o paciente irá receber terapia IV no domicílio. Suas instruções frequentemente se iniciam enquanto o paciente se encontra hospitalizado. Os pacientes e as famílias aprendem como reconhecer os problemas como os sinais de infecção e outras complicações relacionadas com a terapia IV e o que fazer quando ocorrem estes problemas. Os pacientes também precisam saber quando notificar a enfermeira de cuidados domiciliares ou ao médico. Planeje ensinar aos pacientes e suas famílias como manter o equipamento de administração IV, inclusive a bomba infusora.

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é um papel essencial de uma enfermeira. Para assegurar a segurança do paciente, comunique-se claramente com os membros da equipe de saúde, avalie e incorpore as prioridades de cuidado e as preferências do paciente, e utilize a melhor evidência quando toma as decisões a respeito do tratamento do paciente. Quando realizar os procedimentos neste capítulo, lembre os seguintes pontos para garantir o cuidado individualizado e seguro do paciente:

- Fique vigilante durante todo o processo de administração do medicamento. Assegure-se de que os seus pacientes recebem os medicamentos apropriados. Saiba por que cada medicamento é prescrito para seu paciente, mesmo quando você não está administrando o medicamento. Compreenda o que você precisa fazer antes, durante e depois da administração do medicamento. Avalie para a eficácia e examine para os efeitos adversos depois que seus pacientes tomam seus medicamentos.
- Cuide-se. Você raciocina da maneira mais clara e crítica possível quando está saudável. Comportamentos adequados, como dormir adequadamente, fazer escolhas alimentares saudáveis e fazer exercícios ou atividades regulares constituem maneiras positivas

para o ajudar a processar melhor as informações e a tomar decisões seguras durante a administração do medicamento.

- Reúna e prepare os medicamentos em uma área sem distração e interrupções (NIZ).
- Verifique a data de validade de medicamentos duarante a preparação. Não administre medicamentos vencidos.
- Identifique cada paciente usando pelo menos dois identificadores antes de administrar os medicamentos e confira com o registro de administração de medicamentos (MAR).
- Esclareça todas as prescrições duvidosas e peça ajuda sempre que você não tiver certeza sobre um cálculo ou prescrição de medicamento. Consulte seus colegas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde. Resolva todas as suas preocupações relacionadas com a administração de medicamento antes de preparar os medicamentos e de administrá-los.
- Utilize a tecnologia (p. ex., escaneamento de código de barras, MARs eletrônicos) que está disponível para você quando preparar e administrar medicamentos. Siga todas as políticas relativas ao uso seguro da tecnologia e não utilize "alternativas". As enfermeiras que usam "alternativas" não seguem os protocolos, políticas ou procedimentos da instituição durante a administração de medicamentos em uma tentativa de administrar medicamentos para os pacientes de uma maneira "aproximada". A falha em seguir os padrões de cuidados aumenta muito o risco de fazer um erro de medicação, compromete a segurança do paciente e coloca-o em risco para ações de imperícia e para ações disciplinares (Cap. 23).
- Eduque os pacientes a respeito de seus medicamentos durante a administração de medicamentos. Com frequência, os pacientes são capazes de identificar os medicamentos inadequados. Responda a todas as perguntas do paciente e resolva as preocupações deles antes de administrar os medicamentos. Inclua os cuidadores da família no ensino da medicação, quando apropriado.
- Na maioria das circunstâncias você não pode delegar a

administração de medicamentos. Assegure-se de que você segue os padrões estabelecidos pelo Nurse Practice Act de seu estado e as diretrizes estabelecidas por sua instituição de cuidados de saúde. Os instrutores de enfermagem ou as enfermeiras precisam verificar todos os medicamentos e supervisionar rigorosamente as estudantes de enfermagem durante todo o processo de preparação e administração do medicamento. Nos USA as enfermeiras de prática licenciada (LPNs) ou as enfermeiras vocacionais licenciadas (LVNs) comumente podem administrar os medicamentos fornecidos por via oral, subcutânea, intramuscular e intradérmica. Em alguns casos, elas podem administrar medicamentos por via intravenosa desde que tenham recebido treinamento especial e quando os medicamentos são de alerta alto. Alguns estados também permitem que assistentes médicos certificados (CMAs) administrem alguns tipos de medicamentos (p. ex., medicamentos por via oral) em alguns ambientes de cuidados de saúde (p. ex., instituições de cuidados de longo prazo). Os procedimentos neste capítulo supõem que você não se encontra em um ambiente onde possa delegar a administração de medicamentos para auxiliares de enfermagem (NAP). Quando você está atuando em um estado e em um ambiente de cuidados de saúde que lhe possibilite delegar a administração do medicamento, siga as diretrizes para a delegação segura (Cap. 21), políticas da instituição e padrões definidos no Nurse Practice Act de seu estado.

Procedimento 32-1 Administrando medicamentos orais

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administrar medicamentos orais não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico de enfermagem sobre:

- Efeitos colaterais potenciais dos medicamentos e a necessidade de relatar sua ocorrência.
- Informar à enfermeira caso a condição do paciente se agrave (p. ex., dor aumentada, mudança no comportamento).

Material

- Carrinho de medicamento ou sistema de dispensação de medicamento controlado por computador, automatizado
- Copos de medicação descartáveis
- Copo de água, suco ou líquido preferido e canudo para beber
- Aparelho para macerar ou quebrar comprimidos (opcional)
- Luvas de procedimento (quando manusear um medicamento)
- Registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso)
- Toalhas de papel

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Verifique a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a prescrição do medicamento do r Confira o nome do paciente, nome e dosagem do medicamento, e via e horário da administração. Torne a ou a imprimir qualquer parte do MAR impresso que seja de difícil leitura.
2. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, dose e via normais, e colaterais, horário do início da ação e da ação máxima, e implicações de enfermagem.
3. Examine para quaisquer contraindicações para que o paciente receba medicamentos orais, incluindo estar zero (nada por via oral), incapacidade de deglutir, náusea ou vômito, inflamação intestinal ou peristalse re cirurgia gastrointestinal (GI) recente, aspiração gástrica e nível de consciência diminuído. Verifique os refl deglutição, tosse e ânsia do paciente.

DECISÃO CLÍNICA: *Quando existe alguma contraindicação para o paciente que recebe medicamentos orais o medicamentos orais, suspenda temporariamente os medicamentos e informe ao médico.*

4. Examine a história médica, medicamentosa e nutricional do paciente e a história de alergias. Liste as alergi alimentares e medicamentosas do paciente em cada página do MAR e as demonstre nitidamente no pront médico do paciente de acordo com a política da instituição. Quando o paciente tem alergia, forneça o brac alergia.

5. Avalie o risco para aspiração usando o instrumento de triagem de disfagia, quando disponível (veja o Procedimento 45-1).

6. Reúna os dados do exame físico e dos exames laboratoriais que influenciam a administração de medicame (p. ex., sinais vitais, funções renal e hepática, valores laboratoriais).

7. Avalie o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso de medicamentos.

8. Avalie a preferência do paciente em relação aos líquidos. Mantenha as restrições de líquidos, quando aplic Determine se o medicamento pode ser administrado com o líquido preferido.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna o material apropriado e o MAR.

2. Planeje a preparação para evitar as interrupções. Não receba ligações telefônicas ou converse com os outro política da instituição.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Prepare o medicamento:

a. Realize a higiene das mãos.

b. Quando utilizar um carrinho de medicamentos, mova-o para fora do quarto do paciente. Opção: Arrume de medicamentos na área de preparação de medicamento.

c. Entre no sistema de dispensação automatizada (ADS) ou carrinho de dose única ou abra o carrinho ou gav medicamentos.

d. Prepare a medicação para um paciente por vez. Siga os seis certos da administração de medicamentos. Ma juntas todas as páginas do MAR para um paciente ou olhe a tela do computador de administração de medicamentos apenas de um paciente por vez.

e. Selecione o medicamento correto a partir do estoque de materiais, gaveta de dose única ou ADS. Compare do medicamento no rótulo com o MAR (veja ilustração). Saia do ADS depois de remover o(s) medicament

f. Verifique a data de validade em cada medicamento, um de cada vez. Devolva o medicamento vencido par farmácia.

g. Verifique ou calcule a dose de medicamento, quando necessário. Confira duas vezes o cálculo. Quando necessário, faça com que outra enfermeira verifique os cálculos.

h. Quando preparar uma substância controlada, confira o registro para a contagem de medicamentos prévia compare a contagem atual com o suprimento disponível.

i. Prepare as formas sólidas de medicamentos orais:

(1) Para preparar comprimidos ou cápsulas a partir do frasco de estoque do andar, derrame a quantidade necessária na tampa do frasco e transfira o medicamento para o copo de medicamento. Não toque o medicamento com os dedos. Devolva os comprimidos ou cápsulas adicionais para o frasco.

(2) Para preparar comprimidos ou cápsulas de dose única, coloque a cápsula ou comprimido embalado diretamente no copo de medicamentos. Não remova a embalagem (veja a ilustração).

(3) Quando usa uma embalagem em blister, "abra com estalido" o medicamento através da folha de alumí de papel dentro de um copo de medicamento.

(4) Quando for necessário administrar a metade de um comprimido ou pílula, a farmácia deve quebrar, ro embalagem e enviar o medicamento para a unidade.

DECISÃO CLÍNICA: *Quebrar comprimidos pela metade, mesmo quando eles são sulcados por uma linha em s medicamentos precisam ser fornecidos na dose correta sempre que possível. Quando um comprimido deve se comprimido com um aparelho de quebra, torna a embalá-lo e o rotula, e o envia para a enfermeira para a admi 2013).*

(5) Coloque todos os comprimidos ou cápsulas para o paciente em um copo de medicamentos, excetuando aqueles que exigem avaliações pré-administração (p. ex., frequência de pulso ou pressão arterial), mante medicamentos em suas embalagens.

PASSO 1E A enfermeira verifica cada medicamento com o registro de administração de medicamentos.

(6) Quando o paciente tem dificuldade para engolir e os medicamentos líquidos não constituem uma opçã utilize o aparelho de maceração de comprimidos (veja a ilustração). Limpe o aparelho de maceração ant usá-lo. Quando um aparelho de maceração não está disponível, coloque o comprimido entre dois copos medicamento e moa com instrumento cego. Misture o comprimido moído em uma pequena quantidade colher de chá) de alimento macio (creme ou suco de maçã).

DECISÃO CLÍNICA: *Nem todos os medicamentos podem ser macerados (p. ex., cápsulas, comprimidos com r Maceração", quando em dúvida (ISMP, 2014a).*

j. Prepare os líquidos:

(1) Frasco com unidade de dose com a quantidade correta de medicamento. Agite suavemente o recipiente Administre o medicamento líquido embalado em copo de dose única diretamente desse copo. Não derra copo de medicamento.

DECISÃO CLÍNICA: *Com base na melhor prática atual (ISMP, 2015c), os medicamentos líquidos que não está unitária devem ser dispensados pela farmácia em seringas orais marcadas com "Apenas para Uso Oral". Estas intravenoso). Além disso, a evidência atual mostra que os dispositivos de medição de líquidos nas unidades de medicamentos orais sejam preparados na farmácia garante que você administra a dose mais correta possível d orais. Os passos (2)-(4) a seguir são incluídos APENAS quando você precisa preparar seus próprios medicam*

(2) O medicamento líquido no frasco ou em recipiente de dose unitária não disponível na dose prescrita. Q o medicamento está em um frasco de múltiplas doses, remova a tampa do frasco e a coloque virada com tampa de cabeça para baixo. Segure o frasco de múltiplas doses com o rótulo contra a palma da mão enc derrama o conteúdo.

(3) Coloque o copo de medicamento ao nível do olho sobre uma superfície dura (p. ex., bancada). Encha at nível desejado na escala (veja a ilustração A). Certifique-se de que a escala está no mesmo nível do nível líquido em sua superfície ou na base do menisco, não nas bordas. Aspire volumes inferiores a 10 mL na destinada para a medicação oral sem agulha (veja ilustração B). Não utilize a seringa parenteral para asp medicamentos orais. Coloque o rótulo no medicamento.

(4) Descarte qualquer excesso de líquido na pia ou local especialmente destinado para o descarte de medicamentos. Limpe a borda e o colo do frasco com papel-toalha.

k. Retorne os frascos de estoque ou os medicamentos de dose unitária não utilizados para a prateleira ou gav ADS e leia o rótulo mais uma vez.

l. Não deixe os medicamentos desassistidos.

m. Antes de ir para o quarto do paciente, compare o nome do paciente e o nome do medicamento no rótulo medicamentos preparados com o MAR.

2. Administre os medicamentos:

PASSO 1I(6) Aparelho de macerar comprimido empregado para esmagar os comprimidos, quando necessário.

a. Dê os medicamentos para o paciente no horário correto (veja a política da instituição). Os medicamentos q exigem o horário exato incluem os medicamentos imediatos, os medicamentos de primeira vez ou de ataq medicamentos de dose única. Administre os medicamentos agendados de horário crítico (p. ex., antibiótic anticoagulantes, insulina, anticonvulsivantes, agentes imunossupressores) no horário exato prescrito (den 30 minutos antes ou depois da dose aprazada). Administre os medicamentos agendados sem horário crític dentro de uma faixa de 1 a 2 horas das doses aprazadas (ISMP, 2011). Aplique os seis certos da administra medicamento durante toda a administração de medicamento. Realize a higiene das mãos.

b. Identifique o paciente usando pelo menos dois identificadores (p. ex., nome e dia do nascimento ou nome número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com a informações no prontuário médico ou MAR do paciente.

DECISÃO CLÍNICA: *Substitui os braceletes de identificação de paciente que estejam faltando, ilegíveis ou apa*

c. Compare os nomes dos medicamentos nos rótulos com o MAR ao lado do leito do paciente.

d. Explique a finalidade de cada medicamento, sua ação, e possíveis efeitos adversos para o paciente. Explor preocupações expressas pelo paciente e verifique as ordens quando surgem as preocupações sobre a exati prescrições medicamentosas.

e. Realize as avaliações pré-administração necessárias (p. ex., pressão arterial, pulso). Verifique as alergias c

paciente.

f. Ajude o paciente até a posição sentada ou a posição de Fowler. Use a posição de decúbito lateral quando a sentado está contraindicada. Faça com que o paciente permaneça na posição por 30 minutos depois da administração.

g. Administre o medicamento

(1) **Para comprimidos:** Alguns pacientes querem segurar os medicamentos sólidos nas mãos ou o copo ant colocá-los na boca. Ofereça água ou suco para ajudar o paciente a deglutir e forneça um copo cheio, casc esteja contraindicado.

(2) **Para formulações que se dissolvem por via oral** (comprimidos ou fitas): Remova o medicamento da embalagem em blister exatamente antes do uso. Não empurre o comprimido através da folha de alumín Coloque o medicamento em cima da língua do paciente e o advirta para não mastigar o medicamento.

(3) **Para medicamentos sublinguais:** Faça com que o paciente coloque o medicamento embaixo da língua permita que ele se dissolva por completo (Fig. 32-3). Advirta o paciente para não engolir o comprimido.

(4) **Para medicamentos bucais:** Faça com que o paciente coloque o medicamento na boca contra a mucosa bochechas até que ele se dissolva (Fig. 32-4). Evite administrar líquidos até que o medicamento bucal ter dissolvido.

PASSO 1J(3) **A,** Derrame o volume desejado do líquido de modo que a base do menisco esteja nivelada com a linha pequenas quantidades de medicamentos líquidos.

(5) **Para medicamentos em pó:** Misture-os com líquidos ao lado do leito e dê para o paciente beber.

(6) **Para medicamentos macerados misturados no alimento:** Forneça cada medicamento em separado em colher de chá de alimento.

(7) **Para pastilhas:** Advirta o paciente a não mastigar ou engolir as pastilhas.

(8) **Para medicamento efervescente:** Adicione o comprimido ou pó a um copo de líquido. Administre imediatamente após a dissolução.

h. Se o paciente for incapaz de segurar os medicamentos, coloque o copo de medicamentos próximo aos lábi introduza gentilmente cada medicamento na boca. Considere usar a colher para colocar os comprimidos r Não se apresse ou force os medicamentos

DECISÃO CLÍNICA: *Se o comprimido ou cápsula cair no chão, jogue-o fora e repita a preparação. O medicam*

i. Permaneça com o paciente até que ele tenha tomado por completo todos os medicamentos por sua via pres Peça ao paciente para abrir a boca quando não tiver certeza de que o paciente engoliu os medicamentos.

j. Para medicamentos muito ácidos (p. ex., aspirina), ofereça lanches não gordurosos ao paciente (p. ex., bisc cream-crackers), quando não contraindicados por sua patologia.

k. Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável.

l. Descarte os materiais sujos e realize a higiene das mãos.

m. Reponha o estoque como copos e canudos, devolva o carrinho para a sala de medicação quando usado e l
área de trabalho.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Avalie a resposta do paciente aos medicamentos nos horários que se correlacionam com o início, o máxim
duração do medicamento.

2. Peça ao paciente ou ao familiar para identificar o nome do medicamento e explicar a finalidade, ação, horá
dosagem e efeitos colaterais potenciais do medicamento.

3. Use o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família a respeito dos medicam
orais. Diga, "Quero ter a certeza de que eu expliquei como tomar seus remédios (p. ex., sublingual, compr
Você pode explicar como tomar estes remédios?" Revise sua orientação agora ou desenvolva um plano pa
ensino revisado quando o paciente ou a família não é capaz de realizar corretamente a demonstração de
aprendizado.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O paciente exibe efeitos adversos (efeito colateral, efeito tóxico, reação alérgica) como urticária, exantema,
   - *Sempre* notifique o médico e a farmácia quando o paciente exibe efeitos adversos.
   - Suspenda as doses adicionais e acrescente as informações de alergia no prontuário médico do paciente.
2. O paciente recusa o medicamento.
   - Explore os motivos pelos quais o paciente não quer o medicamento.
   - Eduque quando se evidenciam as compreensões errôneas da terapia medicamentosa.
   - Não force o paciente a tomar o medicamento; os pacientes têm o direito de recusar o tratamento. Quando
   educacionais, registre por que o medicamento foi suspenso em seu prontuário e notifique o médico.

REGISTRO E RELATO

- Documente a dose do medicamento, a via, o horário e a data da administração no MAR imediatamente dep
- Registre o motivo pelo qual qualquer medicamento é suspenso e siga a política da instituição para o registr
- Registre e relate a avaliação do efeito do medicamento para o médico, quando necessário (p. ex., relate o dé
médico).
- Documente sua avaliação do aprendizado do paciente e da família.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Instrua os pacientes e os cuidadores sobre todos os aspectos da administração do medicamento, incluindo
apropriado dos medicamentos, efeitos colaterais previstos, e se tomar o medicamento com ou sem alimento
- Avalie a capacidade do paciente para autoadministrar com segurança os medicamentos. Quando incapaz d
quadro ou caixa de comprimidos para auxiliar na autoadministração. Quando as intervenções fracassam e
notifique o médico.

Procedimento 32-2 Administrando medicamentos oftálmicos

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administrar medicamentos oftálmicos não pode ser delegado a profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico de enfermagem sobre:

- Efeitos colaterais potenciais dos medicamentos e reportar a ocorrência deles, inclusive o potencial para as alterações visuais.

Material

- Frasco de medicamento com conta-gotas estéril, tubo de pomada ou disco intraocular medicamentoso
- Lenço de papel ou bola de algodão
- Cuba cheia de água morna e lenço (quando os olhos apresentam crostas ou secreção)
- Tampão ocular e fita adesiva (opcional)
- Luvas de procedimento
- Registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso)

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Verifique a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a prescrição do medicamento do r Confira o nome do paciente, o nome e a dosagem do medicamento (p. ex., número de gotas [quando for u líquido] e olho [direito, esquerdo ou ambos os olhos]), e a via e o horário da administração. Torne a copiar reimprima qualquer parte do MAR que seja de difícil leitura.
2. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, dose e via normais, e colaterais, horário do início da ação e da ação máxima, e as implicações de enfermagem.
3. Examine a condição das estruturas oculares externas (Cap. 31). (Você também pode fazer isto exatamente a administração do medicamento.)
4. Examine a história médica do paciente, a história de alergias (inclusive ao látex) e a medicamentosa. Quan paciente apresenta alergia a látex, calce luvas sem látex.
5. Determine se o paciente apresenta algum sintoma de alteração visual.
6. Examine o nível de consciência e a capacidade do paciente para seguir as orientações.
7. Avalie o conhecimento do paciente relacionado com a terapia medicamentosa e o desejo de autoadministra medicamento.
8. Avalie a capacidade do paciente para manusear e segurar o material necessário para a medicação ocular (p conta-gotas, tubo de pomada).

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna o material apropriado e o MAR.

2. Planeje a preparação para evitar interrupções. Não use ligações telefônicas. Siga a política da instituição.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Realize a higiene das mãos e prepare o medicamento (veja o Procedimento 32-1, Passos 1a-g). Comumente preparação envolve colocar os colírios fora do refrigerador e o reaquecimento até a temperatura ambiente administração para o paciente. Certifique-se de verificar o rótulo 2 vezes enquanto prepara os medicamen

2. Dê os medicamentos para o paciente no horário correto (veja a política da instituição). Medicamentos que requerem horário exato incluem medicamentos imediatos, medicamentos de primeira vez, medicamentos ataque e doses únicas. Administre os medicamentos agendados de horário crítico (p. ex., antibióticos, anticoagulantes, insulina, anticonvulsivantes, agentes imunossupressores) no horário exato aprazado (den 30 minutos antes ou depois do horário agendado). Administrar os medicamentos agendados sem horário dentro de uma faixa de 1 ou 2 horas da dose agendada (ISMP, 2011). Aplique os seis certos da administraç medicamento durante toda a administração de medicamento. Realize a higiene das mãos.

3. Identifique o paciente usando pelo menos dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as informações no MAR ou no prontuário médico do paciente.

4. Compare os nomes dos medicamentos nos rótulos com o registro de administração de medicamentos ao la leito do paciente.

5. Explique o procedimento para o paciente; descreva o posicionamento e as sensações a esperar como queim irritação ocular. Pergunte se o paciente tem alguma dúvida.

6. Arrume os materiais ao lado do leito; calce luvas de procedimento.

7. Role gentilmente o frasco do conta-gotas entre suas mãos.

8. Peça ao paciente para deitar em decúbito dorsal ou sentar em uma cadeira com a cabeça ligeiramente hiperestendida.

DECISÃO CLÍNICA: *Não hiperestenda o pescoço de um paciente com lesão da coluna cervical.*

9. Quando a crosta ou a drenagem estão presentes ao longo das margens palpebrais ou no canto interno, lave delicadeza, retirando-a. Amoleça qualquer crosta que esteja seca e que seja de difícil remoção ao aplicar u compressa ou bola de algodão molhada sobre o olho durante alguns minutos. Sempre limpe a partir do ca interno para o externo.

10. Segure a bola de algodão ou lenço limpo na mão não dominante sobre a maxila do paciente exatamente a pálpebra inferior.

11. Com o lenço ou algodão repousando abaixo da pálpebra inferior, pressione gentilmente para baixo com o ou indicador contra a órbita óssea.

12. Peça ao paciente para olhar para o teto.

13. Instile as gotas oftálmicas:

a. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do paciente, segure o conta-gotas cheio de medicame solução oftálmica a aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival (veja ilustração).

b. Goteje a quantidade prescrita de gotas de medicamento dentro do saco conjuntival.

c. Caso o paciente pisque ou feche os olhos, ou se o medicamento cair fora da margem palpebral externa a instilação.

d. Depois de instilar as gotas, peça ao paciente para fechar o olho suavemente.

e. Quando administrar medicamentos que causam efeitos sistêmicos, aplique pressão suave com seu dedo lenço limpo sobre o ducto nasolacrimal do paciente durante 30 a 60 segundos.

f. Quando o paciente recebe mais de um medicamento ocular no mesmo olho ao mesmo tempo, espere pel menos 5 minutos antes de administrar o próximo medicamento e use uma bola de algodão ou lenço lim diferente com cada medicamento.

14. Instile a pomada oftálmica:

a. Segure o aplicador da pomada acima da margem palperal inferior, aplique um filete fino de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva (veja ilustração) de canto interno até o canto externo.

b. Faça com que o paciente feche o olho e friccione a pálpebra suavemente em um movimento circular com de algodão quando não há contraindicação para o atrito.

PASSO 13A Segure o conta-gotas acima do saco conjuntival.

15. Administre o disco intraocular:
    a. Abra a embalagem contendo o disco. Pressione gentilmente a ponta do dedo contra o disco de modo qu fique aderido ao dedo. Posicione o lado convexo do disco sobre a polpa digital (veja a ilustração).
    b. Com a outra mão, puxe gentilmente a pálpebra inferior do paciente para longe do olho. Peça ao pacient olhar para cima.
    c. Coloque o disco no saco conjuntival de modo que ele flutue sobre a esclera, entre a íris e a pálpebra infe (veja a ilustração).
    d. Puxe a pálpebra inferior do paciente para fora e sobre o disco (veja ilustração). Você não deve ser capaz enxergar o disco neste momento. Repita o Passo 15 caso você possa ver o disco.
16. Remoção do disco intraocular:
    a. Realize a higiene das mãos e calce luvas de procedimento.
    b. Explique o procedimento para o paciente.
    c. Puxe gentilmente a pálpebra inferior do paciente com a mão não dominante.
    d. Usando o indicador e o polegar da mão oposta, pince o disco e levante-o para fora do olho do paciente (ilustração).
17. Quando o medicamento em excesso está sobre o olho, limpe gentilmente, passando do canto interno para externo.
18. Quando o paciente portava um tampão ocular, aplique um limpo sobre o olho afetado de tal modo que a totalidade do olho seja coberta. Fixe firmemente sem aplicar pressão sobre o olho.
19. Remova as luvas, descarte os materiais sujos no recipiente apropriado e realize a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

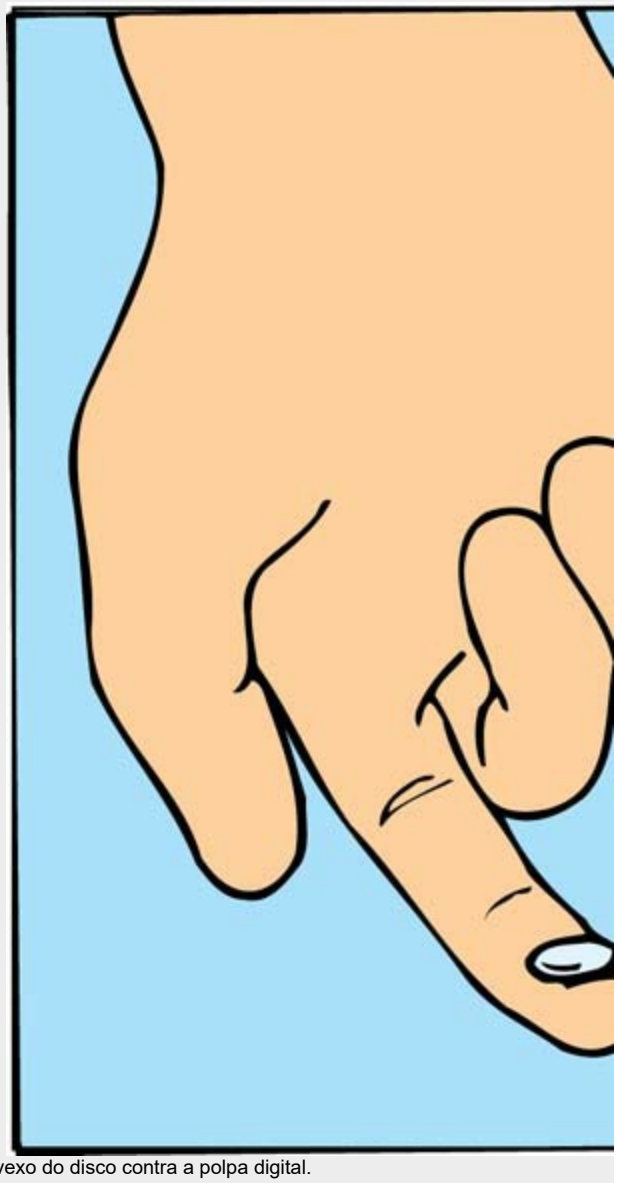
1. Observe a resposta imediata do paciente à instilação; pergunte se o paciente sentiu algum desconforto.

2. Observe a resposta à medicação ao avaliar as alterações visuais e observando qualquer efeito colateral.

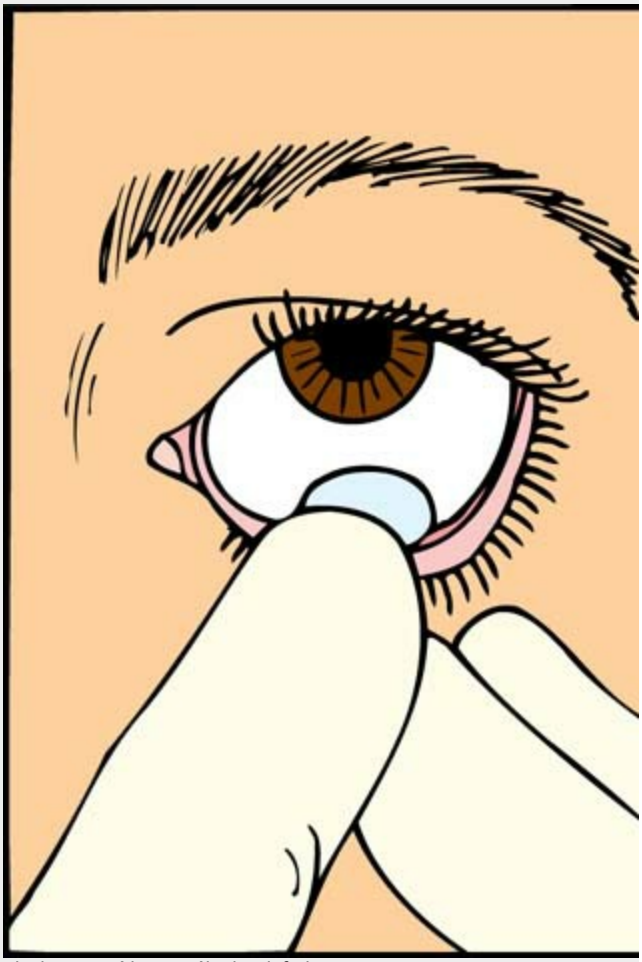
3. Utilize o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família sobre os medicament oculares. Diga, "Quero me certificar de que você compreende o que expliquei sobre seus colírios. Você po dizer o nome de seus colírios, por que você os está aplicando, quanto deve aplicar e quais efeitos colaterai poderia ter?" Revise sua orientação agora ou desenvolva um plano para o ensino revisado quando o pacie família não são capazes de fazer a demonstração de aprendizado corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

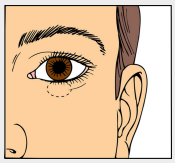
1. O paciente não consegue instilar os colírios sem supervisão.
   - Reforce o ensinamento e permita que o paciente autoadministre os colírios o maior número de vezes poss
   - Quando o paciente não consegue autoadministrar o colírio, ensine aos cuidadores a instilá-los no olho do
2. O paciente demonstra sinais de reação alérgica (p. ex., lacrimejamento, esclera avermelhada) ou de respost
   - Suspenda o medicamento e fale com o médico.
   - Siga a política da instituição ou as diretrizes para relatar reação adversa ou alérgica a medicamentos.
   - Acrescente a informação sobre a alergia no prontuário médico de acordo com a política da instituição.



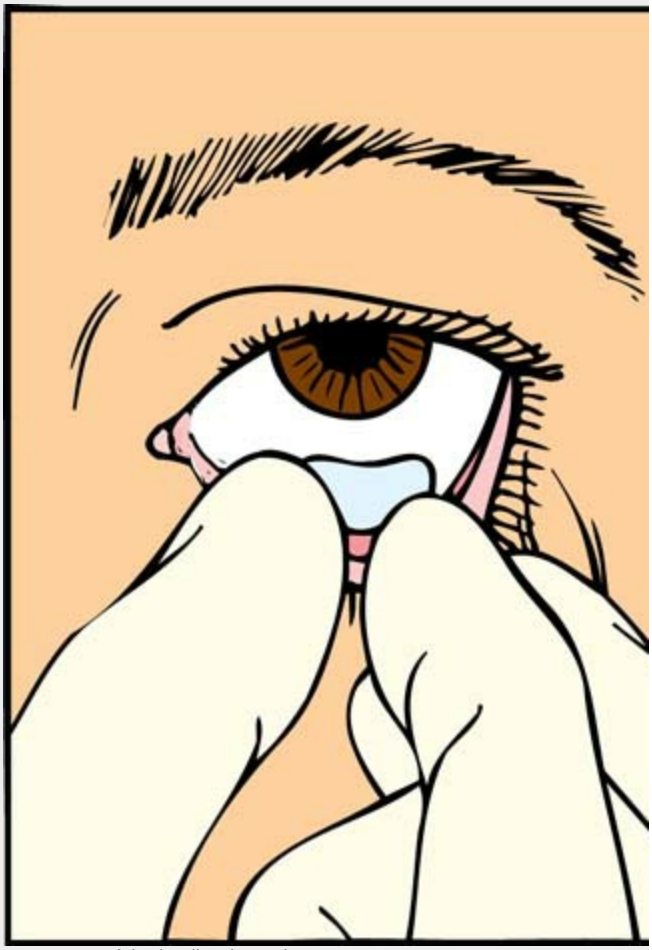
PASSO 15A Posicione gentilmente o lado convexo do disco contra a polpa digital.



PASSO 15C Coloque o disco no saco conjuntival entre a íris e a pálpebra inferior.



PASSO 15D Puxe gentilmente a pálpebra inferior sobre o disco.



PASSO 16D Pince cuidadosamente o disco para removê-lo do olho do paciente.

REGISTRO E RELATO

- ~~Registre o medicamento, concentração, número de gotas, horário e a data da administração, e o olho (esquerd~~
- Registre a aparência do olho nas anotações de enfermagem.
- Documente a sua evolução do aprendizado do paciente e da família.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Faça com que os pacientes com problemas de cuidados de saúde crônicos se consultem com seus médicos ant
- Quando usar colírios em casa, os pacientes não devem compartilhar os medicamentos com outros familiares

Procedimento 32-3 Usando inaladores com dose metrificada ou pó seco

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administrar medicamentos inalados e de supervisão de pacientes que os autoadministram não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico sobre:

- Efeitos colaterais potenciais dos medicamentos, alterações no estado respiratório do paciente (p. ex., tosse aumentada, dificuldades respiratórias) e necessidade de relatar sua ocorrência.

Material

- Inalador com medicamento (inalador de dose metrificada [MDI] ou inalador de pó seco [DPI])
- Espaçador como AeroChamber ou InspirEase (opcional com MDI)
- Lenços de papel (opcionais)
- Cuba ou pia com água quente
- Toalha de papel
- Registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso)
- Estetoscópio

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Verifique a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a prescrição de medicamento do r Confira o nome do paciente, o nome e a dosagem do medicamento (p. ex., número de puffs) e a via e o hor administração. Torne a copiar ou reimprima qualquer parte do MAR que esteja difícil de ler.
2. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, dose e via normais, e colaterais, horário do início da ação e da ação máxima, e implicações de enfermagem.
3. Avalie a história clínica do paciente, história de alergias e a história medicamentosa.
4. Avalie o padrão respiratório do paciente e ausculte o murmúrio vesicular (Capítulo 31).

5. Quando previamente instruído na autoadministração, avalie a capacidade do paciente de usar o inalador (segurar, manipular e pressionar o frasco; força da inalação).

6. Examine a prontidão e a capacidade de aprendizagem do paciente: o paciente faz perguntas sobre o medic a doença ou as complicações; solicita instrução no uso do inalador; está mentalmente alerta, não está fatiga com dor, ou com desconforto respiratório, e participa no próprio cuidado.

7. Examine o conhecimento e a compreensão da doença pelo paciente e a finalidade e a ação dos medicament prescritos.

8. Determine o horário das medicações e o número de inalações prescritas para cada dose.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna o material apropriado e o MAR. Não faça ou receba ligações telefônicas. Siga a política da instituiçã

2. Dê o tempo adequado para a sessão de ensino.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Realize a higiene das mãos e prepare o medicamento (veja o Procedimento 32-1, Passos 1a-g). Certifique-se comparar o rótulo do medicamento 2 vezes enquanto o prepara.

2. Dê os medicamentos para o paciente no horário correto (veja a política da instituição). Os medicamentos q exigem o horário exato incluem os medicamentos imediatos, os medicamentos de primeira vez, os medica de ataque e as doses únicas. Administre os medicamentos agendados com horário crítico (p. ex., antibiótic anticoagulantes, insulina, anticonvulsivantes, agentes imunossupressores) no momento exato prescrito (d 30 minutos antes e depois da dose aprazada). Administre os medicamentos agendados sem horário crítico de uma faixa de 1 a 2 horas das doses agendadas (ISMP, 2011). Aplique os seis certos da administração de medicamentos durante toda a administração do medicamento. Realize a higiene das mãos.

3. Identifique o paciente usando pelo menos dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com a informações no MAR ou prontuário médico do paciente.

4. Compare os nomes dos medicamentos nos rótulos como MAR ao lado do leito do paciente.

5. Instrua o paciente em um ambiente confortável ao sentar na cadeira no quarto do hospital ou na mesa da c no domicílio.

6. Dê oportunidade de o paciente manipular o inalador, frasco e espaçador. Explique e demonstre como o fra encaixa no inalador.

DECISÃO CLÍNICA: *Quando o paciente está usando um MDI com ou sem um espaçador e o inalador é novo o não precisa fazer isto para um DPI.*

7. Explique o que é dose metrificada e advirta o paciente sobre o uso excessivo do inalador, incluindo os efeit colaterais do medicamento.

8. Explique os passos para administrar o MDI de apertar-e-respirar sem o espaçador (demonstre os passos qu possível):

a. Introduza o frasco do MDI no suporte.

b. Remova a tampa do bocal do inalador.

DECISÃO CLÍNICA: *Limpe a sujeira ou os objetos estranhos no bocal antes do uso do inalador para ajudar a e*

c. Agite vigorosamente o inalador por 5 ou 6 vezes. Segure o inalador em posição ereta na mão dominante.

d. Faça com que o paciente sente ou fique em pé e realize uma inspiração profunda e expire.

e. Instrua o paciente a posicionar o inalador em uma das duas maneiras.

(1) Feche a boca ao redor do bocal com a abertura virada para a parte posterior da garganta (veja a ilustraç com os lábios cerrados firmemente ao seu redor.

(2) Técnica alternativa para usar o MDI. Posicione o bocal a 2 a 4 cm na frente da boca (veja a ilustração).

f. Com o inalador posicionado adequadamente, faça com que o paciente reajuste a pegada e coloque o poleg bocal e os dedos indicador e médio no ápice. Isto é chamado de uma posição de mão lateral ou de três-por

PASSO 8E(1) O paciente abre os lábios e coloca o inalador na boca com a abertura no sentido da parte posterior da garganta.

g. Instrua o paciente a inclinar um pouco a cabeça para trás e a inspirar de forma lenta e profunda através da por 3 a 5 segundos enquanto abaixa totalmente o frasco.

h. Faça com que o paciente prenda a respiração por aproximadamente 10 segundos.

i. Remova o MDI da boca e expire através dos lábios semicerrados.

9. Explique os passos para administrar o MDI usando um espaçador como uma Aerochamber (demonstrar q possível):

a. Introduza o frasco no suporte. Remova a tampa do bocal do MDI e do bocal do espaçador. Inspecione o es para corpos estranhos e se assegure de que a válvula está intacta se o espaçador possuir uma.

b. Agite vigorosamente o inalador do MDI por 5 a 6 vezes.

c. Introduza o MDI no final do espaçador.

d. Instrua o paciente a colocar o bocal do inalador dentro da boca e feche os lábios. Não introduza além da b elevada no bocal. Evite cobrir as pequenas fendas de expiração com os lábios (veja a ilustração).

e. Faça com que o paciente inspire e expire completamente e, em seguida, respire normalmente através do b espaçador.

f. Faça com que o paciente abaixe o frasco do medicamento, borrifando um puff para dentro do espaçador.

g. Instrua o paciente a inspirar de maneira lenta e profunda através da boca durante 3 a 5 segundos.

h. Faça com que o paciente respire por 10 segundos.

i. Remova o MDI e o espaçador antes de expirar.

10. Explique os passos para administrar o DPI ou o DPI ativado pela respiração (demonstre quando possível

a. Remova a tampa do bocal. Não agite o inalador.

b. Prepare o medicamento conforme orientado pelo fabricante (p. ex., segurar o inalador ereto e girar a roda direita e, em seguida, para a esquerda até ouvir o estalido; carregue a cápsula do medicamento.

c. Expire longe do inalador antes da inalação.

d. Posicione o bocal entre os lábios (veja ilustração).

e. Inspire de maneira profunda e vigorosa através da boca.

f. Prenda a respiração por 5 a 10 segundos.

11. Instrua o paciente a aguardar um mínimo de 20 a 30 segundos entre as inalações do mesmo medicamento minutos entre as inalações de diferentes medicamentos ou conforme prescrito pelo médico.

DECISÃO CLÍNICA: *Quando o paciente utiliza um corticosteroide, faça com que ele enxágue a boca com água risco de infecção por fungos. Também ensine o paciente a inspecionar diariamente a cavidade oral para rubor, de dados para o médico do paciente (MayoClinic.com, 2015d).*

PASSO 9D Faça com que o paciente coloque o bocal na boca e feche os lábios, tomando o cuidado de manter expostas as fendas de expiração.

12. Instrua o paciente para não repetir as inalações antes da dose agendada.

13. Explique que o paciente pode perceber a sensação de engasgo na garganta provocada por gotículas do medicamento na faringe ou na língua. Aproximadamente 2 minutos depois da dose, faça com que o pacie enxágue a boca com água morna.

14. Instrua o paciente sobre como limpar o inalador:

a. Uma vez ao dia, remova o frasco do inalador. O inalador e a tampa precisam ser enxaguados em água mo corrente. O inalador precisa ser totalmente seco antes do uso.

b. Duas vezes por semana, lave o bocal plástico em forma de L com detergente simples e água morna. Enxág seque bem antes de colocar o frasco de volta dentro do bocal.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observe o paciente demonstrar a autoinalação. Pergunte se o paciente tem alguma dúvida.

2. Use o *Ensino de Retorno* para determinar a compreensão do paciente e da família a respeito dos medicamen inalados. Diga, "Quero me certificar de que você compreendeu o que expliquei a respeito dos medicamen inalados. Por favor, descreva e me mostre como usar o seu inalador." Revise sua orientação agora ou dese um plano para o ensino revisado quando o paciente e a família não conseguem fazer uma demonstração d

aprendizado corretamente.

3. Peça ao paciente ou ao cuidador para calcular quantos dias irá durar o inalador.

4. Avalie o estado respiratório do paciente: facilidade das respirações, ausculta dos pulmões e uso da oximet
pulso (Cap. 31).

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O paciente desenvolve dificuldade respiratória e precisa de um broncodilatador mais que a cada 4 horas.
   - Indica os problemas respiratórios; indica que é necessária a reavaliação do tipo de medicamento e dos me
   - Notifique ao médico quando o estado respiratório não melhora.
2. O paciente experimenta disritmias cardíacas, tontura e/ou síncope, especialmente quando ele recebe beta-a
   - Suspenda todas as doses de medicação posteriores.
   - Consulte o médico.
3. O paciente não é capaz de autoadministrar adequadamente o medicamento.
   - Explore as vias de aporte ou métodos de administração alternativos.

REGISTRO E RELATO

- Documente os procedimentos ensinados e a capacidade do paciente para realizá-los.
- Documente sua avaliação do aprendizado do paciente e da família.
- Registre o medicamento, o horário e a data da administração, a via e o número de puffs no MAR.
- Documente a resposta do paciente ao medicamento nas anotações de enfermagem.
- Reporte quaisquer efeitos indesejáveis dos medicamentos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Lembre os pacientes de carregar seus inaladores prescritos para uso emergencial em caso de uma crise agu

Procedimento 32-4 Preparando injeções a partir de frascos e ampolas

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento da preparação de injeções não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem.

Material

Medicamento em uma ampola

- Seringa de segurança, agulha e agulha de filtro
- *Swab* com álcool ou compressa de gaze estéril pequena

Medicamento em um frasco

- Seringa de segurança
- Agulhas:
  - Cânula de acesso a frasco com extremidade cega sem agulha

- Agulha de filtro (quando indicado)
- Agulha para aspirar o medicamento (se necessário)
- *Swab* com álcool ou compressa de gaze estéril pequena
- Diluente (p. ex., soro fisiológico ou água esterilizada) (quando indicado)

Ambos

- Registro de administração de medicamentos (MAR) (eletrônico ou impresso)
- Medicamento em frasco ou ampola
- Recipiente à prova de punção para descarte de seringas, agulhas e vidro

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Verifique a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a prescrição do medicamento do r Confira o nome do paciente, o nome e a dosagem do medicamento (p. ex., número de gotas [quando for u líquido] e o olho [direito, esquerdo ou ambos os olhos], e a via e o horário da administração. Torne a copia reimprima qualquer parte do MAR que seja de difícil leitura.
2. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento, incluindo ação, finalidade, dose e via, colaterais e as implicações de enfermagem.
3. Examine a história clínica, a história de alergias e a medicamentosa do paciente.
4. Examine a constituição corporal, o tamanho do músculo e o peso quando administrar injeção subcutânea o intramuscular.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Reúna o material apropriado e o MAR.
2. Planeje a preparação para evitar a interrupção. Não receba ou faça ligações telefônicas ou converse com ou pessoas. Siga a política da instituição.
IMPLEMENTAÇÃO
1. Faça a higiene das mãos.
2. Prepare o medicamento (veja o Procedimento 32-1, Passos 1a-h). Certifique-se de verificar o rótulo 2 vezes enquanto prepara o medicamento. Confira a data de validade no rótulo para se certificar de que não está v
a. Preparação da ampola

(1) Percuta o ápice da ampola de maneira suave e rápida com o dedo até que o líquido saia do colo da amp
(veja ilustração).

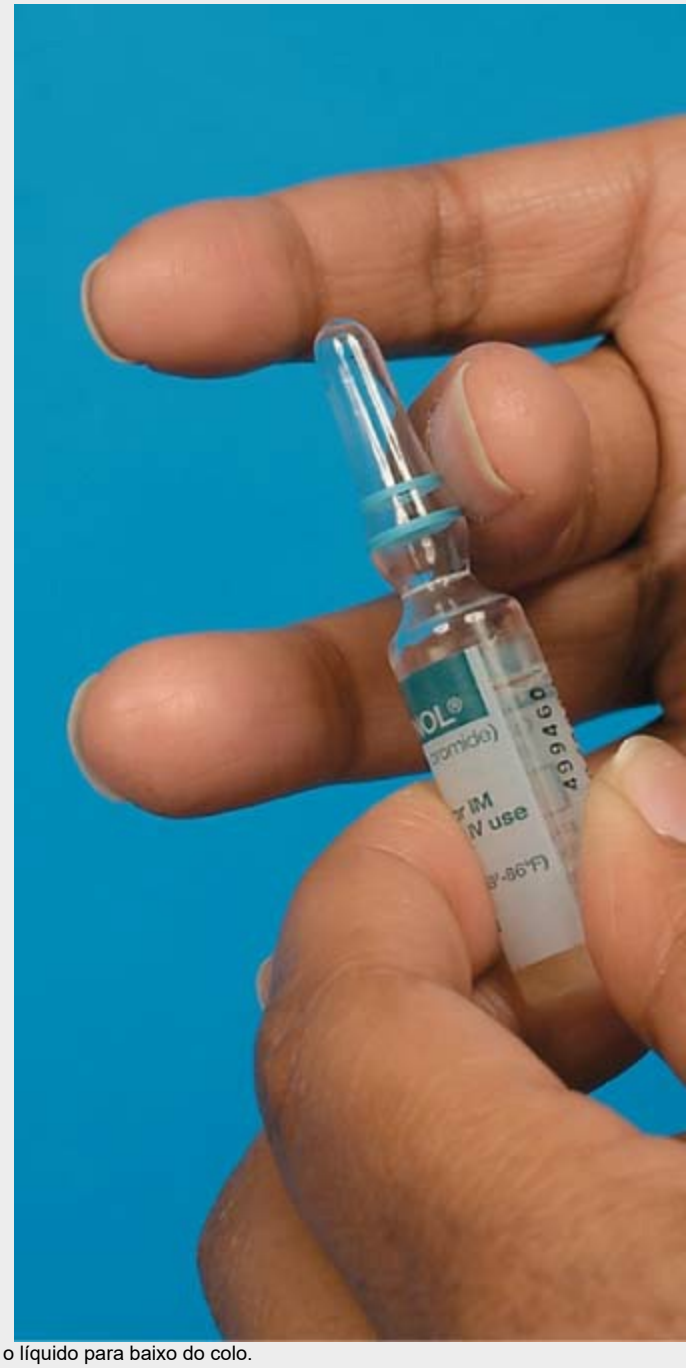
(2) Coloque a compressa de gaze pequena ou o *swab* de álcool fechado exatamente acima do colo da ampo
ilustração).

(3) Quebre o colo da ampola com rapidez e firmeza no sentido para longe das mãos (veja ilustração).

(4) Aspire rapidamente o medicamento, usando a agulha de filtro suficientemente longa para atingir o fun
ampola.

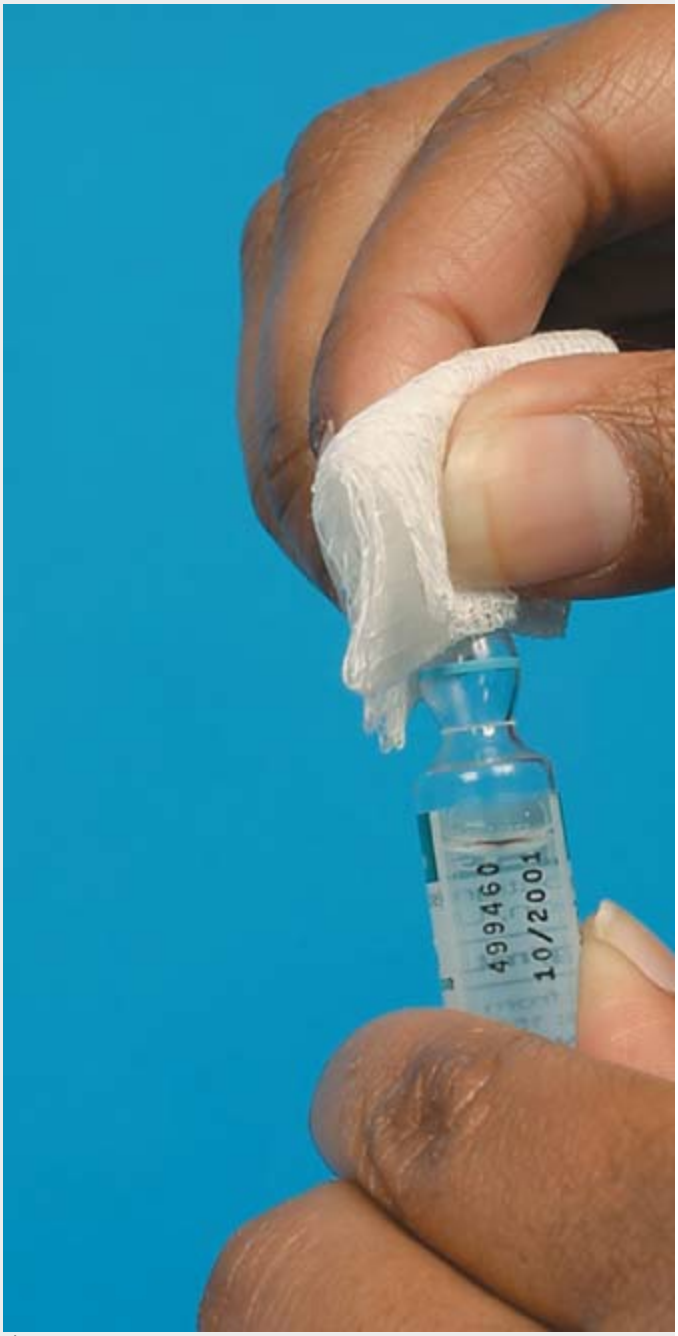
(5) Segure a ampola de cabeça para baixo ou coloque-a sobre uma superfície plana com a agulha de filtro r
centro da abertura da ampola. Não permita que a extremidade ou o corpo da agulha toquem na borda d
ampola.

(6) Aspire o medicamento para dentro da seringa ao puxar suavemente o êmbolo para trás (veja ilustrações



PASSO 2A(1) Percutir a ampola move o líquido para baixo do colo.

PASSO 2A(2) Compressa de gaze colocada exatamente acima do colo da ampola.



PASSO 2A(3) Quebre o colo para longe das mãos.

(7) Mantenha a extremidade da agulha sob a superfície do líquido. Incline a ampola para colocar todo o líq dentro do alcance da agulha.

(8) Quando as bolhas de ar são aspiradas, não expulse o ar de dentro da ampola.

(9) Para expelir o excesso de bolhas de ar, retire a agulha da ampola. Segure a seringa com a agulha aponta para cima. Percuta o lado da seringa para fazer com que as bolhas subam no sentido da agulha. Puxe ligeiramente para trás o êmbolo e empurre-o no sentido de ejetar o ar. Não ejete o líquido.

(10) Quando a seringa contém líquido em excesso, utilize a pia ou outra área especialmente designada par descarte de medicamento. Segure verticalmente a seringa com a extremidade da agulha virada para cim inclinada ligeiramente para diante no sentido da pia. Ejete lentamente o excesso de líquido dentro da pi a conferir o nível de líquido na seringa ao segurá-la verticalmente.

(11) Cubra a agulha com sua bainha de segurança ou dobre a agulha em concha para recapear. Substitua a de filtro pela agulha de segurança ou o dispositivo de acesso sem agulha para a injeção.

b. Frasco contendo uma solução

(1) Remova a capa que cobre o ápice do frasco não utilizado para expor a vedação de borracha estéril, mar esterilização desta vedação. Quando um frasco de múltiplas doses foi usado anteriormente, a capa já foi removida. Limpe de modo firme e vigoroso a superfície da vedação de borracha com algodão embebido álcool e permita que ela seque.

(2) Pegue a seringa e remova a capa da agulha ou a capa que cobre o dispositivo de acesso de frasco sem a (veja ilustração). Puxe o êmbolo para trás para aspirar a quantidade de ar para dentro da seringa, igual a volume de medicamento a ser aspirado do frasco.

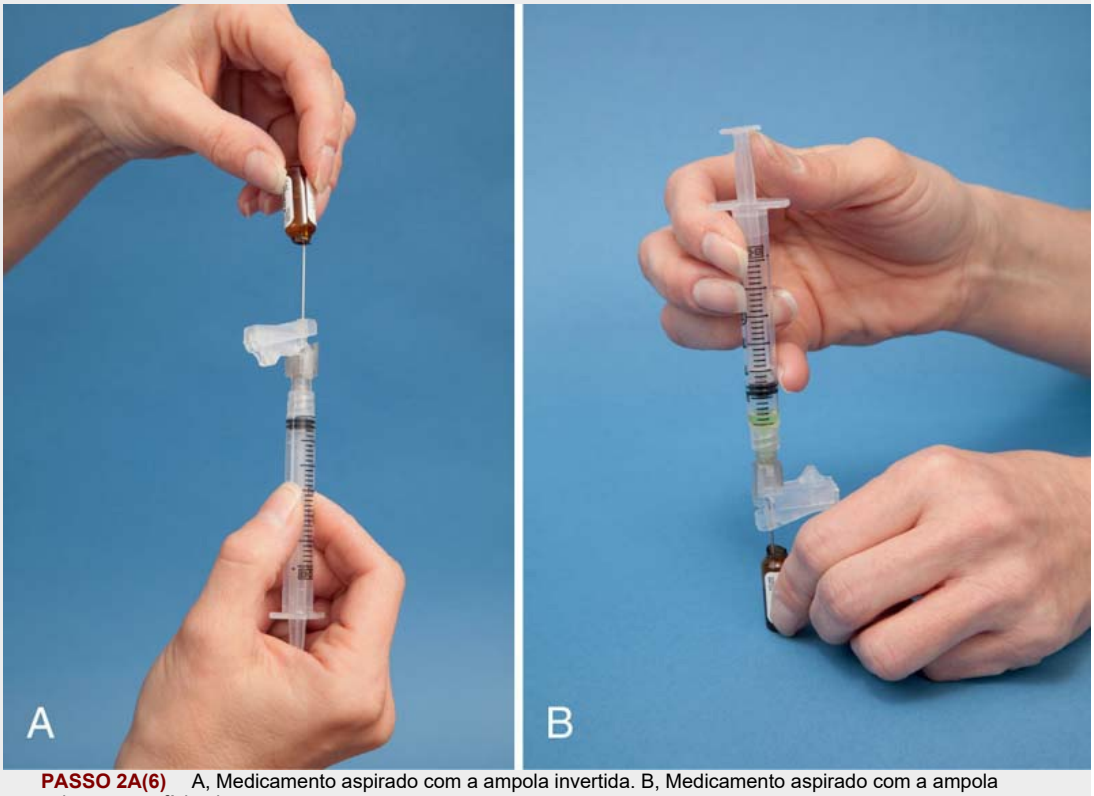
DECISÃO CLÍNICA: *Alguns medicamentos e instituições requerem o uso de uma agulha de filtro quando prep (Alexander et al., 2014). Se você utiliza uma agulha de filtro para aspirar o medicamento, você precisa trocá-la medicamento.*

(3) Com o frasco sobre uma superfície plana, introduza a extremidade da agulha com a extremidade em bi entrando em primeiro lugar ou o dispositivo de acesso sem agulha através do centro da vedação de bor (veja a ilustração). Aplique pressão na extremidade da agulha durante a inserção.

(4) Injete ar dentro do espaço aéreo do frasco segurando o êmbolo. Segure o êmbolo com pressão firme; a p do ar dentro do frasco por vezes força o êmbolo para trás.

(5) Inverta o frasco enquanto mantém a pegada firme na seringa e no êmbolo (veja ilustração). Segure o fra entre o polegar e o indicador da mão não dominante. Segure a extremidade do cilindro da seringa e o êm com o polegar e o indicador da mão dominante para se contrapor à pressão no frasco.

(6) Mantenha a extremidade da agulha abaixo do nível do líquido.



PASSO 2A(6) A, Medicamento aspirado com a ampola invertida. B, Medicamento aspirado com a ampola sobre a superfície plana.

(7) Permite que a pressão do ar a partir do frasco encha a seringa gradualmente com o medicamento. Quar necessário, puxe ligeiramente para trás o êmbolo para obter a quantidade correta da solução.

(8) Quando obtiver o volume desejado, posicione a agulha dentro do espaço aéreo do frasco; percuta cuidadosamente a parte lateral do cilindro da seringa para desalojar qualquer bolha de ar. Ejete qualque remanescente no ápice da seringa para dentro do frasco.

(9) Remova a agulha ou o dispositivo de acesso ao frasco sem agulha a partir do frasco ao puxar para trás êmbolo da seringa.

(10) Segure a seringa ao nível do olho em um ângulo de 90 graus para garantir o volume correto e a ausên bolhas de ar. Remova qualquer ar remanescente ao percutir o cilindro para desalojar as bolhas de ar (vej ilustração). Puxe o êmbolo ligeiramente para trás; empurre o êmbolo para ejetar o ar. Não ejete o líquido a conferir o volume do medicamento.

(11) Se o medicamento vai ser injetado no tecido do paciente, troque a agulha para o calibre e compriment adequados, de acordo com a via do medicamento.

(12) Para o frasco de múltiplas doses, faça o rótulo que inclua a data da mistura, a concentração do medica por mililitro e suas iniciais.

c. Frasco contendo um pó (reconstituindo medicamentos)

(1) Remova a cobertura da capa do frasco de medicamento em pó e a cobertura da capa do frasco do dilue apropriado. Limpe firmemente ambas as vedações com algodão embebido em álcool e deixe secar.

(2) Aspire o diluente para a seringa usando os Passos 2b(2)-(10).

(3) Introduza a extremidade da agulha de segurança ou do dispositivo de acesso sem agulha através do ce
vedação de borracha do medicamento em pó. Injete o diluente no frasco. Remova a agulha.

(4) Misture o medicamento por completo. Role entre as palmas das mãos. Não agite.

(5) O medicamento reconstituído no frasco está pronto para ser aspirado para dentro da nova seringa. Leia
cuidadosamente o rótulo para determinar a dose depois da reconstituição.

(6) Aspire o medicamento reconstituído para dentro da seringa, seguindo os Passos 2b(2)-(12).

DECISÃO CLÍNICA: *Algumas instituições exigem que os medicamentos parenterais preparados sejam conferi*
administrar o medicamento.

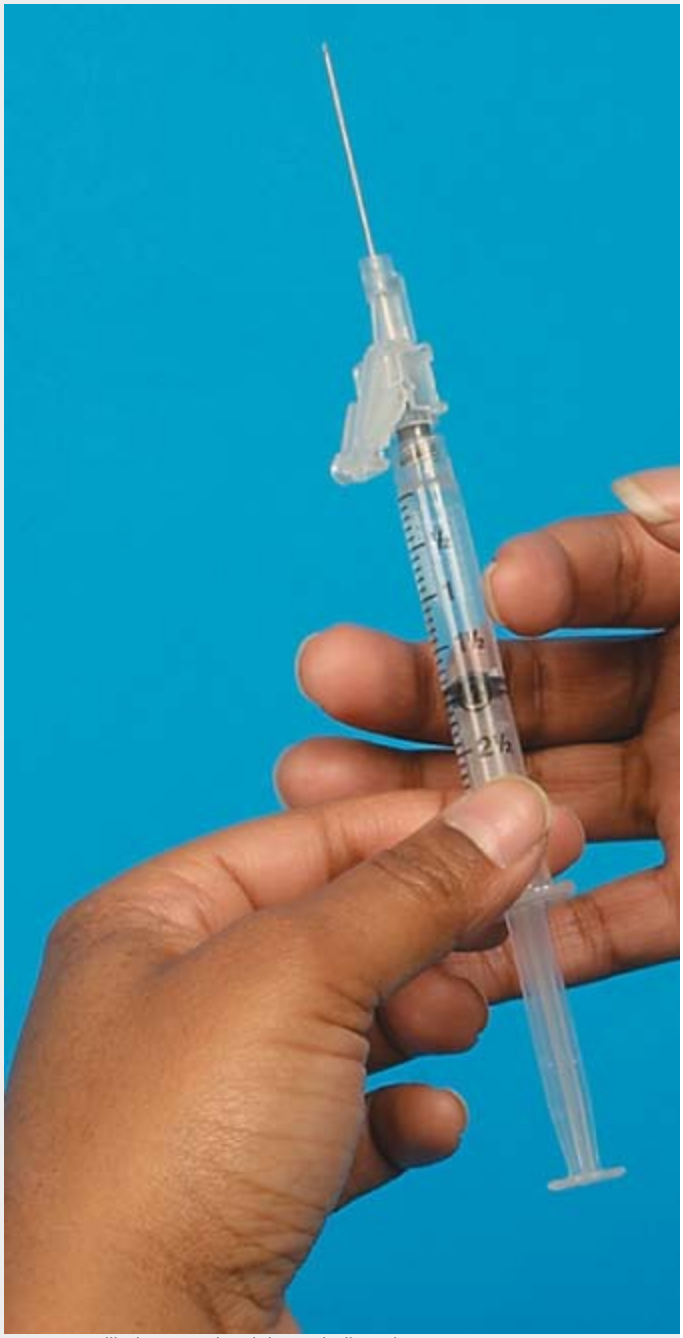
3. Compare o rótulo do medicamento com o MAR pela última vez ao lado do leito do paciente antes de admi
o medicamento.

4. Devolva o frasco de medicamento de múltiplas doses não utilizado para a prateleira, gaveta ou refrigerado

5. Descarte os materiais sujos. Coloque a ampola quebrada e/ou frascos usados e agulhas usadas em um reci
prova de punção e de extravasamento. Limpe a área de trabalho e realize a higiene das mãos.

PASSO 2B(3) Introduza a agulha de segurança através do centro do diafragma do frasco (com o frasco apoiado sob

PASSO 2B(5) Aspire o líquido com o frasco invertido.



PASSO 2B(10) Segure a seringa ereta; percuta o cilindro para desalojar as bolhas de ar.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
1. Compare a dose na seringa com a dose desejada.
RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA
1. As bolhas de ar permanecem na seringa. • Expulse o ar da seringa e adicione nela o medicamento até que a dose correta seja preparada. 2. A dose incorreta é preparada. • Descarte a dose preparada e prepare a nova dose correta.

Procedimento 32-5 Administrando injeções

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administrar injeções não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico de enfermagem sobre:

- Efeitos colaterais potenciais do medicamento e a necessidade de reportar sua ocorrência juntamente com quaisquer alterações nos sinais vitais ou no nível de consciência do paciente (p. ex., sedação).

Material

- Seringa de segurança de tamanho apropriado e objetos com agulha com proteção contra lesão por objetos cortantes acoplada (SESIP):
  - *Subcutâneo:* Seringa (1 a 3 mL) e agulhas (25 a 27, 0,6 a 1,5 cm)
  - *Imunizações:* agulha 23 a 25, 1,5 cm (CDC, 2015)
  - *Insulina U-100 subcutânea:* Seringa de insulina (1 mL) com agulha pré-acoplada (28 a 31, 0,3 a 1,2 cm)
  - *Insulina U-500 subcutânea:* Seringa de tuberculina de 1 mL com agulha (25 a 27, 1,2 a 1,5 cm)
  - *Intramuscular (IM):* Seringa de 2 a 3 mL para adulto, 0,5 a 1 mL para lactentes e crianças pequenas
  - O comprimento da agulha corresponde ao local da injeção, idade e tamanho do paciente. Refira-se às diretrizes adiante; o comprimento necessário pode variar fora destas orientações

para os pacientes que são menores ou maiores que a média.
- Comprimento da agulha para imunizações (veja adiante) — baseada nas diretrizes do CDC (2015)
- O calibre da agulha frequentemente depende do comprimento da agulha. Administre a maioria dos produtos biológicos e os medicamentos em soluções aquosas com agulha 20 a 25. Utilize agulhas 18 a 21 para medicamentos à base de óleo.
- *Intradérmico (ID):* Seringa de tuberculina de 1 mL com agulha (calibre 25 a 27, 1,2 a 1,5 cm)
- Compressa de gaze pequena
- *Swab* antisséptico
- Frasco ou ampola de medicamento ou solução de teste cutâneo
- Luvas de procedimento
- Registro de administração de medicamentos (MAR) (eletrônico ou impresso)
- Recipiente à prova de punção

COMPRIMENTO DA AGULHA PARA LOCAL E IDADES		
LOCAL	**CRIANÇA**	**ADULTO**
Ventroglúteo	1,2 a 2,5 cm	4 cm
Vasto lateral	1,5 a 2,5 cm	1,5 a 2,5 cm
Deltoide	1,2 a 2,5 cm	2,5 a 4 cm

COMPRIMENTO DA AGULHA PARA IMUNIZAÇÕES		
SEXO — MASCULINO	**SEXO — FEMININO**	**COMPRIMENTO DA AGULHA**
Abaixo de 59 kg	Abaixo de 59 kg	1,5 – 2,5 cm
59 – 68 kg	59 – 68 kg	2,5 cm
69,3 – 118 kg	69,3 – 90,6 kg	2,5 – 4 cm
Mais de 118 kg	Mais de 90,6 kg	4 cm

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Verifique a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a prescrição de medicamento do médico. Confira o nome do paciente, nome e dosagem do medicamento, e via e horário	A folha de prescrição é a fonte mais confiável e o único registro legal dos medicamentos que o paciente dev receber. Garante que o paciente recebe os medicam corretos (Mandrack et al., 2012; Sulosaari et al., 2011 MARs ilegíveis constituem uma fonte de erros de

da administração. Torne a copiar ou reimprima qualquer parte do MAR impresso que seja de difícil leitura.	medicação (Alassaad et al., 2013).
2. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, dose e via normais, efeitos colaterais, horário do início da ação e da ação máxima, implicações de enfermagem.	Permite que você antecipe os efeitos do medicamento e observe a resposta do paciente.
3. Avalie as histórias médica, medicamentosa e de alergias do paciente. Conheça a resposta normal do paciente a uma alergia. Avalie os sintomas do paciente ou a condição para a qual o medicamento foi prescrito.	Revela a necessidade pelo medicamento. Permite a identificação precoce do paciente em risco de respo alérgica. Pode exigir a prescrição de medicamento diferente. Não administre o medicamento ao qual o paciente é alérgico. Proporciona a linha de base par determinar a resposta medicamentosa do paciente.
4. Observe as respostas verbal e não verbal em relação a receber injeções.	Com frequência, as injeções são dolorosas. Alguns paci apresentam ansiedade, o que aumenta a dor.
5. Avalie para as contraindicações.	
a. Para injeções subcutâneas	
(1) Avalie para os fatores como choque circulatório ou perfusão tecidual local reduzida. Avalie a adequação do tecido adiposo do paciente.	A perfusão tecidual reduzida interfere com a absorção distribuição do medicamento. As alterações fisiológ envelhecimento ou da doença do paciente frequent influenciam a quantidade de tecido subcutâneo que paciente possui.
b. Para injeções IM	
(1) Avalie para fatores como a atrofia muscular, fluxo sanguíneo reduzido ou choque circulatório.	O músculo atrofiado absorve mal o medicamento. Os f que interferem com o fluxo sanguíneo para os músc comprometem a absorção do paciente.
6. Avalie os sintomas do paciente ou a condição para a qual o medicamento foi prescrito.	Proporciona a linha de base para determinar a resposta terapia.
DECISÃO CLÍNICA: *Por causa dos efeitos adversos documentados das injeções intramusculares (IM), outras administração de medicamento são mais seguras. Verifique se a injeção IM é necessária e explore as vias de medicação alternativas, quando possível (Nicoll e Hesby, 2002; Organização Mundial da Saúde (OMS), 2015).*	
7. Avalie o conhecimento do paciente sobre o medicamento.	Determina se existe uma necessidade de educação do paciente.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna o material apropriado e o MAR.	Melhora o gerenciamento do tempo e a eficiência.
2. Planeje a preparação para evitar interrupções. Não receba ou faça ligações telefônicas ou converse com outras pessoas. Siga a política da instituição.	A interrupção contribui para os erros de medicação. Us zona de não interrupção (NIZ) quando possível (Pr et al., 2014; Yoder et al., 2015).

IMPLEMENTAÇÃO

1. Realize a higiene das mãos. De maneira asséptica, prepare a dose do medicamento a partir do frasco ou ampola (veja o Procedimento 32-4). Confira o rótulo do medicamento com o MAR duas vezes enquanto prepara os medicamentos.	Garante que o medicamento é estéril. Seguir a mesma r quando prepara o medicamento, eliminar as distraç conferir o rótulo do medicamento com a prescrição transcrita reduzem o erro (Murphy e While, 2012). *I a primeira e a segunda verificações da exatidão.*
2. Dê os medicamentos para o paciente no	Garante o efeito terapêutico pretendido e adere aos pac

horário correto (veja a política da instituição). Os medicamentos que requerem aprazamento exato incluem os medicamentos imediatos, os medicamentos de primeira vez, os medicamentos de ataque e as doses únicas. Administre os medicamentos agendados de horário crítico (p. ex., antibióticos, anticoagulantes, insulina, anticonvulsivantes, agentes imunossupressores) no horário exato prescrito (dentro de 30 minutos antes ou depois da dose agendada). Administre o medicamento agendado sem horário crítico dentro de uma faixa de 1 a 2 horas das doses agendadas (ISMP, 2011). Aplique os seis certos da administração de medicamentos durante todo o processo de administração do medicamento. Realize a higiene das mãos.	profissionais. Os hospitais precisam adotar uma po procedimento de administração de medicamentos p aprazamento da administração do medicamento qu considere as necessidades do paciente, o medicame prescrito e as indicações clínicas específicas (CMS, 2 ISMP, 2011). Os medicamentos agendados com hor crítico são medicamentos que a administração prec tardia das doses de manutenção com mais de 30 mi antes ou depois da dose aprazada pode causar dan resultar em terapia ou efeito farmacológico subótim medicamentos sem horário crítico são medicamento administração precoce ou tardia de 1-2 horas não d causar dano ou resultar em terapia ou efeito farmac subótimo (CMS, 2011; ISMP, 2011). A higiene das m diminui a transferência de microrganismos.
3. Feche a cortina, biombo ou porta do quarto.	Proporciona privacidade.
4. Identifique o paciente usando pelo menos dois identificadores (p. ex., nome do paciente e data de nascimento ou o nome e o número do prontuário) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as informações no MAR ou prontuário médico do paciente.	Garante o paciente correto. Adere aos padrões da The J Commission e melhora a segurança do paciente (TJ 2016).
5. Compare o nome do medicamento no rótulo com o MAR mais uma vez ao lado do leito do paciente.	*Esta é a terceira verificação da exatidão.*
6. Explique os passos do procedimento e diga ao paciente que a injeção irá provocar uma discreta sensação de queimação ou ferroada.	Ajuda a minimizar a ansiedade do paciente.
7. Calce luvas de procedimento. NOTA: Quando o paciente apresenta alergia a látex, use luvas sem látex.	Reduz a transferência de microrganismos.
8. Mantenha um lençol ou avental dobrado sobre partes do corpo que não precisam de exposição.	Respeita a dignidade do paciente enquanto expõe a áre injetada.
9. Selecione o local de injeção apropriado. Inspecione a superfície da pele sobre os locais para as equimoses, inflamação ou edema.	Os locais de injeção precisam estar livres de anormalid que interferem com a absorção do medicamento. Os usados repetidamente ficam endurecidos a partir d hipertrofia (crescimento aumentado do tecido adip Não utilize uma área que exibe equimose ou sinais associados à infecção.
a. Subcutâneo: Palpe os locais para massas ou dor. Evite estas áreas. Para a insulina diária, rode os locais dentro da área anatômica. Certifique-se de que a agulha tem o tamanho correto ao segurar a prega cutânea no local com o polegar e o indicador. Meça a prega do ápice ao fundo. A agulha deve ter a metade do comprimento.	As injeções subcutâneas são por vezes erroneamente administradas no músculo, em especial nos locais d abdômen e coxas. O tamanho apropriado da agulha ângulo de injeção garantem que o medicamento sej injetado no tecido subcutâneo (Hirsch et al., 2012; H et al., 2010).
b. IM: Observe a integridade e o tamanho do músculo e palpe para a dor ou	O local ventroglúteo ou do glúteo médio consiste no lo preferido em adultos. Este local também é preferid

endurecimento. Evite estas áreas. Quando as injeções são administradas com frequência, rode os locais. Use o local ventroglúteo, quando possível.	crianças que estão recebendo soluções viscosas ou irritativas (Hockenberry e Wilson, 2015; Nicoll e Hesby, 2002; Ogston-Tuck, 2014).
c. Intradérmico (ID): Observe as lesões ou colorações da pele. Quando possível, selecione o local a três ou quatro dedos abaixo do espaço antecubital e com a largura de uma mão acima do punho. Se você não pode utilizar o antebraço, inspecione a parte superior das costas. Quando necessário, use os locais para injeções subcutâneas.	Um local ID precisa estar limpo de tal modo que você p observar os resultados dos testes cutâneos e interpr da maneira correta (CDC, 2014a).
10. Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável:	
a. Subcutâneo: Faça com que o paciente relaxe o braço, perna ou abdômen, dependendo do local escolhido para a injeção.	O relaxamento do local minimiza o desconforto.
b. IM: Posicione o paciente dependendo do local escolhido (p. ex., sente ou deite em posição horizontal, em decúbito lateral ou em decúbito ventral).	Reduz a tensão sobre o músculo e minimiza o desconfo injeções.
c. ID: Faça com que o paciente estenda o cotovelo e apoie o cotovelo e o antebraço sobre uma superfície plana.	Estabiliza o local da injeção para a acessibilidade mais
d. Faça com que o paciente converse sobre um tema de interesse. Faça perguntas abertas.	A distração reduz a ansiedade.
DECISÃO CLÍNICA: *Assegure-se de que a posição do paciente não está contraindicada pela condição clínica.*	
11. Torne a localizar o local usando os marcos anatômicos.	A injeção no local anatômico correto previne a lesão pa nervos, ossos e vasos sanguíneos.
12. Limpe o local com um *swab* antisséptico. Aplique o *swab* no centro do local e rode em um movimento circular para fora por aproximadamente 5 cm (veja a ilustração).	A ação mecânica do *swab* remove as secreções contend microrganismos.
13. Segure o *swab* ou gaze entre o terceiro e o quarto dedos da mão não dominante.	A gaze ou *swab* permanece prontamente acessível quar agulha é retirada.
14. Remova a capa ou bainha da agulha ao puxá-la para trás.	Prevenir que a agulha toque os lados da tampa impede contaminação.
15. Segure a seringa entre o polegar e o indicador da mão dominante.	
a. Subcutâneo: Segure como um dardo, com a palma da mão voltada para cima (veja a ilustração)	A injeção rápida e suave requer a manipulação adequa partes da seringa.
b. IM: Segure como um dardo, com a palma da mão para baixo.	
c. ID: Segure o bisel da agulha virado para cima.	Com o bisel para cima, é menos provável que o medica seja depositado dentro de tecidos abaixo da derme.
16. Administre a injeção:	
a. Subcutânea	

(1) Para o paciente de tamanho médio, pince a pele com a mão não dominante.	Pinçar a pele eleva o tecido subcutâneo e dessensibiliza
(2) Introduza a agulha de forma rápida e firme em um ângulo de 45 a 90 graus. Libere a pele. Opção: Continue a pinçar a pele e libere depois de injetar os medicamentos.	A inserção firme e rápida minimiza o desconforto. (Inje medicação em tecidos comprimidos irrita as fibras nervosas.) O ângulo correto previne contra a injeção acidental dentro do músculo.
(3) Para o paciente obeso, pince a pele no local e injete a agulha em ângulo de 90 graus abaixo da prega tecidual.	Os pacientes obesos apresentam camada de tecido gord acima da camada subcutânea.

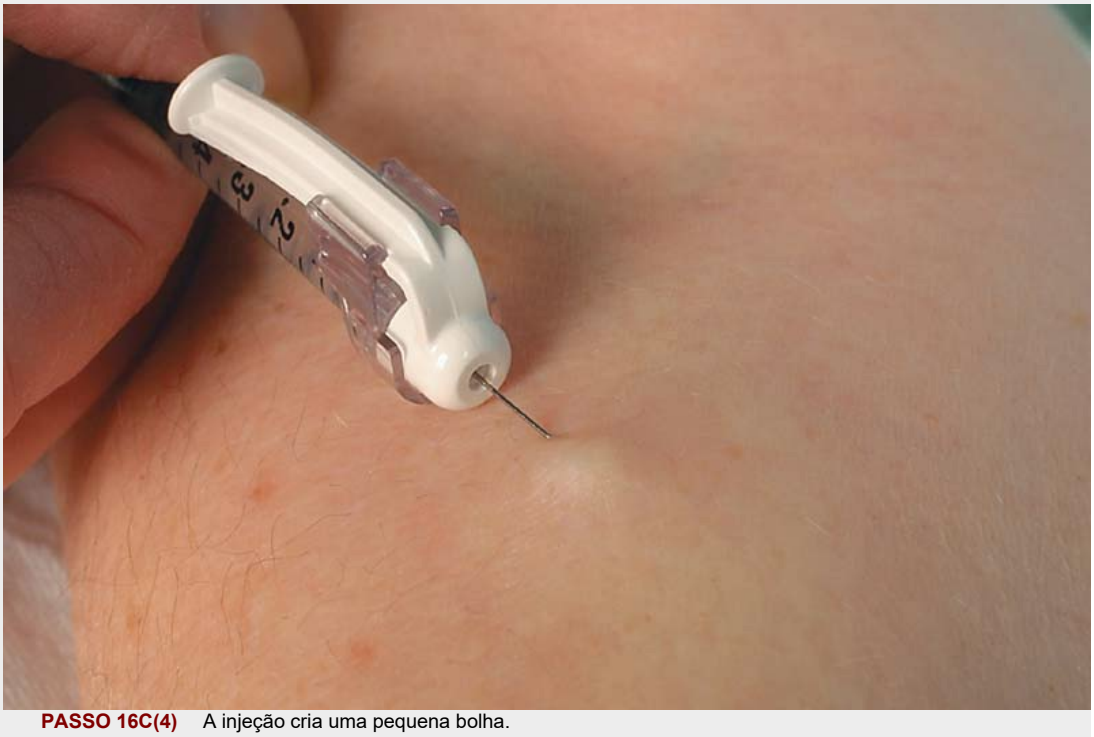
PASSO 12 Limpe o local com movimento circular.

PASSO 15A Segure a seringa como se segurasse um dardo.

PASSO 16A(4) Injete lentamente o medicamento.

DECISÃO CLÍNICA: *Perfurar um vaso sanguíneo durante uma injeção subcutânea é muito raro. Portanto, a as não é necessária quando se administra injeções subcutâneas (Lilley et al., 2011).*	
(4) Injete lentamente o medicamento (veja a ilustração).	Minimiza o desconforto.
b. Intramuscular	
(1) Posicione a face ulnar de sua mão não dominante exatamente abaixo do local e puxe a pele por aproximadamente 2,5 a 3,5 cm para baixo ou lateralmente para administrar em um trajeto em Z. Mantenha a posição até que o medicamento seja injetado (Fig. 32-22). Com a mão dominante, introduza a agulha com rapidez no músculo em um ângulo de 90 graus.	O trajeto em Z cria uma trajetória em zigue-zague atrav tecidos que sela o trajeto da agulha para evitar a tra do medicamento. Use o trajeto em Z para todas as i IM (Hopkins e Arias, 2013; Nicoll e Hesby, 2002; Og Tuck, 2014). Uma injeção rápida, semelhante a um c reduz o desconforto.
(2) Opção: Quando a massa muscular do paciente é pequena, segure o corpo do músculo entre o polegar e os dedos.	Garante que o medicamento alcance a massa muscular (Hockenberry e Wilson, 2015).
DECISÃO CLÍNICA: *Quando administrar imunizações para adultos: para evitar a injeção dentro do tecido subc estique a pele do local de administração da vacina selecionado entre o polegar e o indicador, isolando o múscu (CDC, 2015).*	
(3) Introduza a agulha dentro do músculo com um movimento firme e contínuo. Depois que a agulha perfura a pele, segure a extremidade inferior do cilindro da seringa com a mão não dominante para estabilizar a seringa. Continue a	O movimento firme e contínuo reduz a dor no momen injeção. A manipulação firme da seringa reduz o desconforto decorrente do movimento da agulha. A precisa permanecer tensionada até depois de injetar medicamento para garantir a administração com tra

segurar firmemente a pele com a mão não dominante. Movimente a mão dominante até a extremidade do êmbolo. Não movimente a seringa.	Z.
(4) Puxe para trás o êmbolo por 5 a 10 segundos. Se o sangue não aparece, injete lentamente o medicamento, em uma velocidade de 1 mL/10 segundos. NOTA: Não aspire quando administra imunizações (CDC, 2015).	Este tempo é necessário para garantir que a agulha não encontra em um vaso sanguíneo com baixo fluxo (N Hesby, 2002). A aspiração do sangue para dentro da seringa indica o posicionamento intravenoso (IV) da agulha. A velocidade de injeção lenta reduz a dor e trauma tecidual, bem como a possibilidade de extravasamento do medicamento para trás através d trajetória da agulha (Hockenberry e Wilson, 2015; N Hesby, 2002). O CDC (2015) não recomenda mais a aspiração quando se administra uma vacina.
DECISÃO CLÍNICA: *Quando o sangue aparece na seringa, remova a agulha e descarte o medicamento e a se de maneira adequada. Prepare outra dose do medicamento para a injeção.*	
(5) Aguarde 10 segundos. Depois, retire a agulha de modo firme e continuado e solte a pele.	Permite que o medicamento seja absorvido para dentro músculo antes da retirada da seringa em vez de ext de volta através do trajeto criado pela agulha (Hopk Arias, 2013; Nicoll e Hesby, 2002).
c. Intradérmico	
(1) Com a mão não dominante, estique a pele sobre o local com o indicador ou polegar.	A agulha perfura a pele tensionada com maior facilida
(2) Com a agulha quase contra a pele do paciente, introduza-a lentamente com o bisel para cima em um ângulo de 5 a 15 graus até que se sinta a resistência. Avance-a através da epiderme até aproximadamente 3 mm abaixo da superfície da pele. Você verá a extremidade da agulha através da pele.	Assegura que a extremidade da agulha está na derme. obtém resultados inexatos quando você não introdu agulha no ângulo e na profundidade corretos (CDC, 2014b).
(3) Injete lentamente o medicamento. Normalmente você percebe resistência. Quando não, a agulha está muito profunda; remova e comece novamente. A mão não dominante pode estabilizar a agulha durante a injeção.	A injeção lenta minimiza o desconforto no local. A cam dérmica encontra-se tensionada e não se expande c facilidade quando a solução é injetada. Estabilizar a impede os movimentos desnecessários e diminui o desconforto do paciente.
(4) Enquanto injeta o medicamento, observe que uma pequena bolha com aproximadamente 6 mm de diâmetro (assemelhando-se a uma picada de mosquito) aparece na superfície da pele (veja a ilustração). Instrua o paciente de que isto constitui um achado normal.	A bolha indica que o medicamento está depositado na



PASSO 16C(4) A injeção cria uma pequena bolha.

17. Retire a agulha enquanto aplica o *swab* ou gaze com álcool gentilmente sobre o local.	Suportar o tecido ao redor do local da injeção minimiza desconforto durante a retirada da agulha. A gaze se minimiza o desconforto do paciente associado ao ál sobre a pele não íntegra.
18. Aplique pressão suave. Não massageie o local. Aplique a bandagem, quando necessário.	A massagem causa dano ao tecido subjacente. Massage local ID dispersa o medicamento para dentro das ca teciduais subjacentes e altera os resultados do teste.
19. Ajude o paciente até uma posição confortável.	Proporciona ao paciente a sensação de bem-estar.
20. Descarte a agulha desencapada ou a agulha embutida em um escudo de segurança e presa à seringa em um recipiente à prova de punção e de extravasamento.	Impede a lesão do paciente e dos profissionais de saúd Recapear a agulha aumenta o risco de lesão por pur por agulha (O.S.H.A., n.d.).
21. Retire as luvas e faça a higiene das mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
22. Permaneça com o paciente e fique atento para quaisquer reações alérgicas.	Dispneia, sibilância e colapso circulatório são sinais de anafilática grave, o que é uma emergência com risc vida.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Volte ao quarto e pergunte ao paciente se ele sente alguma dor aguda, queimação, dormência ou formigamento no local da injeção.	O desconforto continuado frequentemente indica a lesã os ossos ou nervos subjacentes.
2. Inspecione o local, notando qualquer equimose ou endurecimento. Documente equimose ou endurecimento quando presente. Notifique o médico e aplique uma compressa morna no local.	A equimose ou o endurecimento indica a complicação associada à injeção.

3. Observe a resposta do paciente ao medicamento nos momentos que se correlacionam com o início, ação máxima e duração do medicamento.	Os medicamentos IM são absorvidos rapidamente. Os adversos dos medicamentos parenterais desenvolve com rapidez. As observações da enfermeira determ eficácia da ação do medicamento.
4. Utilize o *Ensino de Retorno* para determinar a compreensão do paciente e da família a respeito das injeções. Diga, "Quero ter certeza de que você compreende o que expliquei sobre sua injeção. Você pode explicar por que você precisa desta injeção e os efeitos colaterais a observar e relatar para mim caso aconteçam?" Revise sua orientação agora ou desenvolva um plano revisado para o ensino quando o paciente não é capaz de demonstrar corretamente o aprendizado.	Avalia o que o paciente e a família são capazes de expl de demonstrar.
5. Para injeções ID: Use um lápis de pele e desenhe um círculo ao redor do perímetro do local da injeção. Leia o local dentro do intervalo de tempo apropriado, designado pelo tipo de medicamento ou teste cutâneo administrado.	A marca do lápis facilita a demonstração do local. Os resultados dos testes cutâneos são lidos em diverso momentos com base no tipo de medicamento utiliz no tipo de teste cutâneo realizado. Refira-se às orier do fabricante para determinar quando ler os resulta teste.

DECISÃO CLÍNICA: *Leia o teste tuberculínico em 48 a 72 horas. O endurecimento da pele (área endurecida, elevada) ao redor do local da injeção indica a reação positiva, da seguinte maneira:*

- *15 mm ou mais nos pacientes que não possuem fatores de risco conhecidos para a tuberculose (TB).*
- *10 mm ou mais nos pacientes que são imigrantes recentes; usuários de drogas injetáveis; residentes e empregados de a de alto risco: profissionais de laboratório de microbiologia; pacientes com condições clínicas que os colocam em alto risc crianças com menos de 4 anos de idade; e lactentes, crianças e adolescentes expostos a adultos de alto risco.*
- *5 mm ou mais em pacientes que são soropositivos para a imunodeficiência humana (HIV), possuem alterações fibrótica radiografia de tórax compatíveis com a infecção prévia pela tuberculose, receberam transplante de órgãos ou são imunossuprimidos (CDC, 2014b).*

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. A zona endurecida (endurecimento), elevada ou avermelhada, se forma ao redor de um local de teste ID.
   - Notifique o médico do paciente.
   - Documente a sensibilidade ao alérgeno injetado ou o teste positivo quando o teste cutâneo tuberculínico realizado.
2. A hipertrofia da pele desenvolve-se a partir de repetidas injeções subcutâneas.
   - Não utilize este local para futuras injeções.
   - Instrua o paciente a não usar o local por 6 meses.
3. O paciente desenvolve sinais e sintomas de alergia ou efeitos colaterais.
   - Siga a política ou as diretrizes da instituição para a resposta apropriada às reações medicamentosas adve
   - Notifique imediatamente o médico do paciente.
   - Acrescente as informações sobre alergia ao prontuário médico do paciente.
4. O paciente se queixa de dor localizada, dormência, formigamento ou queimação no local da injeção, indica possível lesão para o nervo ou tecidos.
   - Avalie o local da injeção.
   - Documente os achados.
   - Notifique o médico do paciente.

REGISTRO E RELATO

- Escreva a dose do medicamento, via, local, horário e data da administração no MAR imediatamente após s administração de acordo com a política da instituição.
- Registre se o medicamento aprazado foi suspenso e também o motivo de acordo com a política da instituiç
- Reporte quaisquer efeitos indesejados decorrentes do medicamento para o médico.

- Registre a resposta do paciente aos medicamentos nas anotações de enfermagem e reporte ao médico, quan necessário.
- Documente as imunizações no registro permanente do paciente, incluindo a data da administração, fabrica vacina e número do lote, data de validade, nome e título da pessoa que administrou a vacina e o endereço d instituição onde ficará o registro permanente, declaração de informação da vacina (VIS) e a data impressa n a data do VIS fornecido para o paciente ou pai/tutor (CDC, 2015).
- Registre sua avaliação do paciente e o aprendizado da família.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Avalie a aptidão do paciente para aprender antes de instruir sobre as autoinjeções. Alguns pacientes hesita autoadministrar as injeções; assim, alivie a ansiedade antes de ensinar este procedimento.
- Alguns pacientes preferem reutilizar suas seringas para economizar custos. Esta prática é segura e prática d agulha não é contaminada durante a preparação e administração da injeção. Ensine o paciente a reencapar a agulhas imediatamente após o uso.
- Com frequência, os pacientes podem comprar ou obter caixas para objetos pontiagudos para uso domicilia Quando isto não é possível, eles podem usar uma garrafa de plástico duro através da qual não possam enxe (p. ex., um frasco de amaciante de roupas ou de detergente) para guardar com segurança as seringas depois O descarte de agulhas usadas em casa varia entre as comunidades. Confira com as autoridades locais para como descartar as agulhas.

Procedimento 32-6 Administrando medicamentos por bolo intravenoso

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administrar medicamentos por bolo intravenoso (IV) não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Informe o técnico de enfermagem sobre:

- Efeitos colaterais potenciais de medicamentos e a necessidade de reportar sua ocorrência.
- A necessidade de relatar o desconforto no local de infusão logo que possível.
- Quando obter os sinais vitais necessários e reportar estes achados para a enfermeira.

Material

- Relógio com ponteiro de segundos
- Luvas de procedimento
- *Swab* antisséptico
- Medicamento em frasco ou ampola
- Seringas de tamanho apropriado para o medicamento e lavagem com soro fisiológico com dispositivo sem agulha ou objetos

cortantes com agulha com proteção contra lesões acoplada (SESIP) (calibre 21 a 25)

- Acesso intravenoso. Frasco com solução de lavagem de soro fisiológico (recomendado [Alexander et al., 2014]); quando a instituição continua a usar solução heparinizada, a concentração mais comum é de 10 unidades/mL; veja a política da instituição
- Registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso)
- Recipiente à prova de punção

PASSOS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Verifique a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a prescrição medicamentosa do m Confira o nome do paciente, o nome e a dosagem do medicamento, e a via e o horário da administração. T copiar ou reimprima qualquer parte do MAR impresso que seja de difícil leitura.

DECISÃO CLÍNICA: *Alguns medicamentos IV somente podem ser administrados com segurança quando o pa adversos. Portanto, alguns medicamentos somente podem ser fornecidos em áreas específicas dentro de uma de administrar o medicamento (Burchum e Rosenthal, 2016).*

2. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, dose e via normais, colaterais, tempo do início da ação e da ação máxima, quão lentamente o medicamento deve ser administr compatibilidade com os líquidos IV e implicações de enfermagem.

3. Quando introduzir o medicamento dentro de uma linha IV existente, determine a compatibilidade do medicamento com os líquidos IV e as implicações de enfermagem.

4. Realize a higiene das mãos. Avalie o local de inserção do acesso salinizado ou IV para sinais de infiltração flebite (Cap. 42).

5. Confira as histórias clínica e medicamentosa do paciente, e de alergia a látex ou a medicamentos. Avalie os sintomas do paciente ou a condição para a qual o medicamento foi prescrito.

6. Avalie a compreensão da finalidade da terapia medicamentosa pelo paciente.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna o material apropriado e o MAR.

DECISÃO CLÍNICA: *Alguns medicamentos IV requerem diluição antes da administração. Verifique a política d diluir o medicamento em 5 a 10 mL de soro fisiológico ou água estéril. Verifique se o medicamento pode ser dil*

2. Planeje a preparação para evitar a interrupção. Não faça ou receba ligações telefônicas ou converse com ou pessoas.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Realize a higiene das mãos. Prepare o medicamento prescrito a partir do frasco ou ampola usando a técnic asséptica (veja o Procedimento 32-4). Confira cuidadosamente o rótulo do medicamento com o MAR, 2 ve

2. Dê o medicamento para o paciente no horário correto (veja a política da instituição). Os medicamentos que requerem o horário exato incluem os medicamentos imediatos, os medicamentos de primeira vez, os medicamentos de ataque e as doses únicas. Administre os medicamentos agendados de horário crítico (p. antibióticos, anticoagulantes, insulina, anticonvulsivantes, agentes imunossupressores) no horário exato p (dentro de 30 minutos antes ou depois da dose agendada). Administre os medicamentos agendados sem h crítico dentro de uma faixa de 1 ou 2 horas do horário agendado (ISMP, 2011). Aplique os seis certos da administração de medicamento durante toda a administração de medicamentos. Realize a higiene das mã

3. Identifique o paciente usando pelo menos dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento, nome e do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com o MAR ou prontuário médico do paciente.

4. Compare os nomes dos medicamentos nos rótulos com o MAR uma vez mais ao lado do leito do paciente.

5. Explique o procedimento para o paciente. Incentive o paciente a reportar os sintomas de desconforto no lo Forneça a instrução sobre a finalidade e a ação do medicamento e sobre os possíveis efeitos colaterais.

6. Calce luvas de procedimento. NOTA: Quando o paciente apresenta alergia a látex, use luvas sem látex.

7. Bolo IV (acesso existente):

a. Selecione a porta de injeção do equipo IV mais próxima do paciente. Sempre que possível, a porta de injeç aceitar uma seringa sem agulha. Utilize o filtro IV quando exigido por referência de medicamento ou polí instituição.

DECISÃO CLÍNICA: *Nunca administre medicamentos IV através do equipo que esteja infundindo sangue, hem*

b. Limpe a porta de injeção com *swab* antisséptico. Permita que seque.

c. Conecte a seringa à porta do acesso IV. Introduza a extremidade sem agulha ou a agulha de pequeno calib seringa contendo o medicamento preparado através do centro da porta de injeção (veja ilustração).

d. Oclua a linha IV ao pinçar o equipo exatamente acima da porta de injeção (veja a ilustração). Puxe gentilm para trás o êmbolo da seringa para aspirar o retorno do sangue.

DECISÃO CLÍNICA: *Em alguns casos, especialmente com uma agulha IV de menor calibre, o retorno do sang o líquido IV está sendo infundido sem dificuldade, prossiga lentamente com a dose IV.*

e. Libere o equipo e injete o medicamento dentro do intervalo de tempo recomendado pela política da institu farmacêutico ou manual de referência de medicamentos. Você pode pinçar a linha IV enquanto injeta o medicamento e liberar quando não está injetando. Libere a infusão de líquidos IV quando não injeta o medicamento.

DECISÃO CLÍNICA: *Quando o medicamento IV é incompatível com os líquidos IV, interrompa os líquidos IV, p em bolo IV durante o intervalo de tempo apropriado, lave com mais 10 mL de soro fisiológico ou água estéril na Quando a linha IV que está pendendo contém o medicamento (p. ex., ranitidina), desconecte-a e administre a existente na linha IV. Alguns medicamentos e líquidos IV não podem ser interrompidos. Confira a política da in incapaz de parar a infusão IV, inicie um novo local IV (Cap. 42) e administre o medicamento usando o método*

f. Depois de injetar o medicamento, libere o tubo, retire a seringa e torne a verificar a velocidade de infusão.

8. Dose em bolo IV (acesso salinizado IV):

a. Prepare duas seringas com 2 a 3 mL de soro fisiológico normal (0,9%) na seringa.

DECISÃO CLÍNICA: *A evidência atual reflete que as lavagens de soro fisiológico são efetivas na manutenção*

PASSO 7C Conecte a seringa à linha IV com a extremidade da cânula sem agulha cega.

PASSO 7E Usar o relógio para regular o tempo da medicação em dose em bolo IV.

b. Administre o medicamento:

(1) Limpe a porta de injeção do acesso salinizado com o *swab* antisséptico. Permita que seque.

(2) Introduza a seringa contendo a solução de soro fisiológico (0,9%) dentro da porta de injeção do acesso salinizado IV (veja a ilustração).

(3) Tracione gentilmente para trás o êmbolo da seringa e fique atento para o retorno do sangue.

DECISÃO CLÍNICA: *Por vezes, um retorno sanguíneo não é aspirado mesmo quando o acesso salinizado é p bolo IV.*

(4) Lave o acesso salinizado IV com soro fisiológico normal ao empurrar lentamente o êmbolo.

DECISÃO CLÍNICA: *Observe rigorosamente a área da pele acima do cateter IV. Notando qualquer inchação o*

(5) Remova a seringa da solução de lavagem de soro fisiológico.

(6) Limpe a porta da injeção do acesso com o *swab* antisséptico.

(7) Introduza a seringa contendo o medicamento preparado dentro da porta de injeção do acesso salinizad

(8) Injete o medicamento no intervalo de tempo recomendado pela política da instituição, farmacêutico ou de referência de medicamentos. Use o relógio para a administração do tempo.

(9) Depois de administrar a dose em bolo, retire a seringa.

(10) Limpe a porta de injeção do acesso salinizado com o *swab* antisséptico.

(11) Lave a porta de injeção ao acoplar a seringa com soro fisiológico normal. Injete a solução de lavagem c fisiológico na mesma velocidade em que o medicamento foi administrado.

9. Descarte as agulhas desencapadas e seringas em um recipiente à prova de punção ou de extravasamento.

10. Remova e descarte as luvas. Realize a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observe rigorosamente o paciente para as reações adversas quando o medicamento é administrado e por v minutos depois disto.

2. Observe o local IV durante a injeção para a inchação súbita.

3. Examine o estado do paciente depois de administrar o medicamento para avaliar sua eficácia.

4. Use o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família sobre os medicamentos intravenosos. Diga, "Quero me certificar de que você compreende o que expliquei a respeito de sua medic intravenosa. Você pode me explicar por que você precisa tomar este medicamento e os efeitos colaterais qu precisa observar e me relatar caso ocorram?" Revise sua orientação agora ou desenvolva um plano para o revisado quando o paciente ou a família não é capaz de fazer corretamente a demonstração do aprendizad

PASSO 8B(2) **A,** Cateter IV com adaptador de acesso salinizado. **B,** Seringa inserida dentro da porta de injeção.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O paciente desenvolve a reação adversa ao medicamento.
   - Pare imediatamente de administrar o medicamento, certifique-se de que a solução IV continua a infundir adversas.
   - Acrescente as informações sobre a alergia no prontuário médico do paciente.

2. O local IV mostra sintomas de infiltração ou flebite (Cap. 42).
   - Interrompa a infusão do medicamento.
   - Trate o local IV conforme indicado pela política da instituição.
   - Introduza o novo local IV quando se continua a terapia IV.

3. O paciente é incapaz de explicar as informações do medicamento.
   - O paciente precisa de reinstrução ou é incapaz de aprender naquele momento.

REGISTRO E RELATO

- Registre o medicamento, dose, horário e data, e via de administração.
- Reporte imediatamente quaisquer reações adversas ao médico. A resposta do paciente pode indicar a neces
- Registre a resposta do paciente ao medicamento nas anotações de enfermagem.
- Documente sua evolução de enfermagem do aprendizado do paciente e da família.

Procedimento 32-7 Administrando medicamentos intravenosos em paralelo, dispositivos de infusão intravenosa intermitente e bombas infusoras com seringa

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administrar medicamentos intravenosos (IV) por infusão em paralelo, conjuntos de infusão IV intermitente e bombas infusoras com agulha não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem. Instrua o técnico de enfermagem sobre:

- Os efeitos colaterais potenciais dos medicamentos e a necessidade de reportar suas ocorrências imediatamente para a enfermeira.
- Reportar a verbalização do desconforto no local da infusão pelo paciente.
- Reportar as alterações na condição ou nos sinais vitais do paciente.

Material

- Fita adesiva (opcional)
- *Swab* antisséptico
- Suporte IV
- Registro de administração de medicamento (MAR) (eletrônico ou impresso)
- Luvas de procedimento
- Minibomba infusora ou sistema de infusão em paralelo
  - Medicamento preparado em seringa ou bolsa de infusão rotulada de 5 a 250 mL
  - Seringa pré-cheia contendo a solução de lavagem de soro fisiológico (para o acesso salinizado)
  - Conjunto de tubo IV de mini-infusão, microgota ou microgota curto, com inserção de cânula sem agulha e extremidade cega
  - Dispositivo de acesso sem agulha

- Minibomba de infusão, quando necessário
- Conjunto de controle de administração de volume
  - Buretrol
  - Equipo de infusão com inserção de cânula sem agulha com extremidade cega
  - Seringa (1 a 20 mL)
  - Frasco ou ampola do medicamento prescrito

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Confira a exatidão e a totalidade do preenchimento de cada MAR com a prescrição medicamentosa do mé Verifique o nome do paciente, o nome e a dosagem do medicamento, e a via e a hora da administração. To copiar ou reimprima qualquer parte do MAR impresso que esteja difícil de ler.
2. Revise as histórias clínica medicamentosa e a de alergias do paciente. Avalie os sintomas ou a condição do paciente para a qual o medicamento foi prescrito.
3. Revise as informações pertinentes relacionadas com o medicamento: ação, finalidade, dose e via normais, colaterais, horário do início da ação e da ação máxima, a compatibilidade com os líquidos IV existentes e a implicações de enfermagem.
4. Avalie a permeabilidade da linha de infusão IV do paciente existente ao observar a velocidade de infusão IV principal (Cap. 42).
DECISÃO CLÍNICA: *Quando o local IV do paciente é um acesso salinizado, limpe a porta com álcool e avalie equipo IV apropriado ao acesso salinizado e administre o medicamento por infusão em paralelo, mini-infusão o equipo, limpar a porta com álcool e lavar o acesso IV com 2 a 3 mL de soro fisiológico normal estéril. Mantém a*
5. Realize a higiene das mãos. Avalie o local de inserção IV para sinais de infiltração ou flebite: rubor, palidez inchação e dor à palpação.
6. Avalie a compreensão do paciente sobre a finalidade da terapia medicamentosa.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Reúna o material apropriado e o MAR.
2. Planeje a preparação para evitar as interrupções. Não faça ou receba ligações telefônicas ou converse com pessoas. Siga a política da instituição.
IMPLEMENTAÇÃO
1. Realize a higiene das mãos. Prepare o medicamento a partir da ampola ou frasco (veja o Procedimento 32- Certifique-se de comparar o rótulo do medicamento com o MAR, 2 vezes, enquanto prepara o medicamen
2. Dê o medicamento ao paciente no horário correto (veja a política da instituição). Os medicamentos que req momento exato incluem medicamentos imediatos, medicamentos de primeira vez, medicamentos de ataq doses únicas. Administre os medicamentos agendados de horário crítico (p. ex., antibióticos, anticoagulan

insulina, anticonvulsivantes, agentes imunossupressores) no horário exato prescrito (dentro de 30 minutos ou depois da dose aprazada). Administre os medicamentos agendados sem horário crítico dentro de uma 1 ou 2 horas das doses agendadas (ISMP, 2011). Aplique os seis certos da administração de medicamentos toda a administração do medicamento. Realize a higiene das mãos.

3. Identifique o paciente usando pelo menos dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com a informação no MAR ou no prontuário médico do paciente.

4. Explique a finalidade do medicamento e os efeitos colaterais para o paciente. Explique que você irá admin medicamento através do acesso IV existente. Incentive o paciente a relatar imediatamente os sintomas de desconforto no local.

5. Compare os nomes dos medicamentos nos rótulos com o MAR mais uma vez ao lado do leito do paciente.

6. Calce luvas de procedimento. NOTA: Quando o paciente apresenta alergia a látex, utilize luvas sem látex.

7. Administre os medicamentos.

a. Infusão em paralelo

DECISÃO CLÍNICA: *Nunca administre medicamentos IV através do equipo que está infundindo sangue, hemo*

(1) Conecte o equipo de infusão à bolsa do medicamento (Cap. 42). Permita que a solução encha o equipo a o "clamp" regulador do fluxo. Quando o tubo estiver cheio, feche o "clamp" e coloque a tampa na extre do equipo.

(2) Pendure a bolsa da infusão em paralelo acima do nível da bolsa de líquido primária (use o gancho para a bolsa principal) (Fig. 32-25).

(3) Limpe a porta sem agulha da linha IV principal com o *swab* com antisséptico e permita que seque ao ar Conecte o equipo da infusão em paralelo no conector apropriado, na porta superior do Y da linha de inf primária.

(a) Sistema sem agulha: Remova a tampa e introduza a extremidade da cânula da infusão em paralelo n conector apropriado na linha de infusão primária (veja ilustração).

(b) Acesso salinizado (IV): Siga os Passos 8a(1)-8a(5) no Procedimento 32-6 para lavar e preparar o acess seguida, limpe a porta de acesso com *swab* antisséptico e permita que seque. Remova a tampa e introd extremidade do equipo da infusão através do acesso sem agulha na porta do acesso salinizado. Garan extremidade do equipo do sistema IV está estéril. Troque o equipo quando ele não é estéril.

(4) Regule a velocidade do fluxo da solução do medicamento ao ajustar o "clamp" do regulador ou a veloc de infusão da bomba infusora (Cap. 42). Os tempos de infusão variam. Refira-se à referência de medicar ou à política da instituição para a velocidade de fluxo segura.

(5) Depois que o medicamento foi infundido:

(a) Infusão contínua: Verifique a velocidade do fluxo da infusão primária. A infusão primária começa automaticamente a fluir depois do esvaziamento da solução em paralelo.

(b) Acesso salinizado: Desconecte o equipo e coloque a tampa. Limpe a porta com o *swab* antisséptico, d secar e lave a linha IV com 2-3 mL de solução de cloreto de sódio a 0,9% estéril. Mantenha a esteriliza equipo IV entre as infusões intermitentes.

(6) Regule a linha de infusão principal até a velocidade desejada, quando necessário.

(7) Deixe a bolsa da solução em paralelo IV e o equipo na posição para a futura administração de medicam descarte-os nos recipientes apropriados.

b. Administração de mini-infusão

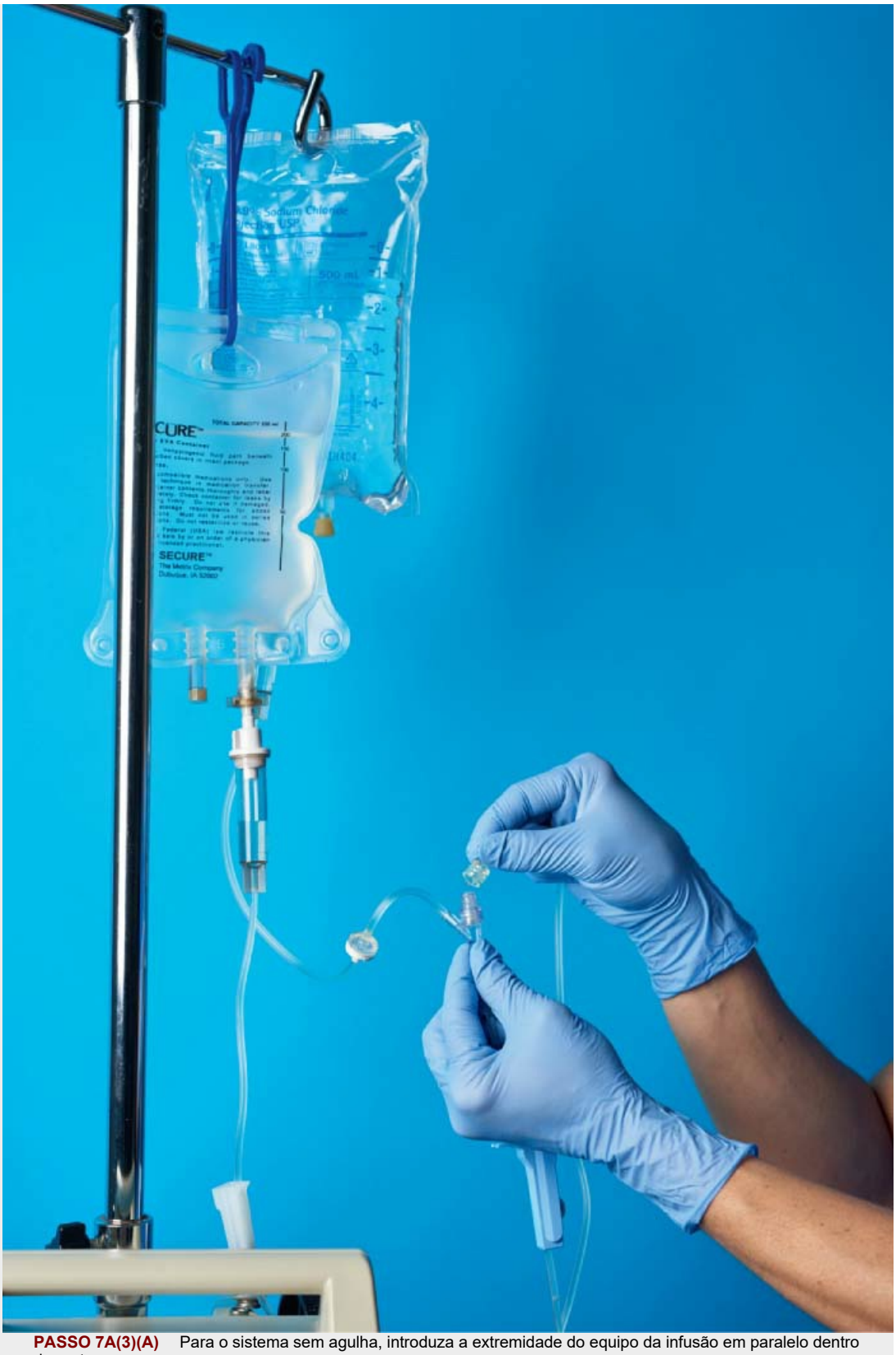
(1) Conecte a seringa pré-cheia ao equipo da mini-infusão.

(2) Aplique cuidadosamente a pressão no êmbolo da seringa, permitindo que o equipo encha com o medic

(3) Coloque a seringa na bomba de mini-infusão (siga as orientações do produto). Certifique-se de que a se está fixada (veja ilustração).

(4) Limpe a porta sem agulha do equipo IV com *swab* antisséptico e permita que seque. Conecte o equipo d infusão na linha IV principal seguindo o Passo 7a(3)(a ou b).

(5) Pendure a bomba infusora com seringa no suporte IV juntamente com a bolsa IV principal. Defina a bo para liberar o medicamento dentro do tempo recomendado pela política da instituição, farmacêutico ou de referência de medicamentos. Utilize o alarme quando o medicamento é liberado no acesso salinizado/heparinizado. Pressione o botão de ligar na bomba para começar a infusão.



PASSO 7A(3)(A) Para o sistema sem agulha, introduza a extremidade do equipo da infusão em paralelo dentro da porta.

(6) Depois que o medicamento foi infundido, verifique a velocidade do fluxo na infusão primária ou restal acesso salinizado seguindo os Passos 7a(5)(a ou b).

c. Conjunto de administração por controle de volume (p. ex., Buretrol)

(1) Encha o Buretrol com a quantidade desejada de líquido (50 a 100 mL) ao abrir o "clamp" entre o Buretr bolsa IV principal (veja ilustrações).

(2) Feche o "clamp"; confira para ter certeza de que o "clamp" na ventilação do compartimento do Buretro aberto.

(3) Limpe a porta de injeção no ápice do Buretrol com *swab* antisséptico e permita que seque.

(4) Remova a capa ou bainha da agulha, introduza a agulha da seringa através da porta e injete o medicam (veja ilustrações). Rode gentilmente o Buretrol entre as mãos.

(5) Quando o equipo do Buretrol já não está conectado com o local IV do paciente, conecte-o ao acesso sali do paciente seguindo o Passo 7a(3)(b).

(6) Regule a velocidade de infusão IV para permitir que o medicamento infunda no tempo recomendado p política da instituição, farmacêutico ou manual de referência de medicamentos.

(7) Rotule o Buretrol com o nome do medicamento, dosagem e volume total, incluindo o diluente e o temp administração seguindo o formato de rótulo de medicação seguro da ISMP (2015b) (Fig. 32-26).

(8) Depois que o medicamento foi infundido, verifique a velocidade do fluxo na infusão primária ou restal acesso salinizado seguindo os Passos 7a(5)(a ou b).

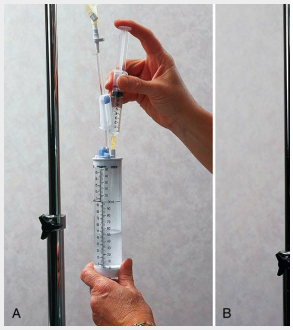
(9) Descarte a agulha desencapada ou a agulha envolta no escudo protetor e seringa no recipiente apropria

(10) Descarte os materiais no recipiente apropriado e realize a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Avalie o estado do paciente depois de administrar o medicamento.
2. Observe o paciente para os sinais de reações adversas.
3. Durante a infusão, confira periodicamente a velocidade de infusão e a condição do local IV.

PASSO 7C(1) Enchendo o dispositivo de administração com controle de volume.



PASSO 7C(4) **A,** Medicamento injetado no dispositivo. **B,** Dispositivo preparado.

4. Use o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família a respeito dos medicame intravenosos em paralelo. Diga, "Quero me certificar que você compreende o que expliquei sobre seu medicamento em paralelo. Você pode explicar por que você precisa tomar este medicamento IV e quaisqu efeitos colaterais que você precisa observar e me avisar caso ocorram?" Revise sua orientação agora ou des um plano para o ensino revisado caso o paciente ou a família não seja capaz de fazer a demonstração de aprendizado da maneira correta.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O paciente desenvolve a reação medicamentosa adversa.
   - Interrompa imediatamente a infusão do medicamento. Certifique-se de que a linha IV principal está perm
   - Siga as diretrizes ou a política da instituição para a resposta apropriada e relato das reações medicamento
   - Documente a alergia no prontuário médico do paciente.
2. O medicamento não infunde durante o intervalo de tempo desejado.
   - Determine o motivo (p. ex., cálculo inadequado da velocidade do fluxo, posicionamento errôneo da agull
   - Empreenda a ação corretiva conforme indicado (Cap. 42).
3. O local IV mostra sinais de flebite ou infiltração (Cap. 42).
   - Veja as intervenções correlatas no Procedimento 32-6.

REGISTRO E RELATO

- Registre o medicamento, dose, via e horário e data da administração no MAR.
- Registre o volume de líquido na bolsa de medicamento ou no Buretrol na folha de balanço hídrico.
- Relate as reações adversas para o médico do paciente.
- Documente sua avaliação do aprendizado do paciente e da família.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Ensine o paciente e o cuidador como descartar as agulhas e o material contaminado em recipientes à prova
- Instrua o cuidador sobre os recursos comunitários para obter os materiais.

Pontos-chave

- Aprender as classificações dos medicamentos melhora a compreensão das implicações de enfermagem para administrar os medicamentos com características similares.
- Todas as substâncias controladas são manuseadas de acordo com procedimentos rigorosos que se ligam a cada medicamento.
- Uma enfermeira aplica a compreensão da fisiologia da ação do medicamento quando regula o horário da administração, seleciona as vias, inicia as ações para promover a eficácia medicamentosa e observa as respostas aos medicamentos.
- O organismo do idoso sofre alterações estruturais e funcionais que modificam as ações dos medicamentos e influenciam a maneira pela qual as enfermeiras fornecem a terapia medicamentosa.
- Verifique os cálculos dos medicamentos com outra enfermeira para garantir a exatidão.
- Os medicamentos administrados por via parenteral são absorvidos mais rapidamente que aqueles administrados por outras vias.
- Cada prescrição de medicamento precisa incluir o nome do paciente, a data da prescrição, o nome do medicamento, dosagem, via, horário da administração, indicação do medicamento e a assinatura do médico.
- A história medicamentosa revela as alergias, os medicamentos que um paciente está tomando e a adesão do paciente à terapia.
- Os seis certos da administração dos medicamentos contribuem para a preparação e a administração exatas das doses de medicamentos.
- Os seis certos da administração de medicamentos são o medicamento certo, a dose certa, o paciente certo, a via certa, o horário certo e a documentação certa.
- As enfermeiras precisam evitar distrações, usar as NIZs e seguir a

mesma rotina quando preparam os medicamentos para reduzir os erros de medicação.

- As enfermeiras administram apenas medicamentos que elas preparam, sendo que os medicamentos preparados nunca ficam longe da visão.
- Documente imediatamente os medicamentos após a administração.
- Uma enfermeira utiliza o julgamento clínico em relação ao estado clínico de um paciente ao determinar o melhor horário para administrar os medicamentos SOS.
- Uma enfermeira reporta imediatamente os erros de medicação.
- Quando prepara os medicamentos, a enfermeira compara o rótulo do frasco do medicamento contra o MAR, 3 vezes.
- O método do trajeto em **Z** para injeções IM protege os tecidos subcutâneos contra os líquidos parenterais irritantes.
- A falha em selecionar os locais de injeção através dos marcos anatômicos leva à lesão dos tecidos, ossos ou nervos.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Você é uma enfermeira recém-graduada que está completando sua orientação em uma unidade de terapia intensiva bastante movimentada. Você não consegue ler a prescrição de um médico sobre os medicamentos para um de seus pacientes. Você ouviu de enfermeiras mais experientes que este médico não gosta que lhe telefonem e sabe que outro paciente deste médico se encontra muito instável. Qual é a etapa seguinte mais apropriada que você deve empreender?
    1. Telefonar para o médico para esclarecer a prescrição
    2. Conversar com sua preceptora para o ajudar a interpretar a prescrição

    3. Referir-se a um manual de medicamentos antes de administrar a medicação
    4. Utilizar seu melhor julgamento e raciocínio crítico e administrar a dose que você acha que o médico prescreveu
2. Uma criança deve receber 2,5 mL de um antitérmico por via oral. Qual equipamento é o mais apropriado para a administração do medicamento para esta criança?
    1. Um copo de medicação
    2. Uma colher de chá
    3. Uma seringa de 5 mL
    4. Uma seringa de dose oral
3. Qual frase dita pela mãe de um paciente de 2 anos de idade indica que ela compreende como administrar as gotas otológicas de seu filho?
    1. "Para retificar o canal auditivo, preciso puxar a parte externa de sua orelha para baixo e para trás".
    2. "Preciso retificar o canal auditivo antes de administrar o medicamento ao puxar a orelha para cima e para fora".
    3. "Preciso colocar meu filho em uma cadeira e me certificar de que ele está sentado com a cabeça inclinada para trás antes de pingar as gotas otológicas".
    4. "Depois que pinguei as gotas otológicas, preciso me certificar de que meu filho permanece sentado ereto por um mínimo de 10 minutos".
4. Um médico prescreveu enalapril (Vasotec), 2 mg, IV, em dose única para um paciente com hipertensão. A farmácia envia frascos marcados com 1,25 mg de enalapril/mL. Quantos mL a enfermeira administra? ____ mL
5. Uma enfermeira interna um paciente de 72 anos de idade com uma história médica de hipertensão, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e depressão em uma enfermaria de clínica médica. A enfermeira revê as prescrições de medicamento do paciente e observa que o paciente tem três médicos que prescreveram um total de 13 medicamentos. Qual é a ação mais apropriada que a enfermeira deve empreender?

    1. Administrar os medicamentos depois de identificar o paciente usando dois identificadores de paciente
    2. Fornecer a educação sobre os medicamentos para o paciente para ajudar com a adesão de seu plano médico
    3. Rever a lista de medicamentos com os médicos para garantir que o paciente precisa de todos os 13 medicamentos
    4. Estabelecer um esquema de medicamentos para o paciente, o qual conturbe o mínimo o esquema de tratamento esperado no hospital
6. A enfermeira está administrando um medicamento em dose única intravenosa (IV) para um paciente que apresenta um líquido IV compatível fluindo através do equipo intravenoso. Coloque as seguintes etapas na ordem apropriada.
    1. Liberar o equipo e injetar o medicamento dentro do intervalo de tempo recomendado pela política da instituição, farmacêutico ou manual de referência do medicamento. Utilize o relógio para a administração do tempo.
    2. Selecionar a porta de injeção do equipo intravenoso (IV) mais próxima do paciente. Sempre que possível, a porta de injeção deve aceitar uma seringa sem agulha. Utilize o filtro IV quando exigido pela referência de medicamento ou política da instituição.
    3. Depois de injetar o medicamento, libere o equipo, retire a seringa e torne a verificar a velocidade de infusão do líquido.
    4. Conectar a seringa na porta da linha intravenosa (IV). Introduza a extremidade sem agulha ou a agulha de pequeno calibre da seringa que contém o medicamento preparado através do centro da porta de injeção.
    5. Limpar a porta de injeção com o *swab* antisséptico. Deixe secar.
    6. Ocluir a linha intravenosa (IV) ao pinçar o equipo exatamente acima da porta de injeção. Puxe gentilmente

para trás o êmbolo da seringa para aspirar o retorno do sangue.

7. Uma estudante de enfermagem está administrando ampicilina por via oral. A data de validade na embalagem do medicamento foi ontem. Qual é a ação apropriada que a estudante de enfermagem deve empreender?
    1. Pedir o aconselhamento ao professor de enfermagem
    2. Devolver o medicamento para a farmácia e obter outro comprimido
    3. Ligar para o médico depois de debater esta situação com a enfermeira-chefe
    4. Administrar o medicamento, pois os medicamentos são bons por 30 dias depois da data de término da validade
8. Uma estudante de enfermagem está administrando medicamentos para um paciente através de uma sonda gástrica (tubo G). Qual das seguintes ações empreendidas pela estudante de enfermagem requer que a instrutora de enfermagem intervenha?
    1. A estudante de enfermagem coloca todos os medicamentos do paciente em diferentes copos de medicação
    2. A estudante de enfermagem avalia cada medicamento e segura o tubo de alimentação antes de administrar o medicamento que precisa ser administrado com o estômago vazio.
    3. A estudante de enfermagem lava o tubo com 30 mL de água entre cada medicamento.
    4. A estudante de enfermagem macera um comprimido de nifedipina de liberação estendida e o mistura com água antes de administrá-lo.
9. Uma enfermeira pediátrica leva um medicamento para uma paciente do sexo feminino de 12 anos de idade. A paciente diz à enfermeira que pode levá-lo de volta porque ela não irá tomá-lo. Qual é a próxima ação da enfermeira?
    1. Perguntar o motivo da recusa pela paciente
    2. Pedir o aconselhamento dos pais da paciente

3. Levar o medicamento de volta e documentar a recusa no prontuário da paciente
4. Dizer à paciente que seu médico sabe o que é melhor para ela

10. Uma enfermeira que cuida de um paciente em uma enfermaria de cirurgia geral observa a seguinte prescrição de medicação no prontuário médico do paciente:

3 Março 2016 1415 Administrar 25 mg de hidroclorotiazida VO, duas vezes ao dia. D Anderson, MD.

O que a enfermeira faz em seguida?

11. Depois de receber uma injeção intramuscular (IM) no deltoide, um paciente diz, "Meu braço realmente está doendo. Sinto uma queimação e prurido no local em que aplicaram a injeção". O que a enfermeira deve fazer em seguida? (Selecione todas as ações que se aplicam.)
    1. Examinar o local da injeção
    2. Administrar um medicamento oral para a dor
    3. Notificar o médico do paciente sobre os achados da avaliação
    4. Documentar os achados do exame e as intervenções correlatas no prontuário médico do paciente
    5. Este é um achado normal, de tal maneira que nada precisa ser feito
    6. Aplicar gelo no local para alívio da dor em queimação
12. Você está trabalhando em uma clínica de saúde em um campus universitário. Você precisa administrar acetato de medroxiprogesterona por via intramuscular (IM) em uma paciente de sexo feminino para a contracepção. Você pesquisa este medicamento em um manual de referência e determina que ele é viscoso e que as injeções podem ser dolorosas. Com base nestas informações, você planeja qual dos itens abaixo ao administrar este medicamento? (Selecione todas as ações que se aplicam.)
    1. Injetar o medicamento durante 3 minutos para reduzir a dor associada à injeção

2. Administrar o medicamento no local glúteo ventral
3. Utilizar o método do trajeto em **Z** quando administrar o medicamento
4. Usar o local deltoide para a administração do medicamento
5. Faça à paciente perguntas sobre o que é importante para ela e quais aulas ela está frequentando durante a aplicação da injeção para gerar distração

13. Depois de examinar um paciente, o médico começa a dar uma prescrição verbal para uma estudante de enfermagem para uma nova medicação. A estudante de enfermagem precisa, primeiramente:
    1. Seguir as diretrizes do ISMP para as abreviaturas de medicamentos seguras.
    2. Explicar ao médico que a prescrição precisa ser feita para uma enfermeira graduada.
    3. Escrever a pescrição na folha de prescrição do paciente e ler a prescrição de volta para o médico.
    4. Assegurar que os seis certos da administração de medicamentos sejam seguidos quando administrar o medicamento.
14. Uma enfermeira administra acidentalmente para um paciente os medicamentos que foram prescritos para o colega de quarto do paciente. Qual é a primeira prioridade da enfermeira?
    1. Preencher um relato da ocorrência.
    2. Notificar ao médico.
    3. Informar o erro à enfermeira-chefe.
    4. Avaliar o paciente para os efeitos colaterais.
15. Uma criança está recebendo albuterol através de um inalador de dose metrificada pressurizado (pMDI) que contém um total de 64 puffs. A dose é de 2 puffs a cada 6 horas. Quantos dias o pMDI pode durar?

_____ dias.

Respostas: 1. 1; **2.** 4; **3,** 2; **4,** 1,6 mL; **5,** 3; **6,** 2, 5, 4, 6, 1, 3; **7,** 2; **8,** 4; **9,** 1; **10,** Ver evolve; **11,** 1, 3, 4; **12**, 2, 3, 5; **13,** 2; **14,** 4; **15,** 8.

Referências

Alexander M, et al. *Core curriculum for infusion nursing*. ed 4 Philadelphia: Williams & Wilkins; 2014.

American Association of Diabetes Educators (AADE): *Teaching injection technique to people with diabetes*, 2013, http://www.diabeteseducator.org/export/sites/aade/_resources/pdf/research/Inje Accessed January 11, 2015.

American Diabetes Association (ADA) Diabetes care in the hospital, nursing home, and skilled nursing facility. *Diabetes Care*. 2015;38(S1):S80: http://care.diabetesjournals.org/content/38/Supplement_1/S80.full. Accessed January 11, 2015.

American Hospital Association: *The patient care partnership*, 2003, http://www.aha.org/advocacy-issues/communicatingpts/pt-care-partnership.shtml. Accessed November 28, 2014.

American Medical Association (AMA): *Generic naming*, 2015, http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-science/united-states-adopted-names-council/generic-drug-naming-explained.page. Accessed June 18, 2015.

American Nurses Association (ANA) *Nursing: scope and standards of practice*. ed 2 Silver Spring, Md: The Association; 2010.

American Society of Health-System Pharmacists (ASHP): *How to use eyedrops properly*, 2013, http://www.safemedication.com/safemed/MedicationTipsTools/HowtoAdminist Accessed June 8, 2015.

American Society of Health-System Pharmacists [ASHP]: *ASHP guidelines: compounding sterile preparations*, 2014, http://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/PrepGdlCSP.aspx. Accessed June 8, 2015.

Bankhead R, et al. Enteral nutrition practice recommendations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2009;33:1.

Bastable S. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. ed 4 Sudbury, Mass: Jones & Bartlett; 2014.

Burchum J, Rosenthal L. *Lehne's pharmacology for nursing care*. ed 9 St Louis: Saunders; 2016.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Medication safety basics*, 2012, http://www.cdc.gov/medicationsafety/basics.html. Accessed June 6, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Vaccine administration: recommendations and guidelines*, 2014a, http://www.cdc.gov/vaccines/recs/vac-

admin/default.htm?s_cid=. Accessed June 7, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Tuberculosis (TB)*, 2014b, http://www.cdc.gov/tb/. Accessed June 7, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Vaccine administration: epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases*, 2015, http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/vac-admin.html. Accessed June 15, 2015.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): 2011, http://www.ismp.org/download/files/Updated_IGs_Medication_Adminis_Nov-18-11.pdf. Accessed June 6, 2015.

Consumer Med Safety: Tips for measuring liquid medicines safely, *Institute for Safe Medicine Practices*, 2015, http://www.consumermedsafety.org/tools-and-resources/medication-safety-tools-and-resources/taking-your-medicine-safely/measure-liquid-medications. Accessed June 11, 2015.

Cookson KL. Dimensional analysis: calculate dosages the easy way. *Nursing*. 2013;43(6):57.

Davidson K, Rourke L. Teaching best evidence: deltoid intramuscular injection technique. *J Nurs Educ Pract*. 2013;3(7):122.

Diggle D. Are you FIT for purpose? The importance of getting injection technique right. *J Diabetes Nurs*. 2014;18:50.

Echevarria IM, Schwoebel A. Development of an intervention model for the prevention of aspiration pneumonia in high-risk patients on a medical-surgical unit. *Medsurg Nurs*. 2012;21(5):303.

Ghaemmaghami V. Computerized provider order entry: advancing technology today, saving lives tomorrow. *AORN J*. 2014;100(6):683.

Giger JL. *Transcultural nursing: assessment and intervention*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

Gleason KM, et al. Agency for Healthcare Research and Quality: *Medications at transitions and clinical handoffs (MATCH) toolkit for medication reconciliation*, 2012, http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/match/match.pdf. Accessed June 6, 2015.

Guenter P, Boullata J. Drug administration by enteral feeding tube. *Nursing*. 2013;43(12):26.

Guzman-Aranguez A, et al. Contact lenses: promising devices for ocular drug delivery. *J Ocular Pharmacol Ther*. 2013;29(2):189.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Hopkins U, Arias C: Large-volume IM injections: a review of best practices, 2013, http://www.oncologynurseadvisor.com/chemotherapy/large-volume-im-

injections-a-review-of-best-practices/article/281208/. Accessed June 7, 2015.

Infusion Nurses Society:. INS): Infusion nursing standards of practice. *J Infus Nurs*. 2011;34(1 Suppl):S1.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *How fast is too fast for IV push medications: acute care ISMP medication safety alert*, May 15, 2003, http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20030515.asp. Accessed June 13, 2015.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *Tablet splitting: do it only if you "half" to and then do it safely: acute Care ISMP medication safety alert*, May 18, 2006, https://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20060518.asp. Accessed June 13, 2015.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *ISMP acute care guidelines for timely administration of scheduled medications*, 2011, http://www.ismp.org/Tools/guidelines/acutecare/tasm.pdf. Accessed June 6, 2015.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *ISMP's list of error-prone abbreviations, symbols, and dose designations*, 2013a, http://www.ismp.org/Tools/errorproneabbreviations.pdf. Accessed June 6, 2015.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *As U-500 insulin safety concerns mount, it's time to rethink safe use of strengths above U-100*, 2013b, https://www.ismp.org/newsletters/acutecare/showarticle.aspx?id=62. Accessed June 8, 2015.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *Ongoing concern about insulin pen reuse shows hospitals need to consider transitioning away from them*, 2013c, http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/showarticle.aspx?id=41. Accessed January 11, 2015.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *Oral dosage forms that should not be crushed*, 2014a, http://www.ismp.org/tools/donotcrush.pdf. Accessed November 28, 2014.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): Medication safety alert: *Acute Care* 19(16):2, 2014b.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *ISMP's list of confused drug names*, 2015a, http://www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf. Accessed June 8, 2015.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *Principles of designing a medication label for intravenous piggyback medication for patient specific, inpatient use*, 2015b, http://www.ismp.org/tools/guidelines/labelFormats/IVPB.asp. Accessed January 17, 2015.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP): *2014-2015 targeted medication safety best practices for hospitals*, 2015c,

http://www.ismp.org/Tools/BestPractices/default.aspX Accessed June 8, 2015.

Institute of Medicine (IOM): *Report brief, to err is human: building a safer health system*, 1999, http://iom.edu/Reports/1999/To-Err-is-Human-Building-A-Safer-Health-System.aspx. Accessed June 8, 2015.

Juip M, Fitzner K. A problem-solving approach to effective insulin injection for patients at either end of the body mass index. *Popul Health Manag*. 2012;15(3):168.

Lehne RA. *Pharmacology for nursing care*. ed 8 St Louis: Saunders; 2013.

Lilley LL, et al. *Pharmacology and the nursing process*. ed 6 St Louis: Mosby; 2011.

Mandrack M, et al. Nursing best practices using automated dispensing cabinets: nurses' key role in improving medication safety. *Medsurg Nurs*. 2012;21(3):134.

MayoClinic.com: *Asthma inhalers: which one's right for you?* 2015a, http://www.mayoclinic.com/health/asthma-inhalers/HQ01081. Accessed June 8, 2015.

MayoClinic.com: *Using a metered-dose asthma inhaler and spacer*, 2015b, http://www.mayoclinic.com/health/asthma/MM00608. Accessed June 8, 2015.

MayoClinic.com: *How to use a dry powder disk inhaler*, 2015c, http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/asthma/multimedia/asthma/vid-20084733. Accessed June 8, 2015.

MayoClinic.com: *Prednisone and other corticosteroids*, 2015d, http://www.mayoclinic.org/steroids/art-20045692?pg=1. Accessed June 8, 2015.

McCulloch D: *General principles of insulin therapy in diabetes mellitus*, UpToDate, 2015, http://www.uptodate.com/contents/general-principles-of-insulin-therapy-in-diabetes-mellitus. Accessed June 7, 2015.

Morris DG. *Calculate with confidence*. ed 6 St Louis: Mosby; 2014.

Nouri S, Rudd R. Health literacy in the "oral exchange": an important element of patient provider communication. *Patient Educ Couns*. 2015;98(5):565.

Novo Nordisk: *Levemir*, 2014, http://www.levemir.com/. Accessed January 11, 2015.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Bloodborne pathogens and needlestick prevention*, n.d., https://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html. Accessed June 8, 2015.

Ogston-Tuck S. Intramuscular injection technique: an evidence based approach. *Nurs Stand*. 2014;29(4):55.

Sanofi-Aventis: Lovenox® subcutaneous injection, 2014, http://www.lovenox.com/hcp_default.aspx. Accessed January 11, 2015.

Skidmore-Roth L. *Mosby's 2015 nursing drug reference*. ed 28 St Louis: Mosby; 2015.

Speyer R. Oropharyngeal dysphagia: screening and assessment. *Otolaryngol Clin*

North Am. 2013;46(6):989.

The Joint Commission (TJC): *Facts about the official "Do Not Use" list of abbreviations*, 2014a, http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Do_Not_Use_List.pdf. Accessed June 6, 2015.

The Joint Commission (TJC): *Sentinel alert event: managing risk during transition to new ISO connector standards*, 2014b, http://www.jointcommission.org/assets/1/6/SEA_53_Connectors_8_19_14_final.p Accessed June 8, 2015.

The Joint Commission (TJC):. *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2015: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging*. ed 4 St Louis: Elsevier; 2014.

US Food and Drug Administration (USFDA): FDA reminds the public about the potential for life-threatening harm from accidental exposure to fentanyl transdermal systems ("patches"), 2012, http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm300747.htm. Accessed June 8, 2015.

US Food and Drug Administration (USFDA): Best practices for tablet splitting, 2013, http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/BuyingUsingMedicine Accessed June 7, 2015.

US Food and Drug Administration (USFDA): MedWatch: the FDA safety information and adverse event reporting program, 2015, http://www.fda.gov/safety/medwatch/default.htm. Accessed June 6, 2015.

World Health Organization (WHO): *Injection safety*, 2015, http://www.who.int/injection_safety/en/. Accessed January 12, 2015.

Yoder M, et al. The effect of a safe zone on nurse interruptions, distractions, and medication administration errors. *J Infus Nurs*. 2015;38(2):140.

Referências de pesquisa

Akbari Sari A, et al. Slow versus fast subcutaneous heparin injections for preventing bruising and site-pain intensity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;7: CD008077.

Alhalaiqa F, et al. Hypertensive patients' experience with adherence therapy for enhancing medication compliance: a qualitative exploration. *J Clin Nurs*. 2013;22(13/14):2039.

Alassaad A, et al. Prescription and transcription errors in multidose-dispensed medication on discharge from hospital: an observational and interventional study. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(1):185.

Ari A, Restrepo RD. Aerosol delivery device selection for spontaneously breathing patients. *Respir Care*. 2012;57(4):613.

Bhalla MC, et al. Predictors of epinephrine autoinjector needle length inadequacy. *Am J Emerg Med*. 2013;31(12):1671.

Blazquez A, et al. Fluoxetine pharmacogenetics in child and adult populations. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(11):599.

Ching JM, et al. Using lean "automation with a human touch" to improve medication safety: a step closer to the "perfect dose,". *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013;40(8):341.

Clifford P, et al. Following the evidence: enteral tube placement and verification in neonates and young children. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2015;29(2):149.

Cochran GL, Haynatzki G. Comparison of medication safety effectiveness among nine critical access hospitals. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70(24):2218.

Cousein E, et al. Effect of automated drug distribution systems on medication error rates in a short-stay geriatric unit. *J Eval Clin Pract*. 2014;20(5):678.

Dayananda L, et al. Intended intramuscular gluteal injections: are they truly intramuscular?. *J Postgrad Med*. 2014;60(2):175.

Donaldson N, et al. Predictors of unit-level medication administration accuracy. *J Nurs Adm*. 2014;44(6):353.

Gibney MA, et al. Skin and subcutaneous adipose layer thickness in adults with diabetes at sites used for insulin injections: implications for needle length recommendations. *Curr Med Res Opin*. 2010;26(6):1519.

Grou Volpe CR, et al. Medication errors in a public hospital in Brazil. *Br J Nurs*. 2014;23(11):552.

Hibbard P, et al.: Approach to immunizations in healthy adults, UpToDate, 2015, http://www.uptodate.com/contents/approach-to-immunizations-in-healthy-adults. Accessed June 7, 2015.

Hirsch LJ, et al. Glycemic control, reported pain and leakage with a 4 mm × 32 G pen needle in obese and non-obese adults with diabetes: a post hoc analysis. *Curr Med Res Opin*. 2012;28(8):1305.

Hoffman PL, et al. Defining the ideal injection techniques when using 5-mm needles in children and adults. *Diabetes Care*. 2010;33(9):1940.

Hopkinson SG, Jennings BM. Interruptions during nurses' work: a state-of-the-science review. *Res Nurs Health*. 2013;36(1):38.

Hunter Revell SM, McCurry MK. Effective pedagogies for teaching math to nursing students: a literature review. *Nurse Educ Today*. 2013;33(11):1352.

Kaufmann J, et al. Medication errors in pediatric emergencies: a systematic analysis. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(38):609.

Kim J, Bates DW. Medication administration errors by nurses: adherence to guidelines. *J Clin Nurs*. 2013;22(3/4):590.

Klang M, et al. Osmolality, pH, and compatibility of selected oral liquid medications with an enteral nutrition product. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2013;37(5):689.

Li W, et al. Factors related to medication non-adherence for patients with hypertension in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2012;21(13/14):1816.

Lohmann K, et al. More than just crushing: a prospective pre-post intervention study to reduce drug preparation errors in patients with feeding tubes. *J Clin Pharm Ther*. 2015;40(2):220.

Malone A. Clinical guidelines from the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: best practice recommendations for patient care. *J Infus Nurs*. 2014;37(3):179.

McIntyre CM, Monk HM. Medication absorption considerations in patients with postpyloric enteral feeding tubes. *Am J Health Syst Pharm*. 2014;71(7):549.

Metheny NA, et al. Effectiveness of an aspiration risk-reduction protocol. *Nurs Res*. 2010;59(1):18.

Murphy M, While A. Medication administration practices among children's nurses: a survey. *Br J Nurs*. 2012;21(15):928.

Nicoll LH, Hesby A. Intramuscular injection: an integrative research review and guideline for evidence-based practice. *Appl Nurs Res*. 2002;16(2):149.

Niemann D, et al. A prospective three-step intervention study to prevent medication errors in drug handling in paediatric care. *J Clin Nurs*. 2015;24(1–2):101–114.

Palma S, Strohfus P. Are IM injections IM in obese and overweight females? A study in injection technique. *Appl Nurs Res*. 2013;26(4):e1.

Park YH, et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs*. 2013;34(3):212.

Pasina L, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging*. 2014;31(4):283.

Phillips NM, Endacott R. Medication administration via enteral tubes: a survey of nurses' practices. *J Adv Nurs*. 2011;67(12):2586.

Polinski JM, et al. A matter of trust: patient barriers to primary medication adherence. *Health Educ Res*. 2014;29(5):755.

Prakash V, et al. Mitigating errors caused by interruptions during medication verification and administration: interventions in a simulated ambulatory chemotherapy setting. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(11):884.

Prohaska ES, King AR. Administration of antiretroviral medication via enteral tubes. *Am J Health Syst Pharm*. 2012;69(24):2140.

Radley DC, et al. Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *BMJ*. 2013;20(3):470.

Rinke ML, et al. Interventions to reduce pediatric medication errors: a systematic review. *Pediatrics*. 2014;134(2):338.

Sulosaari V, et al. An integrative review of the literature on registered nurses' medication competence. *J Clin Nurs*. 2011;20(3):464.

Viswanathan M, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012;157(11):785.

Voshall B, et al. Barcode medication administration work-arounds. *J Nurs Adm*. 2013;43(10):530.

Weekes CV. African Americans and health literacy: a systematic review. *ABNF J*. 2012;23(4):76.

Zhu LL, Zhou Q. Therapeutic concerns when oral medications are administered nasogastrically. *J Clin Pharm Ther*. 2013;38(4):272.

Zullig L, et al. A health literacy pilot intervention to improve medication adherence using medication technology. *Patient Educ Couns*. 2014;95(2):288.

33

Terapias Complementares e Alternativas

OBJETIVOS

- Diferenciar terapias complementares e alternativas.
- Descrever as aplicações clínicas das terapias de relaxamento.
- Discutir a resposta de relaxamento e seus efeitos sobre as condições somáticas.
- Identificar princípios e a eficácia de técnicas imaginativas, de meditação e de respiração.
- Descrever o objetivo e os princípios do *biofeedback* ou retroalimentação.
- Descrever os métodos e as respostas psicofisiológicas à terapia do toque.
- Descrever fitoterápicos seguros e não seguros.

TERMOS-CHAVE

Acupuntura, p. 686
Alopatia ou biomedicina, p. 680
***Biofeedback* ou retroalimentação, p. 685**
Energia vital (*qi*), p. 686
Enfermagem holística, p. 681

Imagem, p. 684
Medicina tradicional chinesa (MTC), p. 681
Meditação, p. 684
Moxabustão, p. 687
Pontos de acupuntura, p. 686
***Qi gong*, p. 687**
Relaxamento passivo, p. 683
Relaxamento progressivo, p. 683
Resposta ao estresse, p. 683
Resposta ao relaxamento, p. 683
Medicina holística, p. 681
Tai chi, p. 687
Terapia do toque (TT), p. 686
Cuidado holístico em saúde, p. 681
Quiropraxia, p. 680
Terapias alternativas, p. 680
Terapias complementares, p. 680
Ventosaterapia, p. 687
Visualização criativa, p. 685
Yin e *yang*, p. 686

A saúde em geral do norte-americano melhorou consideravelmente ao longo do último século, o que pode ser evidenciado pelas baixas taxas de mortalidade e o aumento da expectativa de vida (CDC, 2014). Mudanças na ciência e nos cuidados em saúde proporcionaram conhecimento e tecnologia para alterar o curso de muitas doenças. Apesar do sucesso da **alopatia ou biomedicina** (medicina convencional ocidental), muitas condições, como dor crônica nas costas e no pescoço, artrite, problemas gastrointestinais, alergias, dor de cabeça e ansiedade, ainda são dificilmente tratadas. Como

resultado, mais pacientes têm buscado métodos alternativos para aliviar seus sintomas. Os pesquisadores estimam que mais de 75% dos pacientes buscam os cuidados de profissionais da atenção primária com queixas decorrentes de estresse, dor e condições de saúde para os quais não existem causas conhecidas ou cura (Rakel, 2012). Ainda que a biomedicina seja eficaz no tratamento de várias condições físicas (p. ex., infecções bacterianas, doenças crônicas, anormalidades estruturais e doenças agudas/emergências), geralmente ela é menos eficaz para aliviar as respostas ao estresse induzido pelas doenças, no controle dos sintomas de doenças crônicas, para cuidar de necessidades emocionais e espirituais individuais e em melhorar a qualidade de vida e o bem-estar em geral do paciente.

Ao longo da última década, o número de pacientes que têm buscado tratamentos não convencionais cresceu consideravelmente. Em parte, esse aumento deve-se ao: (1) interesse por tratamentos menos invasivos, menos tóxicos e "mais naturais"; (2) insatisfação com tratamentos biomédicos/convencionais; (3) cresce o desejo dos pacientes em ter um papel mais ativo sob seu processo de tratamento; (4) acredita-se que a combinação de tratamentos (biomédicos e complementares) resulte em melhores resultados; (5) aumento do número de artigos científicos publicados em revistas como a *Journal of Alternative and Complementary Medicine* (Revista de Medicina Alternativa e Complementar) e a *Journal of Holistic Nursing* (Revista de Enfermagem Holística); e (6) crenças e valores condizentes com uma abordagem de saúde que incorpore mente, corpo e espírito ou uma abordagem holística (Koithan, 2009).

Abordagens complementares, alternativas e integrativas à saúde

O National Institutes of Health/National Center for Complementary and Integrative Health (NIH/NCCIH, 2015a) definem medicina complementar e alternativa (MCA) como "uma série de abordagens de cuidados em saúde com história de uso ou origens fora da corrente principal da medicina". As **terapias complementares** são terapias utilizadas em complemento ou junto ao tratamento convencional recomendado por um profissional de saúde. Como o próprio nome indica, as terapias complementares são complementares aos tratamentos convencionais. Muitas delas, como a terapia do toque, possuem métodos diagnósticos e terapêuticos que requerem treinamento especial. Outras, como a imagem orientada e técnicas de respiração, são facilmente aprendidas e aplicadas. As terapias complementares também incluem relaxamento; exercícios; massagem; reflexologia; preces; *biofeedback* ou retroalimentação; hipnose; terapias criativas, como arte, música ou dança; meditação; **quiropraxia**; e fitoterápicos/suplementos (Lindquist et al., 2014). Outro termo, *terapia integrativa*, é usado particularmente por profissionais de saúde para descrever as técnicas utilizadas nesse ramo.

As **terapias alternativas** incluem, às vezes, as mesmas técnicas da terapia complementar; mas nesse caso, elas tornam-se tratamento principal (Tabela 33-1). Por exemplo, uma pessoa com dor crônica que usa a yoga para estimular a flexibilidade e relaxamento e, ao mesmo tempo, faz uso de anti-inflamatórios não esteroides ou opioides prescritos. Ambas as intervenções se baseiam em estudos convencionais de fisiopatologia e anatomia, enquanto se sabe que a conexão mente–corpo contribui para a resposta fisiológica da dor. Nesse caso, a yoga é utilizada como terapia complementar. Em contraste, outros pacientes optam por práticas de meditação que incluem a yoga e outras mudanças no estilo de vida, de maior ajuda para a dor crônica que a abordagem alopática. Esse paciente estuda a

fundo tais práticas, aderindo a uma de muitas escolas ou tradições, até que decide utilizá-las como terapia principal no manejo da dor crônica. Nesse caso, a yoga torna-se um tratamento alternativo. Muitas terapias são sempre consideradas alternativas porque baseiam-se em filosofias e estilos de vida completamente diferentes dos da medicina alopática. Elas são identificadas pelo NIH/NCCIH como **medicina holística** e incluem práticas como a **medicina tradicional chinesa (MTC)**, Ayurveda e naturopatia (Tabela 33-1).

Tabela 33-1

Terapias Complementares e Integrativas

Tipos	Definições
Terapias com Bases Biológicas	
(Produtos naturais)	
Suplementos dietéticos	Definidos pela lei americana de 1994, a Dietary Supplement Health and Education Act, e usados oralmente na suplementação dietética/nutricional; contém um ou mais ingredientes alimentares, incluindo vitaminas, minerais, ervas ou outros produtos botânicos.
Fitoterápicos	Terapias à base de plantas utilizadas em medicina holística ou como preparações individuais por profissionais alopáticos e consumidores para sintomas ou problemas específicos.
Micoterapias	Produtos à base de fungos (cogumelos)
Probióticos	Microrganismos vivos (na maioria, bactérias) semelhantes aos microrganismos comensais encontrados no sistema gastrointestinal humano; também conhecidos como bactérias boas.
Terapias Energéticas	
(Uso ou manipulação de campos de energia)	
Toque de cura	Terapia biocampo ou *biofield*; utiliza toque sutil direto ou próximo do corpo para influenciar e sustentar o sistema de energia humana e trazer equilíbrio integral ao corpo (físico, espiritual, emocional e mental); os profissionais são credenciados por um sistema formal de educação e certificação.
Reiki	Terapia biocampo ou *biofield* proveniente de antigos rituais budistas; os profissionais postam suas mãos acima ou abaixo da superfície corpórea e transferem-lhe "energia universal de vida", provendo força, harmonia e equilíbrio para tratar distúrbios de saúde dos pacientes.
Terapia do toque	Terapia biocampo *ou biofield* que envolve a energia de equilíbrio do profissional dirigida intencionalmente ao paciente; as mãos do profissional tocam ou ficam próximas do corpo do paciente.

Métodos Manipulativos e Baseados no Corpo	
(Envolvem movimento de corpo com foco nos sistemas e estruturas corporais)	
Acupressão	Aplica pressão digital de modo específico em pontos designados do corpo para aliviar a dor, produzir analgesia ou regular uma função corporal.
Quiropraxia	Manipula a coluna vertebral; inclui fisioterapia e terapia dietética.
Terapia craniossacral	Acessa o funcionamento craniossacral de frequência, amplitude, simetria e qualidade; e sincroniza/alinha a coluna vertebral, fluido cerebroespinhal e processos rítmicos, liberando restrições ou barreiras anormais ao seu funcionamento.
Massagem terapêutica	Manipula suavemente os tecidos, acariciando, deslizando ou pressionando a fim de aumentar a circulação, melhorar o tônus muscular e promover seu relaxamento.
Intervenções Mente–Corpo	
(Conexão harmoniosa entre pensamentos e funcionamento fisiológico usando as emoções para influenciar a saúde e o bem-estar)	
Biofeedback	Este processo fornece à pessoa, por meio de instrumentos, informações visuais e auditivas das funções psicofisiológicas do seu corpo como tensão muscular, temperatura da pele e atividade cerebral.
Trabalho de respiração	Utiliza uma variedade de padrões respiratórios para relaxar, revigorar ou abrir canais emocionais.
Imaginação orientada/guiada	Concentra-se numa imagem ou numa série de imagens para tratar condições patológicas.
Meditação	Prática autodirecionada para relaxar o corpo e acalmar a mente com foco no ritmo respiratório.
Musicoterapia	Utiliza a música para acessar necessidades físicas, psicológicas, cognitivas e sociais dos indivíduos com deficiências ou enfermidades; melhora o movimento físico e/ou a comunicação, desenvolve as expressões emocionais, suscita a memória e distrai pessoas que estão com dor.
Tai chi	Incorpora respiração, movimento e meditação para purificar, fortalecer e circular a energia vital e o sangue; estimula o sistema imune; e mantém o equilíbrio interno e externo.
Yoga	Foca musculatura corporal, postura, mecanismos respiratórios e consciência; o objetivo é alcançar o bem-estar físico e mental através do domínio do corpo com exercícios, sustentação de posturas, respiração adequada e meditação.
Terapias de Movimento	
(Abordagens orientais ou ocidentais para promover o bem-estar)	
Dança	Meio íntimo e poderoso, porque é uma expressão direta da mente e do corpo; trata pessoas com problemas sociais, emocionais, cognitivos ou físicos.
Pilates	Método de movimento corporal usado para fortalecer, enrijecer e melhorar o controle voluntário de músculos e grupos musculares, especialmente aqueles

	usados na postura e fortalecimento do coração.
Medicina Integral	
(Completo sistema de teoria e prática que se desenvolveu independentemente ou paralelamente à medicina alopática [Convencional])	
Ayurveda	Um dos mais antigos sistemas, praticado na Índia desde o século I a.C. Os tratamentos combinam elementos pessoais (doshas) com mudanças dietéticas e de estilo de vida, fitoterápicos e purgantes, massagem, meditação e exercícios.
Homeopatia	Desenvolvida na Alemanha e praticada nos Estados Unidos desde meados dos anos de 1800. É um sistema de tratamento baseado na teoria de que certas doenças podem ser curadas dando-se pequenas doses de substâncias muito diluídas produzidas a partir de plantas, animais ou minerais que estimulam a força vital do corpo para que ele possa curar a si mesmo.
Cura tradicional da América Latina	Curandeirismo é um sistema de cura tradicional da América Latina que inclui um modelo humoral para classificar comida, atividade, drogas e doenças, bem como uma série de doenças tribais. O objetivo é criar um equilíbrio entre o paciente e seu ambiente, o que, consequentemente, mantém a saúde.
Cura tradicional da América Nativa	As tradições tribais são individualistas, porém guardam semelhanças entre outras tradições no uso do suor e purgante, de fitoterápicos e de cerimônias em que o xamã (um curandeiro espiritual) estabelece contato com espíritos para perguntar em favor das pessoas a direção da cura e plenitude a fim de promover ambas.
Naturopatia	Sistema terapêutico focado em promover saúde e bem-estar e tratar a pessoa como um todo mais que a doença individualmente. As terapias incluem fitoterápicos, suplementação nutricional, medicina física, homeopatia, aconselhamento sobre estilo de vida e terapias corpo–mente com uma orientação para auxiliar a capacidade interna da pessoa para a autocura (vitalismo).
Medicina tradicional chinesa (MTC)	Antiga cura tradicional identificada no século I a.C. e focada em equilibrar as energias *yin/yang*. Trata-se de um conjunto de técnicas e métodos, incluindo acupuntura, fitoterapia, acupressão, moxabustão (uso do calor da queima de plantas), qi gong (equilíbrio do fluxo energético através de movimento corporal), ventosaterapia e massagem. Conceitos fundamentais encontram-se no taoísmo, confucionismo e budismo.

Devido ao crescente interesse pelas terapias complementares, muitos programas de saúde, incluindo escolas de enfermagem e medicina, incorporaram conteúdos de terapia complementar e alternativa aos programas de educação "biomédica" convencionais. Os profissionais de saúde que adotam terapias integrativas recomendam que os pacientes tenham acesso a todos os possíveis tratamentos, tanto biomédicos como complementares. O **cuidado holístico em saúde** enfatiza a importância do relacionamento entre profissional e paciente; trata a pessoa como um todo; usa evidência; e utiliza terapias apropriadas, profissionais de saúde e disciplina para

alcançar uma ótima saúde (Rakel, 2012). Em um sistema de cuidado holístico em saúde, os pacientes são tratados por uma equipe que inclui médicos e profissionais de saúde complementar.

Historicamente, as enfermeiras vêm praticando um cuidado holístico; uma revisão da teoria da enfermagem (Cap. 4) mostra os valores do holismo, cuidados relacionais e a prática informada. Até recentemente, a enfermagem identificava suas práticas como mais holísticas que integrativas. A enfermagem holística trata o conjunto mente–corpo–espírito de seus pacientes por meio de terapias como relaxamento, musicoterapia, terapia do toque e imagem orientada (Dossey & Keegan, 2012). A American Holistic Nurses Association, AHNA) mantém Padrões de Práticas de Enfermagem Holística, que definem e estabelecem o escopo das práticas e ainda descrevem o nível de cuidado esperado de uma enfermeira holística (AHNA/ANA, 2013).

Em 2014, Kreitzer e Koithan desafiaram a profissão de enfermagem, ao incorporarem as antigas raízes do cuidado holístico, também deixadas de lado pelos colegas médicos, para transformar o atual sistema de saúde com o intuito de oferecer um cuidado em saúde holístico, centrado no paciente, no relacionamento e apoiado em evidência, trazendo o melhor de todas as possíveis terapias. Fundamentada em seis princípios, a **enfermagem holística** é definida como "ação de ser-conhecer-fazer com que avance para o estado de saúde e bem-estar das pessoas, famílias e comunidade pelas relações de cuidado e cura". As enfermeiras de cuidado holístico usam a evidência para informar sobre intervenções tradicionais e emergentes que apoiem "a pessoa como um todo/sistemas holísticos de cura" (Kreitzer & Koithan, 2014, p. 4).

O crescente interesse pelo conceito de cuidado holístico evidencia-se pelo aumento do número de publicações sobre o tema em respeitadas revistas de cuidados em saúde e pelo contínuo apoio à sua pesquisa e desenvolvimento. A missão do NIH/NCCIH é apoiar a investigação dos benefícios e segurança que as soluções do cuidado holístico em saúde oferece. Apesar do corpo de evidência sobre MCA ser crescente, a limitação de dados faz que seja difícil estabelecer os benefícios

específicos das terapias complementares. As razões variam, mas refletem o crescimento e desenvolvimento natural da ciência. Além disso, é preciso pesar os riscos e benefícios de cada técnica e, quando for recomendar uma terapia complementar, considerar o seguinte: (1) a história de cada terapia (muitas culturas as utilizam há milhares de anos como suporte à saúde e na redução do sofrimento); (2) história e experiência da enfermagem com uma terapia em particular; (3) resultados e dados seguros, incluindo estudo de caso e pesquisa qualitativa (Quadro 33-1); e (4) as influências culturais e o contexto de certas populações.

Quadro 33-1

Prática baseada em evidências

A Dor em Crianças Hospitalizadas

Questão PICO: As terapias complementares são seguras e eficazes em reduzir a dor e o desconforto em crianças hospitalizadas?

Resumo das Evidências

A dor é um fenômeno complexo para crianças, envolvendo fatores psicológicos, biológicos e sociológicos. A hospitalização e a dor geralmente estão associadas na mente das crianças. Apesar dos avanços no controle da dor pediátrica, estudos recentes demonstram que muitas crianças continuam a ter de dor moderada a intensa enquanto hospitalizadas. Diversas revisões sistemáticas com foco no uso de terapias alternativas no controle da dor demonstram que muitas das terapias complementares e não medicamentosas, como relaxamento, distração, centradas na respiração, imagem, terapias com arte e humor, reduzem com eficiência o desconforto em crianças hospitalizadas (Birnie et al., 2014; Thrane, 2013; Uman et al., 2013). As barreiras na utilização das terapias complementares incluem as pesadas jornadas de trabalhos de enfermeiras e a necessidade de mais informação de como utilizar essas técnicas.

Aplicação na Prática de Enfermagem

- Crianças hospitalizadas que com frequência respondem positivamente às terapias complementares apresentam menos dor e, consequentemente, necessitam de menos medicamentos para o seu controle.
- Treinar pais em terapias complementares específicas no controle da dor de seus filhos (p. ex., técnicas respiratórias e arteterapia) permite-lhes o uso dessas técnicas.
- Enfermeiras precisam aprender e usar terapias complementares assim como as técnicas respiratórias e de distração para o alívio da dor associada a procedimentos dolorosos e estressantes, especialmente entre crianças.

O diálogo aberto é essencial para garantir segurança e o uso efetivo das terapias complementares e alternativas. As pessoas escolhem certas terapias baseadas em muitas razões, incluindo preferência pessoal, experiência de um familiar ou amigo, interesse por uma abordagem mais holística para o cuidado dela, e/ou uma sensação de que a medicina tradicional, sozinha, não é eficaz. Primeiro, é importante saber por que ela optou por tal terapia e o seu entendimento sobre ela. Por exemplo, se a pessoa optou pela fitoterapia, é importante determinar se ela está tomando corretamente esta medicação e se seus efeitos colaterais são conhecidos ou se existe a possibilidade de interação com outros medicamentos.

Este capítulo discutirá diversos tipos de terapias complementares e alternativas, incluindo a descrição, aplicações clínicas e limitações de cada uma. Elas estão organizadas em duas categorias. A primeira é constituída de terapias acessíveis à enfermagem que você pode aprender e implementar nos cuidados do paciente. A segunda inclui aquelas que requerem treinamento específico, como a terapia do toque ou a acupressão, que exigirá da enfermeira um treinamento complementar ou uma certificação.

Terapias acessíveis à enfermagem

Algumas terapias e técnicas complementares estão disponíveis naturalmente e utilizam processos naturais (p. ex., respiração, pensamento e concentração, presença, movimento) para ajudar as pessoas a se sentirem melhores e a lidarem tanto com condições agudas como crônicas. O contínuo acesso e avaliação da resposta de seus pacientes a essas terapias determinarão a adequação e utilidade dessas técnicas complementares. Algumas vezes, pode ser preciso alterar uma prescrição médica, como a dose de um medicamento, quando as terapias complementares mudam as respostas fisiológicas e levam à melhora terapêutica (Kreitzer & Koithan, 2014).

As terapias complementares incitam mudanças comportamentais que geralmente alteram a resposta física ao estresse e melhoram sintomas como tensão muscular, desconforto gastrointestinal, dor e transtornos do sono. O princípio essencial dessas terapias é envolvimento ativo do paciente; os indivíduos tendem a alcançar melhores resultados quando as técnicas ou exercícios são praticados diariamente. Além disso, para alcançar resultados efetivos, as estratégias terapêuticas precisam combinar com o estilo de vida, crenças e valores do indivíduo, bem como tratamentos preferenciais.

É importante lembrar que todas as terapias têm potencial para interagir com uma medicação ou com outras terapias em uso atualmente. Os pacientes precisam entender a definição de cada terapia, como é utilizada, seus benefícios e os efeitos colaterais decorrentes do seu uso. Um consentimento informado é necessário para muitas delas, e a enfermeira precisa assegurar que a política institucional está sendo seguida. Mesmo não se tratando de uma terapia invasiva, como é o caso de uma medicação injetável, todas as terapias têm potenciais efeitos colaterais.

Terapia de Relaxamento

No seu dia a dia, as pessoas enfrentam situações em suas vidas que

resultam em **resposta ao estresse** (Cap. 38). A mente altera as funções bioquímicas da maioria dos órgãos em resposta de *feedback*. Os pensamentos e sentimentos influenciam a produção de substâncias químicas (p. ex., neurotransmissores, neuro-hormônios e peptídeos) que circulam pelo corpo e transmitem mensagens através das células a vários sistemas internos do nosso corpo. A resposta ao estresse é um bom exemplo da maneira como cada sistema coopera para proteger o indivíduo de um dano. Fisiologicamente, uma cascata de alterações associadas à resposta ao estresse causa aumento da frequência respiratória e cardíaca; contração muscular; aumento da taxa metabólica; e, em geral, mau pressentimento, sensação de medo, nervosismo, irritabilidade e mau humor. Outras respostas fisiológicas incluem elevação da pressão arterial; dilatação pupilar, contrações cardíacas intensas; e níveis aumentados da glicemia, colesterol sérico, ácidos graxos circulantes e triglicérides. Apesar dessas respostas prepararem o indivíduo para um estresse de curto prazo, internamente, seus efeitos em situações de estresse prolongado podem resultar em danos estruturais e enfermidades crônicas como angina, cefaleia de tensão, arritmias cardíacas, dor, úlceras e atrofia dos órgãos do sistema imune (Kreitzer & Koithan, 2014).

A **resposta ao relaxamento** é um estado de redução generalizada das excitações cognitiva, fisiológica e/ou comportamental. O relaxamento também envolve redução da própria excitação. O processo de relaxamento alonga as fibras musculares, reduz os impulsos neurais que são enviados ao cérebro, reduzindo a atividade do próprio cérebro e de outros sistemas do nosso corpo. Como resposta ao relaxamento, há redução das frequências cardíaca e respiratória, da pressão arterial e do consumo de oxigênio, e há o aumento da atividade cerebral alfa e da temperatura periférica da pele. Ela acontece por meio de várias técnicas ao incorporar mentalmente um mesmo foco e ao adotar uma atitude calma e tranquila (Lindquist et al., 2014). O relaxamento ajuda os indivíduos a desenvolverem sua capacidade cognitiva para reduzir a forma negativa como eles responderiam a situações dentro do seu ambiente. Entre as capacidades cognitivas incluem-se as seguintes:

- Foco (capacidade para identificar, diferenciar, manter a atenção em um simples estímulo e retornar a atenção para ele, por longo período)
- Passividade (capacidade de parar atividades desnecessárias direcionadas a um objetivo e analíticas)
- Receptividade (capacidade de tolerar e aceitar experiências tidas como incertas, não familiares ou paradoxais).

O objetivo em longo prazo da terapia de relaxamento é para que as pessoas continuem a se monitorar frente a indicadores de tensão e, conscientemente, se soltem e liberem tensão contida em várias partes do seu corpo.

O treinamento do **relaxamento progressivo** ensina a pessoa sobre como descansar efetivamente e reduzir a tensão corporal. Primeiro, o indivíduo aprende a identificar uma tensão muscular sutil localizada, e na sequência, um grupo muscular por vez (p. ex., os músculos superiores do braço, os músculos do antebraço). Feito isso, ele aprende a diferenciar entre tensão de alta intensidade, tensão sutil e relaxamento, ao praticar grupos musculares diferentes (Dossey & Keegan, 2012). A técnica de relaxamento progressivo ativo envolve a respiração abdominal lenta e profunda, a contração e o relaxamento de grupos musculares sucessivos e o foco em sensações corporais associadas, enquanto se afasta pensamentos negativos. Escolha uma ordem lógica quando guiar um paciente no relaxamento progressivo. Por exemplo, comece pelos músculos da face, seguidos pelos dos braços, mãos, abdômen, pernas e pés; ou comece pelos pés e trabalhe corpo acima.

O objetivo do **relaxamento passivo** é acalmar intencionalmente a mente e o corpo sem a necessidade de contrair e relaxar nenhuma parte do corpo. Uma técnica de relaxamento passivo eficaz incorpora, devagar, exercícios de respiração abdominal enquanto se imagina um fluxo de calor e relaxamento fluindo por partes específicas do corpo, como as mãos e os pulmões.

Aplicações Clínicas da Terapia de Relaxamento

Pesquisas mostram que as técnicas de relaxamento eficientemente

diminuem a pressão arterial e a frequência cardíaca, reduzem a tensão muscular, melhoram o bem-estar e reduzem os sintomas de angústia em diversas situações (p. ex., complicações advindas de tratamentos médicos, condições crônicas ou perda de um ente querido) (Bloch et al., 2010; Jones et al., 2013). As pesquisas também indicam que o relaxamento, sozinho ou em combinação com a imagem, yoga (Fig. 33-1) e música, reduz a dor e a ansiedade enquanto melhora o bem-estar (Nightingale et al., 2013; Weeks & Nilsson, 2011). Outros benefícios do relaxamento incluem a redução da hipertensão (Nagele et al., 2014); da depressão (Jorm et al., 2008); e de sintomas da menopausa, incluindo resposta vasomotora, insônia, humor e dor musculoesquelética (Innes et al., 2010). O relaxamento possibilita aos indivíduos exercerem controle sob suas vidas. Alguns experimentam redução em sentimentos de desamparo e, em geral, um estado psicológico mais positivo. O relaxamento também reduz o estresse de trabalho nas unidades de atendimento, trazendo, com frequência, mais satisfação à equipe, ao relacionamento e à comunicação entre seus membros e às percepções da carga de trabalho (Clarke et al., 2009).

FIGURA 33-1 A yoga é uma disciplina que focaliza os músculos, postura, respiração e consciência.

Limitações da Terapia de Relaxamento

Durante o treino de relaxamento os indivíduos aprendem a diferenciar entre níveis de tensão muscular baixo e alto. Durante os primeiros meses das sessões de treinamento, quando a pessoa está aprendendo a focar em tensões e sensações, há registros de sensibilidade aumentada ao detectar uma tensão muscular. Geralmente, essas sensações são de uma minoria e se resolvem assim que o indivíduo avança no treinamento. Entretanto, tenha consciência de que há ocasiões em que as técnicas de relaxamento intensificam os sintomas ou desenvolvem outros novos (Dossey & Keegan, 2012). Uma importante consideração ao optar pela técnica de relaxamento é o estado psíquico e fisiológico do indivíduo. Alguns pacientes com enfermidades crônicas como o câncer buscam treinos de relaxamento como forma de reduzir sua resposta ao estresse. Entretanto, técnicas como o relaxamento progressivo ativo requerem um dispêndio moderado de energia, o qual frequentemente aumenta a fadiga e

limita a capacidade do indivíduo em completar as sessões e a prática do relaxamento. Além disso, o relaxamento progressivo não é apropriado para pacientes em estágio avançado de doença ou com baixas reservas de energia. O relaxamento passivo ou a imagem orientada (ou guiada) são mais apropriados para esses indivíduos.

Meditação e Respiração

Meditação é qualquer atividade que limita os estímulos que chegam, ao direcionar a atenção a um único estímulo ou a um estímulo repetitivo, tornando o indivíduo consciente de si (Lindquist et al., 2014). É um termo em geral aplicado por uma ampla série de práticas que envolvem relaxar o corpo e acalmar a mente. A raiz da palavra, *meditari*, significa considerar ou prestar atenção em alguma coisa. Apesar da meditação ter sua raiz em práticas religiosas orientais (hinduísmo, budismo e taoísmo), profissionais da saúde convencionais começaram a reconhecer seu potencial de cura no início dos anos 1970 (Lindquist et al., 2014). Os quatro componentes da meditação foram identificados por Benson (1975) como: (1) um espaço silencioso, (2) uma posição confortável, (3) uma atitude receptiva e (4) um foco de atenção. A meditação é um processo que qualquer um pode usar para se acalmar; combater o estresse; e, para aqueles com inclinações espirituais, sentir-se com Deus ou o universo.

A meditação é diferente do relaxamento; seu propósito é tornar "a mente livre", aumentando nossa capacidade de viver livremente e escapar de padrões destrutivos da negatividade. Ela é autodirecionada; não requer necessariamente um professor e pode ser aprendida em livros ou fitas de áudio (Kabat-Zinn, 2011). A maioria das técnicas de meditação envolve uma respiração lenta, relaxada, profunda e abdominal que suscita em um estado repousante, de baixo consumo de oxigênio, baixa frequência respiratória e cardíaca e reduzida ansiedade (Chiesa & Serretti, 2010).

Aplicações Clínicas da Meditação

Vários estudos comprovam os benefícios clínicos da meditação. Por

exemplo, a meditação reduz no geral as pressões arteriais sistólicas e diastólicas e significativamente o risco de hipertensão (Nidich et al., 2009). Ela também tem reduzido as recidivas nos tratamentos do alcoolismo (Bowen et al., 2009). Pacientes com câncer que utilizam terapias cognitivas com base na atenção plena (o *mindfulness)* geralmente apresentam menos depressão, ansiedade e angústia e relatam melhoria na qualidade de vida (Musial et al., 2011). Os pacientes com transtornos de estresse pós-traumático e dor crônica também se beneficiam da meditação *mindfulness* (Kim et al., 2013). Além disso, a meditação aumenta a produtividade, melhora o humor, aumenta a sensação de identidade e diminui a irritabilidade (Dossey & Keegan, 2012). Considere para a adequação da meditação o grau autodisciplinador de cada um; para o alcance de resultados duradouros ela requer prática contínua. A maioria das atividades de meditação é fácil de aprender e não requer memorização ou procedimentos particulares. Tipicamente, os pacientes encontram o estado de atenção plena (*mindfulness)* e meditação de autorreforço. O estado mental positivo de serenidade é em geral prazeroso e torna-se um incentivo para que os indivíduos continuem meditando.

Limitações da Meditação

Apesar da meditação contribuir para a melhoria de várias doenças psíquicas e fisiológicas, ela é contraindicada a alguns indivíduos. Por exemplo, uma pessoa que tenha muito medo de perder o controle pode perceber a técnica como um controle da mente e, por isso, serão resistentes em aprendê-la. Alguns indivíduos também tornam-se hipertensivos durante a meditação e, portanto, requerem uma sessão muito mais curta que as sessões de em média 15 a 20 minutos. Algumas vezes, a meditação intensifica os efeitos de certos medicamentos. Além disso, monitore de perto mudanças fisiológicas no que diz respeito a indivíduos que meditam e fazem uso de alguma medicação. A prática prolongada das técnicas de meditação reduz a necessidade de anti-hipertensivos, reguladores da tireoide e psicotrópicos (p. ex., agentes antidepressivos e ansiolíticos). Nesses casos, o ajuste da medicação é necessário.

Imagem

Imagem ou visualização é uma terapia mente–corpo que usa a mente consciente para criar imagens e, com isso, estimular mudanças físicas do corpo, melhoria no bem-estar percebido, e/ou aumentar a autoconsciência. Quase sempre, a imagem combinada com algum treino de relaxamento facilita o efeito da técnica de relaxamento. A imagem pode ser autodirigida, quando os indivíduos criam suas próprias imagens; ou guiada, durante a qual um profissional conduz o indivíduo através de um cenário particular (Lindquist et al., 2014). Quando se está guiando um exercício de imagem, deve-se orientar o paciente a começar uma respiração abdominal lenta enquanto se concentra no ritmo da respiração. Em seguida, guie o paciente para visualizar uma imagem específica, como as ondas do mar chegando à praia, andando ou sentado ao longo de uma estrada com os pássaros cantando, se aproximando a cada inspiração e recuando a cada expiração. Depois, oriente o paciente a perceber os cheiros, sons e temperaturas que ele está experimentando. À medida que a sessão de imagem progride, oriente o paciente a visualizar o calor adentrando seu corpo a cada inspiração e a tensão deixando-o a cada expiração.

A imagem frequentemente suscita poderosas respostas psicofisiológicas como alterações em secreções gástricas, na química do corpo, fluxo sanguíneo, cicatrização de feridas e frequência cardíaca (Pincus & Sheikh, 2009). A maioria das técnicas de imagem envolve imagens visuais; algumas também incluem os sentidos auditivo, proprioceptivo, gustatório e olfatório. Um exemplo desse envolvimento se dá ao visualizar um limão sendo cortado ao meio e espremido na língua. Assim que a visualização desse efeito acontece, a salivação aumenta. A **visualização criativa** é uma imagem autodirecionada baseada no princípio de conexão mente–corpo (p. ex., toda imagem induz a mudanças físicas e emocionais) (Gawain, 2002). O Quadro 33-2 lista estratégias de aprendizagem para ajudar os pacientes na visualização criativa. Tipicamente, as pessoas respondem ao ambiente da maneira que o percebem e de acordo com suas próprias visualizações e expectativas. Além disso, você precisa individualizar uma imagem para cada paciente (Lindquist et al., 2014).

Quadro 33-2

Educação em saúde do paciente

Visualização Criativa

Objetivo

- O paciente deve demonstrar capacidade para realizar a visualização criativa.

Estratégias de Ensino

- Estabeleça metas que o paciente possa alcançar. O sucesso traz confiança e melhora a autoestima.
- Crie uma imagem clara. Mesmo sendo às vezes difícil desenvolver uma imagem visual, se o paciente a enxerga com clareza e em tempo real, ele terá mais sucesso em criar uma imagem efetiva.
- Faça com que o paciente visualize com frequência a imagem durante momentos de relaxamento e ao longo do seu dia, mas particularmente na hora em que ele for dormir ou ao despertar, que é quando geralmente a mente está mais relaxada.
- Faça o paciente repetir afirmações encorajadoras enquanto foca-se na imagem. Isso alivia qualquer dúvida acerca de sua capacidade para atingir as metas estabelecidas.

Avaliação de Enfermagem

- Observe os comportamentos do paciente em relação à presença de ansiedade e aumento do desconforto.
- Peça a ele para descrever o quão lhe foi útil a experiência de visualização.
- Pergunte-lhe como está lidando com os estresses diários.

Aplicações Clínicas da Imagem

Você pode usar a imagem em inúmeros pacientes pediátricos e

adultos. Por exemplo, ela ajuda no controle e alívio da dor, diminui pesadelos e melhora o sono (Pincus & Sheikh, 2009). Ela também auxilia no tratamento de condições crônicas como asma, câncer, anemia falciforme, enxaquecas, distúrbios autoimunes, fibrilação atrial, síndromes pré-menstruais e menstruais, distúrbios gastrointestinais como síndrome do intestino irritável e colite ulcerativa, bem como artrite reumatoide (Lindquist et al., 2014).

Limitações da Imagem

A imagem é uma intervenção comportamental que tem relativamente poucos efeitos colaterais (Roffe et al., 2005), ainda que algumas vezes possa ocorrer aumento de ansiedade e medo quando ela for utilizada no tratamento do estresse pós-traumático e transtornos de ansiedade social (Cook et al., 2010). Alguns pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e asma tiveram aumento da constrição das vias respiratórias ao utilizar a imagem guiada (Reed, 2007). Assim, é preciso monitorar de perto seus pacientes quando for começar essa terapia.

Terapias que exigem treinamento específico

As terapias que exigem treinamento específico são tratamentos de MCA que as enfermeiras administram depois de completarem um curso específico e treinamento. Tais terapias requerem certificados de pós-graduação ou titulação que indiquem a conclusão do estudo e treinamento complementar e uma certificação nacional ou licenciamento adicional, além do curso de graduação em enfermagem, para poderem ser praticadas e administradas. Muitas terapias que exigem treinamento específico (p. ex., *biofeedback* e acupuntura) são muito eficazes e recomendadas com frequência por profissionais de saúde ocidentais (NIH/NCCIH, 2015b; Giggins et al., 2013). Apesar de muitas dessas terapias complementares mostrarem efeitos positivos, todas elas carregam alguns riscos, particularmente quando utilizadas em conjunto com terapias convencionais. Além disso, você vai precisar de conhecimento avançado para falar sobre elas e fornecer informações sobre seu uso seguro aos pacientes.

Biofeedback

***Biofeedback* ou retroalimentação** é uma técnica mente–corpo que se utiliza de instrumentos para ensinar a autorregulação e o autocontrole voluntários para respostas fisiológicas específicas. Os instrumentos eletrônicos e eletromecânicos medem, processam e fornecem informação aos pacientes sobre tensão muscular, atividade cardíaca, frequência respiratória, padrões de onda cerebral e atividade do sistema nervoso autônomo. Esse *feedback* é dado por sinais físicos, fisiológicos, auditivos ou visuais que aumentam a consciência do indivíduo de processos internos que estão ligados à doença e angústia. A terapia de *biofeedback* pode mudar pensamentos, emoções e comportamentos, que, por sua vez, induzem mudanças fisiológicas, resultando em melhoria da saúde e do bem-estar. Por exemplo, os pacientes conectados a um dispositivo de *biofeedback* algumas vezes

escutam um som se a frequência do pulso ou da pressão arterial aumentar fora do padrão. Os profissionais, então, auxiliam os pacientes a interpretar estes sons e a usar uma variedade de exercícios de respiração, relaxamento e imagem para controle voluntário sobre o aumento do batimento cardíaco ou da pressão arterial sistólica (Lindquist et al., 2014).

O *biofeedback* é uma adição mais eficaz aos programas de relaxamento tradicionais, porque ele imediatamente demonstra aos pacientes sua capacidade em controlar algumas respostas fisiológicas e a relação existente entre pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas. Ele ajuda os indivíduos a concentrar e monitorar partes específicas do corpo ao proporcionar um *feedback* imediato, em que comportamentos de estresse-relaxamento atuem com mais eficiência. Eventualmente, os pacientes relatam mudanças fisiológicas positivas sem a necessidade do meio de *feedback*. Um dos componentes mais críticos de qualquer programa comportamental é a adesão ao regime de tratamento. Pacientes mais tolerantes apresentam resultados mais positivos.

O *biofeedback* é utilizado em inúmeras situações (Fig. 33-2). Estudos sugerem que ele possa ser de grande ajuda na recuperação de acidente vascular cerebral, em parar de fumar, transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), epilepsia, distúrbios de cefaleia e uma variedade de distúrbios do trato gastrointestinal e urinário (Arns et al., 2009; Schoenberg and David, 2014). Apesar do *biofeedback* produzir resultados eficientes em muitos pacientes, há várias precauções, particularmente nas condições fisiológicas e neurológicas. Durante as sessões de *biofeedback*, emoções ou sentimentos contidos tendem a vir à tona. Por essa razão, os profissionais que oferecem o *biofeedback* precisam estar treinados em métodos psicológicos mais tradicionais ou ter profissionais qualificados disponíveis para consultar. Além do que, o uso prolongado do *biofeedback* algumas vezes leva à diminuição da pressão arterial, frequência cardíaca e outros parâmetros fisiológicos. Assim como outras intervenções comportamentais, monitore de perto os pacientes para determinar a necessidade de ajustes em medicações.

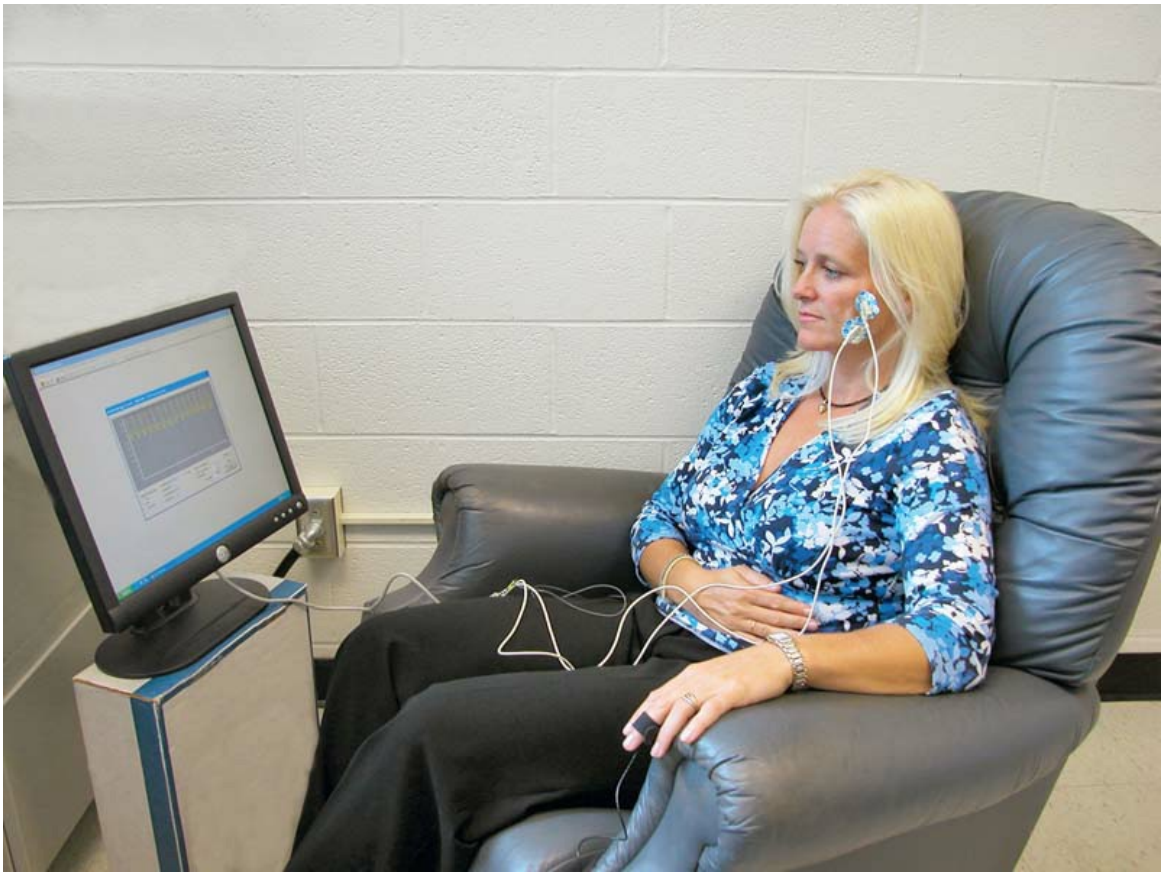


FIGURA 33-2 Uma paciente utilizando o *biofeedback* pode ver como o relaxamento afeta as funções fisiológicas. (De Okeson JP: *Management of temporomandibular disorders and occlusion*, ed 7, St Louis, 2013, Elsevier.)

Acupuntura

Como componente-chave da medicina tradicional chinesa (MTC), a **acupuntura** é uma das práticas mais antigas do mundo. Quando usada fora da MTC, ela é vista como uma terapia mente–corpo e chamada de acupuntura clínica. Nos Estados Unidos, a acupuntura clínica é frequentemente realizada por profissionais de saúde capacitados.

Ela regula ou realinha a **energia vital (*qi*)**, a qual flui em canais como um rio ao longo do corpo, formando um sistema de 20 atalhos chamados meridianos. Uma obstrução em um desses canais bloqueia o fluxo de energia em outras partes do corpo. Os acupunturistas

inserem agulhas em áreas específicas da pele ao longo destes canais, chamados **pontos de acupuntura**, através dos quais a *qi* pode ser influenciada e o fluxo restabelecido.

Evidências atuais mostram que a acupuntura modifica a resposta do corpo à dor e como a dor é processada pelas vias neurais centrais e pela função cerebral (NIH/NCCIH, 2015b). Ela é eficaz para vários problemas de saúde, como dor lombar, dor miofascial (p. ex., disfunção da articulação temporomandibular e neuralgia do trigêmeo), ondas de calor (fogachos), dor de cabeça simples ou enxaqueca, osteoartrite, dor plantar no calcanhar e dor crônica no ombro (Frisk et al., 2014; Ang & Kaptchuk, 2011).

A acupuntura é uma terapia segura quando o profissional tem capacitação adequada e utiliza agulhas esterilizadas. Apesar de ocorrerem complicações com agulhas (p. ex., infecção, desmaio), estas são raras se o profissional tomar as devidas precauções. Além disso, este deve advertir seus pacientes sobre o uso da acupuntura em casos de gravidez, histórico de convulsões e imunossupressão. O tratamento é contraindicado em indivíduos com distúrbios de sangramentos e infecções de pele.

Terapia do Toque

A **terapia do toque (TT)**, desenvolvida em 1970, é uma das "terapias de toque" identificadas pela NCCIH. Ela age nos campos de energia que circulam e penetram o corpo humano, com consciente intenção de ajudar ou curar. (Dossey & Keegan, 2012). Misturando antigas tradições orientais com a moderna teoria de enfermagem, a TT usa a energia do profissional para influenciar positivamente os campos de energia do paciente.

A TT consiste em manter as mãos do profissional abertas tanto acima como próximas ao corpo do indivíduo (Fig. 33-3). Ela ocorre em cinco fases: centralizar, acessar, acalmar, tratar e avaliar. Para começar, o profissional concentra-se física e psicologicamente, tornando-se presente por inteiro no momento e esquivando-se de distrações exteriores. Então, ele examina o corpo do paciente com as palmas das mãos (distante cerca de 5 a 15 cm do corpo) da cabeça ao

dedo do pé. Enquanto acessa os campos de energia do paciente, o profissional concentra-se na qualidade do *qi* e nas áreas com obstrução de energia, redirecionando energia para obter harmonia e movimento. Utilizando reservas grandes e decrescentes sobre os campos de energia do corpo, o profissional toca ou mantém suas mãos posicionadas a poucas polegadas do corpo do paciente. A fase final consiste em avaliar o paciente, certificando-se de que a energia está fluindo livremente, e determinar resultados adicionais e respostas ao tratamento.

FIGURA 33-3 Durante a sessão do terapia do toque, o profissional direciona intencionalmente a energia facilitando o processo de cura do paciente.

A evidência que apoia a eficácia da TT é inconclusiva, apesar de poder ser mais eficaz no tratamento da dor em adultos e crianças, demência, trauma e ansiedade durante enfermidades agudas e crônicas (O'Mathúna & Ashford, 2012). O Quadro 33-3 resume a importância do toque em idosos. Apesar do uso da TT causar poucas complicações ou efeitos colaterais, ela é contraindicada em situações nas quais o paciente é sensível à interação humana ou ao toque (p. ex., aqueles que foram abusados fisicamente ou têm transtornos psiquiátricos).

Quadro 33-3

Foco em idosos

A Importância do Toque

- O toque é uma necessidade fundamental, tão necessária quanto comida, crescimento ou abrigo. Ele é como um nutriente transmitido no contato com a superfície da pele, e a carência ao toque, assim como uma deficiência nutricional, alcança proporções epidêmicas nos Estados Unidos, especialmente entre idosos (Fontaine, 2014).
- Os idosos precisam do toque tanto ou mais que grupos de outra idade qualquer. No entanto, o idoso muitas vezes experimenta essa carência. Os idosos com frequência tem poucos membros da família ou amigos que lhes toquem, especialmente quando seus outros sentidos estão reduzidos (Dossey & Keegan, 2012).
- Um simples toque ajuda os idosos a se sentirem mais conectados e aceitos por aqueles à sua volta e mais sintonizados com seu ambiente. O toque melhora a autoestima e o senso de valorização.
- Enfermeiras que reagem com adversidade às alterações que o envelhecimento provoca na pele geralmente encontram

dificuldades em tocar os idosos. Essa relutância comunica a esses adultos uma mensagem negativa (Dossey & Keegan, 2012). Por isso, esteja consciente das suas reações ao toque quando cuidar de idosos para garantir que a abordagem terapêutica esteja centrada no paciente.

Medicina Tradicional Chinesa

A MTC é uma medicina holística que começou cerca de 3.600 anos atrás. A medicina chinesa enxerga a saúde como "vida em equilíbrio", que manifesta-se como cabelos brilhantes, uma tez radiante, interações engajadas, um corpo que funciona sem limitações e equilíbrio emocional. A promoção da saúde estimula uma dieta saudável, exercícios moderados regulares, meditação/introspecção regulares, relacionamentos familiar e social saudáveis e evitar toxinas ambientais como a fumaça de cigarros.

Muitos conceitos e princípios guiam o sistema de avaliação, diagnóstico e intervenção da MTC. O mais importante é o conceito de ***yin* e *yang***, que representa fenômenos opostos e ao mesmo tempo complementares que convivem em um estado de equilíbrio dinâmico. Os exemplos são noite/dia, quente/frio e nublado/ensolarado. Yin representa sombra, frio e inibição; enquanto *yang* representa fogo, luz e excitação. Yin também representa a parte interna do corpo, especificamente as vísceras, fígado, coração, baço, pulmão e rim; enquanto *yang* representa as partes externas, especificamente os intestinos, estômago e bexiga urinária. A harmonia e o equilíbrio em cada aspecto da vida são chaves para a saúde, incluindo o equilíbrio *yin/yang*. Profissionais acreditam que as doenças decorrem de um desequilíbrio nesse par de opostos e que é decorrente de excessos ou deficiências em três áreas: externas, internas ou nem externas nem internas (Tabela 33-2). Em última análise, ele leva à ruptura da energia vital, *qi*, a qual compromete corpo-mente-espírito do indivíduo, causando a "doença". As rupturas no *qi* ao longo dos meridianos podem ser sistematicamente avaliadas e tratadas por profissionais da MTC.

Tabela 33-2

As Três Causas de Doenças de acordo com a Medicina Tradicional Chinesa

Causas de Doença	Influências
Internas	As causas internas originam-se das emoções e afetam diferentes órgãos: raiva (fígado), alegria (coração), medo (rim), sofrimento/tristeza (pulmão), pensamento obsessivo/preocupação (baço) e choque (coração/rim).
Externas	São seis "malignidades" essencialmente relacionadas com as condições de tempo e clima (vento, frio, fogo, umidade, calor de verão e secura) que em conjunto manifestam-se como tais síndromes: vento-frio, vento-calor, fogo-toxinas.
Não externas e não internas	Causas adicionais de desarmonia incluem herança genética frágil (o indivíduo já nasce com a deficiência), trauma, esforço excessivo, atividade sexual excessiva, dieta de baixa qualidade, parasitas e venenos.

Os profissionais da MTC usam 4 métodos para avaliar a condição do paciente: observação, escuta/cheiro, pergunta/entrevista e toque/palpação. Na medicina chinesa, manifestações exteriores refletem o ambiente interno. Por exemplo, a cor, o formato e a camada externa da língua refletem a condição geral dos órgãos internos. As pulsações fornecem informação sobre a condição e equilíbrio do *qi*, sangue, *yin* e *yang* e órgãos internos. As modalidades terapêuticas incluem acupuntura, ervas chinesas, massagem Tui Na, **moxabustão** (queimando a moxa, um cone ou bastão de plantas secas com propriedades curativas, sobre ou próxima da pele), **ventosaterapia** (colocando-se um copo quente sobre a pele para criar uma leve sucção), **tai chi** (originalmente uma arte marcial, agora vista como uma meditação em movimento em que os pacientes movimentam lenta, gentil e conscientemente seus corpos enquanto respiram profundamente), ***qi gong*** (originalmente uma arte marcial, agora vista como uma série de movimentos ou gestos coreografados cuidadosamente com o intuito de promover e manipular o fluxo do *qi* dentro do corpo), modificações no estilo de vida e mudanças alimentares.

Apesar do uso muito difundido da MTC na Ásia, a evidência sobre sua eficácia é limitada. Muitas pesquisas nesse campo focam o estudo

dos componentes individuais no tratamento da MTC como a acupuntura e a fitoterapia. Entretanto, algumas evidências mostram que a MTC é útil no tratamento da fibromialgia (Cao et al., 2010) e dos sintomas associados à menopausa (Taylor-Swanson et al., 2014).

Há algum consenso sobre a segurança dos fitoterápicos chineses como chás, remédios e suplementos. Por outro lado, o órgão norte-americano fiscalizador de alimentos e fármacos, o Food and Drug Administration (FDA), não regulamenta, inspeciona e assegura que os ingredientes dessas plantas sejam seguros e livres de toxinas. Relatórios recentes sobre estes produtos sugerem que estas plantas estejam contaminadas com drogas, toxinas e metais pesados ou que muitos de seus ingredientes possam não estar claramente listados ou rotulados. Além disso, estas plantas podem ser muito poderosas e interagirem com medicamentos causando sérias complicações. Ao avaliar uma pessoa que utiliza a MTC, você precisa perguntar sobre as terapias que recebe, incluindo os tipos de fitoterápicos utilizados. Alguns pacientes os consideram como chás ou aditivos dietéticos, os pós ou suplementos, e não como medicamentos de venda livre.

Fitoterapias e Produtos Naturais

Pesquisadores estimam que aproximadamente 25 mil espécies de plantas sejam utilizadas com fins medicinais em todo o mundo. Essa é a medicina mais antiga conhecida pelo homem, e evidências arqueológicas sugerem que os fitoterápicos sejam utilizados há mais de 60 mil anos. As fitoterapias são uma parte proeminente dos cuidados em saúde em todo o mundo.

Um produto natural é um composto químico ou substância produzido por um organismo vivo que inclui fitoterápicos (também conhecidos como botânicos), suplementos dietéticos, vitaminas, minerais, micoterápicos (produtos à base de fungos), óleos essenciais (aromaterapia) e probióticos. Muitos são de venda livre como suplementos dietéticos. Os mais frequentemente utilizados são o alho, equinácea, sabal, ginkgo biloba, *cranberry*, soja, ginseng, cohosh negro (erva-de-são-cristóvão), erva-de-são-joão, glicosamina, hortelã-pimenta, óleo de peixe/ômega 3 e cardo de leite.

Os fitoterápicos não têm o uso aprovado como medicamento e, portanto, não são fiscalizados pela FDA. Por essa razão, muitos acabam sendo vendidos como alimento ou suplemento dietético. A Lei Dietary Supplement Health and Education de 1994 permite que as empresas vendam fitoterápicos como suplementos dietéticos desde que seu rótulo não contenha advertências para a saúde. Nos Estados Unidos, os produtos naturais são essencialmente preparados à base de plantas. Eles são fornecidos como tinturas ou extratos, elixires, xaropes, cápsulas, pílulas, comprimidos, pastilhas, pós, pomadas ou cremes, gotas e supositórios.

Inúmeras plantas são seguras e eficazes em uma variedade de condições (Tabela 33-3). Enfermeiras usam o suco de *cranberry* para tratar infecções do trato urinários há décadas. As pesquisas atuais comprovaram que o uso de suplementos do *cranberry* previnem infecções do trato urinário uma vez que as moléculas da fruta se ligam ao ferro que as bactérias precisam para crescerem e se multiplicarem e também impedem a adesão das bactérias à parede da bexiga (Wang et al., 2012). A camomila é uma substância vegetal amplamente utilizada em chás e que produz relaxamento e sono, trata distúrbios gastrointestinais leves e sintomas pré-menstruais. Em ensaios clínicos recentes, foram encontrados benefícios modestos da camomila para pessoas com transtornos de ansiedade generalizada leve a moderado (Ross, 2013).

Tabela 33-3

Seleção de plantas medicinais e seus Efeitos Correspondentes

Nome Comum e Usos	Efeito	Potenciais Interações Medicamentosas
Aloe		
Afecções de pele, incluindo inflamações e ferimentos agudos (uso tópico)	Acelera a cicatrização da ferida	Furosemida (Lasix) e diuréticos de alça
Ulcerações GI,	Mecanismo desconhecido, apesar	Pode aumentar os efeitos de laxantes quando

incluindo doença de Crohn e colite ulcerativa (uso oral)	de seu conhecido efeito laxativo	usado por via oral
Camomila		
Doenças inflamatórias dos tratos GI e respiratório superior	Anti-inflamatório	Medicamentos que causam sonolência (álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, narcóticos, antidepressivos)
Distúrbios de ansiedade generalizada	Calmante	
Equinácea		
Infecções do trato respiratório superior	Estimula o sistema imune	Imunossupressores e outros medicamentos que deprimem o sistema imune; podem interagir com antirretrovirais e outros medicamentos utilizados no tratamento do HIV/AIDS
Crisântamo		
Cicatrização de feridas	Anti-inflamatório	Varfarina (Cumarínico) e outros anticoagulantes
Artrite	Inibe a serotonina e prostaglandinas	Aspirina e ibuprofeno
Alho		
Níveis de colesterol elevados	Inibe a agregação plaquetária	Varfarina e outros anticoagulantes
Hipertensão		Saquinavir (Fortovase®) e outros medicamentos anti-HIV
Gengibre		
Náusea e vômito	Anti-emético	Varfarina e outros anticoagulantes Aspirina e AINEs
Gingko Biloba		
Doença de Alzheimer e demência	Melhora da memória, apesar destes efeitos serem questionados nos resultados de dois ensaios clínicos (Solomon et al., 2002; Snitz et al., 2009)	Varfarina e outros anticoagulantes Aspirina e AINEs
Ginseng		

Doenças associadas ao processo de envelhecimento	Aumento da resistência física; melhora da função imune	Varfarina e outros anticoagulantes; aspirina e AINEs; inibidores da MAO
Regaliz (alcaçuz)		
Distúrbios GI, incluindo úlceras gástricas e hepatite C	Desconhecido	Corticosteroides e outros medicamentos imunossupressores; digoxina; anti-hipertensivos
Sabal		
Hiperplasia prostática benigna	Previne a conversão da testosterona em di-hidrotestosterona (necessária na multiplicação das células prostáticas)	Finasterida (Propecia®) e medicamentos antiandrógenos
Dor pélvica crônica	Mecanismo desconhecido	Desconhecida
Valeriana		
Distúrbios do sono, ansiedade leve e inquietação	Deprime o sistema nervoso central	Barbitúricos e outros medicamentos para o sono; álcool; anti-histamínicos

Dados do National Institutes of Health/National Center for Complementary and Alternative Medicine: *Herbs at a glance*, 2014, http://nccam.nih.gov/health/herbsataglance.htm. Acesso em 19/08/2014. AIDS, síndrome da imunodeficiência adquirida; GI, gastrointestinal; HIV, vírus da imunodeficiência humana; MAO, monoamina oxidase; AINEs, anti-inflamatórios não esteroides.

Simplesmente por se tratar de um produto "natural" não significa que seu uso é "seguro". Ainda que a fitoterapia proporcione efeitos benéficos para uma gama de condições, problemas podem existir. Uma vez que eles não são fiscalizados, as concentrações de seus ingredientes ativos variam consideravelmente. A contaminação com outros vegetais ou químicos, que incluem pesticidas e metais pesados, é também problemática. Não são todas as empresas que seguem estritamente os padrões estabelecidos pelas normas de controle de qualidade e fabricação para níveis aceitáveis de pesticidas, resíduos de solventes, níveis bacterianos e metais pesados. Portanto, recomende a seus pacientes que comprem apenas fitoterápicos de fabricantes

idôneos. Os rótulos desses produtos precisam conter o nome científico da planta, o nome e endereço atual do fabricante, a carga ou número de lote, a data de fabricação e seu vencimento. Usar produtos naturais fiscalizados pela Farmacopeia Norte-Americana (U.S. Pharmacopeia, USP) é um outro modo de garantir segurança, qualidade e pureza dos produtos. Busque pela marca "USP Suplemento Dietético Inspecionado" nos rótulos dos produtos quando for comprar ou recomendar produtos naturais.

Algumas plantas também apresentam substâncias tóxicas relacionadas com o câncer em sua composição. A Tabela 33-4 lista várias plantas não seguras. Algumas plantas possuem poderosas substâncias químicas. Como qualquer outra medicação, observe as interações e compatibilidade dos fitoterápicos com outros medicamentos prescritos ou de balcão que também estejam sendo utilizados.

Tabela 33-4

Plantas Medicinais não Seguras

Nome Comum	Efeitos	Comentários
Calamus (tipo indiano mais tóxico)	Febre Digestivo	Contém quantidades variadas do carcinogênico isômero *cis*-isoasarone; Relato de casos de dano aos rins e convulsões com preparações orais
Chaparral	Anticancerígeno Utilizada contra a bronquite em tradicionais sistemas de cura (América Nativa e medicina folclórica latino-americana) Encontrada em emagrecedores "naturais"	Sem eficácia comprovada Induz à toxicidade severa do fígado em alguns casos e a contrações uterinas severas
Tussilago	Antitussígeno	Contém alcaloides pirrolizidínicos carcinogênicos; Hepatotóxico
Confrei	Cicatrização de feridas e ferimentos agudos Usada por seus efeitos anti-inflamatórios nas osteoartrites e artrite reumatoide	Contém alcaloides pirrolizidínicos carcinogênicos; Pode induzir a enfermidade venoclusiva; Hepatotóxico

Efedra (ma huang)	Estimulante do sistema nervoso central Broncodilatador Estimulador cardíaco Emagrecedor	Não é seguro para pessoas com hipertensão, diabetes ou doença da tireoide; Evitar cafeína durante seu consumo
Senecio aureus	Estimulante do fluxo menstrual	Hepatotóxico
Caruru-de-cacho	Antirreumatoide Anticancerígeno	Não use em crianças, apesar de muitos sites afirmarem que seu uso é seguro desde que observado, monitorado e na dosagem adequada; com frequência é usada em "garrafadas" e como cura na América Nativa

Dados do National Institutes of Health/National Center for Complementary and Alternative Medicine: *Herbs at a glance*, 2014, http://nccam.nih.gov/health/herbsataglance.htm. Acesso em 19/08/2014; Natural Standard, 2014, https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/databases/food,-herbs-supplements.aspx. Acesso em 31/08/2014; US Pharmacopeia, 2014, http://www.usp.org/. Acesso em 28/07/2014.

No Brasil, o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos no país está regulamentado pela Lei n° 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Ela prevê a comercialização de plantas medicinas, seja na forma seca, embalada e sua dispensação nos estabelecimentos comerciais. A citada lei denomina "ervanaria" o local que se destina a dispensação de plantas medicinais, ao tempo em que preconiza sua dispensação somente em farmácias e ervanarias, observando-se o acondicionamento adequado e sua classificação botânica.

No entanto, a regulação dos mecanismos de produção, fiscalização e controle somente se efetivou por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a Certificação de Boas Práticas de Fabricação e Controle. Trata-se de órgão brasileiro responsável pela regulamentação de medicamentos e fitoterápicos, que foi criada pela Lei n° 9.782, de 26 de janeiro de 1999. A finalidade precípua desse órgão é "Promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada com os estados, os municípios e o Distrito Federal, de

acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira".

Fonte:

CARVALHO, A.C.B.; BRANCO, P. F.; FERNANDES, L. A.; MARQUES, R. F. O. et al. Regulação Brasileira em Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Revista Fitos. Jan/mar 2012, v. 7, n. 1, p. 5-16. Acesso em: 5 de janeiro de 2017. Disponível em: http://www.sementequeemagrece.com.br/arquivos/legislacao.pdf

BRASIL, Palácio do Planalto. Lei n° 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlato, e dá outras providências. Acesso em: 5 de janeiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm

BRASIL, Palácio do Planalto. Lei n° 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Acesso em: 5 de janeiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm

O papel da enfermagem holística

O interesse por terapias complementares/integrativa continua a crescer. A maioria das pessoas que usa e busca informações sobre elas tem alto nível de escolaridade e uma forte intenção em participar ativamente dos processos de tomada de decisão de sua própria saúde. Esse crescente interesse não é exclusivo de pacientes, pois os médicos mais conhecidos preocupam-se com o fato de que a medicina convencional não está atendendo as necessidades de seus pacientes. Ainda que muitos médicos não citem as terapias complementares a seus pacientes por não estarem familiarizados com elas, outros estão e já começam a reconhecer seus benefícios. Por outro lado, muitos profissionais ainda têm suas reservas, pois muitas dessas terapias ainda não foram testadas ou pesquisadas adequadamente.

Na América do Norte e Europa, os grupos de profissionais que apoiam o uso das terapias complementares e alternativas e as pesquisas de monitoramento nessa área são cada vez maiores. As prioridades incluem o acesso público às terapias complementares, ensinar os princípios do cuidado holístico em programas de educação profissional, orientar o público para que informe os profissionais da saúde quando estiverem utilizando terapias de autocuidado e estratégias de promoção da saúde, melhorar a educação pública acerca das terapias complementares e apoiar estudos que investiguem a segurança e eficácia dessas terapias de maneira a garantir os cuidados de melhor qualidade. Por exemplo, se o profissional da saúde quer recomendar a melhor opção de tratamento para cada condição de saúde ou grupo de sintomas, eles precisam estar conscientes da evidência de cada terapia complementar e encaminhar com segurança aos profissionais que atendem essas terapias. Por outro lado, esses profissionais terapeutas precisam participar do processo de pesquisa, trabalhando com cientistas a fim de comprovar a eficácia de tais terapias nos resultados dos pacientes e dentro dos mais rigorosos quadros de trabalho da ciência ocidental. Todos os profissionais, incluindo enfermeiras, precisam suscitar diálogos abertos e honestos

com seus pacientes sobre o uso de terapias complementares e compreender melhor os benefícios das terapias que encorajam a participação ativa de pacientes em prevenir ou manejar a doença em vez de só contar com cirurgia e medicamentos.

No cuidado integral, uma estratégia que tem ganhado popularidade envolve práticas de grupos interprofissionais, em que os pacientes são cuidados simultaneamente por mais de um tipo de profissional da saúde. Eles podem optar pela prática que apresente melhor benefício à sua doença em particular. Os pacientes com maior ganho são aqueles com doenças crônicas (p. ex., fibromialgia, síndrome da fadiga crônica ou dor crônica) que historicamente têm dificuldade no tratamento com terapias biomédicas tradicionais. As práticas de um grupo interprofissional representam um verdadeiro sistema integral em que todos os profissionais trabalham lado a lado com o objetivo de melhorar o bem-estar de seus pacientes. Essa terapia integral é centrada no paciente e foca seu bem-estar e saúde como um todo. Enfermeiras deveriam ser participantes essenciais desse tipo de cuidado a saúde, porque muitas que já praticam o toque, técnicas de relaxamento, imagem e respiração usam os princípios do cuidado holístico (Kreitzer & Koithan, 2014). Familiarize-se com as evidências de cada modalidade incorporada à sua prática. Saiba qual paciente mais provavelmente se beneficia com cada terapia quando várias terapias são utilizadas em conjunto, e quais complicações podem ocorrer e precauções devem ser tomadas durante o uso dessas terapias.

Além disso, é preciso ter conhecimento suficiente para discutir todas as opções terapêuticas possíveis, tanto biomédicas como complementares, para só então poder ajudar os pacientes a tomarem decisões com base em informações. Sempre pergunte diretamente aos seus pacientes sobre o uso de terapias complementares, incluindo atividades de autocuidado como yoga, meditação ou suplementos dietéticos. Esteja bem-informado sobre a evidência das diferentes terapias complementares e, então, você poderá fazer recomendações pertinentes acerca de cada terapia a seus pacientes. Conheça os diferentes processos de credenciamento e como recomendar

profissionais competentes a seus pacientes. Ao entender minuciosamente os benefícios e riscos potenciais, você divulga uma informação clara e completa. Seja conhecedor e poderá aconselhar seus pacientes sobre quando buscar um cuidado convencional e, quando for seguro, considerar um cuidado complementar. Por exemplo, se um paciente se queixa de dor abdominal do lado direito, náusea e vômito, suspeite de apendicite e recomende uma consulta médica. Entretanto, se o paciente tem um distúrbio gastrointestinal crônico e o diagnóstico de síndrome do intestino irritável, ele pode se beneficiar do relaxamento e da fitoterapia. Esteja consciente das práticas seguras de cada terapia complementar e as incorpore aos seus planos de ensino. Finalmente, estude as práticas previstas na legislação do exercício profissional com especial atenção às terapias complementares e as pratique somente dentro do escopo da lei.

As enfermeiras trabalham muito próximas de seus pacientes e, por isso, estão mais familiarizadas com o ponto de vista cultural e espiritual deles/delas. Elas frequentemente são capazes de determinar quais terapias complementares se alinham mais com estes benefícios e a oferecer recomendações de acordo. Estar bem-informado sobre as terapias de MCA o ajudará a fornecer informações precisas a seus pacientes e a outros profissionais da saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) – a PNPIC – foi instituída pela Portaria n° 971, de 3 de maio de 2006, do Ministério da Saúde. Essa política tem quatro objetivos fundamentais: 1) incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; 2) contribuir com o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; 3) promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao

desenvolvimento sustentável de Comunidades; 4) estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Entre as práticas integrativas reconhecidas pela Política e disponíveis no SUS, destacam-se, da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura, práticas corporais (tai chi chuan, Lian Gong, automassagem, Tui Na, meditação); a homeopatia; as plantas medicinais e fitoterapia; termalismo social – crenoterapia (banhos em termas de águas minerais com fins terapêuticos); e a medicina antropofásica (de base vitalista).

Fonte:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRASIL, Portaria n° 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Acesso em: 5 de janeiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm

Pontos-chave

- Programas de cuidado holístico usam todos os complementos das técnicas de tratamentos (biomédicos e complementares) ao prestar cuidados centrados no paciente.
- A resposta ao estresse é uma resposta adaptativa permitindo que os indivíduos respondam às situações estressantes.
- Para serem mais eficazes e resultarem em benefícios prolongados, as terapias complementares requerem compromisso e envolvimento regular do paciente.
- Opte por terapias complementares em acordo com o estado geral

de saúde do paciente, presença de sintomas graves e angústia, crenças e valores culturais, acesso às opções de cuidados em saúde e cobertura por convênio/condição financeira.

- Avalie continuamente a resposta do paciente às terapias complementares, pois, dependendo das respostas fisiológicas, pode ser preciso ajustar a dose dos medicamentos.
- As terapias complementares acessíveis à enfermagem incluem relaxamento, meditação, técnicas de atenção plena (*mindfulness)* e imagem.
- Muitas terapias complementares requerem educação complementar e uma certificação, incluindo *biofeedback*, terapia do toque e acupuntura.
- Apesar da crescente evidência que apoia o uso das terapias complementares, faltam ainda pesquisas com qualidade e rigor suficiente.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Quando se planeja orientações/ensino do paciente, é importante lembrar que pacientes com quais das doenças abaixo se beneficiarão mais com as terapias complementares?
    1. Lúpus e diabetes
    2. Úlceras e hepatite
    3. Doença cardíaca e pancreatite
    4. Dor crônica das costas e artrite
2. Qual das terapias complementares são mais facilmente aprendidas e aplicadas pela enfermeira? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Massagem
    2. Medicina tradicional chinesa
    3. Relaxamento progressivo

    4. Respiração e imagem orientada/guiada
    5. Terapia do toque
3. Qual das afirmativas melhor descreve a evidência encontrada nas terapias complementares?
    1. São muitos os ensaios clínicos com terapias complementares que comprovam sua eficácia frente a um amplo espectro de problemas.
    2. É difícil encontrar financiamento para estudos sobre terapias complementares. Além disso, não se espera encontrar nenhuma evidência de apoio à sua utilização.
    3. A ciência apoia a eficácia das terapias complementares desde o início do seu desenvolvimento.
    4. A maioria das pesquisas que investiga terapias complementares e alternativas encontra pouca evidência, sugerindo que, apesar das pessoas se identificarem com elas, essas não são eficazes.
4. Enquanto planeja os cuidados de seu paciente, a enfermeira entende que prestar cuidado holístico inclui qual das seguintes respostas?
    1. Doença, espírito e interação familiar
    2. Desejos e emoções do paciente
    3. A tríade mente–corpo–espírito dos pacientes e familiares
    4. Músculos, nervos e doenças de coluna
5. Além de uma avaliação adequada do paciente, quando a enfermeira utiliza uma das terapias complementares acessíveis à enfermagem, quais das seguintes condições ela deve certificar-se de que ocorreram?
    1. Houve a permissão dos familiares.
    2. Houve permissão e consentimento do paciente.
    3. O profissional da saúde aprovou ou prescreveu a terapia.
    4. Ele ou ela tem registro de que o paciente compreende totalmente a terapia complementar e alternativa.
6. Qual é o papel do paciente nas terapias complementares e alternativas?
    1. Submisso ao profissional

2. Envolvimento ativo no tratamento
3. Permite o profissional experimentar
4. Totalmente crente no que está sendo ensinado

7. A enfermeira que cuida de um paciente experiencia uma resposta ao estresse. Seu plano de cuidados baseia-se no conhecimento de que os sistemas respondem de que maneira ao estresse? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Sempre falham e causam enfermidades e doenças
   2. Causam respostas negativas na maioria das vezes
   3. Funcionam da mesma maneira para todos os pacientes
   4. Protegem um indivíduo do perigo em curto prazo
8. A meditação pode se combinar aos efeitos de quais destas medicações?
   1. Prednisona e antibióticos
   2. Insulina e vitaminas
   3. Xaropes para gripe e aspirina
   4. Anti-hipertensivos e reguladores da tireoide
9. Um paciente que já faz uso da técnica de relaxamento deseja obter melhores resultados. A enfermeira recomenda adicionalmente o *biofeedback*. Que resultados são esperados ao uso adicional dessa modalidade?
   1. Ingestão de menos comida
   2. Controle do diabetes
   3. Aumento da sobrevida na síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)
   4. Aprende a controlar algumas das respostas do sistema nervoso autônomo
10. Qual das seguintes alternativas melhor explica as ações da terapia do toque (TT)?
   1. Mobiliza intencionalmente energia para equilibrar, acalmar e reabastecer os campos de energias do paciente
   2. Cura intencionalmente doenças específicas ou corrige certos sintomas
   3. É esmagadoramente eficaz em muitas condições
   4. É completamente segura e não justifica qualquer precaução

especial

11. A medicina tradicional chinesa (MTC) é utilizada por muitos pacientes. Qual das afirmativas descreve com mais acurácia as intervenções oferecidas pelos profissionais de MTC?
    1. Utilizam a acupuntura como modalidade de intervenção principal
    2. Utilizam muitas modalidades com base nas necessidades individuais dos pacientes
    3. Utilizam primeiramente plantas medicinais e exercício
    4. É equivalente à acupuntura clínica
12. Uma enfermeira está planejando cuidados para um grupo de pacientes que requisitaram o uso de modalidades em saúde complementar. Que paciente não é um bom candidato à imagem guiada?
    1. Grávidas
    2. Paciente com hipertensão
    3. Paciente com transtornos de estresse pós-traumático (TEPT)
    4. Pacientes pediátricos
13. Muitas enfermeiras em um serviço de saúde lotado usam estratégias de relaxamento enquanto trabalham. Que resultado é esperado no local após essa intervenção? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Melhora da saúde entre os membros da equipe
    2. Aumento da segurança do paciente
    3. Melhora da satisfação dos membros da equipe
    4. Melhora no relacionamento entre os funcionários
    5. Menos horas extras de trabalho
14. Um professor de enfermagem está dando uma aula sobre cuidados com pacientes que utilizam fitoterápicos em adição às medicações prescritas. Qual das seguintes afirmações feitas por seu aluno indica que ele entendeu os fitoterápicos?
    1. “Os fitoterápicos são fiscalizados pelo Food and Drug Administration (FDA); além disso é preciso dizer aos pacientes que eles são completamente seguros.”

2. “São produtos naturais e, além disso, seguros, contanto que utilizados nas condições indicadas.”
3. “Estes medicamentos são cobertos pelos seguros de saúde, incluindo o *Medicare*, *Medicaid* e por pagamento direto.”
4. “Precisamos tratar os fitoterápicos como “drogas”, porque muitos possuem ingredientes ativos em sua composição que podem interagir com outros medicamentos e alterar as respostas fisiológicas.”

15. A enfermeira responsável de uma clínica comunitária prepara sua equipe sobre as várias terapias complementares disponíveis na comunidade. Qual é o propósito desse treinamento? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Enfermeiras têm uma longa história de oferta de algumas dessas terapias e precisam estar bem-informadas sobre seus resultados positivos.
    2. Enfermeiras são com frequência questionadas por recomendações e estratégias que proporcionem qualidade de vida.
    3. Enfermeiras desempenham um papel essencial na educação do paciente ao prover informações sobre o uso seguro dessas estratégias de cura.
    4. Enfermeiras apreciam os aspectos culturais de cuidados e reconhecem que muitas dessas estratégias complementares fazem parte da vida de seus pacientes.
    5. Enfermeiras desempenham um papel essencial no uso seguro de terapias complementares.
    6. Enfermeiras aprendem como oferecer todas as modalidades complementares durante sua educação formal.

Respostas: 1. 4; **2.** 3, 4; **3.** 3; **4.** 3; **5.** 2; **6.** 2; **7.** 2, 4; **8.** 4; **9.** 4; **10.** 1; **11.** 2; **12.** 3; **13.** 3, 4; **14.** 4; **15.** 1, 2, 3, 4, 5.

Referências

American Holistic Nursing Association/American Nurses Association (AHNA/ANA) *Holistic nursing: scope and standards of practice*. ed 2 Silver Spring, MD: American Nurses Publishing; 2013.

Benson H. *The relaxation response*. New York: Avon; 1975.

Dossey B, Keegan L. *Holistic nursing: a handbook for practice*. ed 6 Boston, MA: Jones & Bartlett; 2012.

Fontaine K. *Complementary and alternative therapies for nursing practice, healing practices: alternative therapies for nursing*. ed 4 Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2014.

Gawain S. *Creative visualization: use the power of your imagination to create what you want in your life*. Novato, CA: New World Library; 2002.

Kabat-Zinn J. *Mindfulness for beginners*. Boulder, CO: Sounds True Publishing; 2011.

Koithan M. Let's talk about complementary and alternative therapies. *J Nurse Pract*. 2009;5(3):214.

Kreitzer MJ, Koithan M. *Integrative Nursing*. New York: Oxford Press; 2014.

Lindquist R, et al. *Complementary and alternative therapies in nursing*. ed 7 New York: Springer; 2014.

National Institutes of Health/National Center for Complementary and Integrative Health (NIH/NCCIH): Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name?, 2015a, https://nccih.nih.gov/health/integrative-health/. Accessed June 29, 2015.

National Institutes of Health/National Center for Complementary and Integrative Health (NIH/NCCIH): Acupuncture: what you need to know, 2015b, https://nccih.nih.gov/health/acupuncture/introduction. Accessed June 29, 2015.

Pincus D, Sheikh AA. *Imagery for pain relief: a scientifically grounded guidebook for clinicians*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group; 2009.

Rakel D. *Integrative medicine*. ed 3 Philadelphia, PA: Elsevier; 2012.

Referências de pesquisa

Ang L, Kaptchuk TJ. The case of acupuncture for chronic low back pain: when efficacy and comparative effectiveness conflict. *Spine*. 2011;36(3):181.

Arns M, et al. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clin EEG Neurosci*. 2009;40(3):180.

Birnie KA, et al. Systematic review and meta-analysis of distraction and hypnosis for needle-related pain and distress in children and adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2014;39(8):783.

Bloch B, et al. The effects of music relaxation on sleep quality and emotional measures in people living with schizophrenia. *J Music Ther*. 2010;47(1):27.

Bowen S, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abuse*. 2009;30(4):295.

Cao H, et al. Traditional Chinese medicine for treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*. 2010;16(4):397.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): NCHS data brief: mortality in the United States, 2012, 2014, http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db168.htm. Accessed August 6, 2015.

Chiesa A, Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychol Med*. 2010;40(8):1239.

Clarke PN, et al. From theory to practice: caring science according to Watson and Brewer. *Nurs Sci Q*. 2009;22(4):339.

Cook JM, et al. Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: a randomized controlled trial. *Trauma Stress*. 2010;23(5):553.

Frisk JW, et al. How long do the effects of acupuncture on hot flashes persist in cancer patients?. *Support Care Cancer*. 2014;22(5):1409.

Giggins OM, et al. Biofeedback in rehabilitation. *J Neuroeng Rehabil*. 2013;10(60).

Innes KE, et al. Mind-body therapies for menopausal symptoms: a systematic review. *Maturitas*. 2010;66(2):135.

Jones M, et al. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5): CD009041,.

Jorm AF, et al. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4): CD007142,.

Kim SH, et al. Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *J Investig Med*. 2013;61(5):827.

Musial F, et al. Mindfulness-based stress reduction for integrative cancer care: a summary of evidence. *Forsch Komplementmed*. 2011;18(4):192.

Nagele E, et al. Clinical effectiveness of stress-reduction techniques in patients with hypertension: systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2014;32(10):1936.

Nidich SI, et al. A randomized controlled trial on effects of the transcendental meditation program on blood pressure, psychological distress, and coping in young adults. *Am J Hypertens*. 2009;22(12):1326.

Nightingale CL, et al. The impact of music interventions on anxiety for adult cancer patients: a meta-analysis and systematic review. *Integr Cancer Ther*. 2013;12(5):393.

O'Mathúna DP, Ashford RL. Therapeutic touch for healing acute wounds. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;13(6):CD002766.

Reed T. Imagery in the clinical setting: a tool for healing. *Nurs Clin North Am*. 2007;42(2):261.

Roffe L, et al. A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psycho-Oncol*. 2005;14(8):607.

Ross S. Efficacy of standardized matricaria recutita (German chamomile) extract in the treatment of generalized anxiety disorder. *Holist Nurs Pract*. 2013;27(6):366.

Schoenberg PL, David AS. Biofeedback for psychiatric disorders: a systematic review. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2014;39(2):109.

Snitz BE, et al. Ginkgo biloba for preventing cognitive decline in older adults: a randomized trial. *JAMA*. 2009;302(24):2663.

Solomon PR, et al. Ginkgo for memory enhancement: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(7):835.

Taylor-Swanson L, et al. Effects of traditional Chinese medicine on symptom clusters during the menopausal transition. *Climacteric*. 2014;18(2):1.

Thrane S. Effectiveness of integrative modalities for pain and anxiety in children and adolescents with cancer: a systematic review. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2013;30(6):320.

Uman LS, et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10: CD005179,.

Wang CH, et al. Cranberry-containing products for prevention of urinary tract infections in susceptible populations: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2012;172(13):988.

Weeks BP, Nilsson U. Music interventions in patients during coronary angiographic procedures: a randomized controlled study of the effect on patients' anxiety and well-being. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10(2):88.

UNIDADE VI
Base Psicossocial para a Prática de Enfermagem

Capítulo 34: Autoconceito

Capítulo 35: Sexualidade

Capítulo 36: Saúde Espiritual

Capítulo 37: A Experiência de Perda, Morte e Luto

Capítulo 38: Estresse e Enfrentamento

34

Autoconceito

OBJETIVOS

- Discutir fatores que influenciam os elementos do autoconceito.
- Identificar estressores que afetam o autoconceito e a autoestima.
- Descrever os elementos do autoconceito relacionados a estágios de desenvolvimento psicossocial e cognitivo.
- Explorar de que maneira as ações e o autoconceito de um profissional de enfermagem afetam o autoconceito e a autoestima do paciente.
- Discutir as práticas baseadas em evidências que se aplicam à conflito de identidade, imagem corporal, baixa autoestima e conflito de papéis.
- Analisar influências culturais que afetam o autoconceito.
- Aplicar o processo de enfermagem para promover o autoconceito do paciente.

TERMOS-CHAVE

Imagem corporal, p. 695
Identidade, p. 695
Conflito de identidade, p. 697

Ambiguidade de papel, p. 697
Conflito de papéis, p. 697
Sobrecarga de papéis, p. 697
Desempenho de papel, p. 696
Tensão do papel, p. 697
Autoconceito, p. 693
Autoestima, p. 696
Papel de doente, p. 697

Autoconceito é a visão que o indivíduo tem de si. Este é subjetivo e envolve uma mistura complexa de pensamentos, atitudes e percepções, conscientes e inconscientes. Autoconceito, ou como o indivíduo *pensa* sobre si mesmo, afeta diretamente a autoestima ou como este *se sente*. Apesar de geralmente os dois termos aparecerem como sinônimos, os profissionais de enfermagem precisam saber diferenciá-los a fim de checar correta e completamente o paciente e desenvolver um plano individual que atenda às suas necessidades.

Os pacientes enfrentam diversos problemas de saúde que ameaçam seu autoconceito e sua autoestima. A perda do funcionamento corporal, a tolerância reduzida a exercícios e a dificuldade em conduzir uma doença crônica são exemplos de situações capazes de alterar o autoconceito do paciente. Você ajudará seus pacientes a se adaptarem às alterações em autoconceito e a fortalecerem os elementos destes ao promover um enfrentamento de sucesso e resultados positivos de saúde.

Base de conhecimento científico

O autoconceito e a autoestima desenvolvem-se na idade jovem e mantêm-se por toda a vida. Os pais, assim como outros cuidadores iniciais, influenciam o desenvolvimento do autoconceito e da autoestima infantil. Além disso, durante a infância e a adolescência os indivíduos aprendem e incorporam influências culturais ao seu autoconceito e autoestima. Há uma significativa ênfase do papel dos colégios em nutrir o autoconceito de crianças. Em geral, crianças pequenas tendem a se considerar superiores mais do que a outras crianças, o que sugere que eles tenham uma visão muito positiva de si mesmos. A adolescência é particularmente um período de desenvolvimento crítico em que muitas variáveis, como escola, família e amigos, afetam o autoconceito e a autoestima (Mantilla et al., 2014). A adolescência pode afetar negativamente a autoestima, e frequentemente mais garotas do que garotos. Por exemplo, algumas adolescentes são mais sensíveis em relação à sua aparência e como os outros as enxergam. Por isso, é tão importante detectar mudanças em formação de identidade e autoestima no início, meio e final da adolescência porque o autoconceito muda o tempo todo (Fig. 34-1).

FIGURA 34-1 A participação de adolescentes em atividades em grupo pode fortalecer sua autoestima.

A satisfação no trabalho e no desempenho geral da vida adulta também estão ligados à autoestima. Oportunidades de expansão, como explorar novas ideias, resolver problemas de maneira criativa e aprender novas habilidades levam à satisfação e empenho do indivíduo no trabalho e trazem clareza ao autoconceito e autoestima (McIntyre et al., 2014). Algumas vezes, quando os indivíduos perdem o emprego, o senso de si mesmo diminui, pois, por serem socialmente ativos, perdem a motivação e, eventualmente, tornam-se depressivos. Eles perdem a sua identidade de trabalho e isso altera as práticas de autopercepção e de autocuidado. Durante o desenvolvimento da maioridade, a meta é estabelecer um senso de *self* (si) estável que supere relacionamentos e situações.

As mudanças culturais de autoconceito e autoestima ao longo da vida podem impactar comportamentos de saúde. Em garotas adolescentes, o orgulho e a autoestima cultural protegem comportamentos de risco, como a vontade em ter relações sexuais (Pai e Lee, 2012). A identidade cultural em idosos é um dos principais elementos do autoconceito e um aspecto-chave da autoestima (Touhy e Jett, 2014). Leve em consideração as perspectivas culturais de cada

idade ao cuidar de um paciente. A sensibilidade a fatores que afetam o autoconceito e a autoestima em diversas culturas é essencial para a garantia de uma abordagem individual de saúde.

Como os indivíduos veem a si e sua percepção da própria saúde estão intimamente relacionados. A baixa autoestima é um fator de risco, deixando o indivíduo vulnerável a problemas de saúde, enquanto indivíduos com autoestima elevada e relações sociais fortes apresentam boa saúde. O paciente que acredita na saúde pessoal geralmente melhora seu autoconceito. Afirmações tais como "Eu posso conseguir qualquer coisa" ou "Eu nunca estive doente na minha vida" indicam que o indivíduo pensa positivo sobre sua saúde. Doença, hospitalização e cirurgia afetam o autoconceito. As enfermidades crônicas geralmente agravam a habilidade em conseguir apoio financeiro e em manter relações, que consequentemente afetam a autoestima e os papéis do indivíduo na família. Percepções negativas de saúde são observadas em afirmações do tipo: "Não vale mais a pena" ou "Sou um fardo para a minha família". Além disso, as enfermidades crônicas afetam a identidade e imagem corporal em verbalizações como: "Eu nunca vou melhorar" ou "Eu não aguento mais me olhar".

O que os indivíduos pensam e como eles se sentem afeta a maneira como eles tratam o autocuidado físico e emocional e como se preocupam com os outros. Além do que, os comportamentos de uma pessoa são, em geral, consistentes tanto com o autocuidado quanto com a autoestima. Indivíduos com um pobre autoconceito geralmente não se sentem no controle das situações e dignos de cuidado, o que influencia as decisões relacionadas à saúde. Geralmente, os pacientes têm dificuldade em tomar simples decisões, como o que comer. Conhecer as variáveis que afetam o autoconceito e a autoestima é essencial para fornecer um tratamento eficaz.

Base de conhecimento em enfermagem

Ao fornecer ao paciente uma prática baseada em evidências, agregue seu conhecimento profissional em humanidades, ciências, pesquisa e prática clínica. Uma base de conhecimento ampla permite que os profissionais de enfermagem tenham uma visão holística de seus pacientes, e então agreguem qualidade ao cuidar das necessidades de autoconceito de cada paciente e família. Compreender o autoconceito do paciente é uma parte necessária de todo cuidado em enfermagem (Stuart, 2013).

Fatores que Influenciam o Desenvolvimento do Autoconceito

O autoconceito desenvolve-se por meio de um processo complexo ao longo da vida que envolve muitos fatores. A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1963) ainda auxilia na compreensão das teorias-chave que os indivíduos encaram durante os vários estágios do desenvolvimento. Cada estágio constrói-se com base na teoria do estágio anterior. O sucesso no domínio de cada estágio leva a um sólido senso de *self* (si) (Quadro 34-1).

Quadro 34-1 Autoconceito: Estágios de Desenvolvimento

Verdade *versus* Mentira (do Nascimento ao Primeiro Ano de Vida)

- Desenvolve confiança após consistentes interações de cuidado e alimentação
- Distingue a si do ambiente

Autonomia *versus* Vergonha e Dúvida (1 a 3 Anos)

- Começa a comunicar o que gosta e o que não gosta
- Cada vez mais independente em pensamentos e ações
- Aprecia a aparência e a função do corpo (p. ex., vestir-se, alimentar-se, falar e andar)

Iniciativa *versus* Culpa (3 a 6 Anos)

- Identifica-se com um gênero
- Aumenta a autoconsciência
- Aumenta as habilidades de linguagem, incluindo a identificação de sentimentos

Diligência *versus* Inferioridade (6 a 12 Anos)

- Incorpora *feedback* de colegas e professores
- Aumenta a autoestima com nova habilidade de domínio (p. ex., leitura, matemática, esportes, música)
- Consciente das fortalezas e limitações

Identidade *versus* Crise de Identidade (12 a 20 Anos)

- Aceita as mudanças do corpo/maturidade
- Examina atitudes, valores e crenças; estabelece metas para o futuro
- Sente-se positivo com o senso de expansão do ego

Intimidade *versus* Isolamento (Meados dos 20 a Meados dos 40 Anos)

- Tem estabilidade, sentimentos positivos de si
- Passa com sucesso por transições de papéis e aumento de responsabilidade

Generatividade *versus* Estagnação (Meados dos 40 a Meados dos 60 Anos)

- Hábil em aceitar mudanças de aparência e resistência física

- Reavalia os objetivos de vida
- Mostra-se contente com a idade

Integridade do Ego *versus* Desespero (Final dos 60 Anos até a Morte)

- Sente-se positivo sobre a vida e seu significado
- Interessado em prover um legado à próxima geração

Aprenda a reconhecer a falha do indivíduo em alcançar um estágio de desenvolvimento próprio de sua idade ou a sua regressão para um estágio anterior em um período de crise. Este entendimento permite que você forneça um cuidado individualizado e determine as intervenções mais apropriadas. O autoconceito está sempre mudando e baseia-se no seguinte:

- Senso de competência
- As reações percebidas de uns ao corpo de outros
- Percepções e interpretações contínuas dos pensamentos e sentimentos dos outros
- Relações pessoais e profissionais
- Identidade relacionada aos estudos e ao trabalho
- Características de personalidade que afetam expectativas próprias
- Percepções de eventos que têm impacto sobre o *self*
- Domínio sobre experiências novas e anteriores
- Identidade cultural

A autoestima geralmente é maior na infância, oscila durante a adolescência, aumenta gradualmente na vida adulta e pode tanto diminuir ou aumentar novamente na velhice, dependendo da clareza do autoconceito (Diehl e Hay, 2011; Stuart, 2013). Ainda que esse padrão varie, geralmente ele se confirma entre gênero, condição socioeconômica e cultural. As crianças geralmente manifestam alta autoestima porque o senso de *self* é reforçado por fontes variadas e extremamente positivas, e uma diminuição periódica pode estar associada à troca para uma informação mais realista sobre o *self*. A adolescência é um período de marcada mudança de maturidade, e

níveis inconstantes de autoestima regulam o estágio de ascensão ao autoconceito do jovem adulto (Maldonado et al., 2013). A ênfase de Erikson ao estágio de generatividade (1963) (Cap. 11) explica a ascensão da autoestima e do autoconceito na vida adulta. O indivíduo foca em ser cada vez mais produtivo e criativo ao mesmo tempo que gera e guia a próxima geração. De acordo com os estágios de desenvolvimento de Erikson, a diminuição do autoconceito na vida adulta reflete pouca necessidade de autopromoção e a mudança do autoconceito para uma visão mais modesta e equilibrada do *self*. Muitos relatam uma diminuição da autoestima ao final da vida adulta, em parte por mudanças físicas e emocionais associadas à idade, porém os idosos com clareza do autoconceito demonstram bem-estar psicológico (Diehl e Hay, 2011; Touhy e Jett, 2014). Quando a idade está associada com um estado de saúde precário, as intervenções em enfermagem devem se focar em mudanças de comportamento saudáveis a fim de promover autocuidado e autoconceito (Wurm et al., 2013). É essencial identificar intervenções em enfermagem específicas que supram as necessidades únicas dos pacientes em vários estágios da vida.

Elementos e Termos Inter-relacionados ao Autoconceito

Um autoconceito positivo traz sensação de significado, integridade e consistência para uma pessoa. Um autoconceito saudável tem elevado grau de estabilidade que gera sentimentos positivos ao *self*. Os elementos do autoconceito são identidade, imagem corporal e papel de performance. O porquê de como um pensa sobre si mesmo (autoconceito) afeta o que esse um sente sobre si mesmo (autoestima); ambos os conceitos precisam ser avaliados.

Identidade

Identidade envolve a sensação interior de individualidade, integridade e consistência de uma pessoa ao longo do tempo e em diferentes situações. Isto implica ser distinto e separado dos outros.

Ser você mesmo ou viver uma vida autêntica é a base da verdadeira identidade. As crianças aprendem valores, comportamentos e papéis culturalmente aceitos através da identificação e exemplo. Elas geralmente ganham uma identidade através de observações próprias e do que os indivíduos dizem a elas. O indivíduo primeiro se identifica com figuras de parentes e mais tarde com outros modelos, como professores ou colegas. As relações com pais, professores e colegas têm efeitos únicos e combinados no autoconceito no geral, acadêmico e social da criança (Verschueren et al., 2012). Para formar uma identidade, a criança deve estar hábil em reunir comportamentos e expectativas aprendidos juntos como um todo coerente, consistente e único (Erikson, 1963).

A conquista da identidade é necessária nas relações íntimas porque os indivíduos expressam identidade em seus relacionamentos (Stuart, 2013). A sexualidade é uma parte da identidade e seu objetivo difere ao longo da vida. Por exemplo, na idade adulta o foco muda de procriação para companheirismo, intimidade física e emocional e busca de prazer (Touhy e Jett, 2014). Identidade de gênero é a visão particular que a pessoa tem do masculino e do feminino; o papel de gênero é o comportamento masculino ou feminino exibido. Esta imagem e seu significado dependem de valores determinados culturalmente (Caps. 9 e 22).

Existem diferenças culturais de identidade (Quadro 34-2). A identidade cultural desenvolve-se através da identificação e socialização dentro de um grupo estabelecido e da experiência de integrar a resposta de indivíduos de fora do grupo ao autoconceito de alguém. Diferenças de identidade cultural (p. ex., mexicana ou cubana, homossexual ou heterossexual) existem através da identificação com tradições, costumes e rituais dentro de um grupo cultural (p. ex., identidade de gênero hispânico e latino). Quando a identidade cultural é central ao autoconceito e é positiva, o orgulho cultural e a autoestima tendem a ser mais fortes (Rhea e Thatcher, 2013). Um indivíduo que sofreu discriminação, preconceito ou estressores ambientais, como vizinhança de baixa renda ou alta criminalidade, geralmente conceitua-se diferente de um indivíduo que

conviveu com melhores condições de vida.

Quadro 34-2

Aspectos culturais de cuidados

Promovendo o Autoconceito e a Autoestima em Pacientes de Diversas Culturas

A identidade cultural é um importante elemento do autoconceito e da autoestima de uma pessoa. No crescimento e desenvolvimento iniciais, o indivíduo desenvolve esta identidade dentro do contexto familiar. Assim que o indivíduo ganha maturidade, os aspectos culturais do seu autoconceito são reforçados por meio de experiências sociais, familiares e culturais. Além disso, o autoconceito da pessoa é fortalecido ou questionado por influências políticas, sociais e culturais vivenciadas em casa, na escola ou no local de trabalho. O papel cultural positivo ou negativo molda, identifica e influencia experiências antigas de autocuidado, autoconceito e autoestima cultural (Rhea e Thatcher, 2013).

Implicações ao Cuidado Centrado no Paciente

- Desenvolva uma atitude aberta e não restritiva para acessar e incentivar práticas culturais que melhorem o autoconceito do paciente.
- Entenda que a relação entre autoestima, estresse e assistência social pode facilitar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes em adolescentes de diferentes culturas (Rhea e Thatcher, 2013).
- Pergunte aos pacientes o que eles pensam que é importante para ajudá-los a se sentirem melhores ou para fortalecerem seu “eu”.
- Identifique identidade e orgulho cultural, individualizando as práticas de autocuidado e oferencendo opções de tratamento que satisfaçam as necessidades de autoconceito dos pacientes.

- Facilite atividades culturalmente sensíveis de promoção da saúde que abordem comportamentos de risco identificados através da prática baseada em evidências (p. ex., fumar, beber, risco de transtornos alimentares, relações sexuais precoces, videogames violentos e em excesso (Dudovitz et al., 2013).

Imagem Corporal

A **imagem corporal** envolve atitudes relacionadas à aparência física, estrutura ou função do corpo. Sentimentos sobre imagem corporal incluem aqueles relacionados à sexualidade, feminilidade e masculinidade, juventude, saúde e força. Estas imagens mentais nem sempre são condizentes com a aparência ou estrutura física atual de uma pessoa. Alguns transtornos de imagem corporal possuem profundas origens psicológicas, como o transtorno alimentar de anorexia nervosa. Outras alterações ocorrem como resultado de situações eventuais, como perda ou alteração de uma parte do corpo. Tenha consciência de que a maioria dos homens e mulheres tem algum grau de insatisfação com seu corpo, que afeta a imagem corporal e o autoconceito como um todo. Os indivíduos geralmente têm distúrbios exagerados de imagem corporal quando ocorre uma alteração de saúde. O modo como uns enxergam o corpo do outro e o *feedback* oferecido também são influenciáveis. Por exemplo, um marido controlador e violento diz à sua esposa que ela está feia e que ninguém a desejaria. Ao longo dos anos do casamento, ela incorpora essa desvalorização ao seu autoconceito.

O crescimento cognitivo e o desenvolvimento físico também afetam a imagem corporal. Mudanças normais de amadurecimento, como puberdade e idade, têm mais efeitos sob a imagem corporal do que em outros aspectos. As alterações hormonais que ocorrem durante a adolescência influenciam a imagem corporal. O desenvolvimento de características sexuais secundárias e as mudanças na distribuição da gordura corporal têm um tremendo impacto sobre o autoconceito de um adolescente. Tanto em garotos como garotas adolescentes, a imagem corporal negativa é um fator de risco a muitas condições

psicológicas que impactam comportamentos de saúde. Por exemplo, uma adolescente pode ter uma imagem distorcida do seu corpo e enxergar-se gorda, o que sinaliza um distúrbio alimentar. Sua avaliação pode revelar uma adolescente com comportamentos autoprejudiciais, como cortar-se; a automutilação pode indicar problemas com autoconceito e autoestima que requerem uma intervenção em enfermagem (Rissanen et al., 2011). Uma ameaça à imagem corporal e ao autoconceito como um todo pode afetar a aceitação a cuidados de saúde recomendados, incluindo dieta, exercício, práticas de exames de saúde e uso de medicamentos conforme prescritos. Mudanças associadas à idade (p. ex., menopausa; rugas; cabelo grisalho; e diminuição da acuidade visual, audição e mobilidade) também afetam a imagem corporal de um idoso.

Atitudes culturais e sociais e valores influenciam a imagem corporal. A cultura e a sociedade ditam normas aceitas de imagem corporal e influenciam as atitudes do indivíduo (Fig. 34-2). Por exemplo, a identificação ou o orgulho a uma cultura pode atuar como um escudo a propagandas, revistas, televisão e filmes que representam a imagem do branco magro ideal, e ajudar as adolescentes latino-americanas a se sentirem mais confortáveis consigo mesmas e com sua aparência (Schooler e Daniels, 2014). Além disso, a imagem corporal é mais favorável em culturas nas quais as garotas narram uma visão mais racional sobre aparência física, relatam menos pressão social pela magreza e a autoestima menos dependente da imagem corporal. A pouca clareza do autoconceito aumenta a vulnerabilidade da mulher às questões de imagem corporal como resultado da internalização do magro ideal e da aparência relatada às comparações sociais (Vartanian e Dey, 2013). Valores como peso e forma ideais e atitudes contra *piercings* e tatuagens têm base cultural. A sociedade americana enaltece jovialidade, beleza e inteireza. As culturas ocidentais têm pavor ao processo natural de envelhecimento, enquanto as culturas orientais têm uma visão muito positiva e respeitosa dos idosos. As questões de imagem corporal geralmente estão associadas a autoestima e autoconceito prejudicados.

FIGURA 34-2 A aparência de um indivíduo influencia o autoconceito. (iStock.com/stocknroll.)

Desempenho de Papéis

O **desempenho de papéis** é o modo como os indivíduos percebem sua habilidade em assumir papéis significativos (p. ex., pai, supervisor, companheiro ou amigo próximo). As mudanças naturais do amadurecimento alteram o desempenho de papéis. Por exemplo, quando um homem tem uma criança, ele torna-se pai. O novo papel de pai exige muitas mudanças de comportamento para que o homem seja bem-sucedido. Os papéis que os indivíduos seguem em dadas situações envolvem socialização, expectativas e padrões de comportamento. Os padrões são estáveis e mudam muito pouco durante a vida adulta.

Os papéis de comportamento ideais numa sociedade são geralmente difíceis de alcançar na vida real. Os indivíduos têm múltiplos papéis e necessidades pessoais que podem entrar em conflito. Adultos bem-sucedidos aprendem a separar as expectativas de papel ideal de possibilidades reais. Para realizar efetivamente múltiplos papéis, a pessoa precisa conhecer os valores e

comportamento esperados, ter vontade de segui-los e ser hábil em buscar os requisitos para alcançá-los. O preenchimento das expectativas leva a um aumento do *self.* Dificuldade ou falha no alcance das expectativas leva a déficits e geralmente contribui para a diminuição da autoestima ou alteração do autoconceito.

Autoestima

A **autoestima** é um sentimento geralmente de automerecimento do indivíduo ou a apreciação emocional do autoconceito. É a mais importante autoavaliação porque ela representa, em geral, um julgamento pessoal de apreço ou valor. A autoestima é positiva quando o indivíduo sente-se capaz, merecedor e competente. Ela está relacionada à sua própria avaliação de sucesso na escola, dentro da família e no convívio social. A avaliação recebida de outras pessoas também tem profunda influência sobre a autoestima de alguém.

Considere que a relação entre o autoconceito atual e o *self* ideal de uma pessoa melhora o entendimento de sua autoestima. O *self* ideal consiste de aspirações, objetivos, valores e condutas de comportamento que uma pessoa considera ideal e esforça-se em atingir. No geral, as pessoas em que o autoconceito está bem próximo do *self* ideal têm elevada autoestima, enquanto aquelas em que o autoconceito difere muito do *self* ideal sofrem de baixa autoestima (Stuart, 2013). Uma vez estabilizado, os sentimentos básicos de *self* tendem a ser constantes, mesmo em situações de crise que poderiam afetar temporariamente a autoestima.

Fatores que Influenciam o Autoconceito

Um estressor de autoconceito é qualquer mudança real ou percebida que ameaça a identidade, imagem corporal ou desempenho de papel (Fig. 34-3). A percepção do indivíduo ao estresse é o fator mais importante que determina sua resposta. A capacidade em restabelecer o equilíbrio a seguir de um estresse está relacionado a inúmeros fatores, incluindo o número de situações de estresse, sua duração e o estado de saúde do indivíduo (Cap. 38). O estresse desafia a

capacidade adaptativa de uma pessoa. As mudanças que ocorrem na saúde física, espiritual, emocional, sexual, familiar e sociocultural afetam o autoconceito. A habilidade em se adaptar com sucesso ao estresse é como liderar um senso positivo de *self*, enquanto a sua falha geralmente leva a autoconceito negativo.

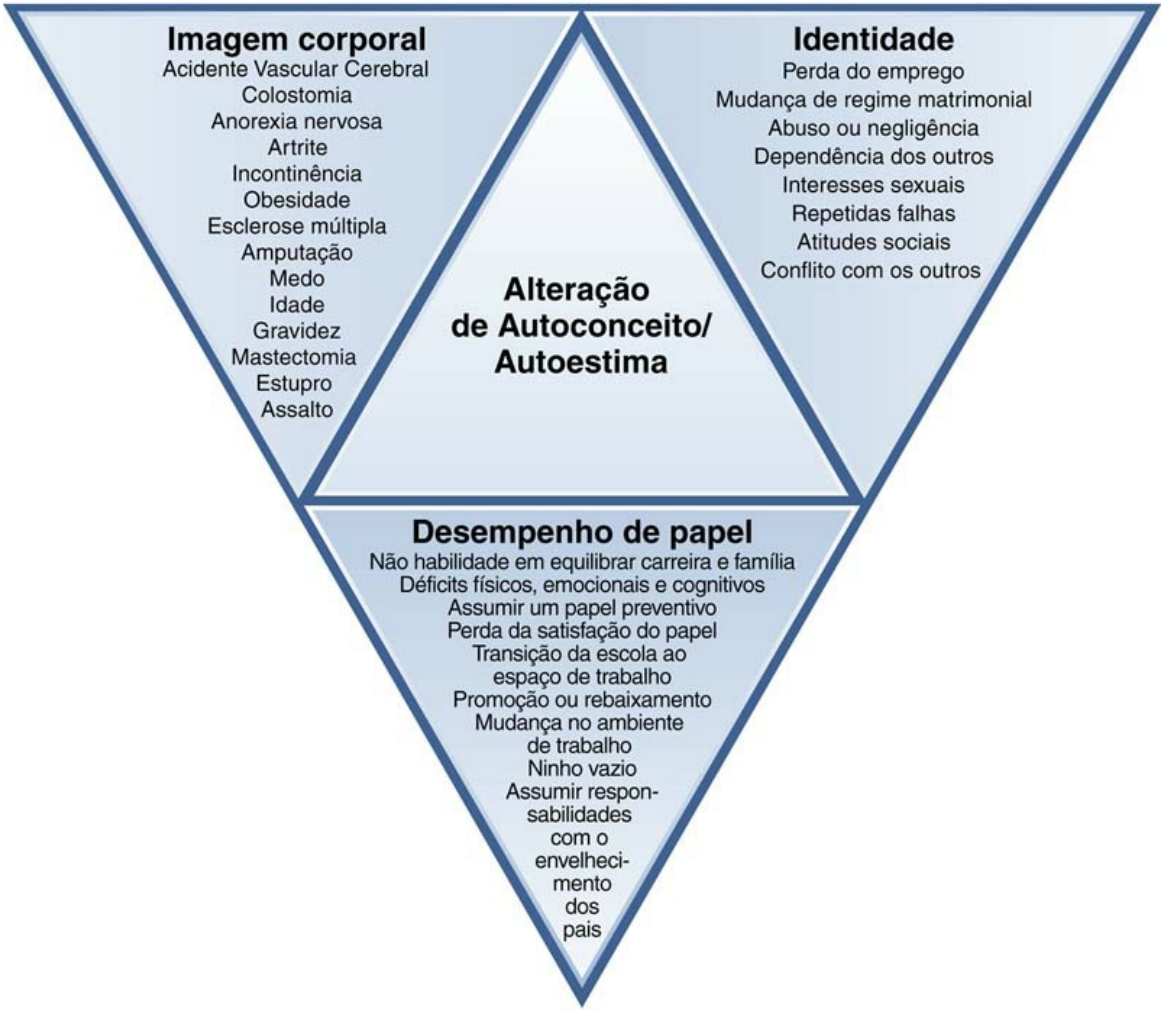


FIGURA 34-3 Estressores comuns que afetam o autoconceito.

Qualquer alteração de saúde é um estresse que potencialmente afeta o autoconceito. Uma alteração no físico algumas vezes leva a uma imagem corporal alterada que afeta a identidade e a autoestima. Enfermidades crônicas geralmente alteram o desempenho de papel,

que muda a identidade e autoestima do indivíduo. Um processo essencial de adaptação à perda é o desenvolvimento de um novo autoconceito. A perda de um companheiro pode levar à perda da identidade e a uma baixa autoestima. Diferentemente da perda de autoestima observada em idosos vulneráveis, a resiliência demonstrada em alguns idosos pode refletir estratégias mais sofisticadas em conduzir perdas.

As situações de estresse como resultado de uma crise também afetam a saúde de uma pessoa. Se a causa de crise de identidade, imagem corporal alterada, baixa autoestima e conflito de papel não é curada, a doença surge. Por exemplo, o diagnóstico de câncer exige demandas adicionais a um estabilizado padrão de vida da pessoa. Isto altera sua apreciação e satisfação a níveis de interações física, emocional e social. Acesse a autoestima, a eficácia de estratégias de enfrentamento, e o apoio social de todos os pacientes. Durante as crises de autoconceito, fontes de apoio e de educação são importantes ao ajudar a pessoa a apreender novos modos de enfrentamento e a responder a eventos ou situações estressantes para manter ou melhorar o autoconceito.

Estressores de Identidade

As situações de estresse afetam a identidade dos indivíduos ao longo da vida, mas particularmente os adolescentes são os mais vulneráveis. Os adolescentes estão tentando se ajustar às mudanças físicas, emocionais e mentais de maturidade crescente, que resultam em insegurança e ansiedade. Isto também se dá quando o adolescente desenvolve sua competência acadêmica e psicossocial (Preckel et al., 2013).

Comparado a um adolescente, um adulto geralmente tem uma identidade mais estável e, portanto, um autoconceito mais firmemente desenvolvido. Os estressores culturais e sociais têm mais impacto sobre a identidade do adulto que os estressores pessoais. Por exemplo, o adulto tem que equilibrar carreira e família ou fazer escolhas honrando tradições religiosas de origem familiar. A **crise de identidade** acontece quando as pessoas não mantêm uma clara,

consistente e contínua consciência de identidade pessoal. A incapacidade em se adaptar a estressores de identidade pode resultar em crise de identidade independentemente do estágio de vida.

Estressores de Imagem Corporal

A mudança na aparência, estrutura ou função de uma parte do corpo requer um ajuste na imagem corporal. A percepção do indivíduo à mudança e a importância relativa atribuída à imagem corporal afetam a significância da perda da função ou da mudança na aparência. Por exemplo, se a imagem corporal de uma mulher ideal inclui os órgãos reprodutivos, a necessidade de uma histerectomia em razão de um diagnóstico de câncer uterino é uma significativa alteração que pode resultar na perda de feminilidade ou inteireza. Mudanças na aparência do corpo como uma amputação, desfiguração facial ou cicatrizes pós-queimaduras são obviamente estressores que afetam a imagem corporal. A mastectomia e a colostomia são procedimentos cirúrgicos que afetam a aparência e a função do corpo, ainda que as alterações típicas não apareçam aos outros quando o indivíduo está vestido. Apesar de serem praticamente imperceptíveis aos outros, estas alterações têm significativo impacto sobre o indivíduo. Até mesmo algumas alterações eletivas, como aumento ou redução dos seios, afetam a imagem corporal. Enfermidades crônicas como doença cardíaca ou renal afetam a imagem corporal porque o corpo já não desempenha as funções no seu nível ótimo. O paciente tem que se ajustar à diminuição da tolerância a exercícios que impacta sua habilidade no desempenho de atividades normais do seu dia a dia. Além disso, gravidez, perda ou ganho significativo de peso, manejo farmacológico de uma doença ou radioterapia também mudam a imagem corporal. A imagem corporal negativa geralmente leva a resultados de saúde adversos.

A resposta da sociedade a mudanças físicas em um indivíduo geralmente depende das condições em torno da alteração. Algumas mudanças sociais permitiram que o público respondesse mais favoravelmente às doenças e imagem corporal alteradas. Por exemplo, a mídia com frequência apresenta histórias positivas sobre pessoas

que se ajustam de uma maneira saudável a sérios danos (p. ex., o surfista Bethany Hamilton, que perdeu um membro) ou que se adaptam a uma enfermidade debilitante (p. ex., a doença de Parkinson do ator Michael J. Fox). Essas histórias mudam a consciência e a percepção pública do que constitui uma incapacidade e funcionam como modelos de papéis positivos para indivíduos que estejam enfrentando estressores de autoconceito assim como seus familiares, amigos e sociedade como um todo. Em vista da crescente epidemia de obesidade nas culturas ocidentais, os pais e profissionais da saúde precisam checar os problemas com manutenção de peso sem causar mais danos à imagem corporal. Proporcionar um ambiente social que foque mais na saúde e atividade física do que na magreza das garotas ou na musculosidade dos garotos pode elevar potencialmente a satisfação dos adolescentes com seu corpo.

Estressores de Desempenho do Papel

Ao longo da vida uma pessoa sujeita-se a inúmeras mudanças de papéis. As transições de situação ocorrem quando pais, cônjuges, filhos ou amigos próximos morrem ou as pessoas se mudam, casam, divorciam ou trocam de emprego. É importante reconhecer que mudar do estado de doença para o de bem-estar é tão estressante quanto mudar do estado de bem-estar para o de doença. Qualquer uma dessas transições pode levar a um conflito de papéis, ambiguidade dos papéis, papel defensivo ou sobrecarga de papéis.

Conflito de papéis acontece quando uma pessoa tem que assumir simultaneamente dois ou mais papéis inconsistentes, contraditórios ou mutuamente exclusivos. Por exemplo, quando uma mulher de meia-idade com filhos adolescentes assume a responsabilidade de cuidar de seus pais mais velhos, os conflitos ocorrem tanto em relação à mãe com seus filhos quanto à filha com seus pais. Ao negociar um equilíbrio de tempo e energia entre filhos e pais, surge o conflito de papéis. A importância dada a cada papel conflitante influencia o grau de conflito vivido.

O **papel de doente** envolve as expectativas dos outros e da sociedade de como um indivíduo doente se comporta. O conflito de

papel ocorre quando as expectativas da sociedade em geral (cuide-se e você vai melhorar) e as expectativas dos companheiros de trabalho (necessidade de entregar um trabalho apesar da doença) colidem. O conflito de cuidar de si enquanto entrega tudo feito é o maior desafio.

Ambiguidade de papel envolve expectativas de papel incerto, o que faz as pessoas não terem certeza do que fazer ou como fazer, gerando estresse e confusão. A ambiguidade de papel é comum durante a adolescência. Pais, colegas e a mídia pressionam os adolescentes a assumirem o papel de adultos, ainda que a muitos faltem recursos necessários para irem além do papel de uma criança dependente. A ambiguidade do papel é comum nas situações de trabalho. Em organizações complexas, que mudam rapidamente ou altamente especializadas, os trabalhadores geralmente tornam-se inseguros sobre as expectativas de trabalho.

Tensão do papel combina o conflito de papéis e a ambiguidade de papel. Alguns definem tensão do papel como um sentimento de frustração quando a pessoa sente-se inadequada ou incapaz de desempenhar um papel, como cuidar de um familiar com doença de Alzheimer.

Sobrecarga de papéis corresponde a ter mais papéis ou responsabilidades dentro de um papel do que são administráveis. É comum em indivíduos que, sem sucesso, tentam atender às demandas do trabalho e da família durante seu tempo livre. Geralmente em períodos de doença ou mudança, tanto aqueles envolvidos quanto o indivíduo ou um outro significante que esteja doente encontram-se numa sobrecarga de papéis.

Estressores da Autoestima

No geral, os indivíduos com autoestima elevada são mais resilientes e mais hábeis em lidar com demandas e situações de estresse do que aqueles com autoestima baixa. A baixa autovalorização contribui a um sentimento de não realização e desconexão perante os outros. A diminuição da autovalorização pode resultar em uma potencial depressão e inquietação incessante ou ansiedade. Enfermidades, cirurgia ou acidentes que alterem o padrão de vida também

influenciam sentimentos de automerecimento/mérito. Enfermidades crônicas como diabetes, artrite e doença cardíaca exigem mudanças nos padrões de comportamento aceitos e assumidos ao longo do tempo. Meninas e garotas adolescentes com doenças crônicas como a síndrome da fadiga crônica ou dor de cabeça crônica/enxaqueca são particularmente vulneráveis à autoestima baixa (Pinquart, 2012). Quanto mais uma doença crônica interfere no desempenho da pessoa em atividades que contribuem com sentimentos de mérito e sucesso, mais ela afeta a autoestima.

Os estressores da autoestima variam com os estágios do desenvolvimento. A perceptível incapacidade em atender às expectativas dos pais, duras críticas, disciplina inconsistente e rivalidade não resolvida entre irmãos reduzem o nível de autovalorização da criança. Um marco no desenvolvimento, como uma gravidez, introduz estressores de autoconceito únicos e tem significativas implicações à saúde. Para alguns jovens em desvantagem econômica, o comportamento de sexo seguro não é sempre valorizado, e a gravidez acaba reforçando uma identidade cultural. A baixa autoestima na adolescência também tem consequências significativas na vida adulta, como a saúde precária, o comportamento criminoso e as perspectivas econômicas limitadas em relação a adolescentes com elevada autoestima. Autoestima e comportamentos saudáveis estão entrelaçados. O autoconceito orienta a comportamentos saudáveis e organiza ações relacionadas à saúde (Thomas e Moring, 2014). Entre os estressores que afetam a autoestima de um adulto está a falha no trabalho e o insucesso em relacionamentos. Os estressores que afetam a autoestima de idosos incluem problemas de saúde, declínio da condição econômica, perda do cônjuge ou luto, perda de auxílio social e o reduzido alcance de experiências após a aposentadoria (Quadro 34-3).

Quadro 34-3

Foco em idosos

Melhora do Autoconceito em Idosos

O autoconceito algumas vezes é afetado negativamente em idosos devido às inúmeras mudanças na vida. Entretanto, em alguns indivíduos, o avanço da idade melhora as estratégias de enfrentamento que os protegem contra o declínio de sentimentos de autoestima, apesar das mudanças físicas e emocionais associadas ao envelhecimento (Touhy e Jett, 2014). As intervenções de enfermagem que objetivam melhorar o autoconceito e a autoestima em idosos são essenciais, particularmente durante uma doença, lesão ou incapacidade.

Implicações para a Prática

- Esclareça o que as mudanças na vida significam e seus efeitos sobre o autoconceito. Discuta problemas de saúde, declínio da condição socioeconômica, perda do cônjuge ou luto e perda de auxílio social após a aposentadoria.
- Conduza conversas para entender os desafios dos pacientes aos ajustes de percepção da imagem corporal como parte do envelhecimento e de alterações associadas a doenças, danos e incapacidades.
- Avalie completamente as queixas dos pacientes e, se não houver explicação física, incentive-os a verbalizar suas necessidades (p. ex., medo, insegurança, solidão) de uma forma não física (Stuart, 2013).
- Identifique mecanismos negativos e positivos de enfrentamento. Apoie estratégias eficazes.
- Forneça recursos que ajudem o paciente a aprender novos mecanismos positivos de enfrentamento.
- Incentive o hábito de contar histórias e rever fotografias antigas.
- Modifique as intervenções de enfermagem de pacientes com demência a fim de apoiar o autoconceito; reconheça que o autoconceito no início da demência está em grande parte intacto (Clare et al., 2012).
- Vale a pena se comunicar com o idoso ouvindo-o ativamente e

aceitando os sentimentos da pessoa, sendo respeitoso e elogiando comportamentos saudáveis.

- Estabeleça tempo adicional para completar as tarefas. Reforce os esforços de independência dos mais velhos (Touhy e Jett, 2014).

O Efeito da Família no Desenvolvimento do Autoconceito

A família tem um papel-chave na criação e manutenção do autoconceito de seus membros. As crianças desenvolvem o senso básico de quem são a partir dos seus cuidadores. Uma criança também recebe de seus familiares as condutas aceitáveis de pensamento, sentimento e comportamento. Às vezes, pais bem-intencionados cultivam autoconceitos negativos nas crianças. Alguma literatura sugere que os pais são a mais importante influência no desenvolvimento de uma criança, ainda que variações mínimas da abordagem paternal dependam da cultura. Especificamente, a positiva autoestima e o sucesso escolar de uma criança são resultado de pais com estilo firme, consistente e amoroso. O elevado apoio e monitoramento paternais estão relacionados à melhor autoestima e comportamentos de risco baixo. Os pais que são ásperos, inconsistentes ou com baixa autoestima geralmente comportam-se de maneira que favorece o autoconceito negativo de seus filhos. A comunicação positiva e o apoio social favorecem a autoestima e o bem-estar na adolescência. Para reverter o autoconceito negativo de um paciente, avalie primeiro como a família se relaciona (Cap. 10). Fatores como família e cultura às vezes influenciam práticas de saúde negativas, como o consumo excessivo de bebida (Quadro 34-4). A alteração do autoconceito demanda uma prática baseada em evidências com apoio de toda a equipe de saúde.

Quadro 34-4

Prática baseada em evidências

O Autoconceito e seu Impacto no Consumo de Bebidas Alcoólicas entre Adolescentes

Questão PICO: Como o autoconceito influencia o consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes de risco?

Resumo da Evidência

O baixo autoconceito pode preceder ou até mesmo incentivar o consumo alcoólico em adolescentes (Dudovitz et al., 2013). Uma vez que muitos adolescentes adquirem comportamentos com alto risco de morbidade e mortalidade, ajudar estes jovens a desenvolver um autoconceito saudável pode prevenir comportamentos de risco como o consumo de bebida alcóolica nessa fase (CDC, 2014). Em 2013, dois terços dos alunos de colegial disserem beber; 34,9% referiram o uso recorrente do álcool atual e 20,8% disseram beber durante a farra (CDC, 2014). No geral, a prevalência de bebedores tanto em homens como em mulheres foi maior entre estudantes brancos, seguidos de hispânicos e então de estudantes negros. É importante identificar os fatores de risco e proteção quando for criar programas de prevenção do consumo de bebidas alcóolicas. Aumente as oportunidades em aprender habilidades comunicativas e incentive comportamentos alternativos que possam diminuir comportamento de risco de um adolescente no consumo de bebidas alcoólicas.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Entre os esforços na prevenção do alcoolismo estão o manejo do estresse e o aumento da autoestima.
- Uma ação de atendimento prioritária é a de levantamento das estratégias de enfrentamento de crianças e adolescentes. As técnicas apropriadas incluem comunicação, resolução de conflito e manejo do estresse (Dudovitz et al., 2013).
- Família, colegas, professores e profissionais da saúde devem estimular o orgulho cultural dos estudantes, o qual impulsiona o autoconceito e o uso de fatores protetores contra fatores de risco,

como beber.

- Fatores comportamentais, sociais e familiares são questões importantes para se trabalhar durante a pré-adolescência e a adolescência.
- A identificação precoce de fatores de risco para o uso de drogas e álcool, que incluem predisposição genética, ambiente familiar e identidade cultural, precisa ser prioridade aos profissionais de saúde (CDC, 2014).

O Efeito do Profissional de Enfermagem no Autoconceito do Paciente

A aceitação de um paciente com alteração do autoconceito pode promover uma mudança positiva. Geralmente, isso simplesmente envolve sentar com o paciente e formar uma terapêutica de relacionamento. Quando a aparência física do paciente está alterada, é provável que tanto o paciente como a família olhem os enfermeiros e busquem observar respostas e reações verbais e não verbais destes profissionais à alteração da aparência. Você precisa permanecer consciente de seus sentimentos, ideias, valores, expectativas e julgamentos. A autoconsciência é crítica no entendimento e na aceitação dos outros. Os profissionais de enfermagem recebem seu autoconceito e sua identidade profissional da imagem pública; ambiente de trabalho; educação; e de seus valores profissional, social e cultural (Ten Hoeve et al., 2014). Eles precisam avaliar e ter claro consigo mesmos os seguintes problemas de autoconceito:

- Pensamentos e sentimentos sobre estilo de vida, saúde e doença.
- Consciência de como sua própria comunicação não verbal afeta pacientes e familiares.
- Valores e expectativas pessoais e como isso afeta os pacientes.
- Habilidade em transmitir uma atitude de não julgamento aos pacientes e familiares.
- Atitudes preconceituosas sobre diferenças culturais de autoconceito e autoestima.

Alguns pacientes com alteração na aparência ou função corporal são

extremamente sensíveis às respostas verbal e não verbal da equipe de cuidados em saúde. Uma abordagem prática e positiva cria um modelo a ser seguido pelo paciente e pela família. Por exemplo, quando se observa uma mudança positiva no comportamento do paciente, note-a e deixe que o paciente encontre seu significado. Os profissionais de enfermagem têm um efeito significativo sobre o paciente ao transmitir interesse e aceitação genuínos. Incluir os problemas de autoconceito no plano e na prestação de cuidados pode influenciar positivamente os resultados. Construir um relacionamento de confiança enfermeiro-paciente que incorpore o paciente e a família no processo de tomada de decisão melhora o autoconceito e a autoestima. Você pode individualizar sua abordagem, destacando as necessidades únicas de um paciente e incorporando práticas alternativas ou métodos de expressão espiritual ao plano de cuidados. É importante que os profissionais de saúde compreendam o grau em que a autoestima e a sexualidade afetam os resultados do paciente.

O cuidado de enfermagem afeta significativamente a imagem corporal de um paciente. Por exemplo, a imagem corporal de uma mulher após uma mastectomia é positivamente influenciada ao se demonstrar aceitação da cicatriz do procedimento. Por outro lado, o profissional de enfermagem que tem uma expressão facial de choque ou nojo contribui no desenvolvimento de uma imagem corporal negativa naquela mulher.

Pensamento crítico

Um pensamento crítico de sucesso requer síntese de conhecimento, experiência, informação coletada de pacientes e familiares, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectual e profissional. Os julgamentos clínicos requerem que você antecipe informação, analise os dados e tome decisões em respeito aos cuidados com seu paciente. Durante a investigação, considere todos os elementos que permitem um diagnóstico de enfermagem apropriado.

No caso do autoconceito, é essencial integrar conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, incluindo teoria do conceito, princípios de comunicação e considerações a fatores culturais e de desenvolvimento. A experiência prévia em cuidar de pacientes com alterações do conceito ajuda a individualizar o cuidado. O autoconceito influencia profundamente a resposta da pessoa à doença. Uma abordagem de pensamento crítico aos cuidados é essencial.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e utilize uma abordagem de pensamento crítico no cuidado com seus pacientes. O processo de enfermagem promove uma tomada de decisão clínica para que você desenvolva e implemente um plano de cuidados individualizado. A utilização do processo de enfermagem é contínua até a melhora, restauração ou manutenção do autoconceito do paciente.

Histórico de Enfermagem

Durante o histórico de enfermagem, avalie minuciosamente cada paciente e analise criticamente os achados para certificar-se de que as decisões clínicas centradas no paciente e requisitadas para um cuidado de enfermagem seguro foram tomadas. Ao acessar o autoconceito e a autoestima, foque primeiro em cada elemento do autoconceito (identidade, imagem corporal e desempenho de papéis). A investigação inclui a busca de vários comportamentos sugestivos de alteração em autoconceito ou autoestima (Quadro 34-5), estressores de autoconceito potenciais e atuais (Fig. 34-3) e modelos de enfrentamento. A coleta abrangente de dados requer síntese crítica da informação de múltiplas fontes (Fig. 34-4). Além do questionamento direto (Quadro 34-6), reúna grande parte dos dados sobre autoconceito através da observação do comportamento não verbal do paciente e prestando atenção ao conteúdo das suas conversações. Note a maneira como os pacientes falam das pessoas em sua vida, pois isso fornece pistas tanto de relacionamentos de estressantes como relacionamentos de apoio e os papéis-chave que o paciente assume. Utilize o conhecimento dos estágios de desenvolvimento para determinar quais áreas são provavelmente mais importantes ao paciente e questione sobre estes aspectos na vida das pessoas. Por exemplo, pergunte a um paciente com 70 anos de idade sobre sua vida e o que tem importância para ele. A conversa individual provavelmente fornece dados em relação à performance de papéis,

identidade, autoestima, estressores e modelos de enfrentamento.

Quadro 34-5 Comportamentos Sugestivos de Alteração no Autoconceito

- Evita contato visual
- Postura baixa
- Aparência descuidada
- Excessivamente apologético
- Discurso hesitante
- Excessivamente crítico ou irritado
- Choro frequente ou inapropriado
- Autoavaliação negativa
- Excessivamente dependente
- Hesitante em expressar ponto de vista ou opiniões
- Falta de interesse no que está acontecendo
- Atitude passiva
- Dificuldade em tomar decisões
- Comportamentos de automutilação

Conhecimento

- Elementos do autoconceito
- Estressores do autoconceito
- Princípios da comunicação terapêutica
- Indicadores de angústia não verbal
- Fatores culturais que influenciam o autoconceito
- Crescimento e desenvolvimento de conceitos
- Efeito farmacológico das medicações

Experiência

- Cuidados com um paciente que apresenta alteração em imagem corporal, autoestima, papel ou identidade
- Experiência pessoal de ameaça ao autoconceito

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Observe comportamentos sugestivos de alteração no autoconceito do paciente
- Avalie o contexto cultural do paciente
- Avalie procedimentos e recursos de enfrentamento do paciente
- Determine sentimentos e percepções do paciente e sobre mudanças na imagem corporal, autoestima ou papel
- Avalie a qualidade dos relacionamentos do paciente

Padrões

- Apoie a autonomia do paciente em fazer escolhas e expressar valores que estimulem o autoconceito positivo
- Aplique padrões intelectuais de relevância e plausibilidade ao cuidado a fim de ser aceito pelo paciente
- Assegure o direito do paciente à privacidade ao proteger judicialmente a informação de natureza confidencial

Atitudes

- Demonstre curiosidade ao considerar por que um paciente comporta-se de maneira particular
- Demonstre respeito quando suas crenças e valores foram diferentes dos do paciente; reconheça qualquer inconsistência em seus valores ou do paciente
- Corra riscos se necessário ao desenvolver uma relação de confiança com o paciente

FIGURA 34-4 Modelo de pensamento crítico para análise do autoconceito.

Quadro 34-6 Perguntas para a Coleta de Dados

Natureza do Problema

- Como você se descreveria?
- Quais aspectos da sua aparência você gosta?
- Conte-me sobre as coisas que você faz e que o fazem sentir-se bem consigo.
- Conte-me sobre seus papéis principais. Quão eficiente você é em desempenhar cada um desses papéis?

Início e Duração

- Quando você começou a pensar ou sentir-se diferente consigo?
- Há quanto tempo você lida com _____ (especifique identidade, imagem corporal, desempenho de papéis ou autoestima)?
- Você pode se lembrar de um momento quando sentiu-se bem consigo?

Efeito no Paciente

- Conte-me como seu autoconceito afeta sua habilidade de cuidar de si?
- Que impacto sua autoestima tem nos relacionamentos?
- Como a sua autoestima afeta outras áreas da sua vida?
- Você já considerou machucar-se a si (especifique automutilação, gestos suicidas)?

Pela Ótica do Paciente

Um importante fator na investigação do autoconceito é o ponto de

vista da pessoa sobre sua condição de saúde e a influência desta no autoconceito. Dê aos pacientes a oportunidade de contar suas histórias de como eles notam sua doença ou a condição que afeta sua identidade, sua própria imagem e a habilidade em seguir um estilo de vida normal. Investigue suas expectativas de cuidados em saúde e pergunte-lhes como as intervenções farão a diferença. Esta também é uma oportunidade de discutir os objetivos do paciente. Por exemplo, um profissional de enfermagem trabalhando com um paciente que está com ansiedade relacionada a um estudo de diagnóstico próximo sobre suas expectativas de exercícios de relaxamento que eles têm praticado juntos. A resposta do paciente dá ao profissional uma informação valiosa sobre suas crenças e atitudes em relação à eficácia das intervenções e sobre a potencial necessidade de modificar a abordagem.

Comportamentos de Enfrentamento

A investigação também leva em consideração comportamentos de enfrentamento anteriores; a natureza, o número e a intensidade dos estressores; e os recursos internos e externos do paciente. Saber como o paciente lidou com estressores no passado dá uma compreensão do seu estilo de enfrentamento. Os pacientes não enfrentam todos os problemas do mesmo modo, mas eles geralmente utilizam um modelo de enfrentamento familiar frente a novos estressores. Identifique estratégias de enfrentamento anteriores para determinar se esses modelos contribuíram para um funcionamento saudável ou criaram mais problemas. Por exemplo, o uso de drogas ou álcool durante momentos de estresse geralmente cria mais estressores (Cap. 38).

Outros Significantes

Explorar recursos e forças tais como o uso prévio de recursos comunitários ou a disponibilidade dos outros é importante na formulação de um plano de cuidado realista e eficaz. Uma informação valiosa vem da conversa com familiares e outros significantes. Estes últimos têm compreensão do modo como a pessoa lida com

estressores e conhecimento sobre o que é importante ao autoconceito da pessoa. O modo com que outro significante fala do paciente e os comportamentos não verbais de outros significantes fornecem informações do tipo de suporte disponível ao paciente.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Considere cuidadosamente o histórico de enfermagem para identificar as áreas de problema atuais ou potenciais do paciente. Conte com conhecimento e experiência, aplique padrões profissionais apropriados e olhe para os conjuntos de características definidas que indiquem um diagnóstico de enfermagem. A lista seguinte (Herdman e Kamitsuru, 2014) fornece exemplos de autoconceito relacionados aos diagnósticos de enfermagem:

- *Transtorno de Imagem Corporal*
- *Tensão de Papel do Cuidador*
- *Transtorno de Identidade Pessoal*
- *Falha no Desempenho de Papéis*
- *Prontidão da Melhora do Autoconceito*
- *Baixa Autoestima Crônica*
- *Baixa Autoestima Situacional*
- *Risco de Baixa Autoestima Situacional*

Fazer diagnósticos de enfermagem sobre autoconceito é complexo. Geralmente os dados isolados caracterizam mais que um diagnóstico de enfermagem (Quadro 34-7). Por exemplo, um paciente que expressa sentimentos de incerteza e inadequação. Estas são características definidoras tanto para *Ansiedade* quanto para *Baixa Autoestima Situacional*. Perceber que o paciente está demonstrando características definidoras para mais de um diagnóstico de enfermagem leva você a reunir dados específicos para validar e diferenciar problemas subjacentes. Para ajudar na investigação da *Ansiedade* como possível diagnóstico, considere se a pessoa apresenta alguma das seguintes características: a pessoa apresenta aumento da tensão muscular, agitação, senso de estar sendo "sacudida" ou inquietação? Estes sintomas sugerem a *Ansiedade* como o diagnóstico mais provável. Por outro lado, se ele ou ela apresenta autoavaliação

predominantemente negativa, incluindo incapacidade de arcar com situações ou eventos e dificuldade em tomar decisões, estas características sugerem mais propriamente *Baixa Autoestima Situacional*. Para apoiar ainda mais a diferenciação entre os dois diagnósticos provisórios, informações relativas a recentes eventos na vida da pessoa e como ele ou ela se viram no passado fornece uma compreensão do diagnóstico de enfermagem mais apropriado. Assim que se coletam dados adicionais, geralmente o diagnóstico de enfermagem anterior torna-se evidente. Valide o diagnóstico de enfermagem a partir do compartilhamento de observações com o paciente e permita que ele comprove estas percepções. Esta abordagem geralmente resulta em dados adicionais obtidos com o paciente, o que ajuda a esclarecer a situação. Por exemplo, "Eu reparei que você saltou quando toquei seu braço. Sente-se apreensivo hoje?" permite que o paciente verifique se está de fato ansioso e descreva suas preocupações.

Quadro 34-7

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Baixa Autoestima Situacional

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Peça que a paciente explique como se sente e pensa sobre si.	A paciente tem medo e relata pensamentos negativos sobre si. Ela diz que não quer receber nenhuma visita.
Observe o comportamento da paciente e pergunte à família se ela está passando por mudanças emocionais e comportamentais.	A esposa descreve afastamento e relutância de intimidade. Ele descreve a esposa como incapaz de tomar decisões.
Determine se a paciente teve questões com autoestima no passado e quais seus planos para melhorar a autoestima dela.	A paciente nega qualquer questão de autoestima desde a adolescência. Ela é receptiva ao aconselhamento de discutir maneiras de retomar a elevada autoestima.

Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento de enfermagem, sintetize conhecimento,

experiência, padrões e atitudes de pensamento crítico (Fig. 34-5). O pensamento crítico garante que o plano de cuidado do paciente integre informação conhecida sobre o indivíduo e elementos-chave do pensamento crítico (ver Plano de Cuidado de Enfermagem). Os padrões profissionais são especialmente importantes no desenvolvimento de um plano de cuidado. Estes padrões geralmente estabelecem as diretrizes da prática ética ou baseada em evidências para a seleção de intervenções em enfermagem eficazes.

Conhecimento

- Princípios de cuidado para estabelecer confiança
- Intervenções de enfermagem que proporcionem autoconsciência e facilitem mudança no autoconceito
- Dinâmica familiar
- Serviços disponíveis e oferecidos por profissionais de saúde e instituições comunitárias

Experiência

- Estabelecer harmonia com os diversos pacientes
- Observar as respostas de pacientes anteriores às intervenções de enfermagem a fim de sustentar ou melhorar o autoconceito do paciente

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Escolha terapias que fortaleçam ou mantenham os procedimentos de enfrentamento do paciente
- Envolva o paciente nesse processo para garantir que terapias realistas sejam escolhidas
- Refira-se aos serviços comunitários conforme apropriado
- Minimize os estressores que afetam o autoconceito do paciente

Padrões

- Mantenha a dignidade e identidade do paciente
- Demonstre padrões de cuidado éticos

Atitudes

- Pense independentemente; explore as várias abordagens para se chegar à questão/problema
- Seja criativo; esteja disposto a tentar intervenções únicas
- Mostre perseverança; alterações no autoconceito geralmente ocorrem lentamente; continue a sustentar a visão de que a mudança é possível

FIGURA 34-5 Modelo de pensamento crítico para o planejamento do autoconceito.

Outro método para ajudar num plano de cuidados é o uso de um mapa conceitual. Um exemplo de mapa conceitual ilustrativo (Fig. 34-6) mostra a relação de um problema de saúde primário (pós-operatório de uma mastectomia bilateral radical) com quatro diagnósticos em enfermagem e diversas intervenções. O mapa conceitual mostra como os diagnósticos em enfermagem estão inter-relacionados. Ele também ajuda a mostrar as inter-relações entre as intervenções em enfermagem. Uma simples intervenção em enfermagem pode ser eficaz para mais de um diagnóstico.

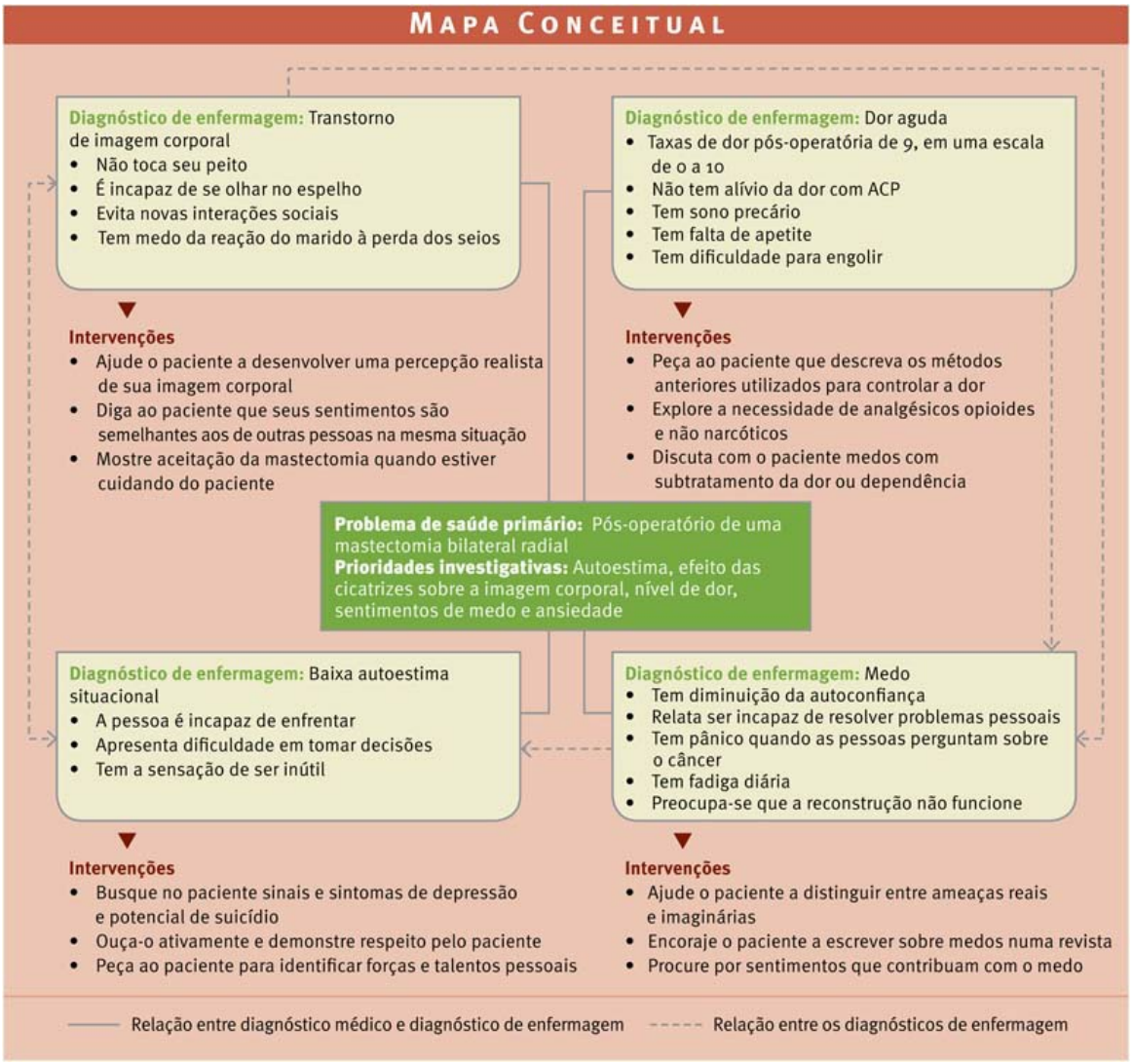


FIGURA 34-6 Mapa conceitual para a Sra. Johnson. *ACP*, Analgesia Controlada pelo Paciente.

Objetivos e Resultados

Desenvolva um plano de cuidado individualizado para cada diagnóstico em enfermagem. Trabalhe em colaboração com o paciente para estabelecer expectativas realistas de acompanhamento. Tenha certeza de que os objetivos são individuais e reais com resultados mensuráveis. Ao estabelecer os objetivos, consulte o paciente se eles são alcançáveis. Consultar outras pessoas importantes para o paciente, clínicos em saúde mental e recursos comunitários resulta em um

plano mais abrangente e viável. Quando você estabelecer objetivos, considere os dados necessários para demonstrar que o problema do paciente mudaria se o diagnóstico em enfermagem fosse conduzido. O critério do resultado deve refletir essas mudanças. Por exemplo, um paciente diagnosticado com *Baixa Autoestima Situacional relacionada a recente demissão do emprego.* Estabeleça um objetivo: "A autoestima e o autoconceito do paciente irão melhorar em 1 semana". Exemplos de resultados esperados voltados a esse objetivo incluem os seguintes:

- O paciente discute no mínimo três áreas de sua vida que estão caminhando bem.
- O paciente está apto a reconhecer que perder um trabalho não é reflexo de seu mérito como pessoa.
- O paciente comparece a grupos de apoio e sessões de rede de trabalho para profissionais em busca de trabalho.

Definindo Prioridades

Um plano de cuidados apresenta os objetivos, resultados esperados e intervenções para o paciente com uma alteração no autoconceito. As intervenções ajudam o paciente a se adaptar a estressores que levam a transtornos de autoconceito e apoiam e reforçam o desenvolvimento de métodos de enfrentamento. Geralmente o paciente percebe uma situação como esmagadora e sente-se sem esperença em voltar ao nível prévio de funcionamento. Ele geralmente precisa de tempo para se adaptar às mudanças físicas, porém pode trabalhar para a melhora progressiva no autoconceito e autoestima.

Estabelecer prioridades inclui utilizar a comunicação terapêutica para acessar questões de autoconceito, o que garante que a habilidade do paciente em falar de suas necessidades físicas é maximizada. Busque por forças tanto no indivíduo quanto na família e forneça recursos e educação para transformar limitações em fortalezas. A aprendizagem do paciente cria entendimento da normalidade de certas situações (p. ex., natureza de uma doença crônica; mudança em relacionamentos; efeito de uma perda). Geralmente, uma vez que os pacientes compreendem suas situações, seu senso de desesperança e impotência diminui.

Time de Trabalho e Colaboração

As percepções das pessoas significativas de um paciente são importantes por se incorporarem ao plano de cuidados. Os indivíduos que vivenciaram déficits de autoconceito antes do episódio atual de tratamento têm geralmente estabelecido um sistema de apoio que inclui clínicos de saúde mental, igreja e outros recursos comunitários. Antes de incluir familiares, consulte o desejo do paciente pelo seu envolvimento e as normas culturais sobre quem geralmente toma as decisões na família. Pacientes que estão passando por ameaças ou alterações no autoconceito geralmente se beneficiam da colaboração com saúde mental e recursos comunitários por proporcionarem aumento da consciência. Recursos adicionais incluem fisioterapia, terapia ocupacional, saúde comportamental, serviços sociais e pastoral. O conhecimento da disponibilidade de recursos permite encaminhamentos adequados.

Plano de cuidado de enfermagem

Transtorno de Imagem Corporal

Histórico de enfermagem

A Sra. Johnson, uma mulher de 45 anos de idade, casada, que passou por uma mastectomia bilateral radical devido a um câncer mamário maligno, foi encaminhada à Susan Carr, uma estudante de enfermagem. Susan completou a avaliação física da Sra. Johnson. Depois que a Sra. Johnson foi adequadamente medicada para dor, a Srta. Carr sentou-se para discutir como a mastectomia tem afetado o autoconceito e a autoestima da Sra. Johnson.

Achados da Avaliação	*Achados/Características Definidoras**
Avalie identidade e preocupações de imagem corporal (p. ex., papel sexual, feminilidade). Pergunte como a perda dos seios afetou seu senso de *self*.	A Sra. Johnson tem o **olhar longe, balança sua cabeça** e confessa: **"Eu me sinto menos mulher**. Meu marido diz que eu continuo atraente, mas eu não acredito nele".
Observe o humor e o afeto da Sra. Johnson e sua comunicação	A Sra. Johnson demonstra intermitente contato visual, com frequência **chora quando sozinha**, puxa o vestido do hospital

não verbal e interações com os outros.	com força contra o peito e mantém conversações superficiais com os familiares.
Avalie o envolvimento da Sra. Johnson em atividades de autocuidado.	A Sra. Johnson é incapaz de decidir quando tomar banho, pentear-se ou aplicar uma maquiagem típica. Ela evita olhar-se no espelho.
Pergunte à Sra. Johnson se ela gostaria de ter a oportunidade de participar de atividades de tratamento.	A **Sra. Johnson evita** olhar ou tocar seu peito e **não tem questionamentos** sobre sua condição. "Eu não sei se eu quero fazer algo exatamente agora."

* Características definidoras aparecem em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Transtorno de imagem corporal relacionada à visão negativa do *self* após mastectomia

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	***Resultados Esperados (NOC)*** †
A Sra. Johnson demonstrará práticas de autocuidado dentro de 2 dias e relatará melhora do autoconceito dentro de 4 dias.	*Autoestima* A Sra. Johnson vai em busca de enfeites básicos e necessidades de higiene dentro de 2 dias e relata melhora nos sentimentos de autoaceitação e automerecimento dentro de 4 dias. *Desempenho de Papéis* A Sra. Johnson descreve mudanças de papéis associadas com a mastectomia e relata comprometimento em participar de recursos comunitários desde o dia da alta. *Imagem Corporal* A Sra. Johnson demonstra uma adaptação positiva às alterações na aparência corporal dentro de uma semana.

† Critérios de classificação de resultados segundo Moorhead S et al.: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC) ‡	JUSTIFICATIVAS
Melhora da Autoestima	
Use técnicas de comunicação para estimular um ambiente e atividades que irão aumentar a autoestima. Monitore as declarações de automerecimento da Sra. Johnson.	Uma relação terapêutica enfermeiro-paciente proporciona resultados positivos ao paciente, incluindo o papel de se responsabilizar por seu próprio cuidado (Stuart, 2013).
Encoraje o aumento da responsabilidade sobre si e ajude o paciente a aceitar a dependência dos outros como adequado.	Autoestima e imagem corporal são fortes preditores de depressão. O profissional de enfermagem deve avaliar pensamentos e sentimentos, incluindo depressão e risco de suicídio, para garantir a segurança do paciente e fazer as referências adequadas. Promovendo o autocuidado melhora-se o autoconceito, incluindo aumento no desempenho de papéis (Stuart,

	2013).
Melhora do Papel	
Ajude a Sra. Johnson a identificar mudanças em papéis específicos provocadas pela mastectomia.	Somente depois que o profissional de enfermagem define cuidadosamente o problema, as escolhas alternativas podem ser propostas (Stuart, 2013).
Melhora da Imagem Corporal	
Promova um cuidado centrado no paciente para apoiar as práticas de autocuidado e aceitação das alterações na aparência física.	Uma ameaça à imagem corporal e ao autoconceito como um todo influencia práticas de autocuidado e aceitação às mudanças na aparência física.

‡ Critérios de classificação das intervenções segundo Bulechek GM et al., editors: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Resultados Alcançados***
Pergunte à Sra. Johnson quanto efetivamente ela sente-se hábil a identificar e expressar sentimentos, verbalmente e não verbalmente.	A Sra. Johnson afirma: "Eu estou preparada para falar com meu marido até mesmo sobre as minhas preocupações de que ele não me ache mais atraente".	Nota-se melhora das comunicações verbal e não verbal
Monitore mudanças nas declarações da Sra. Johnson sobre si.	A Sra. Johnson está fazendo menos comentários negativos e avalia a imagem corporal de forma mais realista, porém permanece insatisfeita com sua aparência.	Pequena melhora na autoestima; a imagem corporal é mais realista, porém continua negativa Discute imagem corporal com o marido e a estudante de enfermagem
Observe a participação da Sra. Johnson no autocuidado relacionado à mastectomia.	A Sra. Johnson está mais assertiva em completar a higiene básica; usa um espelho para examinar a cicatriz da mastectomia.	Encontrando necessidades de autocuidado

Implementação

Como em todos os passos do processo de enfermagem, a relação terapêutica enfermeiro-paciente é central na fase de implementação. Colaborativamente você desenvolve os objetivos e os critérios de resultado, e então considera as intervenções de enfermagem para

promover um autoconceito saudável e ajudar o paciente a se dirigir aos seus objetivos. Para identificar as intervenções de enfermagem eficazes, considere cada diagnóstico de enfermagem e individualize intervenções que atendam o diagnóstico. Colaborar com os membros da equipe de saúde maximiza a abrangência da abordagem às questões do autoconceito. Independentemente do cenário de cuidados em saúde, é importante trabalhar com pacientes e seus familiares ou outras pessoas importantes a fim de prover um autoconceito saudável. Por exemplo, selecione intervenções de enfermagem que ajudam os pacientes a se recuperarem ou restaurarem os elementos que contribuem para um forte e seguro senso de *self*. As abordagens escolhidas variam de acordo com o nível de cuidado requerido.

Promoção de Saúde

Trabalhe com pacientes para ajudá-los a desenvolver estilos de vida saudáveis que contribuam para um autoconceito positivo. Medidas que apoiem a adaptação ao estresse, como nutrição apropriada, exercício regular dentro das capacidades do paciente, sono e descanso adequados e práticas redutoras de estresse, contribuem para um autoconceito saudável. Profissionais de enfermagem estão numa posição única de identificar práticas de estilo de vida que coloquem o autoconceito de uma pessoa em risco ou sugiram alteração no autoconceito. Por exemplo, um jovem professor visita uma clínica com reclamações de não conseguir dormir e ter ataques de ansiedade. Ao coletar o histórico de enfermagem, emergem práticas de estilo de vida como descansar muito pouco, um grande número de mudanças de vida ocorrendo simultaneamente e o uso excessivo de álcool. Estes dados, quando reunidos, sugerem transtorno atual ou potencial do autoconceito. Determine como a visão do paciente de elementos variados de estilo de vida facilita seu despertar para comportamentos e escolhas referenciais ou fornece necessidade de ensino em saúde.

Cuidado Agudo

No tratamento agudo, alguns pacientes passam por potenciais

ameaças ao seu autoconceito devido à natureza do tratamento e/ou procedimentos diagnósticos. As ameaças ao autoconceito de uma pessoa geralmente resultam em ansiedade e/ou medo. Como profissional de enfermagem, você precisa discutir os inúmeros estressores do paciente, incluindo medo de diagnósticos não conhecidos (testes diagnósticos), a necessidade de mudança do estilo de vida e antecipar alterações em funcionamento. No cenário do cuidado agudo existe geralmente mais de um estressor, aumentando, portanto, o nível de estresse em geral para o paciente e a família.

Enfermeiros no cenário de cuidado agudo encontram pacientes com a necessidade de se adaptarem a uma imagem alterada do corpo, resultado de uma cirurgia ou outra mudança física. Com um tempo de permanência curto, é difícil abordar essas necessidades em um cenário de cuidado agudo; portanto, acompanhamento e referenciais adequados, incluindo o cuidado domiciliar, são essenciais. Permaneça sensível ao nível de aceitação do paciente a quaisquer mudanças. Forçar confrontos com uma mudança antes de o paciente estar pronto atrasa sua aceitação. Os sinais de que a pessoa está receptiva à mudança inclui fazer perguntas relacionadas a como gerir um aspecto particular do que aconteceu ou olhar para uma área alterada do corpo. Assim que o paciente expressar estar pronto para integrar a mudança corporal ao seu autoconceito, avise-o sobre grupos de apoio que estão disponíveis e ofereça-se para fazer um contato inicial.

Cuidado Restaurativo e Contínuo

Geralmente no ambiente de cuidado domiciliar o enfermeiro tem mais de uma oportunidade para trabalhar com o paciente com o objetivo de alcançar um autoconceito mais positivo. As intervenções realizadas com o objetivo de ajudar o paciente a adaptar-se às alterações no autoconceito ou alcançar um autoconceito positivo são baseadas na premissa de que, primeiro, o paciente desenvolve uma compreensão e autoconsciência relacionando problemas e estressores, e então, ações para resolver os problemas e enfrentar os estressores. Um modo de alcançar isso é remodelando os pensamentos e sentimentos do paciente de uma maneira mais positiva. Incorpore essa abordagem no

treinamento do paciente para alterações no autoconceito, incluindo baixa autoestima situacional, que algumas vezes estão presentes no cenário de cuidado domiciliar (Quadro 34-8).

Quadro 34-8

Aprendizagem do paciente

Alterações no Autoconceito

Objetivo

- Baixa autoestima situacional será minimizada no tratamento domiciliar.

Estratégias de Aprendizagem

- Incentive oportunidades para o paciente cuidar de si (Stuart, 2013).
- Extraia as percepções de forças e fraquezas do paciente.
- Reafirme que o paciente é responsável pelo seu comportamento.
- Identifique com o paciente estressores e peça para apreciá-los.
- Analise as respostas de enfrentamento do paciente aos problemas.
- Incorpore morbidades copsiquiátricas (p. ex., depressão, ansiedade, transtornos somáticos) e alterações do autoconceito e imagem corporal quando for planejar abordagens de tratamento.
- Identifique colaborativamente soluções alternativas e incentive alternativas ainda não testadas.
- Continue a reforçar forças e sucessos.

Avaliação

- Confirme a percepção e uso atual melhorado de habilidades comunicativas.
- Observe o nível de participação em decisões que afetam o tratamento.

- Observe o paciente estabelecendo uma rotina simples.
- Observe o paciente tomando as ações necessárias para usar as respostas adequadas de enfrentamento (Stuart, 2013).

Aumente a autoconsciência do paciente, permitindo que ele discuta abertamente sentimentos e pensamentos. Uma intervenção em enfermagem prioritária é o uso especializado de procedimentos de comunicação terapêutica para esclarecer as expectativas do paciente e da família. Essa abertura faz com que a situação seja menos ameaçadora para o paciente e incentiva comportamentos de expansão da autoconsciência. Utilize uma abordagem não julgadora ao receber os pensamentos e sentimentos do paciente, ajude o paciente a esclarecer sua interação com os outros, e seja empático.

Ajude o paciente a definir claramente e identificar mecanismos de enfrentamento positivos e negativos. Trabalhe próximo a ele para analisar respostas adaptativas ou não, constraste alternativas, disponha de um plano e discuta os resultados. Colabore com o paciente em identificar soluções alternativas e desenvolva objetivos realistas a fim de facilitar uma mudança real e incentivar mais comportamentos que atendam aos objetivos estabelecidos. Esboce oportunidades que resultam em sucesso, reforçam as forças e habilidades do paciente e ajudam-no a encontrar a assistência necessária. Incentive o paciente a arriscar decisões e ações para o alcance dos objetivos, ensinando-o a mover-se de um mecanismo de enfrentamento ineficaz a fim de desenvolver estratégias de enfrentamento de sucesso. Apoiar tentativas que são úteis é essencial porque a cada sucesso o paciente é motivado a fazer outra tentativa.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pela Ótica do Paciente

Utilize o pensamento crítico para avaliar a percepção de sucesso do paciente no alcance de cada objetivo e os resultados estabelecidos como esperados (Fig. 34-7). É necessária a frequente avaliação do

progresso do paciente. Aplique conhecimentos de comportamentos e características de um autoconceito saudável quando for rever os atuais comportamentos dos pacientes. Isso determina se os resultados foram alcançados.

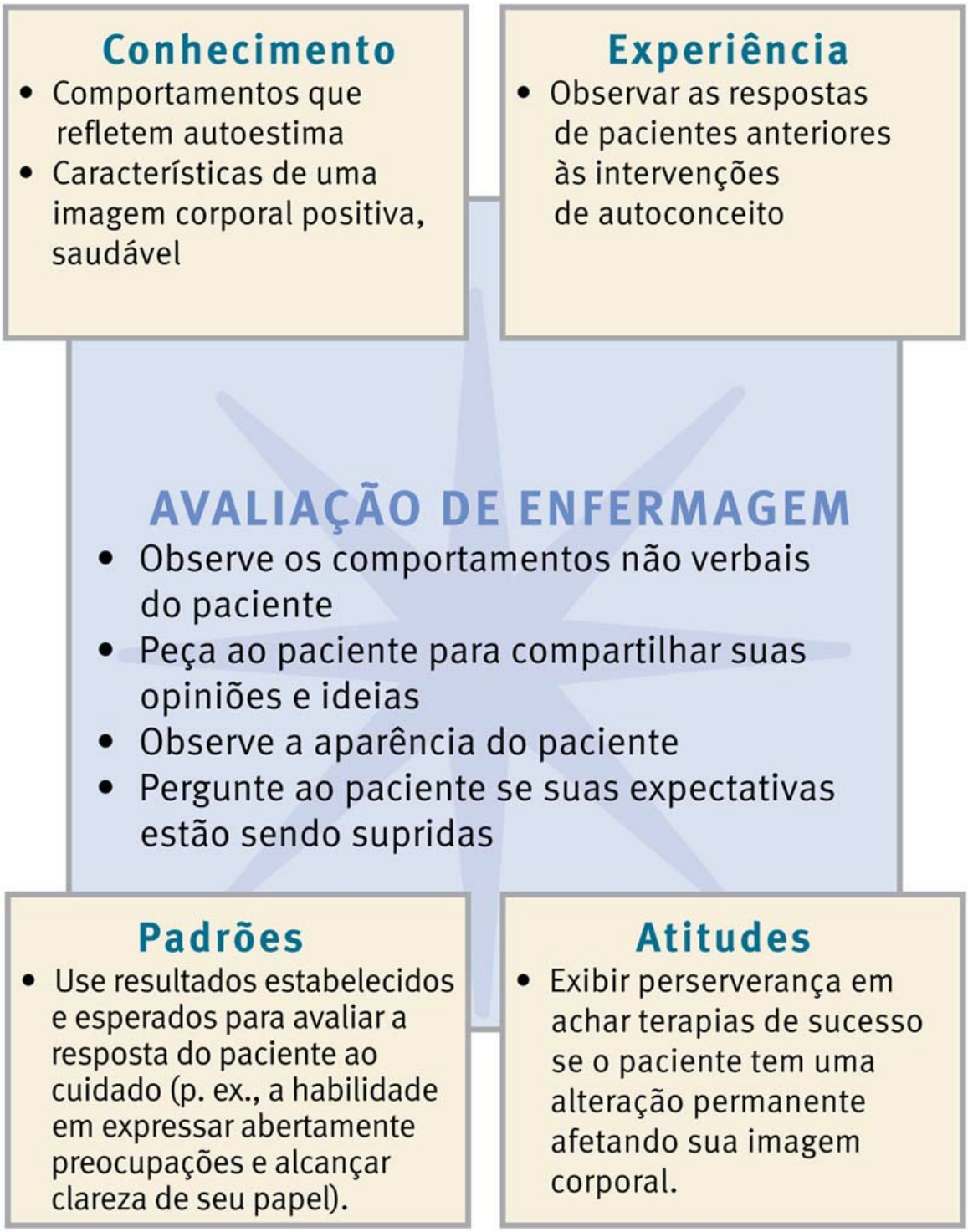


FIGURA 34-7 Modelo de pensamento crítico para avaliação de enfermagem do autoconceito.

Resultados do Paciente

Os resultados esperados de um paciente com um transtorno de autoconceito incluem exibir comportamentos de autoconceito positivo, verbalizar declarações de autoaceitação e aceitar mudanças em aparência ou função. Os indicadores-chave do autoconceito de um paciente são seus comportamentos não verbais. Por exemplo, o paciente que teve dificuldade em fazer contato visual demonstra um autoconceito mais positivo ao fazer contato visual com maior frequência durante uma conversa. Interação social, autocuidado adequado, aceitação do uso de próteses e declarações de entendimento da aprendizagem, todos indicam progresso. Investir em atividades satisfatórias, exercer escolhas no dia a dia, entender suas próprias necessidades durante as transições e adaptar-se às circunstâncias da vida são mostras de autoestima em idosos (Touhy e Jett, 2014). Uma atitude positiva sobre reabilitação e o aumento de independência e um movimento aumentado em direção à independência facilita o retorno aos papéis preexistentes no trabalho e no domicílio. Padrões de interação também refletem mudanças no autoconceito. Por exemplo, um paciente que ficou hesitante para expressar o ponto de vista pessoal mais prontamente dá opiniões e expressa ideias à medida que a autoestima aumenta.

Os objetivos do cuidado algumas vezes se tornam não realísticos ou inapropriados à medida que a condição do paciente muda.

Reveja o plano se necessário, refletindo as experiências exitosas com outros pacientes. A adaptação do paciente às mudanças maiores pode demorar um ano ou mais, mas o fato de que este período é longo não sugere problemas com a adaptação. Procure por sinais de que o paciente reduziu alguns estressores e que alguns comportamentos se tornaram mais adaptados. Se os resultados iniciais com relação ao autoconceito não foram atendidos, individualize as seguintes questões:

- Diga-me o que você faria se não for capaz de retornar ao trabalho (pode ser substituído por escola ou domicílio) conforme planejado.
- Quem você contataria se não estiver se sentindo nada melhor em 2 semanas?
- O que você está fazendo para melhorar ativamente como você se

vê e a sua percepção de como os outros o veem?

- Como você saberá que o seu sentimento de valor está melhorando?

Mudanças em autoconceito levam tempo. Apesar da mudança ser geralmente lenta, o cuidado do paciente com o desequilíbrio do autoconeito é recompensador.

Pontos-chave

- Autoconceito é um conjunto integrado de atitudes e percepções, conscientes e inconscientes, sobre si.
- Os elementos do autoconceito são identidade, imagem corporal e desempenho de papéis.
- Cada estágio do desenvolvimento envolve fatores que são importantes para o amadurecimento de um autoconceito saudável e positivo.
- A identidade é particularmente vulnerável na adolescência.
- Os estressores de imagem corporal incluem alterações na aparência física, estrutura e funcionamento causado por mudanças normais do desenvolvimento ou doença.
- Os estressores de autoestima incluem mudanças no desenvolvimento e de relacionamento, doença, cirurgia, acidentes e as respostas dos outros indivíduos às alterações resultantes desses eventos.
- Estressores de papéis, incluindo conflito de papéis, ambiguidade de papéis e tensão de papel resultam em expectativas de papel não claras ou conflituosas; os efeitos de uma doença geralmente agravam isso.
- O autoconceito de um profissional de enfermagem e suas ações tem um efeito sobre o autoconceito do paciente.
- Planejar e implementar as intervenções de enfermagem para alteração de autoconceito envolve expandir a autoconsciência do paciente, encorajar a autoexploração, contribuir à autoavaliação, ajudando-o a formular metas relacionadas à adaptação, e a alcançá-las.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Uma mulher de 50 anos está se recuperando de uma mastectomia bilateral. Ela se recusa a comer, desencoraja visitas e dá pouca atenção à sua aparência. Uma manhã, o enfermeiro entra no quarto e vê a paciente com cabelos penteados e maquiada. Qual das seguintes é a melhor resposta esperada deste profissional?
    1. "Qual é a ocasião especial?"
    2. "Você deve estar se sentindo melhor hoje."
    3. "Essa é a primeira vez que vejo você parecendo estar bem."
    4. "Vejo que você penteou seu cabelo e se maquiou."
2. Um paciente de 30 anos foi diagnosticado com transtorno depressivo maior de acordo com o diagnóstico de enfermagem de *Baixa Autoestima Crônica relacionada à visão negativa de si.* Quais das seguintes seria a intervenção mais esperada de um profissional de enfermagem? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Encorajar sua reconexão com amigos do colégio
    2. Encenar para melhorar os procedimentos assertivos
    3. Focar para identificar forças e realizações
    4. Reservar um tempo para registrar seus pensamentos e sentimentos subjetivos
    5. Explorar com ele novas oportunidades de trabalho
3. Muitos membros da equipe reclamam sobre recorrentes questionamentos de um paciente adulto, como: "Devo tomar um copo de café ou um copo de chá?" e "Devo tomar um banho agora ou esperar até mais tarde?". Qual a interpretação do comportamento do paciente que ajuda os profissionais de saúde a fornecer um ótimo cuidado?
    1. Fazer questionamentos é um comportamento de quem busca atenção.
    2. A incapacidade de tomar decisões reflete um problema de autoconceito.

    3. A dependência da equipe deve ser imediatamente cortada.
    4. A indecisão objetiva testar a reação da equipe.
4. Um paciente com depressão está chorando e verbaliza sentimentos de baixa autoestima e merecimento, como: “Eu sou um fracasso… Não posso fazer nada certo.” Qual é a melhor atitude de um profissional de enfermagem?
    1. Permanecer com o paciente até ele se sentir mais estável.
    2. Dizer ao paciente que isso não é verdade e que toda pessoa tem um propósito na vida.
    3. Relembrar recentes comportamentos ou realizações que demonstrem sua habilidade.
    4. Tranquilizar o paciente de que você sabe como ele está se sentindo e de que as coisas irão melhorar.
5. Uma mulher adulta está se recuperando de uma mastectomia de câncer de mama e frequentemente chora quando é deixada sozinha. A abordagem do profissional de enfermagem deve ser baseada em qual dos seguintes entendimentos?
    1. Os pacientes precisam de apoio para lidar com a perda de uma parte do corpo.
    2. A família do paciente deve assumir o papel de líder em fornecer apoio.
    3. O profissional de enfermagem deve explicar que o tecido mamário não é essencial à vida.
    4. A paciente deve focar mais na cura do câncer do que na perda do seio.
6. Quando estiver cuidando de um paciente de 87 anos, o profissional de enfermagem precisa compreender que qual das seguintes alternativas mais diretamente influencia o autoconceito atual do paciente?
    1. Atitudes e comportamentos dos familiares ao prestar os cuidados.
    2. Os cuidados prestados pelo profissional de enfermagem e pela equipe de saúde.
    3. Nível de educação, condições econômicas e de vida do paciente.

    4. Adaptação à mudança de papel, perda de pessoas queridas e energia física.
7. Um paciente de 20 anos diagnosticado com transtorno alimentar tem um diagnóstico de enfermagem de *Baixa Autoestima Situacional*. Quais das seguintes intervenções de enfermagem seriam apropriadas para avaliar sua autoestima? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Ofereça oportunidades de tomar decisões independentes.
    2. Reveja as estratégias anteriores de sucesso de enfrentamento.
    3. Forneça um ambiente silencioso com o mínimo de estímulo.
    4. Apoie um papel dependente ao longo do tratamento.
    5. Aumente a ingestão de calorias proporcionando estabilização do peso.
8. O profissional de enfermagem pergunta ao paciente: "Como você sente-se consigo? ". Ele está avaliando do paciente:
    1. Identidade.
    2. Autoestima.
    3. Imagem corporal.
    4. Desempenho de papéis.
9. O profissional de enfermagem pode aumentar a autoconsciência do paciente através de qual(is) das seguintes ações? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Ajudando o paciente a definir claramente seus problemas.
    2. Permitindo que o paciente explore abertamente seus pensamentos e sentimentos.
    3. Reestruturando os pensamentos e sentimentos do paciente de modo mais positivo.
    4. Levando os familiares a assumirem maior responsabilidade em períodos de estresse.
    5. Recomendando a leitura de materiais de autoajuda.
10. Enquanto espera por um resultado apropriado de uma garota de 15 anos, o profissional de enfermagem considera que a teoria de desenvolvimento primário de um adolescente é de:

1. Formar um senso de identidade.
2. Criar relações íntimas.
3. Separar-se dos pais e viver independentemente.
4. Alcançar autoestima positiva através da experimentação.

11. Qual é o diagnóstico de enfermagem mais apropriado a um indivíduo que enfrenta uma conturbada imagem mental de sua aparência física?
    1. Confusão Aguda
    2. Transtorno de Imagem Corporal
    3. Baixa Autoestima Crônica
    4. Baixa Autoestima Situacional
12. Ao planejar um cuidado de enfermagem para um senhor de 85 anos, qual a necessidade básica mais importante que deve ser atendida?
    1. Garantia de intimidade sexual
    2. Preservação da autoestima
    3. Expansão social
    4. Aumento da arrecadação mensal
13. Quais dos seguintes achados sugerem uma alteração de autoconceito? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Marcha irregular
    2. Postura baixa e higiene pessoal precária
    3. Evita o contato visual quando responde a uma pergunta
    4. Pede visitas de um mestre religioso
    5. Uso frequente de botões de emergência
14. Um profissional de enfermagem domiciliar está visitando um senhor de 90 anos que vive com sua esposa de 89 anos. Ele está literalmente cego e há três semanas teve seu quadril direito substituído. Ele caminha com dificuldade com um andador. Ele comenta que está triste agora que sua esposa tem que fazer mais por ele e ele menos por ela. Qual dos seguintes diagnósticos de enfermagem é prioritário neste caso?
    1. Déficit de Autocuidado, Incontinência
    2. Conhecimento Deficiente em Relação aos Recursos para Comprometimento Visual

3. Transtorno de Imagem Corporal
4. Risco de Baixa Autoestima Situacional

15. De acordo com os conhecimentos de Diligência *versus* Inferioridade da teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson, quando o profissional de enfermagem enfatiza uma técnica adequada ao uso de um inalador em um menino de 10 anos de idade, este irá:
    1. Aumentar sua autoestima com o domínio de um novo procedimento.
    2. Aceitar as alterações em sua aparência e resistência física.
    3. Experimentar sucesso em papéis de transição e no aumento das responsabilidades.
    4. Apreciar sua aparência e função corporal.

Respostas: 1. 4; **2.** 3, 4; **3.** 2; **4.** 1; **5.** 1; **6.** 4; **7.** 1, 2; **8.** 2; **9.** 1, 2, 3; **10.** 1; **11.** 2; **12.** 2; **13.** 2, 3; **14.** 4; **15.** 1.

Referências

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63:1.

Erikson E. *Childhood and society*. ed 2 New York: WW Norton; 1963.

Herdman TH, Kamitsuru S, eds. *NANDA International: NANDA International nursing diagnoses: definitions and classifications, 2015-2017*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2014.

Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.

Stuart GW. *Principles and practice of psychiatric nursing*. ed 10 St Louis: Elsevier; 2013.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess' Gerontological nursing and healthy aging*. ed 4 St Louis: Elsevier; 2014.

Referências de pesquisa

Clare L, et al. Self-concept in early stages dementia: profile, course, correlates, predictors and implications for quality of life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;28:494.

Diehl M, Hay EL. Self-concept differentiation and self-concept clarity across adulthood: associations with age and psychological well-being. *Int J Aging Hum Dev*. 2011;73(2):125.

Dudovitz RN, et al. Behavioral self-concept as predictor of teen drinking behaviors. *Acad Pediatr*. 2013;13(4):316.

Maldonado L, et al. Impact of early adolescent anxiety disorder on self-esteem development from adolescence to young adulthood. *J Adolesc Health*. 2013;53:287.

Mantilla EF, et al. Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. *Eat Behav*. 2014;15:125.

McIntyre K, et al. Workplace self-expansion: implications for job satisfaction, commitment, self-concept clarity, and self-esteem among employed and unemployed. *Basic Appl Soc Psych*. 2014;36:59.

Pai HC, Lee S. Sexual self-concept as influencing intended sexual health behavior of young adolescent Taiwanese girls. *J Clin Nurs*. 2012;21:1988.

Pinquart M. Self-esteem of children and adolescents with chronic illness: a meta-analysis. *Child Care Health Dev*. 2012;39(2):153.

Preckel F, et al. Self-concept in adolescence: a longitudinal study on reciprocal effects of self-perceptions in academic and social domains. *J Adolesc*. 2013;36:1165.

Rhea DJ, Thatcher WG. Ethnicity, ethnic identity, self-esteem, and at-risk eating disordered differences of urban adolescent females. *Eat Disord*. 2013;21:223.

Rissanen M, et al. A systematic literature review: self-mutilation among adolescents as a phenomenon and help for it—what kind of knowledge is lacking?. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32:575.

Schooler D, Daniels EA. "I am not a skinny toothpick and proud of it." Latina adolescents' ethnic identity and responses to mainstream media images. *Body Image*. 2014;11:11.

Ten Hoeve Y, et al. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity: a discussion paper. *J Adv Nurs*. 2014;70(2):295.

Thomas JJ, Moring JC. Development of a revised generalized health-related self-concept inventory. *Am J Health Behav*. 2014;38(4):614.

Vartanian LR, Dey S. Self-concept clarity, thin ideal internalization, and

appearance-related social comparison as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*. 2013;10:495.

Verschueren K, et al. Relationships with mother, teacher, and peers: unique and joint effects on young children's self-concept. *Attach Hum Dev*. 2012;14(3):233.

Wurm S, et al. How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy. *Psychol Aging*. 2013;28(4):1088.

35

Sexualidade

OBJETIVOS

• Identificar atitudes pessoais, crenças e preconceitos em relação à sexualidade.

• Discutir o papel do profissional de enfermagem em manter ou melhorar a saúde sexual do paciente.

• Descrever os conceitos-chave de desenvolvimento sexual ao longo da vida.

• Identificar as causas de disfunção sexual.

• Avaliar a sexualidade do paciente.

• Formular diagnósticos de enfermagem apropriados a pacientes com alteração em sexualidade.

• Identificar fatores de risco em saúde sexual.

• Identificar e descrever intervenções para promoção de saúde sexual.

• Avaliar os resultados do paciente em relação às necessidades de saúde sexual.

• Identificar profissionais da saúde e recursos comunitários disponíveis que ajudem a resolver preocupações sexuais de pacientes fora do escopo de trabalho dos profissionais de enfermagem.

• Usar o pensamento crítico para ajudar os pacientes a alcançarem necessidades sexuais.

TERMOS-CHAVE

Bissexual, p. 709
Climatério, p. 720
Preservativo, p. 710
Contracepção, p. 708
Diafragma, p. 710
Dispareunia, p. 709
Gay, p. 709
Identidade de gênero, p. 708
Papéis de gênero, p. 708
Transtorno do desejo sexual hipoativo, p. 713
Infertilidade, p. 713
Lésbica, p. 709
Perimenopausa, p. 709
Disfunção sexual, p. 713
Saúde sexual, p. 708
Orientação sexual, p. 708
Sexualidade, p. 708
Infecções sexualmente transmissíveis (IST), p. 708
Esterilização, p. 710
Transgênero, p. 709
Laqueadura, p. 710
Vasectomia, p. 710

A sexualidade é parte da personalidade de uma pessoa e é importante para a saúde como um todo. Mesmo com o aumento da discussão de temas sexuais ao longo de anos, ainda falta conhecimento sobre a **sexualidade** a muitos adultos. Apesar dos pacientes poderem hesitar

em abrir as suas questões, eles geralmente compartilham sentimentos quando são abordados de maneira descontraída e comum pelo profissional de enfermagem. Para sentir-se confortável ao falar de sexualidade, os profissionais de enfermagem precisam ter habilidades em comunicação terapêutica e conhecimento sobre funcionamento, questões e avaliação sexual. Muitos são os valores e questões ao redor da sexualidade. Ensinamentos religiosos, influências culturais no **papel de gênero**, crenças sobre **orientação sexual**, e clima social e ambiental influenciam os sistemas de valores tanto para os pacientes quanto para as pessoas que prestam o cuidado.

A sexualidade tem muitas definições. A expressão sexual de um indivíduo é influenciada pela interação de fatores biológico, sociológico, psicológico, espiritual, econômico, político, religioso e cultural (WHO, s. d.). Além disso, valores, atitudes, comportamentos, a relação e a necessidade de estabelecer uma relação próxima do outro influenciam a sexualidade.

A sexualidade difere de saúde sexual. Segundo WHO (s. d.), **saúde sexual** é "um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; e não mera ausência de doença, disfunção ou fraqueza". Pessoas sexualmente saudáveis abordam a sexualidade e as relações sexuais de forma positiva e respeitosa. Elas também têm um potencial para experimentar relações sexuais prazerosas e seguras, livres de constragimento, discriminação e violência.

Base de conhecimento científico

O tom de conhecimento científico relacionado à sexualidade fornece a informação necessária para ajudar seus pacientes a alcançarem a saúde sexual. É necessária uma compreensão básica de desenvolvimento sexual, orientação sexual, **contracepção**, aborto e **infecções sexualmente transmissíveis (IST)**.

Desenvolvimento Sexual

A sexualidade muda conforme o indivíduo cresce e se desenvolve. Cada estágio do desenvolvimento traz mudanças no funcionamento e no papel da sexualidade nas relações.

Infância

Os três primeiros anos de vida são cruciais no desenvolvimento de uma **identidade de gênero** (Edelman e Mandle, 2014). A criança identifica-se com pais do mesmo sexo e desenvolve uma relação complementar com pais do sexo oposto. As crianças tornam-se conscientes das diferenças entre os sexos, começam a perceber que são ou homem ou mulher e interpretam os comportamentos dos outros como comportamento próprio de uma mulher ou de um homem.

Idade Escolar

Durante os anos escolares, grupos de pais, educadores e colegas servem como modelos de papéis e ensinam sobre como homens e mulheres atuam com e em relação ao outro. As crianças em idade escolar geralmente abordam questões que se relacionam a aspectos físicos e emocionais do sexo. Elas necessitam de informações precisas de casa e da escola sobre as mudanças em seus corpos e emoções durante este período e o que esperar assim que entrarem na puberdade (Edelman e Mandle, 2014). O conhecimento sobre as normais mudanças emocionais e físicas associadas à puberdade

diminui a ansiedade assim que essas mudanças começam a acontecer.

Puberdade/Adolescência

As mudanças emocionais durante a puberdade e adolescência são tão dramáticas quanto as mudanças físicas. Os adolescentes agem dentro de um poderoso grupo de colegas, com uma quase constante ansiedade de "Eu sou normal?" e "Eu serei aceito?" (Fig. 35-1). Eles enfrentam muitas decisões e necessitam de informação precisa em tópicos como mudança corporal, atividade sexual, respostas emocionais dentro de relações sexuais íntimas, ISTs, contracepção e gravidez. A adolescência é geralmente um período em que os indivíduos exploram sua orientação sexual primária (Hockenberry e Wilson, 2015; Pascoe, 2013).

FIGURA 35-1 A função dos adolescentes dentro de uma poderosa rede de colegas está em como eles exploram sua identidade sexual. (©bikeriderlondon.)

Os adolescentes podem identificar-se com um grupo sexual minoritário como **lésbicas**, **gays**, **bissexuais** ou **transgêneros** (LGBT) (Young-Bruehl, 2010). O autorreconhecimento de um indivíduo transgênero como um homem ou uma mulher está em conflito com suas características sexuais biológicas ou o que é culturalmente determinado como pertencendo ao masculino ou feminino (Olson et al., 2011; Rosenthal, 2014). Os pacientes transgêneros podem buscar tratamentos ou procedimentos de modificação a fim de conseguir características físicas correspondentes ao seu gênero de identificação (Rosenthal, 2014). Os adolescentes geralmente enfrentam significativas situações de estresse relacionado à identidade sexual e beneficiam-se da educação sobre questões de sexualidade (Doty et al., 2010; Johnson e Amella, 2014; Lim et al., 2014). Indivíduos LGBT têm alto risco de depressão; suicídio; e abuso de tabaco, álcool e drogas comparados à população em geral.

Nos Estados Unidos, quase 50% dos estudantes do colegial relataram ter tido uma relação sexual ao menos uma vez e 15% tiveram quatro ou mais parceiros sexuais (Kann et al., 2014; CDC, 2014d). Adolescentes que adquirem comportamentos sexuais de risco se deparam com resultados negativos em saúde, como IST e gravidez não intencional (Dunne et al., 2014; Scott et al., 2011). Além disso, o padrão de comportamento de assumir riscos tende a se estabelecer e continuar por toda a vida. Os pais precisam compreender a importância em fornecer informações reais, compartilhar seus valores e promover habilidades para uma boa tomada de decisões. Eles precisam saber que, mesmo com a melhor orientação e informação, os adolescentes tomam suas próprias decisões e precisam ser responsabilizados por elas. O apoio de colegas, família, conselheiros de escola, padres, enfermeiros e outros profissionais da saúde é importante durante este período.

Adulto Jovem

Apesar dos adultos jovens serem fisicamente maduros, eles continuam a explorar e amadurecer emocionalmente nas relações. Intimidade e sexualidade são questões para todos os adultos jovens, se

eles estão em uma relação sexual, optaram em abster-se do sexo, continuam solteiros por escolha, são homossexuais ou viúvos. Os indivíduos são sexualmente saudáveis de inúmeras maneiras. A atividade sexual é geralmente definida como uma necessidade básica e o desejo sexual saudável é canalizado em formas de intimidade ao longo da vida. Às vezes os adultos jovens buscam apoio e educação ou terapia para alcançar satisfação mútua nas relações sexuais.

Adulto de Meia-idade

Algumas vezes, mudanças na aparência física durante o meio da vida adulta levam a questões de atração sexual. Além disso, mudanças físicas atuais relacionadas à idade afetam o funcionamento sexual. A diminuição dos níveis de estrógenos da **perimenopausa** de uma mulher leva à diminuição da lubrificação vaginal e redução da elasticidade vaginal. Geralmente, ambas as alterações levam à **dispareunia** ou ocorrência de dor durante a relação. A redução dos níveis de estrógenos pode também resultar em redução do apetite sexual. Como homens de meia-idade, eles estão propensos a mudanças como o aumento do período refratário pós-ejaculação e ejaculação tardia. Uma antecipada orientação em relação a essas mudanças normais, usando lubrificação vaginal e criando tempo para carícias e ternuras, facilita questões relacionadas à atividade sexual. Alguns idosos também precisam ajustar o impacto de doenças crônicas, medicações, sofrimentos, dores e outras questões de saúde sobre sexualidade.

Mais tarde na vida adulta alguns indivíduos terão que se ajustar às mudanças sociais e emocionais associadas com as crianças afastando-se de casa. Isso resulta tanto num tempo para renovar a intimidade entre os parceiros como um tempo em que os parceiros, formalmente íntimos, percebem que eles não cuidam mais um do outro ou têm interesses em comum. Em ambos os casos, quando as crianças saem de casa, a intimidade nas relações geralmente muda.

Vida Adulta Tardia

A sexualidade em idosos é um importante aspecto de saúde geralmente negligenciado pelos profissionais da área. Estudos mostram uma correlação positiva entre atividade sexual e saúde física em idosos (Lindau e Gavrilova, 2010; Stewart e Graham, 2013). As pesquisas indicam que muitos idosos são mais sexualmente ativos do que se pensava, envolvendo-se em encontros sexuais de alto risco, resultando no aumento constante das taxas do vírus da imunodeficiência humana (Human Immunodeficiency Virus, HIV) e IST nos últimos 12 anos (Quadro 35-1).

Quadro 35-1

Foco em idosos

Sexualidade em Idosos

- A sexualidade e o interesse contínuo pelo sexo ao longo da vida média e tardia estão geralmente associados à boa saúde física (Bach et al., 2013; Lindau e Gavrilova, 2010).
- Mudanças fisiológicas com o envelhecimento que influenciam a resposta sexual são multifatoriais e relacionadas a mudanças em circulação, hormônios e vias neurológicas (Horstman et al., 2012).
- Questões patológicas com a resposta sexual no envelhecimento estão geralmente relacionadas a doenças e efeitos colateriais de medicamentos (Bach et al., 2013; Buttaro et al., 2014; Syme, 2014).
- Os idosos são geralmente relutantes em discutir problemas sexuais com profissionais de saúde (Buttaro et al., 2014).
- Os idosos em instituições de cuidado prolongado geralmente perdem sua privacidade e passam por um declínio em habilidades físicas e cognitivas que afetam sua expressão sexual. As pessoas em situação domiciliar supervisionada têm mais privacidade e estão geralmente aptas a viver como um casal (Katz, 2013; Syme, 2014).
- Como a população envelhece e continua saudável, aumenta o número de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) idosos

sexualmente ativos (CDC, 2013b).

- O aumento de tratamentos disponíveis para homens e mulheres com disfunção sexual contribui para uma atividade sexual contínua ao longo da vida (Stewart e Graham, 2013).
- Idosos sexualmente ativos têm o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis. Como o risco de gravidez não é uma questão, eles geralmente não reconhecem a necessidade de se proteger sexualmente quando tornam-se ativos com um novo e/ou múltiplos parceiros (Johnson, 2013; Stewart e Graham, 2013).

Entre os fatores que determinam a atividade sexual em idosos estão: atual estado de saúde, medicações, satisfação de vida passada e presente e a situação do casamento ou relações íntimas. Por exemplo, muitas mulheres idosas são viúvas ou divorciadas, e a falta de parceiros sexuais disponíveis contribui para a redução de sua atividade sexual. As enfermeiras ao trabalharem com idosos precisam avaliar a sexualidade de seus pacientes, funcionamento e interesse sexual e fazer um planejamento adequado (Buttaro et al., 2014; Ayaz, 2013). É essencial manter uma atitude não julgadora e transmitir que a atividade sexual anos mais tarde é normal. Enfatize que não é essencial para manter uma qualidade de vida, especialmente quando os pacientes decidiram não continuar sexualmente ativos.

Para uma promoção de saúde sexual eficaz, os enfermeiros precisam compreender as mudanças sexuais normais que ocorrem com o envelhecimento. A fase de excitação perdura em ambos, homens e mulheres, e geralmente eles demoram mais para alcançar o orgasmo. O período refratário seguido do orgasmo também é mais longo. Ambos os gêneros passam por redução dos níveis de hormônios sexuais. Homens geralmente têm ereções menos firmes e mais curtas. Já as mulheres geralmente não têm dificuldade em manter a função sexual a menos que tenham uma condição médica que limite sua atividade sexual. Tipicamente, a baixa frequência de sexo entre mulheres idosas está relacionada à idade, saúde e função sexual do seu parceiro. As mulheres continuam a passar por

mudanças relacionadas à menopausa, e problemas relacionados à incontinência urinária geralmente causam constrangimento durante a relação. Casais com incapacidades físicas geralmente necessitam de informação sobre quais posições são mais confortáveis durante o sexo.

Orientação Sexual

A orientação sexual refere-se ao padrão predominante de atração sexual de um indivíduo ao longo do tempo. Ainda persistem muitos estereótipos sobre indivíduos LGBT. Evidências atuais indicam que eles encontram reduzido acesso à saúde e não procuram prontamente cuidados preventivos (Lim et al., 2014; Williamson, 2010). Os profissionais de enfermagem sem preconceito que têm uma sólida base de conhecimento ajudam a romper com esses mitos e fornecem cuidados em enfermagem que incluem atenção à orientação sexual do indivíduo.

Contracepção

Hoje, são inúmeras as opções contraceptivas ao alcance dos casais sexualmente ativos. Elas oferecem níveis variados de proteção contra gravidez indesejada. Alguns métodos não necessitam de prescrição médica, enquanto outros necessitam de uma prescrição ou outro tipo de intervenção de um profissional de saúde. Os métodos eficazes de contracepção nem sempre reduzem o risco de IST. Por exemplo, a pílula e o dispositivo intrauterino (DIU) são eficazes no controle da gravidez, mas não protgem contra as IST. Uma camisinha deve ser usada durante o ato sexual para reduzir o risco de IST. A eficácia varia conforme cada método contraceptivo e sua consistente utilização. A gravidez não planejada ocorre quando os métodos contraceptivos não são utilizados ou o são de forma inconsistente ou inadequada (Schwartz e Gabelnick, 2011; Trussell e Guthrie, 2011).

Métodos Contraceptivos sem Prescrição Médica

Os métodos contraceptivos sem prescrição incluem abstinência,

métodos de barreira e relações sexuais dependentes do ciclo ovulatório da mulher. Apesar da abstinência sexual ser 100% eficaz, é geralmente difícil tanto para o homem como para a mulher usá-la consistentemente. Qualquer ato sexual sem proteção expõe a chances de gravidez e IST. Os métodos de barreira incluem produtos de balcão como espermicidas e preservativos. Os espermicidas (p. ex., creme, gel, espuma e supositórios) são colocados na vagina antes da relação, para criar uma barreira espemicida entre o útero e o esperma ejaculado. O **preservativo** (camisinha) é um revestimento fino de borracha que recobre todo o pênis para prevenir a entrada do esperma na vagina. O diafragma é um método de barreira que deve ser usado com um espermicida a cada relação sexual. Os espermicidas vaginais e preservativos são mais eficazes quando seguem cuidadosamente as instruções de uso; seu uso combinado é mais eficaz em prevenir a gravidez que a utilização apenas de um ou outro (Cates e Harwood, 2011).

Os métodos contraceptivos sem prescrição baseados nas alterações fisiológicas do ciclo menstrual incluem ritmo, temperatura basal do corpo, muco vaginal e métodos de fertilidade consciente. Casais que utilizam esses métodos precisam entender o ciclo reprodutivo da mulher e os sinais subjetivos que seu corpo apresenta durante o ciclo. Para prevenir a gravidez, os casais abstêm-se das relações sexuais durante os períodos designados como férteis.

Métodos que Requerem a Intervenção de Profissionais de Saúde

Métodos contraceptivos que requerem a intervenção de um profissional de saúde incluem contracepção hormonal, DIU, o diafragma, o anel vaginal e a **esterilização**. A contracepção hormonal está disponível de várias formas: pílulas contraceptivas de uso oral, anéis contraceptivos vaginais, injeções de hormônio, implante subcutâneo, adesivos transdérmicos e o DIU. A contracepção hormonal altera o ambiente hormonal prevenindo a ovulação, muco vaginal espesso e a fina descamação do útero.

O DIU é um dispositivo plástico inserido dentro do útero por um profissional da saúde através da abertura vaginal. Os DIU podem conter cobre ou progesterona. Em ambos, o mecanismo principal de prevenção da gravidez é impedir a fertilização do óvulo pelo esperma (Dean e Schwarz, 2011; Murphy, 2011). A liberação da progesterona deve também aumentar a viscosidade do muco vaginal e alterar a descamação do útero.

O **diafragma** é uma cúpula redonda de borracha com um anel flexível ao redor da borda. Ele é usado com um creme ou gel contraceptivo e inserido na vagina, fornecendo assim uma barreira contraceptiva além da abertura vaginal. A mulher precisa ser medida novamente depois de uma alteração significativa de peso (4,5 kg de ganho ou perda) ou gravidez. O anel vaginal funciona como o diafragma; entretanto, ele recobre apenas a cérvix vaginal. Ele pode ser deixado no local por um tempo maior e alguns o consideram mais confortável que o diafragma. A esterilização é outro método contraceptivo mais eficaz que a abstinência. A esterilização feminina, ou **laqueadura**, envolve cortar, atar ou ligar de outro modo as trompas de Falópio. Na esterilização masculina, ou **vasectomia**, o ducto deferente, que conduz o esperma para fora dos testículos, é cortado ou atado. Tanto a laqueadura quanto a vasectomia são geralmente considerados procedimentos cirúrgicos permanentes.

Infecções Sexualmente Transmissíveis

A incidência das IST continua a crescer. Aproximadamente 20 milhões de pessoas nos Estados Unidos são diagnosticadas com uma IST a cada ano, sendo que a maior incidência ocorre em homens gays, bissexuais e jovens entre 15 e 24 anos (CDC, 2014a). A prevalência das IST é a principal preocupação de saúde por múltiplas razões. As populações de negros e hispânicos são diagnosticadas com IST com maior frequência que as de brancos, e as mulheres têm mais complicações associadas às IST que os homens (Healthy People 2020, s. d.; CDC, 2013a). Além disso, raça, pobreza, acesso à saúde e práticas sexuais contribuem às disparidades nas taxas de IST.

O tratamento das IST na América custa em torno de US$16 milhões

ao ano (CDC, 2014a). Os diagnósticos mais comuns das IST incluem sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase e infecção pelo papilomavírus humano (*Human papillomavirus*, HPV) e vírus herpes simples (*Herpes simplex vírus*, HSV) tipo II (verruga genital e herpes genital, respectivamente).

Como o nome já explica, as IST são transmitidas dos indivíduos infectados aos parceiros durante o contato sexual íntimo. O local de transmissão é geralmente a genitália, mas algumas vezes se dá oral-genital ou anal-genital. Os indivíduos mais propensos a se infectarem compartilham uma característica-chave em comum: praticam sexo sem proteção com múltiplos parceiros. Gonorreia, clamídia, sífilis e doença inflamatória pélvica (DIP) são causadas por bactérias e geralmente curáveis com o uso de antibióticos. Os pacientes precisam tomar os antibióticos por todo o período de tratamento. Entretanto, a preocupação que surge é que algumas dessas infecções bacterianas (p. ex., gonorreia e sífilis) estão agora desenvolvendo cepas resistentes aos antibióticos. As infecções como HSV tipos I e II, HPV e HIV são causadas por vírus e não têm cura.

O principal problema em lidar com as IST é encontrar e tratar os indivíduos infectados. Algumas pessoas não sabem que estão infectadas porque os sintomas podem estar ausentes algumas vezes ou passam despercebidos. Sintomas em comum de uma IST incluem secreções da vagina, pênis, ânus ou garganta; dor durante o sexo ou quando urina; e erupções ou lesões sem explicação (Phillippi e Latendresse, 2014). Uma vez que o comportamento sexual inclui mais o corpo todo do que a simples genitália, muitas partes do corpo são locais propícios a uma IST. O períneo, ânus e reto estão com frequência envolvidos na atividade sexual. Além disso, qualquer contato com os fluidos corpóreos de outra pessoa ao redor da cabeça ou uma ferida aberta na pele, ânus ou genitália pode transmitir uma IST.

Algumas vezes as pessoas não buscam tratamento porque elas têm vergonha de discutir questões ou sintomas sexuais. Geralmente elas são hesitantes em falar do seu comportamento sexual se acreditam que isso não seja "normal". Qualquer comportamento sexual que

cause vergonha a um paciente geralmente dificulta a detecção de uma IST. Desenvolver habilidades de comunicação e uma atitude não julgadora fornece tratamento eficaz para aqueles com um diagnóstico assim. Detecte pistas valiosas sobre uma IST ao estabelecer confiança, falar com os pacientes e perguntar sobre questões de maneira cuidadosa. Avalie atitudes sobre sexualidade e adapte a intervenção para fazer isso aceitável ao sistema de valor sexual do paciente.

Vírus da Imunodeficiência Humana

A infecção pelo HIV é transmitida pelo sangue e está presente na maioria dos fluidos corpóreos. Algumas vezes, é transmitida através do contato sexual. A transmissão ocorre quando há uma troca de fluido corpóreo. As vias principais de transmissão incluem contaminação intravenosa (IV) por agulhas, relação anal, relação vaginal, sexo oral-genital e transfusão de sangue e seus derivados.

A evolução natural do HIV se processa em três estágios. O primeiro estágio da infecção dura cerca de um mês depois que se contrai o vírus. Nesse período, geralmente a pessoa apresenta sintomas semelhantes ao de um resfriado. Em seguida, ela entra numa fase de latência clínica; neste período não há sintomas de infecção. Os anticorpos anti-HIV são detectados no sangue com cerca de 6 semanas a 3 meses após a infecção. Se não tratadas, as pessoas com HIV vivem aproximadamente 10 anos. O último estágio, a síndrome da imunodeficiência adquirida (*Acquired immunodeficiency syndrome*, AIDS), ocorre quando a pessoa começa a mostrar sintomas da doença. A AIDS é uma doença séria, debilitante e eventualmente fatal. Contar com uma terapia antirretroviral altamente ativa (*Highly active antiretroviral therapy*, HAART) e um médico com experiência com o HIV aumenta muito o tempo de sobrevida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (Marrazzo e Cates, 2011).

Infecção do Papilomavírus Humano

O HPV é a IST mais comum nos Estados Unidos, com aproximadamente 14 milhões de novas infecções todo ano (CDC,

2014b). A maioria das infecções pelo HPV são assintomáticas e autolimitantes. Entretanto, certos tipos podem causar câncer do colo do útero em mulheres e verrugas na genitália de homens e mulheres. O HPV é transmitido através do contato direto com verrugas, esperma e outros fluidos corpóreos daqueles que têm a doença. A textura das verrugas tem geralmente aspecto de couve-flor e são comumente encontradas no pênis e escroto dos homens e na vagina e cérvix das mulheres. Uma vacina que protege tanto o homem quanto a mulher contra os nove tipos de HPV que mais causam problemas de saúde está agora disponível (ACOG, 2015; CDC, 2015b) (Quadro 35-2).

Quadro 35-2

Prática baseada em evidências

Comportamentos de Risco de Saúde Associados à Vacina do Papilomavírus Humano

Questão PICO: Jovens que receberam a vacina do papilomavírus humano (HPV) se envolvem em comportamentos de maior risco sexual do que jovens que não receberam a vacina?

Resumo da Evidência

O HPV é a infecção sexualmente transmissível (IST) mais comum nos Estados Unidos e está associado com o desenvolvimento de câncer e verruga anogenital em homens e mulheres (ACOG, 2015; CDC, 2013c; CDC, 2014b). A vacina tem como alvo específico os HPV ligados a câncer e verrugas. Ela é recomendada para todos os jovens de 11 a 26 anos, porém a taxa de vacinação nos Estados Unidos é baixa (ACOG, 2015; Dorell et al., 2014; Marchand et al., 2013).

A aceitação da vacina pelos pais influencia a condição de vacinação, e os pais preocupam-se em que a vacinação coloque os jovens em comportamento sexual de risco apesar das evidências indicarem o contrário (Dorrell et al., 2014; Marchand et al., 2013;

Roberts et al., 2010). Em um estudo com garotas de 13 a 21 anos, a vacinação não esteve associada a um aumento do número de parceiros sexuais ou a uma diminuição no uso de preservativos (Mayhew et al., 2014). A administração da vacina do HPV a quase 1.400 garotas de 11 a 12 anos não resultou em aumento da ocorrência de gravidez, IST ou necessidade de contracepção nos 3 anos seguintes (Bednarczyk et al., 2012). As garotas que receberam a vacina não diferiram na idade da primeira relação, número de parceiros sexuais ou uso de preservativos quando comparadas às colegas não vacinadas (Marchand et al., 2013). Menos pesquisas foram conduzidas ao cumprimento da vacina masculina, porém barreiras como falta de conhecimento relacionando riscos de saúde, necessidade para vacinação de homens *versus* mulheres, e fornecer recomendação aos pais, todas, têm mostrado impactar as taxas de vacinação em homens (Donahue et al., 2014; Fontenot et al., 2014). Os profissionais de saúde precisam considerar esses achados para incentivar o entendimento e aceitação da vacina entre pais e jovens.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- A recomendação da vacina por profissionais de saúde pode aumentar com a aceitação da vacina pelo público e redução da incidência de casos de câncer relacionados ao HPV (ACOG, 2015; Donahue et al., 2014).
- Os profissionais de enfermagem precisam discutir os benefícios da vacina com os pais e jovens com idades de 11 a 26 anos e oferecerem os esquemas da vacina assim que preciso (ACOG, 2015; CDC, 2013c).
- Reduza as preocupações dos pais ao compartilhar pesquisas que indicam que a administração da vacina não aumenta a atividade sexual ou os comportamentos de risco (Bednarczyk et al., 2012; Marchand et al., 2013; Mayhew et al., 2014).
- Continue a ensinar práticas sexuais seguras.

Clamídia

A bactéria *Chlamydia trachomatis* causa a clamídia. É a mais comum das doenças infecciosas relatadas nos Estados Unidos, afetando cerca de 3 milhões de americanos a cada ano (CDC, 2014c). A clamídia é transmitida pelo contato com fluidos do local infectado. A infecção pode ser transmitida durante o nascimento e causar conjuntivite e pneumonia nos recém-nascidos. Ela com frequência infecta a cérvix e, se não tratada, pode causar DIP, gravidez ectópica e infertilidade devido ao dano aos órgãos reprodutivos femininos. A maioria das pessoas não percebe que estão infectadas com clamídia proque ela causa poucos sintomas (CDC, 2015a). Por esse motivo, o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) recomenda uma triagem anual a todas as mulheres sexualmente ativas acima de 25 anos. As populações de elevado risco são pessoas com múltiplos parceiros sexuais ou infectadas com outra IST e gays sexualmente ativos.

Base de conhecimento em enfermagem

Fatores que Influenciam a Sexualidade

Use os procedimentos de pensamento crítico e conhecimentos em enfermagem básicos para acessar as necessidades de saúde sexual dos pacientes. Chame a atenção para as seguintes áreas da enfermagem: dimensões socioculturais da sexualidade, questões de decisão e alterações em saúde sexual.

Dimensões Socioculturais da Sexualidade

As pessoas atribuem diferentes significados à sexualidade com base em sua cultura, gênero, educação, condição socioeconômica e religião (Giger, 2013). A sociedade tem o poderoso papel de moldar valores e atitudes sexuais e apoiar expressão específica de sexualidade de seus membros.

Cada grupo cultural e social tem seu próprio conjunto de regras e normas que guiam o comportamento sexual, a saúde sexual e o desejo de discutir essa parte privada de vida. Por exemplo, as normas culturais influenciam como pessoas buscam por parceiros, quem elas escolhem como parceiros, como eles se relacionam, com que frequência eles fazem sexo e o que eles fazem durante o sexo. As crenças pessoais permitem certas práticas e proíbem outras (Quadro 35-3).

Quadro 35-3

Aspectos culturais do cuidado

Fatores Culturais e Vírus da Imunodeficiência Humana

Todos os indivíduos sexualmente ativos são de risco para o HIV; entretanto, algumas culturas têm maiores taxas de infecção. Por

exemplo, os latinos norte-americanos têm 3 vezes mais chances de serem diagnosticados com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) do que brancos não latinos (Adih et al., 2010). Homens latinos são 2 vezes mais propensos a terem HIV do que homens brancos, e as mulheres têm 4 vezes mais probabilidades de serem HIV-positivas que suas correspondentes brancas (Peragallo et al., 2012). A maioria dos casos de HIV é resultado da atividade heterossexual, e os jovens latinos são menos propensos a usarem preservativos que outros grupos étnicos (Casey e Gomez-Lobo, 2013; Deordorffet et al., 2013; Peragallo et al., 2012).

Normas e valores culturais específicos como papéis de gênero, religião e padrões de comunicação sexual contribuem para comportamentos sexuais de risco (Peragallo et al., 2012; Warren et al., 2011). Marianismo refere-se às mulheres que são castas e submissas, enquanto o machismo enxerga os homens como fortes, independentes e numa posição de autoridade (Deordorff et al., 2010). Na cultura latina, é esperado que as mulheres permaneçam virgens antes do casamento, enquanto dos homens não é esperado controle dos desejos sexuais. As tradicionais culturas latinas mantêm que não é adequado que homens e mulheres discutam questões sexuais, mesmo dentro de relações íntimas ou familiares (Deordorff et al., 2013). Profissionais de saúde precisam considerar os valores culturais e sua influência sobre práticas sexuais quando forem tratar de uma população latina (Lee et al., 2013).

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Estabeleça uma relação terapêutica com o paciente/família antes de discutir saúde sexual.
- Forneça a homens e mulheres informações oral e escrita em inglês e espanhol, ou na língua nativa deles, relativas à contracepção, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e opções de teste e tratamento do HIV (Warren et al., 2011).
- Mire os adolescentes, expandindo a educação em IST, HIV e contracepção no currículo das escolas de ensino médio e fundamental.

- Promova neutralidade de gêneros introduzindo comunicação assertiva e estratégias de negociação entre as mulheres.
- Aumente os testes de HIV em clínicas da comunidade e ofereça trabalho laboratorial combinado para ISTe HIV para promover sua aceitação (Adih et al., 2010).
- Promova educação comunitária e multimídia bilíngue específica à cultura sobre estratégias de redução de riscos para o HIV (Adih et al., 2010).

O Impacto da Menstruação e da Gravidez na Sexualidade

O interesse e a atividade sexual entre as mulheres e seus parceiros variam durante a menstruação e a gravidez. Algumas culturas permitem a relação sexual ou o contato homem-mulher durante a menstrução e a gravidez, porém outras estritamente a proíbem. Por exemplo, na cultura hindu a mulher evita cultuar, cozinhar, e outros membros da família durante a menstruação. As pesquisas não encontraram contraindicações fisiológicas às relações durante a menstruação ou a maioria das gravidezes. O interesse aumenta durante o segundo trimestre e geralmente diminui durante o primeiro e terceiro trimestres. Há geralmente uma diminuição na libido durante o primeiro trimestre devido à naúsea, fadiga e sensibilidade nos seios. Durante o segundo trimestre, o fluxo sanguíneo da área pélvica aumenta para irrigar a placenta, resultando em aumento do prazer e libido sexuais. Durante o terceiro trimestre, o aumento do tamanho abdominal geralmente traz dificuldade em encontrar uma posição confortável (Link, 2012).

Discutindo Questões Sexuais

A sexualidade é uma parte significativa da personalidade de cada pessoa, ainda que as investigações e intervenções sexuais não sejam sempre incluídas em cuidados com a saúde (Ayaz, 2013; Ivarsson et al., 2010; Sobecki et al., 2012; Steinke et al., 2013). A área da

sexualidade geralmente é emocionalmente carregada por pacientes e profissionais de enfermagem. Algumas vezes os profissionais de enfermagem evitam discutir questões sexuais com pacientes porque lhes falta informação ou têm valores diferentes dos pacientes. Os profissionais com dificuldade em discutir temas relacionados à sexualidade precisam explorar seu desconforto e desenvolver um plano para realizar. Se você não se sente confortável em falar de temas relacionados à sexualidade, o paciente muito menos em compartilhar questões sexuais com você. Você precisa ter consciência das suas crenças pessoais antes de discutir sexualidade com seus pacientes.

A Questão das Decisões

Os indivíduos tomam muitas decisões sobre sua sexualidade. Alguns enfermeiros ajudam pacientes a tomarem decisões sobre contracepção e aborto.

Contracepção

A tomada de decisões relacionadas à contracepção tem vastos efeitos na vida dos pacientes. A gravidez, planejada ou não, afeta significativamente a vida de uma mãe e um pai e geralmente sua rede de relacionamentos. Os efeitos são físicos, interpessoal, social, financeiro e societário. A escolha em usar a contracepção é multifacetada e não está completamente compreendida. Fatores que afetam a eficácia da contracepção incluem o tipo de método utilizado, o entendimento do método pelo casal e a conformidade com os requisitos do método escolhido. A escolha do método contraceptivo varia em relação à idade, etnia, estado civil, renda, educação, orientação sexual e gravidezes anteriores de uma mulher (Casey e Gomez-Lobo, 2013; Godfrey et al, 2011; Jones et al., 2012). Os aplicativos de celular estão disponíveis para ajudar os pacientes e profissionais da saúde a monitorarem a saúde reprodutiva (p. ex., lembrar-se de tomar a pílula, trocar o adesivo transdérmico ou anel vaginal, ou de quando o período fértil está ocorrendo). Alguns exemplos de aplicativos voltados para a saúde das mulheres incluem

Clue, Period Tracker, Glow, Glow Nurture, Ovia, Fertility e *iBreastCheck* (Garcia, 2014).

Aborto

Metade de todas as gravidezes nos Estados Unidos não é planejada; as taxas de gravidez não intencional são mais altas entre mulheres de baixa renda, mulheres com idades de 18 a 24 anos e acima dos 40, mulheres que vivem junto e mulheres consideradas das minorias (Finer e Zolna, 2014). Aproximadamente 40% das gravidezes não intencionais resultam em aborto. O aborto é praticado desde tempos remotos. A segurança e disponibilidade dos abortos nos Estados Unidos melhorou após a decisão da Suprema Corte de *Roe v Wade* em 1973, que estabeleceu o direito de toda mulher realizar um aborto. Eles são seguros e menos custosos quando realizados nas primeiras semanas da gravidez.

O aborto é uma questão debatida calorosamente. As mulheres e seus parceiros que enfrentam uma gravidez não desejada podem considerar sua realização. Se for tratar de uma paciente que está considerando um aborto, forneça um ambiente em que a paciente possa discutir abertamente sobre a questão, permitindo explorar as várias opções de uma gravidez não desejada. Discuta questões religiosas, sociais e pessoais de maneira não julgadora com os pacientes. As razões em optar por um aborto variam e incluem interromper uma gravidez não desejada ou abortar um feto com sabidos defeitos de nascimento. Quando uma mulher escolhe o aborto como um modo de lidar com uma gravidez indesejada, a mulher e geralmente seu parceiro têm uma sensação de perda, pesar e/ou culpa.

Tenha consciência dos seus valores pessoais em relação ao aborto. Como profissional de enfermagem, você tem direito a ter suas visões pessoais. Você não deve ser forçado a participar de um aconselhamento ou procedimentos contrários a suas crenças e valores. É essencial escolher especialidades ou locais de trabalho onde os valores pessoais não sejam comprometidos e o cuidado do paciente não seja prejudicado.

Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis

O comportamento sexual responsável inclui conhecer os comportamentos e histórico sexual do parceiro, estar preparado para discutir abertamente o histórico de uso de drogas com o parceiro, não permitir que as drogas ou o álcool influenciem a tomada de decisões e práticas sexuais, e utilizar dispositivos de proteção contra IST e contracepção.

Alterações em Saúde Sexual

Infertilidade

Infertilidade é a incapacidade em conceber filhos depois de um ano praticando relações sem proteção. Um casal que quer ter filhos, mas é incapaz, tem necessidades especiais. Alguns passam por uma sensação de falha ou pensam que seu corpo tem algum defeito. Algumas vezes o desejo de engravidar cresce até que permeia momentos de vigília. Alguns indivíduos ficam preocupados em criar apenas as circunstâncias certas de concepção. Com os avanços em tecnologia reprodutiva, os casais inférteis têm muitas escolhas envolvendo valores éticos e religiosos e limitações financeiras.

Escolhas para o casal infértil incluem a aprovação de adoção, assistência médica com fertilização ou adaptar-se à probabilidade de permanecer sem filhos. Organizações como *RESOLVE: The National Organization of Infertility*, um grupo norte-americano de apoio para casais com infertilidade, ou grupos de adoção internacional, fornecem apoio e oferecem fontes de referência aos casais.

Abuso Sexual

O abuso sexual é um problema de saúde generalizado. Ele atravessa todos os grupos de gênero, socioeconômicos, de idade e éticos. Geralmente a maioria está nas mãos de um antigo parceiro ou familiar. O abuso sexual tem efeitos de longo alcance sobre as funções físicas e psicológicas (Edelman e Mandle, 2014). Algumas vezes isso

começa, continua ou até se intensifica durante a gravidez. As possíveis razões desse abuso incluem ciúmes extremos e a recusa em deixar uma mulher. A aparência geral é algumas vezes de um marido ou namorado muito preocupado ou carinhoso, quando as razões ocultas deste comportamento são muito diferentes.

Os enfermeiros estão numa posição ideal para avaliar ocorrências de violência sexual, ajudar os pacientes a enfrentar esses estressores e a educar os indivíduos sobre serviços comunitários. Quando você suspeitar ou reconhecer o abuso, mobilize apoio para a vítima e a família. Quando existe a suspeita, lembre-se de não perguntar à vitíma em potencial sobre qualquer comportamento abusivo na presença do suspeito abusador. Forneça privacidade à vítima de abuso e obtenha as informações em um ambiente protegido. Quando o abuso existe de fato, todos os membros da família geralmente precisarão de terapia a fim de promover interações e relações saudáveis.

Vítimas de estupro geralmente precisam trabalhar com a crise antes de sentirem-se confortáveis com expressões íntimas de afeto. O parceiro precisa saber como ajudar e apoiar a vítima. As crianças que são molestadas sexualmente precisam compreender que elas não têm culpa pelo incidente. Os pais precisam compreender que sua reação é crítica a como a criança reage e adapta-se.

Conflitos Pessoais e Emocionais

O sexo ideal é um ato natural ou espontâneo que percorre um número reconhecível de estágios fisiológicos e termina em um ou mais orgasmos. Na realidade, essa sequência de eventos é mais a exceção que a regra. Você cuidará de pacientes com problemas em um ou mais desses estágios de atividade sexual, incluindo a vontade de fazer sexo, os processos fisiológico e emocional durante o sexo, e as sensações após o sexo. Por exemplo, algumas mulheres e homens que estão tomando antidepressivos relatam que sua habilidade em alcançar o orgasmo é negativamente afetada.

Disfunção Sexual

A **disfunção sexual**, ausência completa de resposta sexual, é comum. Estima-se que a incidência de disfunção sexual nas populações em geral seja superior a 40% entre os homens e 60% a 80% entre as mulheres (Buttaro et al., 2014; Touhy e Jett, 2014). É mais prevalente em homens e mulheres com debilidade de saúde emocional e física (Quadro 35-4). Algumas vezes a causa exata não pode ser determinada.

Quadro 35-4 Enfermidades e Medicações que Afetam o Funcionamento Sexual de Homens e Mulheres

Enfermidades

- Diabetes Mellitus
- Câncer (p. ex., próstata, mama, cólon, ovariano, testicular, retal)
- Neuropatia
- Espinha bífida
- Lesão na medula espinhal
- Angina instável
- Hipertensão não controlada
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Vírus da imunodeficiência humana
- Abuso de substâncias
- Depressão

Medicações

- Anti-hipertensivos
- Antipsicóticos
- Antidepressivos
- Ansiolíticos
- Diuréticos

- Quimioterápicos
- Drogas psicoativas ou ilícitas

Dados extraídos de Bach LE et al.: The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community, *J Sex Med* 10:2671, 2013; Basson R et al.: Sexual function in chronic illness, *J Sex Med* 7:374, 2010; Bispo GS et al.: Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review, *J Clin Nurs* 22:3522, 2013; Buster J: Managing female sexual dysfunction, *Fertil Steril* 100(4):905, 2013; Conaglen HM, Conaglen JV: Drug-induced sexual dysfunction in men and women, *Aust Prescriber* 36(2):42, 2013.

A incidência da disfunção erétil (DE) aumenta com a idade, mas pode ocorrer em homens abaixo dos 40 (Capogrosso et al., 2013; Syme, 2014). Os fatores de risco são semelhantes para doença cardíaca (p. ex., diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensão, hipotireoidismo, doença renal crônica, tabagismo, obesidade, abuso de álcool e falta de atividade física).

A etiologia de ED é geralmente multifatorial. Problemas neurológicos, medicamentos ou fatores endócrinos ou psicológicos podem causá-la. Uma diminuição da testosterona relacionada à idade geralmente resulta em redução do tônus muscular do tecido erétil.

Um dos problemas mais comuns que afetam mulheres de todas as idades é o **transtorno do desejo sexual hipoativo** (TDSH) (Buster, 2013; Buttaro et al., 2014; Kingsberg, 2011; Rosen et al., 2012). Fatores biológicos, orgânicos ou psicossociais podem contribuir para a incidência de TDSH. Condições crônicas, como um câncer mamário ou ginecológico, e alterações hormonais, dor ou depressão e ansiedade podem contribuir para uma diminuição pelo interesse sexual íntimo (Bach et al., 2013).

Pensamento crítico

O sucesso do pensamento crítico requer síntese de conhecimento, experiência, informação proveniente de pacientes, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais e profissionais. Enfermeiros usam o julgamento clínico para antecipar as informações que precisam, analisar dados de avaliação e tomar as decisões adequadas no cuidado do paciente. A Figura 35-2 mostra como usar elementos do pensamento crítico e da avaliação com paciente para desenvolver um diagnóstico de enfermagem adequado.

Conhecimento

- Maneiras de formular perguntas sobre sexualidade
- Padrões de desenvolvimento sexual e resposta sexual humana
- Impacto do autoconceito em sexualidade
- Orientação sexual
- Métodos contraceptivos eficazes
- ISTe fatores de risco associados
- Práticas sexuais seguras
- Comportamentos sugestivos de abuso sexual recente ou antigo
- Doenças e/ou medicações que afetam a função sexual
- Fatores de relacionamento interpessoal e funcionamento sexual

Experiência

- Comunicando com pacientes e desenvolvendo conexão
- Trabalhando com pacientes e explorando preocupações sexuais (p. ex., trabalhando no conjunto OB-GIN (Obstetrícia-Ginecologia)
- Experiência e reação sexual pessoal

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Avalie o estágio de desenvolvimento do paciente com relação à sexualidade
- Realize o exame físico da área urogenital
- Determine as preocupações sexuais do paciente
- Investigue a presença de comportamentos de alto risco, uso de práticas sexuais seguras e contracepção
- Analise as condições médicas e medicações que devem afetar o funcionamento sexual

Padrões

- Aplique padrões intelectuais de relevância e viabilidade para o cuidado ser aceito pelo paciente
- Resguarde o direito do paciente à privacidade para proteger judicialmente informações de natureza confidencial
- Demonstre ética no cuidado

Atitudes

- Mostre curiosidade; considere por que o paciente deve comportar-se ou responder de uma maneira particular
- Mostre integridade; suas crenças e valores diferem dos do paciente; aceite qualquer inconsistência entre seus valores e os do paciente.
- Assuma riscos se necessário para investigar tanto as questões e preocupações sexuais pessoais como aquelas do paciente

FIGURA 35-2 Modelo de pensamento crítico para histórico de enfermagem da sexualidade. (OB-GIN, Obstetrícia-ginecologia;IST, infecções sexualmente transmissíveis.)

No caso da sexualidade, integre o conhecimento da enfermagem e outras disciplinas. Tenha completo entendimento das práticas de sexo seguro, assim como os riscos e comportamentos associados a problemas sexuais como forma de antecipar a análise e interpretação dos achados do paciente. Utilize suas experiências anteriores para tratar pacientes com questões sexuais de maneira mais reflexiva e útil. Pacientes têm diferentes costumes e valores dos seus. Os padrões profissionais pedem o devido respeito para cada paciente como indivíduo. As atitudes de pensamento crítico, como a integridade, pedem que você reconheça quando opiniões e valores pessoais estão em conflito com os do paciente e a considerar como processá-los em benefício mútuo.

O processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e a abordagem do pensamento crítico no cuidado dos pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem clínica para tomada de decisões que ajudam a desenvolver e a implementar um plano de tratamento individual. Avalie todos os fatores relevantes, incluindo físicos, psicológicos, social e cultural, para determinar o bem-estar sexual do paciente. O papel da enfermagem ao abordar as preocupações sexuais varia de uma avaliação contínua até fornecer informação, aconselhamento e encaminhamento. Mantenha em mente que não se espera que os enfermeiros tenham respostas a todas as questões e preocupações sexuais identificadas.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de histórico de enfermagem, avalie completamente cada paciente e analise criticamente os achados para garantir que você tomou as decisões clínicas centradas no paciente e necessárias para um atendimento seguro.

Pela Ótica do Paciente

Como em qualquer avaliação do paciente, é importante compreender as expectativas em relação ao cuidado. Questionamentos como "O que você gostaria que acontecesse em relação aos seus problemas de saúde sexual?" e "Quais os passos iniciais que você deve seguir?" ajudam os pacientes a identificar os resultados desejados. É importante deixar de lado pontos de vista pessoais e considerar as necessidades e preferências do paciente para o cuidado.

Fatores que Afetam a Sexualidade

Ao levantar o histórico sexual do paciente inclua os fatores físicos, funcional, relacional, estilo de vida, de desenvolvimento e autoestima

que influenciam a atividade sexual. O desejo sexual varia entre os indivíduos; algumas pessoas querem e desfrutam do sexo todos os dias; enquanto outros buscam o sexo apenas uma vez por mês, e ainda há os que não têm desejo sexual e estão muito confortáveis assim. O desejo sexual torna-se uma questão se a pessoa quer satisfazer isso com mais frequência, ou se ele ou ela acreditam que é necessário estar acima de alguma norma cultural ou se existe uma discrepância entre o desejo sexual dos parceiros numa relação. Peça aos pacientes para descreverem fatores que tipicamente influenciam seu desejo sexual. Conhecer o histórico médico e sondar informações é útil. Por exemplo, pequenas doenças, medicações e fadiga geralmente diminuem o desejo sexual. Fatores de estilo de vida, como abuso de drogas ou álcool, falta de sono, falta de tempo ou as demandas de cuidados para um novo bebê são outros fatores que influenciam. Por exemplo, os pais que trabalham geralmente sentem-se tão sobrecarregados que eles notam os avanços sexuais de um parceiro como uma demanda adicional a eles. Confirme fatores que potencialmente afetam o desejo sexual e determine a extensão com que afetam a atividade sexual do paciente.

As questões de autoconceito (Cap. 34), incluindo identidade, imagem corporal, desempenho de papel e autoestima, afetam a sexualidade do paciente. Considere como esses fatores relacionam-se à condição do paciente. Por exemplo, uma imagem corporal precária associada à doença crônica amplia os sentimentos de rejeição. Isso geralmente resulta em diminuição ou ausência de desejo sexual.

Questões em um relacionamento geralmente afetam o desejo sexual. Depois que o brilho inicial de um relacionamento foi afetado, alguns casais acham que possuem grandes diferenças em seus valores ou estilos de vida. Peça ao casal que descreva como eles se sentem um em relação ao outro e como eles geralmente interagem em situações de intimidade. Aborde os padrões de comunicação entre os parceiros sexuais para determinar o nível de satisfação dentro de um relacionamento.

Histórico de Saúde Sexual

A maioria dos pacientes quer saber como os medicamentos, tratamentos e procedimentos cirúrgicos influenciam sua relação sexual, mesmo que eles não façam com frequência esses questionamentos.

De acordo com sua experiência, os enfermeiros reconhecem que a maioria dos pacientes aceita bem a oportunidade para falar de sua sexualidade, especialmente quando estão enfrentando dificuldades. O modelo PILSET (PLISSIT) fornece uma abordagem que pode ser utilizada pelos profissionais de enfermagem para analisar a questão da sexualidade nos pacientes (Ayaz, 2013) (Quadro 35-5).

Quadro 35-5 Análise PILSET da Sexualidade

Permissão para discutir questões de sexualidade
Informação **L**imitada em relação aos problemas de saúde sexual vivenciados
Sugestões **E**specíficas – somente quando o profissional de enfermagem está seguro do problema
Terapia intensiva – refere-se ao profissional com treinamento avançado se necessário

Adaptado de Annon JS: The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems, *J Sex EducTher* 2(2):1, 1976.

Incorpore as questões de avaliação relacionadas à sexualidade no histórico de enfermagm (Quadro 35-6). Usar uma declaração introdutória deixa o paciente à vontade quando for dispor dessas perguntas (p. ex., "Sexo é uma parte importante da vida, e a condição de saúde de uma pessoa afeta a sexualidade. Muitas pessoas trazem preocupações e questionamentos sobre sua saúde sexual. Quais perguntas ou preocupações você tem agora?"). Use o conhecimento dos estágios de desenvolvimento para determinar quais áreas são provavelmente importantes ao seu paciente. Por exemplo, quando levantar o histórico sexual de um idoso, é importante ter em mente que alguns apresentam dificuldade em discutir detalhes íntimos com

profissionais de saúde.

Quadro 35-6 Questionário de Avaliação de Enfermagem

- Você é sexualmente ativo?
- Com quem você pratica sexo: homens, mulheres ou ambos?
- Quantos parceiros sexuais você tem (ou já teve)?
- Como você se sente sobre os aspectos sexuais da sua vida?
- Você notou alguma alteração no modo como se sente sobre si?
- Como a sua doença, medicação ou cirurgia afetaram sua vida sexual?
- Não é incomum para as pessoas com sua condição passarem por algumas mudanças sexuais. Você notou alguma mudança, ou você tem alguma preocupação?
- Você está num relacionamento em que alguém o está ferindo?
- Alguém já o forçou a fazer sexo contra sua vontade?
- Conte-me o que você sabe sobre práticas sexuais seguras, uso de preservativos ou prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.
- Conte-me as práticas sexuais seguras que você segue.

Os enfermeiros que analisam crianças e adolescentes enfrentam desafios especiais. Use a linguagem certa que a criança ou o adolescente compreenda. Também estimule o desenvolvimento normal, evite minimizar problemas e oculte preocupações sexuais enquanto faz a criança ou o adolescente se sentir à vontade. O conselho tutelar levanta questões éticas e legais em relação aos direitos do paciente à saúde e educação de um lado e aos direitos dos pais ou responsáveis a supervisionar a informação de outro. As crianças e adolescentes geralmente respondem quando sabem que é normal encontrar perguntas relacionadas à sexualidade. Estar aberto, positivo e interessado quando for introduzir perguntas sexuais é útil.

Na evidência da existência de violência íntima pelo parceiro, é importante perguntar sobre relações de abuso. Fale sobre essas questões em particular. Reconhecer sinais e sintomas, diretos e indiretos, de abuso em crianças e adultos ajuda a identificar esse problema tão comum (Tabela 35-1).

Tabela 35-1

Sinais e Sintomas que Indicam Possível Histórico de Abuso Sexual ou Abuso Sexual Recente

Tipos de Achados	Sintomas Geralmente Encontrados em Crianças	Sintomas Geralmente Encontrados em Adultos
Lesões e/ou sinais físicos	Contusões, sangramentos, dor, infecção ou irritação na genitália externa, ânus, boca ou garganta	Vergões, hematomas, inchaço, cicatrizes, queimaduras ou lacerações nos braços, pernas, seios ou abdômen
	Infecções sexualmente transmissíveis	Ferimentos que não correspondem à "história" do paciente
	Infecções urinárias recorrentes	Múltiplos hematomas em vários estágios de recuperação
	Gravidez não intencional	Sangramento vaginal ou retal
	Dor crônica	Fraturas no rosto, nariz, costelas ou braços
	Dificuldade em caminhar ou se sentar	Trauma em lábios, vagina, cérvix ou ânus
	Odor não usual em área genital	Vômito ou sensibilidade abdominal
	Secreção peniana	
	Roupa íntima com rasgos, manchas ou sangue	
Comportamento não verbal e/ou vagas queixas somáticas	Agressão física	Caretas
	Impulsividade sexual	Ausência de expressão facial ou afeto emocional
	Masturbação excessiva	Ansiedade
	Manifestações de baixa autoestima	Depressão
	Péssimo desempenho escolar	Ataques de pânico
	Empobrecimento das relações com colegas	Dificuldade em dormir
	Transtornos do sono	Anorexia
	Afastamento social e devaneio excessivo	Caminhar lento e irregular
	Fugir de casa	
	Abuso de substância ou tentativa de suicídio	

Dados extraídos de Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, 10. ed., St Louis, 2015, Elsevier; Touhy TA, Jett K: *Ebersole & Hess' Gerontological nursing and healthy aging*, 4. ed., St Louis, 2014, Elsevier.

Alguns indivíduos sentem muita vergonha ou não sabem como perguntar diretamente sobre questões sexuais. Procure pistas de que a pessoa tem esses questionamentos. Por exemplo, um paciente que parece se preocupar com o seu(sua) parceiro(a) reagirá agora ou fará um comentário ou piada sexual. Observar ou escutar preocupações sobre sexualidade precisa de prática. Com experiência você desenvolverá habilidade para esclarecer e interpretar para ajudar os indivíduos a expressarem preocupações sexuais. Ao incluir a sexualidade ao histórico de enfermagem, você reconhece que ela é um importante componente da saúde e cria uma oportunidade de a pessoa discutir preocupações sexuais.

Disfunção Sexual

Muitas doenças, lesões, medicamentos e mudanças de envelhecimento têm um efeito negativo na saúde sexual. A disfunção sexual pode ser temporária ou permanente. Tenha conhecimento das condições e medicamentos que com frequência causam disfunção sexual enquanto avalia os riscos de um paciente (Quadro 35-4). Conscientizar-se dos possíveis efeitos decorrentes dos problemas físicos, alteração de autoconceito, medicamentos e fatores longínquos relacionados à atividade sexual ajuda a conduzir uma completa avaliação. Alguns pacientes mencionam o tema de disfunção sexual. Outras vezes, as questões tornam-se evidentes como parte das respostas do paciente às questões da anamnese.

Avaliação Física

O exame físico é importante para avaliar a causa do problema ou preocupação sexual, e geralmente trata-se da melhor oportunidade de ensinar sexualidade a um indivíduo. Ao examinar a mama e a genitália externa e interna de uma mulher, o enfermeiro tem a oportunidade de avaliar a sua reação, responder às perguntas e

fornecer informação sobre o exame das estruturas anatômicas e fisiológicas. Por exemplo, durante a avaliação física o profissional de enfermagem ensina a uma mulher como realizar o autoexame da mama (Cap. 31). Durante a avaliação física da genitália, você orienta os homens a como realizar autoexame testicular (Cap. 31). Conhecer a estrutura anatômica normal do escroto ajuda os homens a detectarem sinais de câncer testicular. Instrua ambos, homens e mulheres, a examinarem sinais e sintomas de IST quando o histórico dos pacientes lhes sugerir riscos.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Depois de completar o histórico de enfermagem, aplique o pensamento crítico ao processo de diagnóstico e selecione prováveis diagnósticos que se encaixem às necessidades do paciente. Os dados de avaliação que incluirão características definidoras relacionadas à sexualidade geralmente incluem histórico de cirurgia de órgãos reprodutivos, mudanças na aparência ou imagem corporal, um histórico de recente abuso sexual, doença crônica ou marcos desenvolvimentais como puberdade ou menopausa. Para fazer um diagnóstico de enfermagem de disfunção sexual, considere exaustivamente questões anatômicas, fisiológicas, socioculturais, éticas e situacionais. Os possíveis diagnósticos relacionados à atividade sexual estão listados aqui:

- *Ansiedade*
- *Enfrentamento Ineficaz*
- *Processos Familiares Interrompidos*
- *Falta de Conhecimento (Contracepção/IST)*
- *Disfunção Sexual*
- *Padrão de Sexualidade Ineficaz*
- *Isolamento Social*

Esclareça definindo as características e garanta que o paciente perceba um problema ou dificuldade relacionado à sexualidade (Quadro 35-7). Determinar a etiologia ou fatores contribuintes/causas ajuda a planejar eficazmente e a selecionar as intervenções de enfermagem adequadas. Por exemplo, as intervenções de enfermagem

adequadas ao diagnóstico de *Disfunção Sexual* diferirão dos fatores etiológicos. A *Disfunção Sexual relacionada a má informação sobre os riscos de infecções sexualmente transmissíveis* requer o aconselhamento e educação em práticas de sexo seguro. Pelo contrário, pacientes com *Disfunção Sexual relacionada a abuso físico* precisam de aconselhamento e encaminhamento à assistência comunitária (p. ex., serviços de apoio à saúde mental e grupo de terapia ao abuso físico).

Quadro 35-7

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Disfunção Sexual

Histórico de Enfermagem	Características Definidoras
Revisão do histórico médico e de medicações	Histórico de hipertensão Histórico de infarto do miocárdio (IM) sem complicação Usa propranolol (Inderal)
Descrição dos problemas sexuais do paciente	Interessa-se menos em ter relações com a esposa desde que começou a tomar propranolol Raramente tem relações sexuais com a esposa Algumas vezes tem problemas de ereção
Preocupações e medos do paciente	Seu medo é ter uma dor no peito ou outro IM durante uma relação

◆ Planejamento de Enfermagem

Objetivos e Resultados

Sintetize informações de múltiplas fontes a fim de desenvolver um plano de cuidado individualizado (Fig. 35-3). O pensamento crítico garante que um plano de cuidados do paciente integre tudo o que o profissional de enfermagem sabe sobre a sexualidade de um indivíduo. Os padrões profissionais são considerados especialmente importantes quando for desenvolver um plano de cuidados. Conserve a dignidade e a identidade do paciente todas as vezes. Por exemplo, para transmitir respeito às preferências de gênero do paciente, inclua

um(a) parceiro(a) gay ou lésbica ao plano para o grau desejado pelo paciente.

Conhecimento

- Modelo PILSET
- Recursos comunitários de informação/ educação sexual
- Recursos comunitários para tratamento e aconselhamaneto de IST e contracepção

Experiência

- Estabelecendo uma relação harmônica com diversos pacientes
- Cuidado de pacientes com HIV
- Cuidado de pacientes com diversas orientações sexuais

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Crie um ambiente em que o paciente possa expor preocupações sexuais
- Refira-se aos referenciais adequados para tratar de preocupações sexuais
- Investigue o entendimento, crenças e atitudes do paciente em relação à sexualidade e funcionamento sexual

Padrões

- Preserve a dignidade e identidade do paciente
- Forneça um ambiente no qual os valores, costumes e crenças espirituais do paciente sejam respeitados
- Notifique IST conforme requer a lei
- Notifique casos de suspeita de abuso, conforme requer a lei

Atitudes

- Pense independentemente; explore várias abordagens de acesso à questão/ problema
- Seja criativo e teste intervenções únicas
- Demonstre perseverança: alterações em autoconceito geralmente ocorrem lentamente; continue a apoiar a visão de que é possível mudar
- Assuma riscos perguntando sobre as preocupações do paciente, mesmo quando esse for um tema sensível

FIGURA 35-3 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem da sexualidade. *HIV*, Vírus da Imunodeficiência Humana; *IST*, Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Desenvolva um plano de cuidados individualizado para cada diagnóstico de enfermagem (Plano de Cuidado de Enfermagem). Estabeleça objetivos realistas e resultados mensuráveis com o paciente. Por exemplo, um paciente que tem dispareunia recebe um diagnóstico de *Disfunção Sexual relacionada a diminuição do desejo sexual*. Você e seu paciente desenvolvem um objetivo de responder à redução da ansiedade e maior satisfação com atividade sexual dentro de 1 mês. Os resultados esperados incluem que o paciente faça o seguinte:

- Discuta com seu parceiro os estressores que contribuem para a disfunção sexual dentro de 2 semanas
- Identifique práticas sexuais alternativas, satisfatórias e aceitáveis para si e o parceiro dentro de 4 semanas

Um mapa conceitual é outro método útil de organizar o cuidado do paciente (Fig. 35-4). O mapa conceitual mostra a relação de um diagnóstico médico (diminuição da libido e depressão) para os quatro diagnósticos de enfermagem identificados do histórico de enfermagem do paciente. Ele também mostra as ligações e relações entre o diagnóstico de enfermagem com as intervenções adequadas de cada diagnóstico. Por exemplo, o *Enfrentamento Ineficaz* afeta e contribui com o isolamento social; portanto, no paciente com enfrentamento ineficaz, o isolamento social persiste ou talvez piora.

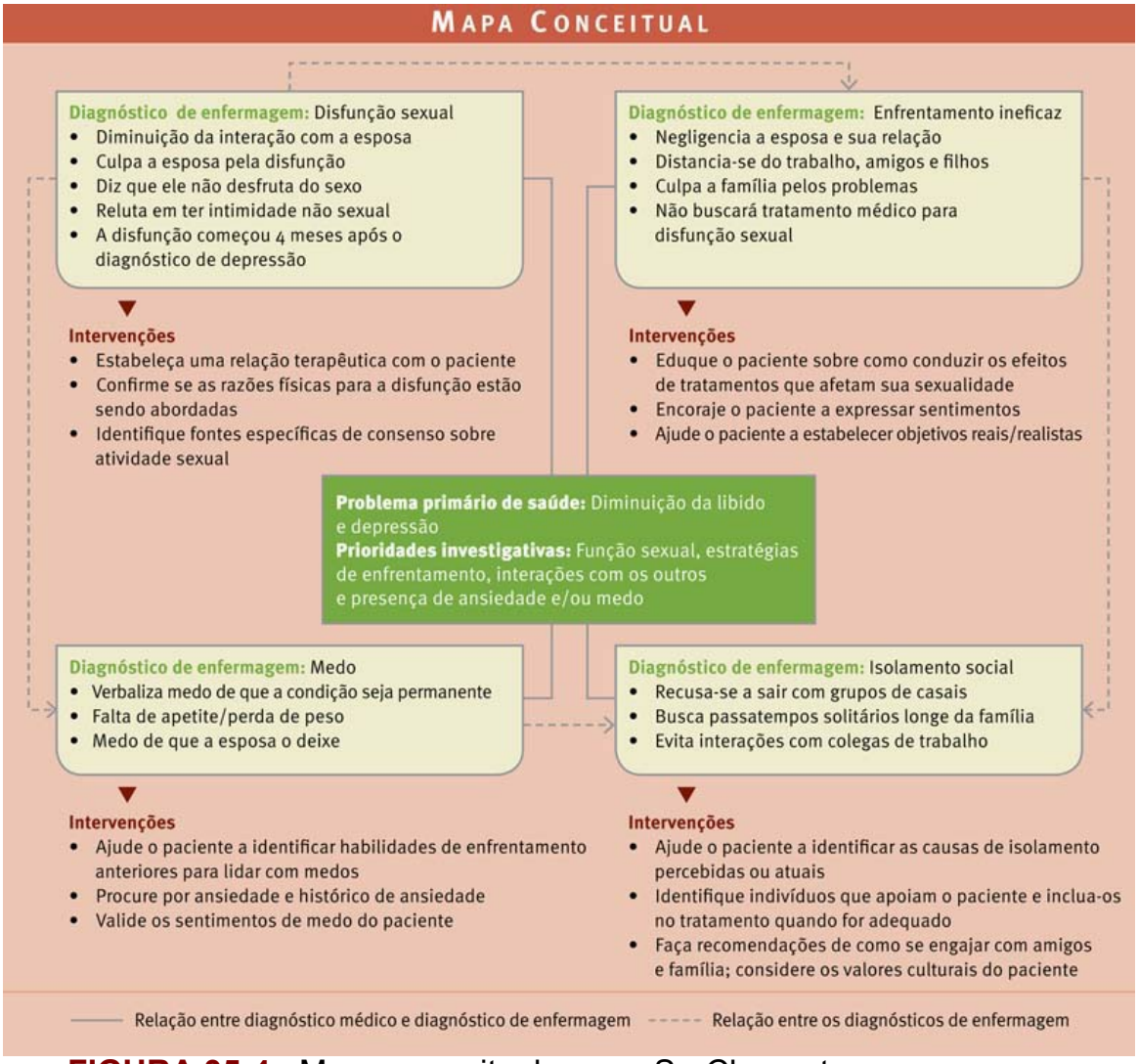


FIGURA 35-4 Mapa conceitual para o Sr. Clements.

Prioridades nos Cuidados

O plano de cuidados mostra os objetivos, resultados esperados e intervenções para um paciente com disfunção sexual. As intervenções em enfermagem para pacientes com preocupações sexuais focam em apoiar uma necessidade do paciente em intimidade e atividade sexual. Os pacientes geralmente sentem-se sobrecarregados e sem esperança em retornar ao nível de atividade sexual prévio. Eles geralmente necessitam de tempo para se adaptar às mudanças físicas e psicossociais que afetam sua sexualidade e saúde sexual.

A prioridade em atender às necessidades relacionadas à sexualidade inclui estabelecer uma relação terapêutica para que então o paciente sinta-se confortável em discutir questões relacionadas à sexualidade. Procure pontos fortes no paciente e na família enquanto fornece educação e acesso a recursos para transformar limitações em fortalezas. A aprendizagem do paciente comunica a normalidade de sentimentos seguindo certas situações (p. ex., o diagnóstico de uma doença crônica ou a perda de uma parte do corpo). Você determina as necessidades do paciente e planeja em conformidade.

Os atuais problemas e necessidades de um paciente ajudam você a determinar as prioridades relacionadas à saúde sexual dele ou dela. Prioridades para saúde sexual geralmente incluem retomar as atividades sexuais. Por exemplo, se uma paciente está se recuperando de uma mastectomia e está com problemas em retomar a relação íntima com seu esposo por causa de problemas relacionados a sua imagem corporal, ajude-a a se adaptar ou a lidar com as mudanças na sua imagem corporal associadas com a mastectomia. Uma vez que as questões da paciente relacionadas à imagem corporal estão resolvidas, ela estará apta a retomar a intimidade com seu marido e a satisfazer suas próprias necessidades de saúde sexual.

Equipe de Trabalho e Colaboração

O planejamento na área de sexualidade geralmente inclui a colaboração de outros profissionais da saúde e referências aos recursos comunitários (Quadro 35-8). Os enfermeiros geralmente levantam questões sexuais, esclarecem preocupações e/ou fornecem informação. Enfermeiros com especialização em sexualidade humana e aconselhamento fornecem uma terapia sexual mais intensiva. É necessário compreender os limites da sua base de conhecimento e incluir outros profissionais da saúde, como terapeutas sexuais, psicólogos clínicos e assistentes sociais para cuidarem das necessidades de saúde sexual. Por exemplo, conflitos no casamento geralmente exigem um tratamento intensivo com um profissional de saúde mental ou sexólogo diplomado. Para a mulher numa atual relação abusiva, o enfermeiro colabora com abrigos especiais para

mulheres que fornecem aconselhamento e servem como um lugar seguro para elas enquanto novos planos são realizados.

Quadro 35-8 Exemplos de Assistência Comunitária Norte-Americana à Sexualidade

- Médicos da comunidade e voluntários oferecendo informações e meios contraceptivos
- Departamento de Saúde (geralmente tanto para o planejamento familiar quanto para infecções sexualmente transmissíveis)
- Grupos norte-americanos que fornecem educação/serviços para condições em particular incluindo os seguintes:
  - *American Diabetes Association*
  - *American Heart Association*
  - *Muscular Dystrophy Association*
  - *Muscular Sclerosis Society*
- Grupos de apoio ao abuso sexual e centros de valorização da vida
- Abrigo para mulheres (para aquelas que foram abusadas física e/ou sexualmente)
- Resolve: The National Infertility Association (http://www.resolve.org)
- North America Menopause Society (http://www.menopause.org)

Implementação

Promova a saúde sexual como elemento da saúde e do bem-estar global ao identificar pacientes de alto risco, fornecer informação adequada, ajudar os indivíduos a receberem esclarecimento de seus problemas e explorar métodos que sejam eficazes para eles.

Promoção de Sáude

Para ajudar os pacientes a manter ou melhorar a saúde sexual,

considere fatores que influenciam a satisfação sexual. Ensine saúde sexual aos pacientes, incluindo medidas de contracepção, práticas de sexo seguro e prevenção deIST. O autoexame da mama, a mamografia e o Papanicolaou (Pap) são importantes medidas de saúde sexual para as mulheres; enquanto o autoexame testicular é importante para os homens. Ofereça a vacina HPV 9-valente para homens e mulheres entre 11 e 26 anos de idade (ACOG, 2015; CDC, 2015b). A vacina é segura para jovens garotas de 9 anos e é recomendada para moças de 11 a 26 se elas ainda não completaram as 3 injeções necessárias. As doses de reforço atuais não são recomendadas. A vacina é mais eficiente se administrada antes de iniciar a atividade sexual (ACOG, 2015).

Plano de cuidado de enfermagem

Disfunção Sexual

Histórico de enfermagem

O Sr. Clements é um paciente afro-americano de 65 anos de idade que sofreu um infarto do miocárdio (IM) não complicado há 3 dias. Ele está estável e não teve complicações após seu IM. Ele atualmente está em uma unidade de enfermagem em telemetria cardíaca. De acordo com o registro do médico do Sr. Clements, ele consultou pela última vez o enfermeiro no trabalho dois meses atrás e foi diagnosticado com hipertensão. O enfermeiro deu a ele uma prescrição de propranolol (Inderal). O Sr. Clements é casado e vive com sua esposa. Sua pressão arterial hoje está 122/82 mmHg. Ele refere que estava tomando sua medicação regularmente. Você sabe que os pacientes que tiverem IM e estão fazendo uso de medicamentos anti-hipertensivos geralmente passam por problemas sexuais. Quando consultada, a Sra. Clements diz continuar interessada em ter relações sexuais com com seu marido.

Atividades de Avaliação	*Achados/Características Definidoras**
Pergunte ao Sr. Clements se seu interesse pelo sexo mudou desde que começou a tomar propranolol.	Ele responde que teve **menos interesse por relação sexual com sua esposa** desde que começou a tomar o propranolol.

Peça ao Sr. Clements para comparar sua relação sexual com sua esposa antes e depois de tomar o propranolol. Pergunte ao Sr. Clements se ele tem tido dificuldades com ereção. Pergunte ao Sr. Clements quais as preocupações e medos que ele tem sobre manter relação sexual com sua esposa agora que ele teve um IM.	Ele afirma que eles costumavam ter de 1 a 3 relações por semana; e, desde que ele começou a tomar o propranolol, **raramente têm relações**. Ele afirma que **às vezes tem problemas em ter uma ereção**. Ele afirma que após a alta tem medo de ter dor no peito ou outro ataque cardiaco se tiver relação sexual com a esposa.

[*] **Características definidoras** aparecem em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Disfunção sexual relacionada à função corporal alterada (efeitos colaterais do propranolol) e falta de conhecimento

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	*Resultados Esperados (NOC)*[†]
Funcionamento Sexual O paciente expressará satisfação na relação sexual com a esposa dentro de 1 mês.	O paciente expressa renovado interesse sexual dentro dentro de 2 semanas. O paciente mantém excitação através do orgasmo dentro de 3 semanas.

[†] Critérios de classificação de resultados segundo Moorhead S et al.: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC) [‡]	JUSTIFICATIVA
Aconselhamento Sexual	
Estabeleça confiança e respeito com o Sr. Clements. Ofereça privacidade durante as conversações.	Estabelecer confiança e oferecer privacidade expressa senso de cuidado, aumentando a probabilidade da capacidade de o paciente expor suas questões (Taylor e Gosney, 2011).
Discuta possíveis efeitos do IM e propranolol sobre o funcionamento sexual e a retomada da atividade sexual.	A discussão aumenta a compreensão sobre as razões das dificuldades sexuais e fornece orientações seguras para a retomada da relação sexual após IM (Bispo et al., 2013).
Inclua a Sra. Clements nas discussões sobre questões sexuais sempre que possível e quando apropriado.	Incluir o parceiro num plano de cuidado pode melhorar as relações pessoais e íntimas e os resultados de saúde (Arenhall et al., 2011; Bispo et al., 2013).
Redução da Ansiedade	
Encoraje o Sr. Clements a expressar seus medos em retomar a atividade sexual e garanta a ele que outros que sofreram IM	A disfunção sexual algumas vezes ocorre depois de IM devido à ansiedade e/ou o efeito colateral dos medicamentos (Bispo et al., 2013). Saber que esses sentimentos e medos são normais ajuda a reduzir a ansiedade e incentiva o retorno à atividade

tiveram medos parecidos.	sexual.

‡ Critérios de classificação das intervenções segundo Bulechek GM et al., editores: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações em Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Alcance de Resultados***
Pergunte ao Sr. Clements durante sua visita de retorno se ele e sua esposa estão satisfeitos com sua relação sexual.	O Sr. Clements relata que seu interesse pelo sexo está de volta normalmente e ele está apto a ter uma ereção.	O Sr. Clements relata interesse e função sexual; ele e sua esposa estão satisfeitos com sua relação.

Explorar os valores de um indivíduo, discutir níveis de satisfação e fornecer educação sexual requer habilidades de comunicação terapêutica. Estruture o ambiente e tempo para dar privacidade, conforto e tempo sem interrupção (Ayaz, 2013). Por exemplo, quando for discutir métodos de contracepção com uma mulher, forneça educação em uma área privada com a paciente vestida, em vez de num quarto de exame quando a paciente está parcialmente vestida.

Os temas de ensino variam e geralmente dependem do nível de desenvolvimento do paciente. Por exemplo, um enfermeiro fala sobre aparência dos brotos mamários e cabelos pubianos com uma criança de ensino fundamental. Quando for discutir saúde sexual com os pais de crianças em idade fértil, sempre considere as crenças culturais e religiosas do paciente em relação à contracepção. A discussão inclui o desejo de ter filhos, práticas usuais de sexo e métodos de contracepção aceitáveis. Revise todos os métodos de contracepção para permitir que os pais tomem as decisões informados.

As principais crises do desenvolvimento (p. ex., puberdade, climatério ou menopausa) demandam educação sobre sexualidade. As crises situacionais, como uma mudança de vida com a gravidez, doença, divórcio, estresse financeiro extremo, colocação do cônjuge em uma casa de repouso ou perda e luto afetam a sexualidade. Algumas vezes os efeitos duram dias, meses ou anos e geralmente minimizam-se quando o indivíduo estiver preparado para possíveis

mudanças no funcionamento sexual.

Demonstre reconhecimento, aceitação e respeito ao discutir abertamente sexo e questões relacionadas à sexualidade com idosos. As estratégias que melhoram o funcionamento sexual são as seguintes (Bach et al., 2013; Buttaro et al., 2014):

- Evite álcool (em excesso) e cigarro.
- Faça refeições bem balanceadas.
- Planejar a atividade sexual em momento quando o casal está descansado.
- Tome medicamentos para dor se necessário antes da relação sexual.
- Utilize travesseiros e posicionamentos alternados para melhorar o desconforto.
- Incentive tocar, beijar, abraçar e outros estímulos táteis.
- Comunique preocupações e medos com o parceiro e profissionais de saúde.

Os indivíduos que têm mais de um parceiro sexual ou cujo parceiro tem outras experiências sexuais precisam aprender sobre práticas de sexo seguro. Forneça informação sobre os sintomas e transmissão das IST, o uso de preservativos e sobre atividades sexuais arriscadas (p. ex., traumas decorrentes do sexo anal). Para prevenir a infecção pelo HIV, ensine os pacientes a evitarem ter múltiplos parceiros sexuais e a usarem preservativos para reduzir o risco de HIV/AIDS. A encenação é útil para ajudar uma pessoa a aprender a dizer não ou negociar com um parceiro o uso do preservativo (Quadro 35-9). Ensine também os pacientes a evitarem o uso de drogas IV. Se as pessoas fazem uso de drogas IV, diga-lhes para evitarem compartilhar drogas e agulhas de seringas com os outros e para sempre usarem agulhas novas. Quando for discutir sexo seguro, considere a saúde física e emocional dos pacientes.

Quadro 35-9

Educação em saúde do paciente

Usando um Preservativo Corretamente

Objetivo

- O paciente irá verbalizar o uso correto de um preservativo.

Estratégias de Ensino

- Desenvolva uma relação de confiança com o paciente.
- Esclareça ao paciente que deve usar sempre preservativo de látex ou borracha quando for praticar sexo vaginal, oral ou anal e guardar os preservativos em local fresco, seco e protegido do sol.
- Recomende ao paciente checar a data de validade contida na embalagem do preservativo, assegurando que o mesmo o proteja contra infecções sexualmente transmissíveis.
- Instrua o paciente a nunca reutilizar um preservativo ou a nunca usar um preservativo com defeito.
- Explique o uso correto do preservativo (p. ex., coloque-o assim que o pênis estiver ereto e antes do contato vaginal, anal ou oral; retire com cuidado qualquer ar que se forme na ponta do preservativo, deixando espaço para o sêmen; desenrole o preservativo em direção à base do pênis).
- Ensine o paciente a retirar corretamente o preservativo após a ejaculação, agarrando-o pela ponta enquanto o desenrola para fora.
- Instrua o paciente para usar somente lubrificantes à base de água (p. ex.: gel K-Y) para prevenir que o preservativo estoure; e para não utilizar vaselina, óleos de massagem, loções corporais ou óleo de cozinha.

Avaliação de Enfermagem

- Peça que o paciente descreva o local em que guarda os preservativos.
- Verifique através de perguntas se o paciente compreendeu as instruções (p. ex., O que você faria se notasse que o preservativo que você acabou de abrir tinha uma pequena abertura anterior?).

Incentive os pacientes a realizarem exames de saúde e triagem regulares a fim de manter a saúde sexual. Geralmente as IST assintomáticas são diagnosticadas durante um exame físico em laboratório adequado. Os exames de saúde anuais fornecem a oportunidade de discutir contracepção e práticas de sexo seguro. Entretanto, algumas pessoas não solicitam exames de saúde anuais rotineiramente. Por exemplo, as mulheres árabes não realizam com frequência exames de mama, mamografias e triagem para câncer do colo do útero devido a crenças religiosas e culturais sobre pudor (Cohen e Azaiza, 2010). Desenvolva uma relação terapêutica com pacientes e forneça educação culturalmente sensível por escrito no nível de leitura apropriado (Cap. 25). As barreiras aos serviços de saúde reprodutiva incluem crenças culturais, baixa condição socioeconômica e educação em saúde ruim (Hall et al., 2012). O *Affordable Health Care Act* norte-americano oferece maior acesso à saúde para indivíduos que antes não tinham convênios (USDHHS, 2012).

Cuidado Agudo

Doença e cirurgias criam estressores situacionais que frequentemente afetam a sexualidade de uma pessoa. Durante os períodos de doença, os indivíduos experimentam grandes alterações físicas, os efeitos de drogas ou tratamentos, o estresse emocional de um prognóstico, preocupação sobre o funcionamento no futuro e a separação de pessoas importantes. Nunca assuma que o funcionamento sexual não é uma mera preocupação por causa da idade ou severidade do prognóstico do paciente. Depois de identificar as preocupações, encontre-as no contexto do sistema de valores dele ou dela. Quando o paciente identificar as preocupações sexuais, inicie adequadamente a discussão e educação. Refira-se a recursos apropriados além do ambulatório. Ajude os pacientes a antecipar como sua doença ou enfermidade mudará ao longo do tempo e as adaptações que serão necessárias para que alcancem a realização sexual.

Cuidados Restaurador e Contínuo

Você precisa estabelecer uma relação com o casal para incentivar discussões honestas e abertas sobre saúde sexual durante os cuidados restaurador e contínuo. Levante as necessidades recorrendo ao histórico da saúde sexual e implementando um modelo básico como o PILSET fornecendo as opções para o paciente (Quadro 35-5).

A avaliação e gerenciamento das preocupações sexuais são importantes quando se deseja promover intimidade sexual e fornecer proximidade e fechamento entre parceiros no final da vida.

No ambiente domiciliar é importante fornecer informação sobre como uma enfermidade limita a atividade sexual e dar ideias para adaptar ou facilitar a atividade sexual. As intervenções variam de dar permissão para que o parceiro minta na cama ou envolver um paciente numa coordenação de cuidados de enfermagem e medicações que favoreçam a privacidade e intimidade. Geralmente os enfermeiros ajudam os indivíduos a criarem um clima confortável para a atividade sexual no domicílio. Isso algumas vezes envolve recomendações sobre maneiras de preparar o quarto para acomodar limitações físicas. Por exemplo, alguns indivíduos que estão numa cadeira de rodas preferem ser capazes de mover a cadeira próxima a um lado da cama em um ângulo que seja mais fácil de tocar e acariciar. Sugestões de como acomodar barreiras tais como cateteres de Foley ou sondas de drenagem contribuem com a atividade sexual. Em instalações de cuidado prolongado é necessário fazer ajustes apropriados para encontros privados durante experiências sexuais dos residentes (Katz, 2013). O ideal é disponibilizar um quarto agradável que seja utilizado para uma variedade de atividades que o residente possa reservar para visitas privadas com seu cônjuge ou parceiro. Se não for possível, faça arranjos para que o colega de quarto do paciente esteja em qualquer outro lugar a fim de que o casal tenha um tempo a sós. Nunca deixe os pacientes sozinhos em uma situação em que eles possam se machucar.

❖ Avaliação de Enfermagem

Pela Ótica do Paciente

Avalie as percepções do paciente sobre as intervenções de enfermagem para determinar se suas expectativas estão sendo alcançadas. O pensamento crítico garante que você aplique o que é conhecido sobre sexualidade a uma situação única do paciente. Acompanhe as discussões com o paciente ou parceiro para determinar se eles estão satisfeitos com sua abordagem. A sexualidade é mais sentida que observada, e a expressão sexual exige uma intimidade que não é mostrada à observação.

Resultados do Paciente

Avalie se o paciente alcançou os resuldados estabelecidos no plano de cuidado (Fig. 35-5). Faça perguntas ao paciente sobre fatores de risco, preocupações sexuais e seu nível de satisfação. Observe pistas como contato visual, postura e movimentos estranhos da mão que indicam conforto ou sugerem ansiedade contínua ou preocupação com os temas abordados. Antecipe a necessidade de modificar as expectativas com um indivíduo e parceiro quando avaliar os resultados. Algumas vezes você precisa estabelecer prazos mais adequados para alcançar os objetivos-alvo. Peça aos pacientes para definirem o que é aceitável e satisfatório enquanto considera o nível de satisfação sexual do parceiro. Quando os resultados não são alcançados, comece a perguntar sobre mudanças adequadas nas intervenções. Exemplos de perguntas incluem as seguintes:

- Quais outras questões você tem sobre sua saúde sexual?
- Você sentiu menos dor durante a relação sexual depois que tomou sua medicação para dor?
- Quais posições você achou mais confortáveis quando teve relação sexual? E quais foram mais desconfortáveis?
- Quais barreiras estão impedindo que você discuta seus sentimentos e medos com seu parceiro?

FIGURA 35-5 Modelo de pensamento crítico para avaliação

de enfermagem da sexualidade. *HIV*, Vírus da Imunodeficiência Humana; *IST*, Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Pontos-chave

- A sexualidade está relacionada a todas as dimensões da saúde, é parte da identidade de cada indivíduo e inclui sexo biológico, identidade de gênero, papel de gênero e preferência sexual.
- Atitudes relacionadas à sexualidade variam amplamente. Crenças religiosas, valores sociais, a mídia, a família e outros fatores, todos as influenciam.
- As atitudes dos profissionais de enfermagem em relação à sexualidade variam e geralmente diferem das dos pacientes; seja sensível às preferências e necessidades sexuais dos pacientes.
- O desenvolvimento sexual começa na infância e envolve algum nível de comportamento ou amadurecimento sexual em todos os estágios de desenvolvimento.
- A resposta sexual fisiológica muda com o envelhecimento, mas o envelhecimento não leva à diminuição da sexualidade.
- A saúde sexual contribui com o senso do indivíduo de automerecimento e com as relações interpessoais positivas.
- As disfunções sexuais são resultado de etiologias complexas e variadas.
- As intervenções para disfunções sexuais dependem da condição do paciente; elas geralmente incluem dar informação, ensinar exercícios específicos, melhorar a comunicação entre os parceiros e encaminhar a um profissional conhecido.
- Preconceitos sexuais, conforto ao tocar a genitália, desejo de uma fertilidade futura, condição financeira, capacidade em planejar contato sexual e de se comunicar com o parceiro sexual, todos, afetam a escolha e o uso de métodos contraceptivos eficazes.
- Inclua uma breve revisão de sexualidade sempre que for analisar o nível de bem-estar do paciente.

- A maioria das intervenções de enfermagem que melhoram a saúde sexual requer educação.
- Avalie a satisfação do paciente com os resultados do tratamento ao falar com os pacientes sobre satisfação com o funcionamento sexual e através de observações de comportamentos não verbais que sugiram ansiedade. Inclua o parceiro quando for apropriado.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Uma garota de 16 anos de idade conta à enfermeira da escola que ela não precisa da vacina contra o papilomavírus humano (HPV), uma vez que seu parceiro sempre usa preservativos. A melhor resposta dessa enfermeira à sua afirmação é:
    1. Os preservativos de látex são o modo mais eficaz de eliminar o risco de transmissão do HPV.
    2. Seus pais podem não querer que você tome a vacina de HPV visto que tem sido mostrado aumentar os riscos sexuais adquiridos e a atividade sexual.
    3. A vacina HPV 9-valente é recomendada para homens e mulheres e tem como alvo o vírus específico que causa câncer e verruga genital.
    4. Você já passou da idade recomendada para tomar a vacina.
2. Coloque as seguintes alternativas na ordem da sequência de uso e aplicação do preservativo.
    1. Retire com cuidado o ar da ponta do preservativo; deixe espaço na ponta.
    2. Cheque a embalagem do preservativo para defeitos, data de validade e proteção contra as IST.
    3. Após a ejaculação, agarre o preservativo enquanto retira.
    4. Coloque-o no pênis ereto e desenrole-o em direção à base do pênis.
3. Uma adolescente grávida pela primeira vez está em sua

primeira consulta de pré-natal. A enfermeira informa que ela será examinada para infecções sexualmente transmissíveis (IST). A paciente responde: “Eu sei que não tenho uma IST porque não tenho nenhum sintoma”. Como a enfermeira deveria responder? (Selecione todas que se aplicam.)

1. “IST não tratadas podem causar sérias complicações à gravidez, portanto nós examinamos mulheres grávidas como rotina.”
2. “IST bacterianas geralmente causam sintomas, mas você pode ter uma IST viral assintomática.”
3. “O exame de clamídia é recomendado a todas as mulheres sexualmente ativas acima de 25 anos mesmo se assintomáticas.”
4. “Pessoas entre 15 e 24 anos têm incidência de IST maior.”
5. “Não há necessidade de examinar para doenças uma vez que você não está apresentando problemas ou sintomas.”

4. Uma mulher de 42 anos, sexualmente ativa, está sendo avaliada por um profissional de enfermagem durante sua visita anual. A mulher diz que não menstrua há 2 meses. O profissional sabe que a causa mais provável dessa ocorrência é:
   1. Gravidez.
   2. Uso de drogas ilícitas.
   3. Clamidiose.
   4. Início da menopausa.
5. Um enfermeiro que acabou de se formar está prescrevendo instruções de alta a um paciente que sofreu infarto do miocárdio (IM). O profissional sabe das questões sexuais que são comuns após um IM, mas não se sente confortável em abordar este tema. Qual é a melhor maneira para o profissional lidar com essa situação? (Selecione todas que se aplicam.)
   1. Instrua o paciente a discutir qualquer preocupação sexual com seu parceiro após a alta.
   2. Evite discutir o tema a menos que o paciente o traga.
   3. Peça a um enfermeiro mais experiente que lhe dê cobertura com este paciente e aprenda com o exemplo.

    4. Planeje assistir a conferências ou treinar num futuro próximo como discutir questões como essa.
    5. Incentive o paciente a discutir qualquer preocupação pessoal com o cardiologista.
6. Um profissional de enfermagem está levantando o histórico de um homem de 72 anos que acaba de ser admitido em um abrigo para idosos. O paciente pede por um quarto privado. O profissional entende que:
    1. O paciente não pode ser sexualmente ativo uma vez que está se mudando para um asilo.
    2. O paciente deve estar requisitando um quarto privado para facilitar uma relação íntima com seu parceiro.
    3. Não há necessidade de levantar o histórico sexual do paciente uma vez que a maioria dos idosos sente desconforto em discutir detalhes íntimos de sua vida.
    4. Os idosos em asilos geralmente não têm uma atividade sexual.
7. Segundo o *Healthy People 2020*, certos grupos étnicos dos Estados Unidos são desproporcionalmente afetados por infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Quais as possíveis causas dessa questão? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. A grande porcentagem de lésbicas, gays, bissexuais ou transgêneros na cultura.
    2. Valores e expectativas do comportamento sexual do homem e da mulher na cultura.
    3. Crenças religiosas e atitudes culturais relacionadas ao uso de contraceptivos.
    4. Contexto educacional e conhecimento dos riscos de saúde associados a comportamentos sexuais.
    5. A elevada incidência de abuso sexual em grupos étnicos afetados.
8. Um profissional de enfermagem está completando o histórico admissional de um paciente e diz: “Como parte da rotina de seu histórico médico, é importante incluir aspectos sexuais de

sua vida. Ficaria tudo bem se discutíssemos isso?" Esse é um exemplo de profissional utilizando o modelo PILSET (PLISSIT) para:

1. Colocar o paciente no controle da situação.
2. Pedir permissão do paciente para discutir questões de sexualidade.
3. Promover o paciente com limitada informação sobre questões sexuais.
4. Pedir ao paciente para fornecer informações delicadas.

9. Uma garota com 17 anos pede mais informações sobre métodos contraceptivos e diz que não quer que seus pais saibam que ela está utilizando esse tipo de controle. O profissional de enfermagem informa à paciente que a opção mais eficaz na situação dela é:
   1. Um método eficaz de uso prolongado, como um implante subdérmico.
   2. Um método hormonal, como pílulas anticoncepcionais ou adesivos transdérmicos.
   3. Uma injeção hormonal de ação prolongada dada a cada 12 semanas.
   4. Abstinência durante seu período mais fértil.
10. Um enfermeiro está ensinando sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) a um grupo de terceira idade. O profissional sabe que são necessárias mais informações quando os participantes fazem quais das seguintes afirmações? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. "Eu não preciso usar preservativos uma vez que não há risco de gravidez."
    2. "Eu devo ser examinado para uma IST toda vez que eu estiver com um novo parceiro."
    3. "Eu sei que eu não estou infectado porque não tenho secreções ou lesões."
    4. "Eu fui testado para as IST ano passado, portanto eu não estou infectado."
    5. "A taxa de infecção em idosos é baixa porque a maioria não

é sexualmente ativa."

11. Um enfermeiro está fornecendo um treinamento comunitário sobre como a resposta sexual muda com a idade. Quais das declarações feitas por um dos adultos indica a necessidade de informações adicionais?
    1. "Problemas de saúde como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão têm pouco efeito sobre o funcionamento e desejo sexual."
    2. "Geralmente leva mais tempo para ambos os sexos alcançarem um orgasmo."
    3. "A maioria das alterações normais em função está relacionada à alteração na circulação e níveis hormonais."
    4. "Muitos medicamentos podem interferir na função sexual."
12. Um profissional de enfermagem está realizando o histórico de saúde sexual de um paciente que está dando entrada no hospital para uma cirurgia. Quais perguntas feitas pelo profissional demonstram uma atitude não julgadora?
    1. Você pode me dizer sua orientação sexual?
    2. Como você e sua esposa sentem-se sobre intimidade?
    3. Você tem relações sexuais com homens, mulheres ou ambos?
    4. Você tem relações sexuais na sua idade?
13. Um enfermeiro revê o histórico de saúde de um homem de 48 anos e nota que ele iniciou com medicamentos para tratar da pressão arterial alta e depressão na sua última avaliação física anual. Ele diz ao profissional que há mais de 6 meses ele está tendo dificuldade em manter uma ereção. O enfermeiro entende que: (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Não é esperado que os enfermeiros discutam questões sexuais com pacientes homens e o médico deverá ser consultado.
    2. A função sexual pode ser afetada negativamente por alguns medicamentos.
    3. Infecções sexualmente transmissíveis (IST) causam complicações como disfunção erétil e um exame completo

deve ser realizado.
    4. Não é incomum homens com problemas de saúde terem disfunção erétil.
    5. Medicamentos usados para tratar hipertensão e depressão raramente interferem na função sexual.
14. A enfermeira do colégio está aconselhando um adolescente que está retornando à escola após uma tentativa de suicídio. Ele nega abuso de substâncias e não tem histórico de tratamento para depressão. Ele diz não ter amigos ou família que o compreenda. O pensamento crítico encoraja o enfermeiro a considerar todas as possibilidades, incluindo quais das seguintes? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Os adolescentes geralmente exploram sua identidade sexual e expõem-se a complicações, como infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou gravidez não planejada.
    2. Aprovação e aceitação pelos colegas não são importantes nesse grupo de idade.
    3. Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) jovens geralmente passam por estresse de identificação com um grupo sexual minoritário.
    4. O conhecimento das alterações normalmente associadas à puberdade e sexualidade pode ajudar a reduzir o estresse e a ansiedade.
    5. Adolescência é um período de estabilidade emocional e de autoaceitação.
15. Uma mulher de 53 anos que está sendo tratada para câncer de mama diz ao profissional de enfermagem que não tem interesse por sexo desde sua cirurgia, 2 meses atrás. O profissional tem consciência de que: (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Questões sexuais são esperadas em uma mulher dessa idade.
    2. Mulheres com disfunção sexual são mais frequentes que homens.

3. O transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) ocorre em mulheres acima dos 65 anos.
4. É incomum que condições clínicas como câncer contribuam para o TDSH.
5. Transtornos em autoconceito afetam o funcionamento sexual.

Respostas: 1. 3; **2.** 2, 1, 4, 3; **3.** 1, 3, 4; **4.** 1; **5.** 3, 4; **6.** 2; **7.** 2, 3, 4; **8.** 2; **9.** 3; **10.** 1, 3, 4, 5; **11.** 1; **12.** 1; **13.** 2, 4; **14.** 1, 3, 4; **15.** 2, 4, 5.

Referências

Adih WK, et al. Estimated lifetime risk for diagnosis of HIV infection among Hispanics/Latinos: 37 states and Puerto Rico, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(40):1297.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Committee Opinion: human papillomavirus vaccination, Number 641, September 2015, http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Adolescent-Health-Care/co641.pdf?dmc=1&ts=20150703T1223246675. Accessed October 2015.

Bispo GS, et al. Cardiovascular changes resulting from sexual activity and sexual dysfunction after myocardial infarction: integrative review. *J Clin Nurs*. 2013;22:3522.

Buster J. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril*. 2013;100(4):905.

Buttaro TM, et al. Sexuality and quality of life in aging: implications for practice. *J Nurse Pract*. 2014;10(7):480.

Casey F, Gomez-Lobo V. Disparities in contraceptive access and provision. *Semin Reprod Med*. 2013;31(5):347.

Cates Jr W, Harwood B. Vaginal barriers and spermicides. In: Hatcher RA, ed. *Contraceptive technology*. ed 20 New York: Ardent Media; 2011.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Sexually transmitted disease surveillance 2012*. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2013.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): The state of aging and health in America, 2013b, http://www.cdc.gov/aging/pdf/state-aging-health-in-america-2013.pdf. Accessed October 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): HPV vaccine Gardasil vaccine information statement, 2013c, http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hpv-gardasil.pdf. Accessed October 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Fact sheet: reported STDs in the United States: 2012 data for chlamydia, gonorrhea and syphilis, 2014a, http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/STD-Trends-508.pdf. Accessed October 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Genital HPV infection fact sheet, 2014b, http://www.cdc.gov/std/HPV/STDFact-HPV.htm. Accessed October 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Chlamydia: CDC fact sheet, 2014c, http://www.cdc.gov/std/chlamydia/STDFact-chlamydia-detailed.htm. Accessed October 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Adolescent and school health: sexual risk behavior: HIV, STD, & teen pregnancy prevention, 2014d, http://www.cdc.gov/HealthyYouth/sexualbehaviors/. Accessed October 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Chlamydial infections—2015 STD treatment guidelines, 2015a, http://www.cdc.gov/std/tg2015/chlamydia.htm. Accessed October 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Vaccine information statement (interim) HPV vaccine (gardasil-9) (04/15/2015), 2015b, http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hpv-gardasil-9.html. Accessed October 2015.

Dean G, Schwarz EB. Intrauterine contraceptives. In: Hatcher RA, ed. *Contraceptive technology*. ed 20 New York: Ardent Media; 2011.

Edelman CL, Mandle CL. *Health promotion throughout the life span*. ed 8 St Louis: Mosby; 2014.

Finer LB, Zolna MR. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001-2008. *Am J Public Health*. 2014;104(S1):S43.

Garcia P: 6 Women's health apps we keep hearing about, 2014, http://www.vogue.com/946793/period-fertility-pregnancy-health-apps-for-women/. Accessed October 2015.

Giger JN. *Transcultural nursing*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

Healthy People 2020: Sexually transmitted disease, n.d., http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=37. Accessed October 2015.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Horstman A, et al. The role of androgens and estrogen on healthy aging and longevity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012;67(11):1140.

Johnson BK. Sexually transmitted infections and older adults. *J Gerontol Nurs*. 2013;39(11):53.

Kann L, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(4):1.

Katz A. Sexuality in nursing care facilities. *Am J Nurs*. 2013;113(3):53.

Kingsberg SA. Hypoactive sexual desire disorder: understanding the impact on midlife women. *Female Patient*. 2011;36(3):39.

Lim FA, et al. Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: a review of best practices. *Am J Nurs*. 2014;114(6):24.

Link DG. Nursing care of the family during pregnancy. In: Lowdermilk D, ed. *Maternity and women's healthcare*. ed 10 St Louis: Elsevier; 2012:329.

Marrazzo JM, Cates Jr W. Reproductive tract infections, including HIV and other

sexually transmitted infections. In: Hatcher RA, ed. *Contraceptive technology*. ed 20 New York: Ardent Media; 2011.

Murphy PA. Contraception and reproductive health. In: King TL, Brucker MC, eds. *Pharmacology for women's health*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2011.

Olson J, et al. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(2):171.

Pascoe BHM. Sexuality. In: Giddens JF, ed. *Concepts of nursing practice*. St Louis: Elsevier; 2013.

Phillippi JC, Latendresse GA. Sexually transmitted infections. In: McCance KL, Huether SE, eds. *Pathophysiology: the biologic basis for disease in adults and children*. ed 7 St Louis: Elsevier; 2014.

Rosenthal SM. Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(12):4379.

Schwartz J, Gabelnick HL. Contraceptive research and development. In: Hatcher RA, ed. *Contraceptive technology*. ed 20 New York: Ardent Media; 2011.

Steinke EE, et al. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on cardiovascular nursing and allied professions (CCNAPP). *Eur Heart J*. 2013;34(41):3217.

Stewart A, Graham S. Sexual risk behavior among older adults. *MMWR Recomm Rep*. 2013;52(RR–12):1.

Syme ML. The evolving context of older adult sexual behavior and its benefits. *J Am Soc Aging*. 2014;38(1):35.

Taylor A, Gosney M. Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing*. 2011;40(5):583.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole & Hess' gerontological nursing and healthy aging*. ed 4 St Louis: Elsevier; 2014.

Trussell J, Guthrie KA. Choosing a contraceptive: efficacy, safety, and personal considerations. In: Hatcher RA, ed. *Contraceptive technology*. ed 20 New York: Ardent Media; 2011.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): Read the law: the affordable care act, section by section, Washington, DC, 2012, US Department of Health and Human Services. http://www.hhs.gov/healthcare/rights/law/index.html. Accessed October 2015.

Williamson C. Providing care to transgender persons: a clinical approach to primary care, hormones, and HIV management. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(3):221.

World Health Organization (WHO): Gender and human rights: sexual health, n.d., http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/.

Accessed October 2015.

Young-Bruehl E. Sexual diversity in cosmopolitan perspective. *Studies Gender Sexuality*. 2010;11:1.

Referências de pesquisa

Arenhall E, et al. The female partners' experiences of intimate relationship after a first myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2011;20:1677.

Ayaz S. Sexuality and nursing process: a literature review. *Sex Disabil*. 2013;32:3.

Bach LE, et al. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med*. 2013;10:2671.

Bednarczyk RA, et al. Sexual activity-related outcomes after human papillomavirus vaccination of 11- to 12-year-olds. *Pediatrics*. 2012;130(5):798.

Capogrosso P, et al. One out of four with newly diagnosed erectile dysfunction is a young man-worrisome picture from the everyday clinical practice. *J Sex Med*. 2013;10:1833.

Cohen M, Azaiza F. Increasing breast examinations among Arab women using a tailored culture-based intervention. *Behav Med*. 2010;36:92.

Deordorff J, et al. Sexual values and risky sexual behaviors among Latino youth. *Perspect Sex Reprod Health*. 2010;42(1):23.

Deordorff J, et al. Latino youths' sexual values and condom negotiation strategies. *Perspect Sex Reprod Health*. 2013;45(4):182.

Donahue KL, et al. Acceptability of the human papillomavirus vaccine and reasons for non-vaccination among parents of adolescent sons. *Vaccine*. 2014;32:3883: http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.05.035. Accessed October 2015.

Dorrell C, et al. Delay and refusal of human papillomavirus vaccine for girls, national immunization survey-teen, 2010. *Clin Pediatr (Phila)*. 2014;53(3):261.

Doty ND, et al. Sexuality-related social support among lesbian, gay, and bisexual youth. *J Youth Adolesc*. 2010;39:1134.

Dunne A, et al. Adolescents, sexually transmitted infections, and education using social media: a review of the literature. *J Nurse Pract*. 2014;10(6):401.

Fontenot HB, et al. Human papillomavirus (HPV) risk factors, vaccination patterns, and vaccine perceptions among a sample of male college students. *J Am Coll Health*. 2014;62(3):186.

Godfrey NP, et al. Contraceptive methods and use by women age 35 and over: a qualitative study of perspectives. *BMC Womens Health*. 2011;11(1):5.

Hall KS, et al. Determinants of and disparities in reproductive health service use among adolescent and young adult women in the United States, 2002-2008. *Am J Public Health*. 2012;102(2):359.

Ivarsson V, et al. Health professionals' views on sexual information following MI. *Br J Nurs*. 2010;19(16):1052.

Johnson MJ, Amella EJ. Isolation of lesbian, gay, bisexual and transgender youth: a dimensional concept analysis. *J Adv Nurs*. 2014;70(3):523.

Jones J, et al: Current contraceptive use in the United States, 2006-2010, and changes in patterns of use since 1995, Hyattsville, MD, 2012, National Center for Health Statistics. National health statistics reports No 60.

Lee YM, et al. Factors related to sexual practices and successful sexually transmitted infection/HIV intervention programs for Latino adolescents. *Public Health Nurs*. 2013;30(5):390.

Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population-based cross-sectional surveys of aging. *Br Med J*. 2010;340:c810.

Marchand E, et al. HPV vaccination and sexual behavior in a community college sample. *J Community Health*. 2013;38:1010.

Mayhew A, et al. Risk perceptions and subsequent sexual behaviors after HPV vaccination in adolescents. *Pediatrics*. 2014;133(3):401.

Peragallo N, et al. The efficacy of an HIV risk reduction intervention for Hispanic women. *AIDS Behav*. 2012;16(5):1316.

Roberts ME, et al. Mother-daughter communication and human papillomavirus vaccine uptake by college students. *Pediatrics*. 2010;125(5):982.

Rosen RC, et al. Sexual desire problems in women seeking healthcare: a novel study design for ascertaining prevalence of hypoactive sexual desire disorder in clinic-based samples of US women. *J Women's Health*. 2012;215:505.

Scott ME, et al. Risky adolescent sexual behaviors and reproductive health in young adulthood. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011;43(2):110.

Sobecki MA, et al. What we don't talk about when we don't talk about sex: results of a national survey of US obstetrician/gynecologists. *J Sex Med*. 2012;9:1285.

Warren JT, et al. Characteristics related to effective contraceptive use among a sample of nonurban Latinos. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011;43(4):255.

36

Saúde Espiritual

OBJETIVOS

- Discutir a influência da espiritualidade nas práticas de saúde dos pacientes.
- Descrever a relação entre fé, esperança e bem-estar espiritual.
- Comparar e contrastar os conceitos de religião e espiritualidade.
- Avaliar a espiritualidade de um paciente.
- Explicar a importância de se estabelecer relações de cuidar aos pacientes, para prestar cuidado espiritual.
- Discutir intervenções de enfermagem desenvolvidas para promover a saúde espiritual de um paciente.
- Identificar abordagens para estabelecer presença junto aos pacientes.
- Avaliar os estados dos pacientes relacionados com a saúde espiritual.

TERMOS-CHAVE

Agnósticos, p. 726
Ateístas, p. 726

Autotranscendência, p. 726
Bem-estar espiritual, p. 726
Conectividade, p. 726
Esperança, p. 726
Espiritualidade, p. 725
Fé, p. 726
Holístico, p. 736
Sofrimento espiritual, p. 727
Transcendência, p. 726

A palavra *espiritualidade* vem do termo *spiritus* em latim, que se refere à respiração, sopro ou vento. O espírito dá vida ao indivíduo. Significa qualquer coisa que está no centro de todos os aspectos da vida de uma pessoa. Florence Nightingale acreditava que a espiritualidade era uma força que fornecia a energia necessária para promover um ambiente hospitalar saudável; também acreditava que cuidar das necessidades espirituais de uma pessoa era tão essencial quanto cuidar de suas necessidades físicas (Reinert e Koenig, 2013). Hoje, frequentemente define-se **espiritualidade** como uma consciência ou sensibilização da parte mais íntima de um indivíduo, assim como um senso de conexão com algo maior (um Ser), com a natureza ou com algum propósito maior que o próprio ser humano (McSherry e Jamieson, 2013; Prentis et al., 2014). A saúde de uma pessoa depende do equilíbrio entre os fatores físicos, psicológicos, sociológicos, culturais, desenvolvimentais e espirituais. A espiritualidade ajuda os indivíduos a atingirem o equilíbrio necessário para manter a saúde e o bem-estar e para lidar com a doença.

Muito frequentemente, enfermeiras e outros profissionais da saúde falham em reconhecer a dimensão espiritual de seus pacientes, porque a espiritualidade não é suficientemente científica, porque tem muitas definições e também porque é difícil de mensurar. Além disso, algumas enfermeiras e profissionais da saúde não acreditam em Deus

ou em um Ser Superior, alguns não se sentem confortáveis para discutirem o assunto e outros reclamam que não têm tempo para investigar as necessidades espirituais dos pacientes (McSherry e Jamieson, 2013; Ronaldson et al., 2012). Frequentemente, os conceitos de espiritualidade e religião são usados de forma sinônima, porém, espiritualidade é um conceito muito mais amplo e unificador que religião (Rykkje et al., 2013).

O espírito humano é potente, e a espiritualidade tem diferentes significados para diversas pessoas. Profissionais de enfermagem precisam estar cientes de sua própria espiritualidade, para prestarem cuidado espiritual relevante e apropriado para os outros. Eles precisam cuidar da pessoa como um todo, aceitando as experiências e crenças dos pacientes (Cockell e McSherry, 2012). Ser capaz de determinar a importância de que a espiritualidade dá suporte aos pacientes depende da sua habilidade de desenvolver relações de cuidar (Cap. 7).

Base de conhecimento científico

A relação entre espiritualidade e cura não é completamente compreendida. Contudo, o espírito intrínseco do indivíduo parece ser um fator importante no processo terapêutico. A cura geralmente ocorre por causa da fé. Pesquisas mostram que a espiritualidade afeta positivamente e melhora a saúde física e psicológica, qualidade de vida, comportamentos de promoção da saúde e atividades de prevenção de doenças (Conway-Phillips e Janusek, 2014; White, 2013).

Muitos dos efeitos benéficos da espiritualidade estão ligados à função hormonal e neurológica. Por exemplo, a prática regular de exercícios de relaxamento reduziu a desregulação fisiológica, incluindo marcadores inflamatórios em pacientes idosos (Glei et al., 2012). Técnicas integrativas "corpo–mente", que incluem relaxamento, meditação orientada, treinamento da concentração e música reduzem a percepção da dor e da ansiedade (Fana et al., 2014). O riso reduz a dor, afeta positivamente a depressão, satisfação com a vida, insônia e qualidade do sono; melhora os níveis de glicose no sangue e melhora autoavaliações de saúde (Gilbert, 2014; Hirosaki et al., 2013). As crenças e convicções pessoais de cada um consistem em poderosas reservas de cura. Quando os profissionais de saúde oferecem suporte espiritual para os pacientes e suas famílias, estes os ajudam a alcançar resultados de saúde desejáveis.

Base de conhecimento em enfermagem

A pesquisa em enfermagem mostra a associação entre espiritualidade e saúde. Por exemplo, familiares que cuidam de pacientes com tumores cerebrais — que expressaram altos níveis de espiritualidade — experimentaram menos depressão e ansiedade, assim como melhor saúde mental, quando comparados com cuidadores que expressaram menores níveis de espiritualidade (Newberry et al., 2013). As pesquisas também mostraram que a prece, frequentemente, auxilia mulheres afro-americanas diagnosticadas com câncer de mama a lidarem efetivamente com a fadiga relacionada com o câncer (Morgan et al., 2014). O interesse em estudar a relação entre espiritualidade e saúde contribuiu muito para a ciência da enfermagem.

Conceitos Atuais em Saúde Espiritual

Uma variedade de conceitos que descrevem saúde espiritual faz parte da prática da enfermagem profissional. A fim de se prestar cuidado espiritual significativo e acolhedor, torna-se importante entender os conceitos de espiritualidade, bem-estar espiritual, fé, religião e esperança. Cada conceito oferece direcionamento para entender-se as visões que os indivíduos têm da vida e do valor da mesma.

Espiritualidade

Espiritualidade é um conceito complexo, único para cada indivíduo; depende da cultura, do desenvolvimento, das experiências existenciais, crenças e ideias que cada pessoa alimenta sobre a vida (Cohen et al., 2012). É uma característica humana inerente que existe em todas as pessoas, independentemente das suas crenças religiosas (McSherry e Jamieson, 2013). Fornece aos indivíduos a energia necessária para descobrirem-se a si mesmos, para lidarem com situações difíceis e manterem a saúde. A energia gerada pela espiritualidade ajuda os pacientes a sentirem-se bem e guia as escolhas feitas ao longo de suas vidas (p. ex., tipo e duração do

cuidado de saúde). A espiritualidade permite que uma pessoa ame, tenha fé e esperança, busque o significado da vida e cultive as relações com os outros. Já que é subjetiva, multidimensional e pessoal, pesquisadores e acadêmicos não concordam com uma definição universal de espiritualidade (McSherry e Jamieson, 2013). Entretanto, utilizam-se cinco constructos distintos, embora sobrepostos, para definir espiritualidade (Fig. 36-1).

- **Autotranscendência** – senso de ligação autêntica ao "eu" de um indivíduo (Haugan et al., 2012). Esse conceito é diferente de **transcendência**, a crença de que existe uma força externa à pessoa (e maior que a mesma), além do mundo material (Hatamipour et al., 2015). A autotranscendência é uma força positiva. Permite que a pessoa tenha novas experiências e desenvolva novas perspectivas que estão além dos limites físicos comuns. Exemplos de momentos transcendentais incluem o sentimento de respeito ou reverência ao segurar-se um recém-nascido no colo ou ao olhar um lindo pôr do sol.
- **Conectividade** – estar conectado *intrapessoalmente* com seu "eu interior"; o termo *interpessoalmente* refere-se à conexão com o próximo e com o ambiente; o termo *transpessoalmente* refere-se à conexão com Deus ou com um poder maior que não pode ser visto. Através da conectividade, os pacientes transportam-se para além dos agentes estressores da vida cotidiana, encontrando conforto, fé, esperança e empoderamento (Phillips-Salimi et al., 2012).
- **Fé** – permite que as pessoas tenham fortes convicções, apesar da falta de evidência física. A fé permite que acreditem em conexões transpessoais e as estabeleçam. Embora muitas pessoas associem a fé às crenças religiosas, a primeira existe na ausência das últimas (Dyess, 2011).
- **Esperança** – a esperança tem diversos significados, que variam com a forma com a qual a mesma é experimentada; geralmente, refere-se a uma fonte energizante que possui uma orientação para os planos e resultados futuros (Kavradim et al., 2013; Soundy et al., 2014).

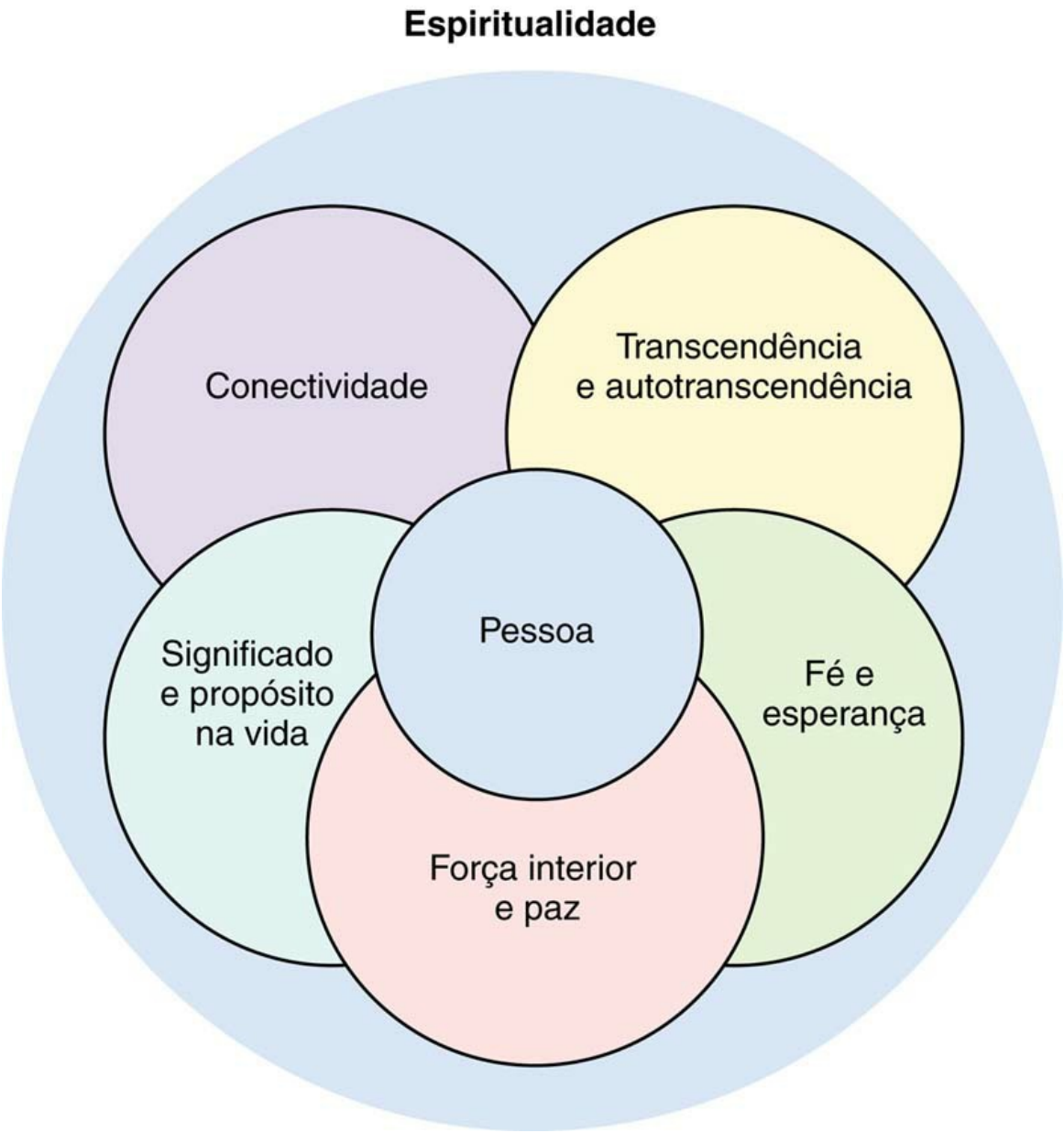


FIGURA 36-1 O conceito de espiritualidade possui cinco constructos distintos, mas que se sobrepõem.

A espiritualidade dá às pessoas a habilidade de encontrar um senso dinâmico e criativo de *força interior*, que pode ser usado ao tomarem-se decisões difíceis. Essa fonte de energia ajuda as pessoas a manterem-se abertas às mudanças e aos desafios da vida, fornece confiança na tomada de decisões, promove conexões com o outro e uma perspectiva positiva sobre a vida (Viglund et al., 2014). A *paz interior* promove sentimentos calmos, positivos e pacíficos, apesar das

experiências de caos, medo e incerteza. Esses sentimentos ajudam as pessoas a sentirem-se confortáveis, mesmo em tempos de grande angústia e sofrimento (Hatamipour et al., 2015). A espiritualidade também ajuda os indivíduos a encontrarem *significado e propósito* na vida, tanto nos eventos positivos como nos eventos negativos da existência (Hatamipour et al., 2015; White, 2013).

Algumas pessoas não acreditam na existência de Deus (**ateístas**) ou acreditam que não há uma realidade suprema conhecida (**agnósticos**). Apesar disso, a espiritualidade é importante, independentemente das crenças religiosas de um indivíduo (Hsiao et al., 2013). Os ateístas buscam o sentido da vida através do seu trabalho e de suas relações com os demais. Os agnósticos descobrem significado naquilo que fazem ou na maneira como vivem, porque não encontram explicação maior para a forma como as coisas são. Acreditam que as pessoas trazem significado para aquilo que fazem.

Espiritualidade é um tema integrante. O conceito pessoal de espiritualidade inicia-se na infância e continua se desenvolvendo ao longo da vida adulta (Bryant-Davis et al., 2012). Representa a totalidade do ser, servindo como uma perspectiva primordial que unifica os diversos aspectos de um indivíduo. A espiritualidade se espalha por todas as dimensões da vida da pessoa, quer a mesma a admita ou desenvolva, ou não.

Bem-estar Espiritual

O conceito de **bem-estar espiritual** apresenta duas dimensões. Uma apoia a relação transcendente entre a pessoa e Deus (ou uma força superior); a outra descreve relações e conexões positivas que as pessoas têm com os seus semelhantes (Petersen, 2014). Aqueles que experimentam o bem-estar espiritual sentem-se conectados aos demais, sendo capazes de encontrar significado ou propósito em suas vidas. Indivíduos espiritualmente saudáveis vivenciam a felicidade, são capazes de perdoar a si mesmos e aos outros, de aceitar as dificuldades e a mortalidade, além de relatarem melhor qualidade de vida (Haugan et al., 2014).

Fé

Além de ser um componente da espiritualidade, o conceito de fé apresenta outras definições. A fé é uma religião cultural ou institucional, como o judaísmo, budismo, islamismo ou cristianismo. Também é a relação com uma divindade, força superior ou espírito que incorpora uma fé fundamentada (crença) e uma fé confiante (ação). A fé fundamentada (ou raciocinada) dá confiança em algo que não se pode provar. É a aceitação de algo que a razão não pode explicar. Algumas vezes, a fé envolve uma crença em uma força superior, guia espiritual, Deus ou Alá. Também é a maneira da qual a pessoa escolhe viver. A fé traz o propósito e o significado para a vida de um indivíduo, permitindo a ação (Dyess, 2011). Com frequência, os pacientes doentes apresentam uma perspectiva positiva da vida e continuam a buscar as atividades de vida diária, em vez de acomodarem-se com os sintomas de suas doenças. Sua fé torna-se mais forte, porque esses pacientes enxergam a doença como uma oportunidade de crescimento pessoal (Granero-Molina et al., 2014).

Religião

A religião associa-se ao "estado de ação" ou um sistema específico de práticas associadas a uma denominação particular, seita ou forma de trabalho. É um sistema de crenças e trabalhos organizados que uma pessoa pratica a fim de expressar exteriormente a espiritualidade. Muitas pessoas praticam a fé ou crença nas doutrinas e expressões de uma religião ou seita específica, tais como a Igreja Luterana ou o judaísmo. Pessoas de religiões diferentes enxergam a espiritualidade de formas diferentes. Por exemplo, os budistas acreditam nas Quatro Verdades Nobres: (1) a vida é sofrimento; (2) o sofrimento é causado pelo apego; (3) o sofrimento pode ser eliminado ao eliminar-se o apego e (4) para eliminar o apego e o sofrimento, o indivíduo deve seguir uma via com oito caminhos (quais sejam, entendimento correto, intenção, discurso, ação, sustento, esforço, consciência e concentração). Um budista volta-se para si mesmo, avaliando o autocontrole, enquanto um cristão clama pelo amor de Deus para lhe

trazer iluminação e direcionamento na vida.

Ao lidar-se com a cuidado espiritual, é importante entenderem-se as diferenças entre religião e espiritualidade. Muitas pessoas tendem a usar esses termos como sinônimos. Embora estejam muito associados, não são iguais. As práticas religiosas englobam a espiritualidade, mas a espiritualidade não precisa incluir a prática religiosa. O cuidado religioso ajuda os pacientes a manterem a fé em seus sistemas de crenças e práticas de trabalho. O cuidado espiritual ajuda os pacientes a identificarem o significado e o propósito na vida, a olharem além do presente e a manterem relações pessoais e uma relação com um Ser Superior ou força vital.

Esperança

A fé espiritual de uma pessoa traz a esperança. Quando a pessoa tem a atitude de esperar ansiosamente e viver por algo, a esperança está presente. É um conceito multidimensional que traz conforto enquanto a pessoa enfrenta situações de risco de morte, dificuldades e outros desafios pessoais. Está intimamente associada à fé, constituindo um verdadeiro energizante. A esperança motiva as pessoas em todos os aspectos de suas vidas, auxiliando-as a lidarem com os agentes estressantes da vida. É um recurso pessoal valioso sempre que alguém está vivenciando uma perda (Cap. 37) ou um desafio difícil (Ruchiwit, 2012).

Saúde Espiritual

As pessoas ganham saúde espiritual ao encontrarem um equilíbrio entre seus valores, objetivos e crenças, bem como em seus relacionamentos consigo mesmos e com os outros. Frequentemente, os indivíduos vão se tornando mais espiritualizados ao longo da vida, tornando-se cada vez mais conscientes do significado, propósito e valores da existência. Em tempos de estresse, doença, perda ou recuperação, a pessoa usa formas prévias de resposta ou ajuste para uma dada situação. Em geral, esses estilos predefinidos inserem-se nas crenças espirituais pessoais.

As crenças espirituais mudam conforme os pacientes crescem e se desenvolvem. A espiritualidade começa quando as crianças aprendem sobre si próprias e suas relações com os outros, incluindo uma força superior. Por exemplo, a atitude de confiar em Deus, na verdade, tem início no momento em que o lactente aprende a confiar na dependência dos cuidados e do amor de seus pais, semelhantes a Deus naquela fase da vida (Neifert, 2011). Profissionais de enfermagem que entendem as crenças espirituais infantis são capazes de cuidar e confortar as crianças (Petersen, 2014). Conforme as crianças vão amadurecendo para a vida adulta, vão vivenciando o crescimento espiritual, entrando em relacionamentos permanentes com pessoas que dividem valores e crenças semelhantes aos seus.

As crenças entre indivíduos idosos variam de acordo com fatores culturais, tais como sexo, experiências passadas, religião, etnia e condição econômica. A espiritualidade saudável em adultos mais velhos traz paz e aceitação do próprio "eu", sendo frequentemente o resultado de uma conexão duradoura com uma força superior. Um estudo observou que mulheres mais velhas demonstram resiliência espiritual, expressada pela manutenção de um propósito na vida e pela expressão da gratidão, que promove bem-estar espiritual (Manning, 2014). Às vezes, a doença e a perda ameaçam e desafiam o processo de desenvolvimento espiritual. Adultos mais velhos geralmente expressam sua espiritualidade voltando-se para relações importantes e doando-se para os semelhantes (Edelman e Mandle, 2014).

Fatores que Influenciam a Espiritualidade

Quando ocorre doença, perda, luto ou uma mudança maior na vida, as pessoas usam suas reservas espirituais para ajudá-las a lidarem com essas situações, ou desenvolvem-se as necessidades e interesses espirituais. **Sofrimento espiritual** é um "estado de sofrimento relacionado com a capacidade limitada de vivenciar o sentido da vida através de conexões consigo mesmo, com outros, com o mundo ou com um Ser Superior" (Herdman e Kamitsuru, 2014). Leva as pessoas a questionarem sua identidade e a sentirem dúvida, perda de fé e uma

sensação de solidão ou abandono. Os indivíduos frequentemente questionam seus valores espirituais, levantando dúvidas sobre sua forma de viver, propósito existencial e fonte de sentido da vida. O sofrimento espiritual também ocorre quando há conflito entre as crenças pessoais e regimes de saúde prescritos ou a inabilidade de praticar rituais habituais.

Doença Aguda

A doença inesperada, repentina, cria sofrimento espiritual. Tanto um paciente de 50 anos que sofre um infarto agudo do miocárdio quanto uma paciente de 20 anos que sofre um acidente de carro, por exemplo, enfrentam crises que ameaçam sua saúde espiritual. A doença cria uma luta inesperada para integrar realidades e lidar com as mesmas (p. ex., deficiência). Muitas vezes, as pessoas procuram formas de se manterem fiéis aos seus sistemas de crenças e valores. Alguns rezam, frequentam serviços religiosos com maior frequência, ou passam mais tempo refletindo nos aspectos positivos de suas vidas. Em um estudo mais antigo que ainda é importante atualmente, pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio consideraram a espiritualidade como uma "força que trazia vida"; essa sensação levou os pacientes a encontrarem significado e propósito para suas existências (Walton, 1999). O autor do estudo observou que os pacientes vivenciaram fases diferentes nesse encontro do significado e propósito da vida: encarar a morte, liberar o medo e a agitação, identificar e fazer mudanças no estilo de vida, procurar o propósito divino e procurar sentido na vida diária. São comuns a raiva e a libertação do medo; às vezes, os pacientes os expressam contra Deus, contra suas famílias, contra si próprios ou contra seus cuidadores. A força da espiritualidade de um paciente influencia na forma como o mesmo lida com a doença inesperada e no intervalo que este leva até se recuperar. Enfermeiras usam o conhecimento do bem-estar espiritual de um indivíduo e implantam intervenções espirituais para aumentar a paz interior e facilitar a cura (Yeager et al., 2010).

Doença Crônica

Muitas doenças crônicas ameaçam a independência do indivíduo, causando medo, ansiedade e sofrimento espiritual. Depender dos outros para as necessidades de autocuidado rotineiras frequentemente cria sentimento de impotência e perda de um senso de propósito na vida, que prejudicam a capacidade de lidar com as alterações no funcionamento. A espiritualidade é uma dimensão importante de como os pacientes vivem com a doença em estágio avançado (Asgeirsdottir et al., 2013) (Quadro 36-1). A adaptação bem-sucedida produz crescimento espiritual. Pacientes que apresentam um senso de bem-estar espiritual sentem-se conectados com uma força maior e com os semelhantes, são capazes de encontrar significado e propósito na vida; também lidam mais facilmente e aceitam melhor suas doenças crônicas.

Quadro 36-1

Prática baseada em evidências

Espiritualidade e Doença Crônica

Questão PICO: Como as percepções de espiritualidade afetam o bem-estar e a qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas?

Resumo da Evidência

Todos os aspectos da vida de um paciente são afetados por uma doença crônica. Pesquisas atuais afirmam que a espiritualidade ajuda os pacientes a lidarem com os efeitos das suas doenças crônicas, levando à melhoria do bem-estar e qualidade de vida (QDV) (Delgado-Guay, 2014). Por exemplo, o bem-estar existencial (ter um objetivo na vida e estar satisfeito com a mesma) contribui significativamente para o estado de saúde de pacientes que vivem com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) (Cobb, 2012; Dalmida et al., 2012) e câncer (Delgado-Guay, 2014). A religiosidade

e a proximidade com Deus ajudam os pacientes a aceitarem a morte (Daaleman e Dobbs, 2010). O cuidado espiritual (tanto religioso como não religioso) é um fator vital no bem-estar e na qualidade de vida no final da existência, sendo necessário um tratamento de apoio multidisciplinar (Delgado-Guay, 2014). Intervenções de enfermagem, como orar, fixar a presença, estabelecer uma relação de tratamento, colocar os pacientes para discutirem espiritualidade em grupos e dar apoio a eles dentro de uma comunidade de fé, ajudam os pacientes com doenças crônicas a prosperarem, mesmo no fim da vida (Dyess e Chase, 2010; Tuck, 2012).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Preste atenção na identidade cultural e espiritual de um paciente ao longo do curso de sua doença (Piotrowski, 2013).
- Escute a história e a angústia de um paciente e proporcione uma postura solidária (Delgado-Guay, 2014).
- Os pacientes não estão procurando por respostas. Aquilo que é expresso como uma questão espiritual frequentemente é mais uma expressão de dor espiritual (Delgado-Guay, 2014).
- Ore com seus pacientes se eles desejarem; a prece aumenta a conectividade com um ser superior e frequentemente fornece uma fonte de alívio, aumentando o bem-estar e a qualidade de vida (Daaleman e Dobbs, 2010; Dyess e Chase, 2010).
- Os pacientes devem concordar com as intervenções; eles devem estar adaptados às suas perspectivas terrenas para ajudarem durante a doença ou crise (Brown et al., 2013).
- Encoraje os pacientes com doenças crônicas a manterem ligações com os outros e com sua comunidade religiosa (Dyess e Chase, 2010; Tuck, 2012).

Doença Terminal

A doença terminal causa medo da dor física, do isolamento, do desconhecido e da morte. Essa condição cria uma incerteza sobre o

que a morte representa, fazendo que os pacientes fiquem suscetíveis ao sofrimento espiritual. Contudo, alguns apresentam uma sensação de paz de espírito que permite que os mesmos encarem a morte sem medo. A espiritualidade ajuda-os a encontrarem paz dentro de si mesmos e na morte. Indivíduos que vivenciam uma doença terminal analisam suas vidas e questionam o significado destas. As perguntas mais comuns nestes casos são "por que isso está acontecendo comigo?" ou "o que eu fiz?". A doença terminal afeta a família e os amigos, tanto quanto afeta o paciente. Ela leva os membros da família a fazerem perguntas importantes sobre o seu significado e de que forma ela vai afetar as relações com o paciente (Cap. 37). Ao cuidar de pacientes no leito de morte, ajude-os a ganhar uma sensação maior de controle sobre a doença, quer estejam em uma unidade de saúde (p. ex., hospital) ou em casa. A morte é um processo holístico envolvendo a saúde física, social, psicológica e espiritual do paciente (Hayden, 2011; Phelps et al., 2012).

Experiência de Quase Morte

Algumas enfermeiras cuidam de pacientes que já passaram por experiências de quase morte (EQM). Uma EQM é um fenômeno psicológico de pessoas que já estiveram muito perto da morte ou que se recuperaram depois de serem declaradas mortas. Não está associada a distúrbios mentais. Ao contrário, especialistas concordam que a EQM descreve uma passagem muito próxima da morte física, emocional e espiritual. Por exemplo, pessoas que têm uma EQM depois de uma parada cardiorrespiratória frequentemente contam a mesma história de se sentirem acima dos seus corpos e assistirem à equipe de socorro iniciando as medidas de salvamento. Comumente, pacientes que passaram por uma EQM descrevem que se sentiram totalmente em paz, vivenciando uma experiência fora do corpo, sendo puxados para dentro de um túnel escuro, vendo luzes brilhantes e encontrando pessoas que os precederam na morte. Em vez de seguirem em direção à luz, aprenderam que não era o momento de morrerem e retornaram à vida (Agrillo, 2011; Cant et al., 2012).

Com frequência, pacientes que passam por uma EQM relutam em

falar sobre o assunto, pensando que a família ou os profissionais não vão entender. Geralmente, ocorrem isolamento e depressão. Além disso, nem todas as EQMs são positivas. Entretanto, os indivíduos que passam por uma EQM e a discutem abertamente com a família ou com os cuidadores encontram aceitação e significado a partir dessa poderosa experiência. Muitas vezes, esses indivíduos não sentem mais medo da morte e têm diminuído seu desejo de obter bens materiais. Também relatam sensibilidade aumentada para diferentes componentes químicos, como álcool e medicamentos. Depois dos pacientes sobreviverem a uma EQM, é importante promover o bem-estar espiritual, permanecendo abertos, dando-lhes uma chance de explorar o que aconteceu e dando-lhes suporte conforme dividem a experiência com terceiros (Cant et al., 2012).

Pensamento crítico

O pensamento crítico bem-sucedido necessita de uma síntese de conhecimento, experiência, informação coletada a partir dos pacientes, postura crítica e referências intelectuais e profissionais. Julgamentos clínicos fazem que você antecipe informações, analise dados e tome decisões em relação ao cuidado do seu paciente. Enquanto fizer uso do processo de enfermagem, aplique o pensamento crítico para prestar cuidado espiritual apropriado (Fig. 36-2).

Conhecimento

- Comunicação terapêutica
- Práticas de assistência; presença, ato de escutar
- Perda e sofrimento
- Conceitos de saúde espiritual e religião

Experiência

- Cuidar de pacientes que exibem saúde espiritual forte
- Cuidar de pacientes que vivenciam a perda
- Experiência pessoal pela qual a fé e as crenças são desafiadas ou usadas para lidar com a situação

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Avaliar a fé e as crenças do paciente
- Rever a visão de vida do paciente, autorresponsabilidade e satisfação com a vida
- Avaliar a extensão da irmandade e comunidade do paciente
- Revisar se o paciente pratica a religião e os rituais

Padrões

- Demonstre a ética do cuidado
- Seja minucioso e assegure-se de que a avaliação é importante para a situação do paciente
- Siga o código de ética profissional

Atitudes

- Aborde a avaliação com honestidade e integridade, de modo a não deixar que as crenças pessoais interfiram nas conclusões

FIGURA 36-2 Modelo de pensamento crítico para avaliação da saúde espiritual. *ANA*, American Nurses Association.

O papel de ajudar é importante na prática da enfermagem (Benner, 1984). Pacientes procuram por enfermeiras para ajudá-los, o que é diferente da ajuda que procuram em outros profissionais da saúde. Enfermeiras experientes adquirem a capacidade de antecipar assuntos pessoais que afetam seus pacientes e o bem-estar espiritual destes. O pensamento crítico e a aplicação do conhecimento e de procedimentos ajudam os enfermeiras a melhorarem o bem-estar espiritual e a saúde dos pacientes.

Enfermeiras que estão confortáveis com sua própria espiritualidade frequentemente são mais propensas a cuidarem das necessidades espirituais de seus pacientes. As crenças de um profissional da saúde afetam a discussão das opções de tratamento com os pacientes e, por fim, afetam suas escolhas no tratamento (Delgado, 2015). As enfermeiras se preocupam muito em prestar cuidado espiritual como parte de suas práticas holísticas. Enfermeiras que estimulam sua saúde pessoal, emocional e espiritual tornam-se verdadeiras fontes para seus pacientes, utilizando sua própria espiritualidade como ferramenta ao cuidarem de si próprias e dos pacientes.

Quando já estiver confortável com sua própria espiritualidade, use o conhecimento em enfermagem para antecipar os assuntos pessoais dos pacientes e o efeito resultante do bem-estar espiritual. Seu conhecimento sobre o conceito de espiritualidade, seu entendimento sobre ética (Cap. 22) e seu conhecimento sobre a fé e sistemas de crença de um paciente ajudam a prestar cuidado espiritual adequado. Saber sobre os valores, crenças, preferências e necessidades de um paciente dá uma ideia sobre as práticas espirituais da pessoa. A aplicação dos princípios de comunicação terapêutica (Cap. 24) e do cuidado (Cap. 7) nos ajuda a estabelecer a confiança terapêutica com os pacientes. As crenças espirituais de um indivíduo são muito pessoais. Quando você integra as preferências, os valores e as crenças do paciente no cuidado espiritual, você fornece cuidado centrado no paciente, com sensibilidade e respeito pela diversidade da experiência humana (QSEN Institute, 2014).

A experiência pessoal no cuidado de pacientes em sofrimento espiritual é muito valiosa ao ajudá-los a selecionar opções de sobrevivência. Você precisa determinar se sua espiritualidade é benéfica no cuidado dos pacientes. Enfermeiras que têm muita fé e esperança na vida geralmente estão mais aptas a ajudarem os pacientes sob seus cuidados. Uma enfermeira aprende como prestar auxílio espiritual confortavelmente a partir de seu sistema de fé pessoal e a partir de experiências profissionais prévias com pacientes no leito de morte e com doença crônica ou perda severa (Delgado, 2015).

Já que cada pessoa tem uma espiritualidade única, você precisa saber suas próprias crenças para que possa saber auxiliar cada paciente sem qualquer tipo de influência (Tiew e Creedy, 2010). Use o pensamento crítico ao investigar a reação de cada paciente à doença e à perda e ao determinar se a intervenção espiritual é necessária. A humildade é essencial, especialmente no auxílio de pacientes com bagagens culturais diferentes. Reconheça sua limitação pessoal no conhecimento sobre as crenças espirituais e práticas religiosas dos pacientes. Enfermeiras eficientes mostram preocupação genuína ao investigarem as crenças de seus pacientes e determinam de que forma a espiritualidade influencia na saúde dos mesmos. Você demonstra integridade ao abster-se de dizer suas opiniões sobre religião ou espiritualidade quando suas crenças conflitam com as crenças de seus pacientes.

A aplicação de padrões de pensamento pode ajudar a tomar decisões clínicas precisas e auxiliar os pacientes a encontrarem caminhos lógicos e expressivos de conseguir a cura espiritual. O pensamento crítico garante que você obtenha informação significativa e relevante ao tomar decisões sobre as necessidades espirituais dos pacientes. A natureza da espiritualidade de uma pessoa é complexa e individualizada. Evite fazer suposições a respeito da religião e das crenças dos pacientes. O significado e a importância são padrões de pensamento crítico que nos permitem explorar os assuntos que são mais importantes para os pacientes e, ainda, mais prováveis de afetarem o bem-estar espiritual destes.

A TJC – The Joint Commission (2015), ao estabelecer os padrões para o cuidado de saúde de qualidade, exige que as instituições de saúde investiguem a denominação, as crenças e as práticas religiosas do paciente e que reconheçam seus direitos ao auxílio espiritual. Entretanto, a TJC não especifica o que devemos incluir nessa coleta de dados. Uma organização de saúde deve definir o conteúdo e o escopo da avaliação espiritual e dar suporte às necessidades espirituais dos pacientes através de auxílio pastoral ou através de indivíduos certificados, ordenados ou leigos.

O *Código de Ética para Enfermeiras*, da Associação Americana de Enfermeiras (2105), exige que elas pratiquem a enfermagem com compaixão e respeito pela dignidade, valor e singularidade inerentes a cada pessoa. É essencial promover um ambiente que respeite os valores dos pacientes, costumes e crenças religiosas. A implementação diária de intervenções padronizadas de enfermagem como a oração ou meditação é coercitiva e antiética. Portanto, determine quais intervenções são compatíveis com as crenças e valores de seus pacientes antes de selecioná-los. A ética de tratamento (Cap. 7) fornece uma estrutura para tomada de decisão e posiciona a enfermeira como defensor do paciente.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e utilize a abordagem de pensamento crítico no cuidado com os pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem clínica de tomada de decisão, que pode ser usada para desenvolver e implementar um plano individualizado de tratamento. Entender a espiritualidade do paciente para depois identificar apropriadamente o nível de suporte e recursos necessários requer uma perspectiva ampla e uma mente aberta. Como enfermeira, você assume um compromisso de atender as necessidades espirituais de seus pacientes; sendo assim, é essencial respeitar as crenças pessoais de cada um desses indivíduos. A aplicação do processo de enfermagem, a partir da perspectiva das necessidades espirituais de um paciente, não é simples. Isso vai além de investigar as práticas religiosas dos mesmos. Para cuidar das necessidades espirituais de seus pacientes, você precisa ser compassivo e deve eliminar quaisquer interferências ou equívocos pessoais. Você deve estar disposta a compartilhar e descobrir o significado e o propósito dos pacientes na vida, na doença e na saúde. Identifique valores comuns e respeite compromissos únicos e valores de seus pacientes, através de conversas calmas, da escuta efetiva e da comunicação usando a presença e o toque (Delgado, 2015).

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de avaliação, investigue cada paciente cuidadosamente e analise criticamente os resultados, a fim de se assegurar de que esteja tomando decisões clínicas centradas no paciente, necessárias ao tratamento seguro em enfermagem. Dê atenção e fique com a mente aberta para promover com êxito uma discussão honesta sobre as crenças espirituais de cada paciente. Elaborar um histórico sobre a religião pode revelar as crenças do paciente a respeito da vida, saúde e existência de um Ser Supremo.

Pelos Olhos do Paciente

É essencial reservar um tempo para avaliar os pontos de vista de um paciente e estabelecer uma relação de confiança. Já que leva tempo para se completar a avaliação espiritual, conduza uma avaliação contínua no curso da permanência do paciente na unidade de saúde, se possível. Estabeleça confiança e empatia; transforme a oportunidade de conduzir discussões relevantes com o paciente em prioridade. Uma vez que você estabelece uma relação de confiança, você e o paciente atingem o ponto de aprenderem juntos, e o cuidar espiritual acontece (Bailey et al., 2009). No caso de doença e hospitalização, concentre sua avaliação nos aspectos da espiritualidade mais prováveis de serem influenciados por experiências de vida, eventos e questões. Certifique-se de discutir aquilo que é relevante para o paciente. A condução de uma avaliação é terapêutica para você e para o seu paciente, porque isso denota um elevado nível de atenção e suporte.

Ferramentas de Avaliação

Ouvir a história do paciente é um método essencial para se obter uma avaliação espiritual. Entretanto, você pode investigar a saúde espiritual do seu paciente de diversas formas diferentes, usando questões abertas para incitá-los a contarem suas histórias ou fazendo-lhes perguntas diretas (Quadro 36-2). Ao optar por perguntas diretas, você precisa se sentir confortável para perguntar aos outros sobre sua espiritualidade. Algumas instituições de assistência médica e pesquisadores criaram ferramentas de avaliação para elucidar valores e investigar a espiritualidade. Por exemplo, a escala de bem-estar espiritual (EBE) possui 20 questões que avaliam a relação de um paciente com Deus e seu senso de objetivo de vida e satisfação de viver (Life Advance, 2009). A ferramenta de avaliação FICA (Borneman et al., 2010) avalia a espiritualidade, estando intimamente ligada à qualidade de vida. Essa ferramenta avalia os seguintes critérios:

F – Fé ou Crença

I – Importância e Influência
C – Comunidade
A – Abordagem (Intervenções para abordar)

Quadro 36-2 Perguntas de Avaliação de Enfermagem

Espiritualidade e Saúde Espiritual

- Quais experiências foram mais difíceis para você no passado?
- O que lhe deu energia durante aqueles tempos difíceis?
- Quais aspectos de sua espiritualidade foram de mais ajuda para você?
- Quais aspectos de sua espiritualidade você gostaria de discutir?

Fé, Religião, Companheirismo e Comunidade

- Para que ou para quem você olha como uma fonte de força, esperança ou fé, em tempos de dificuldade?
- Como sua fé o ajuda a suportar?
- Você utiliza a prece?
- O que posso fazer para apoiar suas crenças religiosas ou compromisso religioso?
- O que dá sentido à sua vida?

Vida e Autorresponsabilidade

- Como você se sente em relação às mudanças que essa doença causou?
- Como essas mudanças afetam o que você precisa fazer agora?

Satisfação com a Vida

- Quão feliz ou satisfeito você está com sua vida?
- Quais realizações o/a ajudam a sentir-se satisfeito(a) com sua vida?

Conectividade

- Quais sentimentos você tem depois de orar?
- Quem você sente que é a pessoa mais importante na sua vida?

Vocação

- Como sua doença afetou a forma como você vive sua vida espiritualmente, em casa ou onde você trabalha?
- De que forma sua doença afetou sua habilidade de expressar o que é importante na vida para você?

As ferramentas de avaliação efetivas, como a escala EBE e a FICA, ajudam a enfermeira a lembrar os assuntos importantes que devem ser investigados. As respostas dos pacientes aos itens das ferramentas de avaliação indicam áreas que você precisa investigar mais aprofundadamente. Por exemplo, se, depois de usar a ferramenta FICA com um paciente que está tendo dificuldade em aceitar um novo diagnóstico de câncer de próstata, você descobre que ele não quer que você ou um pastor o ajudem a avaliar esse assunto, você precisa investir seu tempo entendendo de que forma o paciente planeja administrar essa nova doença. Ao usar qualquer ferramenta de avaliação espiritual, lembre-se de não impor seus valores pessoais ao paciente. Isso é difícil, especialmente quando os valores e crenças dele são similares aos seus, porque é muito fácil você fazer falsas suposições. Quando você entende a abordagem geral da avaliação espiritual, você consegue entrar em discussões ponderadas com os pacientes, ter mais consciência dos recursos pessoais que os mesmos trazem para uma situação e incorporar tais recursos em um plano de cuidado efetivo.

Fé/Crença

Avalie a fonte de autoridade e orientação que os pacientes usam na vida a fim de escolher e agir sobre seus efeitos. Determine se um paciente possui uma fonte de orientação religiosa que conflita com os

planos de tratamento médico e que afeta a opção de tratamento que as enfermeiras e outros membros da equipe de saúde são capazes de oferecer aos pacientes. Por exemplo, se um paciente for testemunha de Jeová, a transfusão de sangue não é uma forma de tratamento aceitável. Cientistas cristãos geralmente recusam qualquer intervenção médica, acreditando que sua fé os curará. Também é importante entender a filosofia de vida do paciente. Sua avaliação deve revelar a base do sistema de crenças do paciente relativas ao sentido e ao propósito da vida, assim como o foco espiritual do paciente. Essa informação muitas vezes reflete o impacto que a doença, a perda ou a incapacidade possui na vida da pessoa. Há uma diversidade religiosa considerável nos Estados Unidos. A fé e as práticas religiosas de um paciente, visões sobre a saúde e a resposta à doença geralmente influenciam a forma de suporte oferecida pelas enfermeiras (Tabela 36-1).

Tabela 36-1

Crenças Religiosas em Saúde

Grupo Religioso ou Cultural	Crenças de Cuidado em Saúde	Resposta em Relação à Doença	Implicações para a Saúde e Enfermagem
Hinduísmo	Aceita a ciência médica moderna.	Pecados passados causam doença. Não encoraja o prolongamento da vida.	Permitir tempo para a prece e rituais de purificação. Permitir o uso de amuletos, rituais e símbolos.
Sikhismo	Aceita a ciência médica moderna.	Mulheres só podem ser examinadas por mulheres.Tirar as roupas íntimas pode causar grande desconforto.	Dar tempo para a prece devocional.Permitir o uso de símbolos religiosos.
Budismo	Aceita a ciência médica moderna.	Às vezes, os adeptos se recusam a receber tratamento em dias santos. Espíritos não humanos invadindo o corpo causam doença. Adeptos podem querer um padre budista. Praticantes geralmente aceitam a morte como último estágio da vida e permitem a retirada do	A saúde é uma parte importante da vida. A boa saúde é mantida através do cuidado consigo e com os outros. A medicação nem sempre é aceita, porque acreditam que substâncias químicas

		suporte à vida. Adeptos não praticam a eutanásia. Frequentemente, eles não se afastam do trabalho ou das responsabilidades familiares quando estão doentes.	fazem mal ao corpo.
Islamismo	Devem ser capazes de praticar os Cinco Pilares do Islamismo. Às vezes, têm uma visão fatalista da saúde.	Muçulmanos usam a cura pela fé. Os membros da família são o conforto. Prece em grupo é fortalecedor. Frequentemente permitem a retirada do suporte à vida. Não praticam a eutanásia. Acreditam que o tempo da morte é predeterminado e não pode ser alterado. Eles mantêm a esperança e frequentemente evitam discussões sobre a morte.	Mulheres preferem profissionais da saúde do sexo feminino. Durante o tempo do Ramadã, os muçulmanos não se alimentam até que o sol se ponha. Saúde e espiritualidade estão conectadas. Família e amigos visitam em tempos de doença. Geralmente, não admitem transplante ou doação de órgãos e exames *post mortem*.
Judaísmo	Acredita na santidade da vida. Equilíbrio entre Deus e medicina. Observância da importância do Sabbath. Às vezes tratamentos são recusados no Sabbath.	É uma obrigação visitar os doentes. Há uma obrigação de procurar assistência, se exercitar, dormir, comer bem e evitar abuso de álcool ou drogas. Eutanásia é proibida. Não encoraja o suporte à vida.	Acreditam que é importante se manter saudável. Judeus esperam que as enfermeiras prestem cuidados de saúde competentes. Permita que os pacientes expressem seus sentimentos. Permita que a família permaneça junto ao doente no leito de morte.
Cristianismo	Aceita a ciência médica moderna. Frequentemente, seguem medicina complementar ou alternativa (Cap. 33).	Adeptos usam a oração e a cura pela fé. Apreciam visitas do clero. Alguns usam imposição de mãos. Às vezes, praticam a Eucaristia. A unção do enfermo é dada quando o paciente está doente ou próximo da morte (Católico).	Cristãos geralmente são a favor da doação de órgãos. É importante manter a saúde. Dê tempo para os pacientes rezarem sozinhos ou com a família e os amigos.
Navajos	Conceitos de saúde têm papel fundamental no seu conceito de humanidade e de seu lugar no universo.	O "Caminho da Bênção" é a prática que tenta remover a doença através de estórias, músicas, rituais, orações, símbolos e pinturas santas.	Os Navajos preferem abordagens holísticas para o cuidado de saúde. Frequentemente, não são pontuais em consultas. Promova a saúde física,

			mental, espiritual e social das pessoas, famílias e comunidades. Permitem visitas familiares. Forneça informações sobre bem-estar, e não sobre prevenção de doenças, quando possível.
Apalaches	Local externo de controle. Natureza controla a vida e a saúde. Aceitam benzedeiras.	Não gostam de hospitais. Tendem a não seguir regimes médicos, mas esperam ser ajudados diretamente quando procuram por tratamento episódico.	Tornam-se ansiosos em ambientes não familiares. Encoraje a comunicação com a família e os amigos quando ficarem doentes.

Vida e Autorresponsabilidade

O bem-estar espiritual inclui a vida e a autorresponsabilidade. Indivíduos que aceitam mudanças, tomam decisões sobre suas vidas e são capazes de perdoar os outros em tempos de dificuldade apresentam um nível mais alto de bem-estar espiritual. Durante a doença, pacientes frequentemente não são capazes de aceitar limitações ou não sabem como reconquistar uma vida funcional e significativa. Seu senso de impotência reflete o sofrimento espiritual. Contudo, eles muitas vezes usam o bem-estar espiritual como um recurso para se adaptarem às mudanças e para lidarem com limitações. Avalie a extensão do entendimento do paciente a respeito das limitações ou ameaças impostas por uma doença (p. ex., restrição das atividades e da habilidade de manter relações sexuais com o parceiro ou parceira; risco de complicações médicas) e a forma que o paciente escolhe para se ajustar às mesmas.

Conectividade

Pessoas que são conectadas a si mesmas, aos outros, à natureza e a Deus ou outro Ser Supremo lidam melhor com o estresse criado pela crise e pela doença crônica. Em um estudo envolvendo pacientes muçulmanos com úlceras de pés diabéticos, encontrou-se uma relação

positiva entre conectividade e qualidade de vida relacionada com a saúde (Alzahrani e Sehlo, 2013). Uma forma pela qual os pacientes permanecem conectados com seu Deus é através da prece (Fig. 36-3). A prece é a comunicação pessoal com o deus de cada um. Ela fornece um senso de esperança, força, segurança e bem-estar; além de ser uma parte da fé. Ajude os pacientes a se conectarem ou a permanecerem conectados, respeitando o senso único de espiritualidade de cada um dos pacientes. Avalie se o paciente perde a capacidade de expressar um senso de associação com algo maior que si próprio.

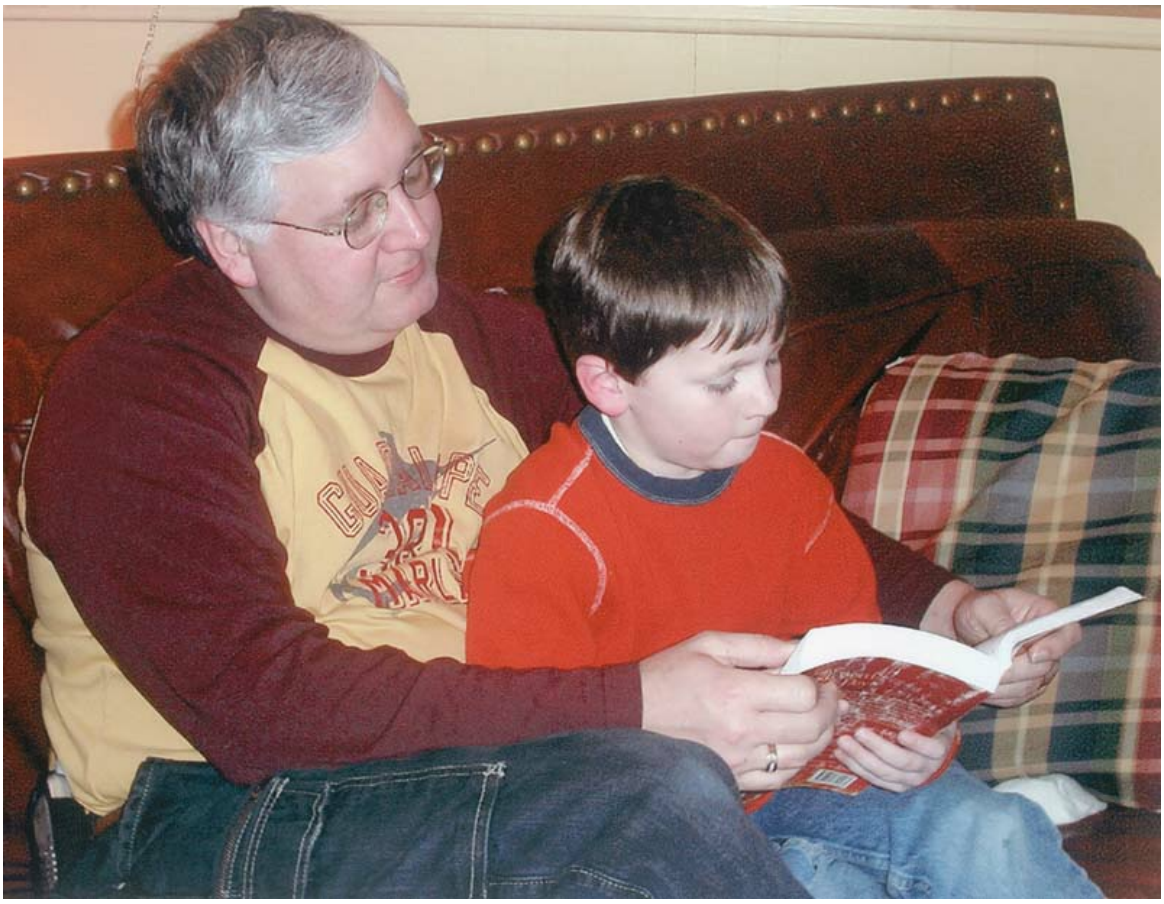


FIGURA 36-3 Rezar ou ler a Bíblia em conjunto aumenta a conectividade entre pais e filhos.

Satisfação com a Vida

O bem-estar espiritual está vinculado à satisfação de uma pessoa com a vida e com o que essa pessoa realizou, mesmo no caso de crianças (Chlan et al., 2011). Quando as pessoas estão satisfeitas com a vida e com a maneira como estão usando suas habilidades, há mais energia disponível para lidar com novas dificuldades e solucionar problemas. Investigamos a satisfação de um paciente com a vida através de perguntas como "Quão feliz ou satisfeito você está com a sua vida?" ou "Conte-me o quanto se sente satisfeito em relação ao que você realizou na vida".

Cultura

A espiritualidade é uma experiência pessoal dentro de um contexto cultural. É importante saber sobre o contexto cultural de um paciente e investigar seus valores a respeito da questão de assistência médica e do tratamento iminente (Cap. 9). É comum em muitas culturas que os indivíduos acreditem que levaram uma vida útil e com objetivos. O fato de permanecerem conectados com sua herança cultural frequentemente ajuda os pacientes a definirem seu lugar no mundo e a expressarem sua espiritualidade. Questionar os pacientes sobre sua fé e sistemas de crenças é um bom começo para entender-se a relação entre cultura e espiritualidade (Quadro 36-3).

Quadro 36-3

Aspectos culturais do cuidado

Espiritualidade e Cultura

A espiritualidade e a saúde espiritual variam entre as culturas. Lembre-se de que a cultura de uma pessoa é definida por sua idade, sexo, associação política, religião ou outras variáveis, como etnia e histórico espiritual. Uma forma de investigar a espiritualidade de um paciente através de uma lente cultural é primeiro entender sua definição de saúde, bem-estar e doença. Por exemplo, faça perguntas como: "Como você chama seu problema de saúde? O que

você acha que o causou? O que você acha que sua doença faz com você? Como você encontra força para lidar com este problema?"

Você quer avaliar como a espiritualidade de um paciente é afetada por sua cultura. Se o seu foco é na etnia de um paciente, saiba as características únicas dos valores espirituais daquele grupo étnico. Por exemplo, aspectos espirituais da vida frequentemente são importantes para latinos. O *personalismo* é um valor cultural que indica carinho, proximidade e empatia nos relacionamentos com outras pessoas e um ser universal. O *familismo*, outro valor cultural latino, indica compromisso e lealdade com a família imediata e com a família estendida (Campesino et al., 2009).

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Explore a espiritualidade de pacientes com diferentes históricos culturais; avalie o significado de saúde e como os pacientes alcançam o equilíbrio, a estabilidade, a paz ou o conforto em suas vidas.
- Ofereça uma abordagem universal e holística ao avaliar as necessidades dos pacientes; demonstre cuidado e use técnicas de comunicação terapêutica.
- Durante a avaliação, respeite os direitos humanos dos pacientes, valores, costumes e crenças espirituais (Cap. 9).
- A avaliação espiritual deve ser interdisciplinar. Caso você se sinta desconfortável com religião ou espiritualidade, identifique respeitosamente se um paciente deseja a indicação para um capelão ou clero profissional apropriado.
- Evite usar expressões que provoquem exclusão ou discriminação entre culturas diferentes.

Fraternidade e Comunidade

A fraternidade é um tipo de relação que um indivíduo tem com o outro, incluindo a família imediata, amigos próximos, companheiros de trabalho ou escola, membros de irmandades de uma igreja e

vizinhos. Mais especificamente, isso inclui a extensão da comunidade de fé compartilhada entre as pessoas e suas redes de suporte. Muitas vezes, o suporte social de grupos baseados na fé ajuda os pacientes a lidarem com a doença (Heiney et al., 2011) e a participarem de comportamentos de promoção da saúde (Newlin et al., 2012). Para investigar a comunidade de apoio de um paciente, faça perguntas como: "Com quem você é unido?", "Quem você acredita ser a maior fonte de suporte em tempos de dificuldade?" ou "Quando você passou por tempos difíceis no passado, quem foi seu maior recurso?".

Explore a extensão e a natureza das redes de suporte de uma pessoa e suas relações com o paciente. É imprudente pressupor que determinado grupo oferece o tipo de suporte que um paciente deseja. Por exemplo, chamar o pastor para solicitar uma visita é inapropriado se o paciente tem pouca simpatia pelo pastor ou pela comunidade de fé do mesmo. O paciente tem uma simpatia significativa ou simpatiza com mais de uma coisa? Que nível de suporte a comunidade oferece? Os irmãos de fé visitam, oram ou dão suporte à família imediata do paciente? Aprenda se há abertura entre um paciente e as pessoas com quem uma irmandade se formou.

Ritual e Prática

Avaliar o uso de rituais e práticas ajuda-nos a entender a espiritualidade de um paciente. Rituais incluem a participação em louvores, oração, sacramentos (p. ex., batismo, Eucaristia), jejum, cânticos, meditação, leitura das escrituras e participação em oferendas e sacrifícios. Religiões diferentes possuem rituais diversos para os eventos da vida. Por exemplo, os budistas são batizados tardiamente na vida e consideram o sepultamento ou cremação aceitáveis na morte. Muçulmanos lavam o corpo de um membro falecido da família e o enrolam em pano branco, com a cabeça virada em direção ao ombro direito. Judeus ortodoxos e conservadores circuncidam seus recém-nascidos oito dias após o nascimento. Determine se a doença ou hospitalização interrompeu os rituais ou práticas usuais do paciente. Um ritual frequentemente fornece estrutura e suporte ao paciente durante tempos difíceis. Se os rituais são importantes para um

paciente, use-os como parte da intervenção de enfermagem.

Vocação

Os indivíduos expressam sua espiritualidade diariamente nas rotinas da vida, trabalho, diversão e relações. Muitas vezes, a espiritualidade é parte da identidade e da vocação de uma pessoa. Determine se a doença ou hospitalização altera a habilidade de expressar alguns aspectos da espiritualidade, já que a mesma se relaciona com o trabalho da pessoa ou atividades diárias. A expressão da espiritualidade inclui mostrar uma apreciação pela vida na variedade de coisas que as pessoas fazem, viver o presente sem se preocupar com o amanhã, apreciar a natureza, expressar amor pelos outros e ser produtivo. Quando a doença ou a perda impedirem os pacientes de expressarem sua espiritualidade, entenda as implicações psicológicas, sociais e espirituais e forneça orientação e suporte apropriados.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Uma avaliação espiritual permite que a enfermeira aprenda bastante sobre o paciente e sobre a extensão do papel da espiritualidade na vida do mesmo. Às vezes, a investigação da espiritualidade do paciente revela respostas para problemas de saúde que requerem intervenção da enfermagem ou a existência de uma série de recursos que o permitem lidar com a situação de forma eficaz. Analise os dados a fim de encontrar fatores de risco ou padrões de características marcantes e selecionar os diagnósticos apropriados em enfermagem (Quadro 36-4). Ao identificar diagnósticos, reconheça a significância que a espiritualidade tem para todos os tipos de problemas de saúde. Esteja certo de que cada diagnóstico de enfermagem, baseado em problemas, possui um fator relacionado preciso para guiar a escolha de intervenções individualizadas, intencionais e dirigidas para metas. Em enfermagem, diagnósticos potenciais para saúde espiritual incluem os seguintes:

- *Ansiedade*
- *Reação Ineficaz*

- *Luto Complicado*
- *Desesperança*
- *Impotência*
- *Prontidão para o Bem-Estar Espiritual Avançado*
- *Sofrimento Espiritual*
- *Risco para Sofrimento Espiritual*
- *Risco para Religiosidade Reduzida*

Quadro 36-4

Processo de Formulação do Diagnóstico em Enfermagem

Prontidão para o Bem-Estar Espiritual Melhorado

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Peça ao paciente para descrever a fonte pessoal de fé e esperança Peça ao paciente para descrever o nível de satisfação com a vida Determine quem fornece a maior fonte de força e suporte ao paciente em tempos de dificuldades	O paciente expressa força interior e fonte de conselhos A vida tem propósito e significado; o paciente encontra satisfação enquanto faz serviço comunitário como voluntário O paciente busca interagir com familiares e amigos

Três diagnósticos de enfermagem aceitos pela NANDA International (Herdman e Kamitsuru, 2014) pertencem exclusivamente à espiritualidade. A *Prontidão para o Bem-Estar Espiritual Avançado* baseia-se na definição de características que mostram a capacidade de uma pessoa em vivenciar e integrar significado e objetivo na vida, através da conectividade consigo e com os outros. Um paciente com este diagnóstico de enfermagem tem recursos potenciais, nos quais pode se apoiar ao defrontar-se com a doença ou uma ameaça ao bem-estar.

Os diagnósticos de enfermagem para *Sofrimento Espiritual* e *Risco para Sofrimento Espiritual* criam quadros clínicos diferentes. As características determinantes a partir de uma avaliação de enfermeiras

revelam padrões que refletem a falta de ânimo atual ou potencial de uma pessoa (p. ex., expressando falta de esperança, sentido ou objetivo na vida; raiva de Deus; ou verbalizando conflitos a respeito das crenças pessoais). Pacientes que provavelmente estão em risco para sofrimento espiritual incluem aqueles que possuem relacionamentos ruins, que passaram por uma perda recente ou que estão sofrendo alguma forma de doença mental ou física.

A escolha precisa do diagnóstico requer pensamento crítico. Revise e analise todos os dados concretos (p. ex., rituais religiosos e fontes de fraternidade), sua avaliação de experiências prévias do paciente, sua própria espiritualidade e sua própria estimativa sobre o bem-estar espiritual do paciente. Comumente, pacientes possuem diferentes diagnósticos de enfermagem.

◆ Planejamento de Enfermagem

Durante a etapa de planejamento do processo de enfermagem, desenvolva um plano de assistência para cada um dos diagnósticos de enfermagem do paciente. Nesse passo, o pensamento crítico é importante, porque você reflete sobre experiências prévias e aplica o conhecimento, atitudes e padrões de pensamento crítico ao selecionar as intervenções de enfermagem mais apropriadas (Fig. 36-4). A experiência prévia com outros pacientes é valiosa ao selecionarmos intervenções para apoiar o bem-estar espiritual. Integre dados de pesquisa com conhecimento sobre recursos e terapias disponíveis para o cuidado espiritual, a fim de desenvolver um plano de assistência individualizado (veja Plano de Assistência em Enfermagem). Combine as necessidades dos pacientes com intervenções que são apoiadas e recomendadas na literatura clínica e de pesquisa. Use um mapa conceitual (Fig. 36-5) para organizar o cuidado do paciente e mostrar como o diagnóstico médico do paciente, dados de avaliação e diagnósticos de enfermagem estão interligados.

Conhecimento

- Práticas de assistência na individualização de uma abordagem com o paciente
- Serviços disponíveis oferecidos por prestadores de serviço de saúde e agências da comunidade
- Intervenções de enfermagem que suscitem esperança e forneçam apoio espiritual

Experiência

- Respostas prévias do indivíduo às intervenções de enfermagem criadas para apoiar o bem-estar espiritual do paciente

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Colaborar com o paciente e a família na escolha das intervenções
- Consultar-se com o cuidado pastoral ou outro clérigo ou líderes espirituais, conforme apropriado
- Incorporar rituais espirituais e observâncias

Padrões

- Apoiar a autonomia do paciente para tomar decisões
- Promover a autodeterminação

Atitudes

- Exibir confiança nas suas habilidades e conhecimento para desenvolver uma relação de confiança com o paciente

FIGURA 36-4 Modelo de pensamento crítico para o planejamento da saúde espiritual.

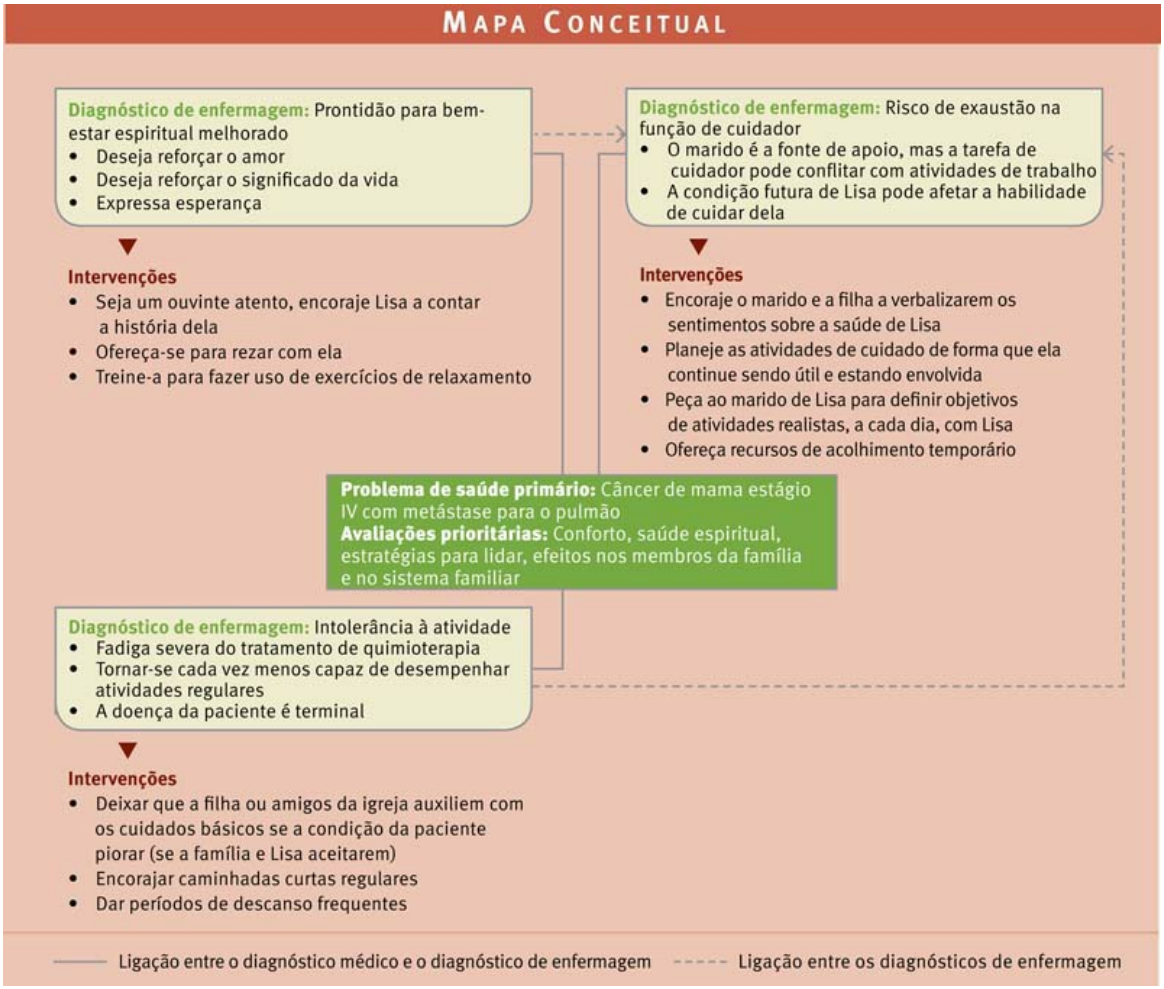


FIGURA 36-5 Mapa conceitual para Lisa Owens.

A confiabilidade, uma importante atitude do pensamento crítico, constrói a confiança, permitindo que você e um paciente entrem juntos em uma relação terapêutica. Não é simples se esforçar para encontrar ou apoiar as necessidades espirituais do paciente; frequentemente, você precisará de recursos adicionais. Por exemplo, às vezes a capacidade de uma enfermeira em ajudar os pacientes a interpretarem e entenderem o significado da doença e da perda é limitada. Já que o cuidado espiritual é tão pessoal, padrões de

autonomia e autodeterminação são críticos no apoio das decisões do paciente sobre o plano de assistência.

Objetivos e Resultados

Um plano de cuidado espiritual inclui objetivos realistas e individualizados, juntamente com resultados relevantes. É muito importante colaborar de perto com os pacientes ao estabelecerem-se os objetivos para o apoio e crescimento espiritual e ao escolherem-se as intervenções relacionadas. Você deve conhecer muito bem o paciente para estabelecer objetivos realistas. Quando o cuidado espiritual requer ajuda para o paciente se ajustar à perda ou às situações estressantes de vida, os objetivos são em longo prazo. Contudo, resultados de curto prazo (como renovar a participação em práticas religiosas) ajudam os pacientes a alcançarem progressivamente uma situação espiritual mais saudável. Segue um exemplo de objetivo e resultados associados, ao estabelecer-se um plano de cuidado:

O paciente vai melhorar a harmonia pessoal e as conexões com membros de seu sistema de suporte.

- O paciente expressa uma aceitação da doença.
- O paciente relata a habilidade de depender de membros da família para apoio.
- O paciente inicia interações sociais com familiares e amigos.

Definir Prioridades

O cuidado espiritual é muito pessoal. Sua relação com o paciente permite que você entenda as prioridades do mesmo no contexto de sua vida espiritual. Ao estabelecer um plano elaborado em comum acordo com o paciente, este é capaz de identificar o que é mais importante. Prioridades espirituais não precisam ser sacrificadas em virtude dos cuidados físicos prioritários. Por exemplo, quando um paciente está em sofrimento agudo, enfoque o cuidado no sentido de dar ao mesmo um senso de controle para minimizar a impotência. Quando um paciente tem doença terminal, o cuidado espiritual

frequentemente é a intervenção de enfermagem mais importante (Cap. 37).

Trabalho em Equipe e em Colaboração

Se um paciente participa de uma religião formal, envolva os membros do clero ou igreja, templo, mosteiro ou sinagoga no plano de assistência, quando apropriado. Em um ambiente hospitalar, o departamento de assistência pastoral é um recurso valioso. Esses profissionais do cuidado espiritual oferecem uma percepção maior sobre como e quando dar maior apoio aos pacientes e suas famílias. Profissionais de assistência espiritual fornecem suporte direto, abordando ativamente as necessidades espirituais ou religiosas de um paciente e seus familiares, discutindo sobre sentimentos dos membros da família e os valores do paciente, e recordando sobre um paciente com seus familiares (Johnson et al., 2014). Outras pessoas importantes, como cônjuges, irmãos, pais e amigos, precisam estar envolvidas no cuidado do paciente conforme o caso. Isso significa que você aprende na avaliação quais indivíduos ou grupos formaram um relacionamento com o paciente. Às vezes, esses indivíduos passam a se envolver em todos os níveis do plano de cuidado. Frequentemente, dão assistência no cuidado físico, fornecendo conforto emocional e dividindo o apoio espiritual.

Plano de cuidado de enfermagem

Prontidão para Bem-Estar Espiritual Melhorado

Histórico de enfermagem

Lisa Owens é uma mulher de 61 anos que foi diagnosticada com câncer de mama estágio IV há mais de 2 anos. Ela foi submetida a diversas sessões de tratamento de quimioterapia. Seu marido, Richard, tem 59 anos e é assistente financeiro em um banco local. O casal tem dois filhos, ambos adultos, com uma filha jovem solteira que mora a 3 quilômetros. O outro filho, um rapaz, mora fora da cidade. O filho é casado; ele e sua esposa estão perto de ter seu

primeiro bebê. Lisa tem numerosos efeitos colaterais por causa da doença avançada e quimioterapia. Ela tem dor permanente no quadril por causa da metástase do câncer para o osso. Ela também tem a sensibilidade reduzida nos pés, fadiga crônica e dificuldade de dormir à noite. Seu marido é quem lhe dá a maior parte do apoio no lar, mas isso às vezes interfere na capacidade de ele fazer o trabalho que leva para casa. Lisa está vindo para o centro ambulatorial para iniciar outro ciclo de quimioterapia. A enfermeira que vem acompanhando Lisa no centro sabe que a paciente frequenta a igreja regularmente com o marido.

Atividades de Avaliação	*Achados/Características Definidoras*[*]
Peça à Lisa para descrever o que mais a deixa com medo em seu câncer.	Lisa explica: "Eu descobri que isso me faz apreciar o que tenho com minha família. Dito isso, eu me preocupo, porque não vou ver o nascimento do meu neto, **mas eu espero que a quimioterapia me dê algum tempo e que me faça sentir um pouco melhor**".
Deixe Lisa falar sobre quem ela considera sua maior fonte de apoio desde que ela começou a fazer quimioterapia.	Lisa recebeu apoio de seu marido e de sua filha. **Ela quer ser capaz de mostrar-lhes seu amor, "Eu ainda quero estar lá para eles".**
Pergunte à Lisa se ela sente satisfação com sua vida.	Lisa responde: "Nós sempre queremos mais, não queremos? **Eu fui abençoada, mas eu penso que Deus me deu esta doença para que eu possa mostrar aos demais qual o significado da vida**".

[*] **Características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Prontidão para Bem-Estar Espiritual Melhorado

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	*Resultados Esperados (NOC)*[†]
	Esperança
Lisa expressará sua vontade de viver com os membros da família.	Lisa participa de louvores com sua família e participa de leituras espirituais com outras pessoas. Ela se une aos membros de sua igreja. Interage com membros da família e discute o futuro de todos.
	Saúde Espiritual
Ela descreverá para sua família um sentimento de tranquilidade. Expressará um sentido pessoal de bem-	Lisa se envolve em preces regulares e meditação. Ela expressa seus sentimentos através da escrita.

estar espiritual.	

† Parâmetros para classificação de resultados, de Moorhead S et al.: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	JUSTIFICATIVA
Facilitação do Crescimento Espiritual	
Planejar discussões com Lisa durante o tratamento e a escutar, permitindo que ela solucione as preocupações que possa ter sobre o seu futuro. Incluir o marido de Lisa, se ela assim o desejar.	O ato de escutar fornece apoio ou conforto em assistência espiritual (Delgado 2015). Cuidadores familiares se envolvem em atividades com significado, expressando valores importantes como esperança, dignidade e intimidade (Delgado-Guay, 2014).
Oferecer-se para orar com Lisa enquanto ela verbaliza quais são suas esperanças.	Um estudo observou que pacientes com câncer normalmente usavam prece e meditação para reduzir seus efeitos colaterais (Huebner et al., 2014).
Introduzir Lisa na escrita de um diário. Encorajar Lisa a escrever sobre o que é significativo para ela em relação à doença e à família.	O uso do diário ajuda o indivíduo a encarar uma crise ao lidar com o desconhecido; encontrar significado e conexão espiritual; e a cura física, emocional e espiritual (Harvey et al., 2013; Sealy, 2013).
Apoio Espiritual	
Discutir com Lisa as vezes em que provavelmente ela será afetada pela quimioterapia e de que forma ela pode se envolver com atividades na igreja durante esse tempo.	A quimioterapia pode causar fadiga severa. Comunidades religiosas, como a igreja, representam um papel importante na promoção de sistemas de crença de compaixão (Delgado-Guay, 2014).
Ensinar métodos de relaxamento, meditação e imaginação orientada para Lisa.	Métodos de relaxamento ajudam a promover qualidade de vida e aumentam a serenidade e a dignidade. Respostas de relaxamento associaram-se a melhores resultados fisiológicos (pressão arterial, capacidade de exercício e sintomas cardíacos) e psicológicos (depressão e ansiedade) (Horowitz, 2010; Sheeba et al., 2013).

‡ Parâmetros para classificação de resultados, de Bulechek GM et al.: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Conclusão***	***Alcance do Resultado***
Peça a Lisa para descrever de que forma os exercícios de relaxamento a ajudaram.	Lisa relatou ter usado o relaxamento diariamente após sair da clínica. Ela afirma: "Sinto-me calma. O relaxamento permite que eu me conecte com Deus e que eu saiba que tenho uma família amorosa para me ajudar."	A história de Lisa reflete bem-estar espiritual e tranquilidade. Ela precisa dividir com a família.

Deixe Lisa repensar suas discussões com a família e/ou membros da igreja.	Lisa relata: "Nós temos conversado mais. Minha família sabe que eu vejo cada dia como uma bênção e que minha esperança é ver o bebê do meu filho. Minha igreja realmente me mantém conectada."	Lisa está se conectando com a família e membros da igreja. Ela é capaz de expressar uma sensação de esperança.

Implementação

Estabeleça relações de assistência com pacientes a fim de descobrir suas crenças sobre o significado da doença ou perda, assim como os efeitos sobre o significado e o objetivo de suas vidas. Esse nível de entendimento o capacita a prestar cuidados de maneira sensível, criativa e apropriada.

Promoção da Saúde

O cuidado espiritual precisa ser o tema central ao promovermos o bem-estar geral de um indivíduo, por causa de sua importância na promoção da saúde (Kemppainen et al., 2011). Em ambientes onde ocorrem atividades para a promoção da saúde, os pacientes frequentemente precisam de informação, aconselhamento e orientação para fazer as escolhas necessárias para permanecerem saudáveis.

Reforçar a Presença

Enfermeiras contribuem para um senso de bem-estar e fornecem esperança para recuperação quando passam tempo com seus pacientes. Reforçar a presença ao sentar-se com um paciente e ao ouvir atentamente os seus sentimentos e as suas histórias, ao conversar, ao chorar com o paciente ou simplesmente ao oferecer tempo são poderosas abordagens de cuidado espiritual (Bowers e Rieg, 2014). A presença é parte da arte da enfermagem (Milligan, 2011). Benner (1984) explica que a presença envolve "estar com" um paciente *versus* "fazer algo" pelo paciente. É ser capaz de oferecer proximidade física, psicológica e espiritual para ele. Isso ajuda a prevenir o isolamento emocional e ambiental (Cap. 7).

Quando a promoção da saúde é o foco do cuidado, sua presença dá

aos pacientes a confiança necessária para discutir as formas de permanecer saudável. Mostre sua presença atenciosa, escutando as preocupações do paciente e envolvendo voluntariamente os familiares nas discussões sobre a saúde do paciente. Mostre autoconfiança ao fornecer orientações de saúde e apoie os pacientes ao tomarem decisões sobre sua saúde. O paciente que procura por atendimento muitas vezes tem medo de passar por uma doença que ameaça a perda de controle, procurando alguém que ofereça orientação competente. Palavras estimulantes de apoio e uma abordagem calma e decisiva estabelecem uma presença que constrói confiança e bem-estar.

Promover uma Relação Terapêutica

Aprenda a enxergar além dos problemas isolados dos pacientes e reconheça o cenário mais amplo das necessidades holísticas dos mesmos. Por exemplo, não olhe para uma dor nas costas do paciente como um problema a ser solucionado com remédios rápidos; em vez disso, observe como ela influencia sua habilidade de funcionar e alcançar os objetivos estabelecidos na vida. Uma visão **holística** permite que você estabeleça um papel de ajudante e uma relação terapêutica. Três fatores são evidentes quando se desenvolve uma relação terapêutica entre a enfermeira e o paciente:

1. Mobilizar realmente a expectativa para a enfermeira e o paciente
2. Encontrar uma interpretação ou entendimento da doença, dor, ansiedade ou outra emoção angustiante que seja aceitável para o paciente
3. Ajudar o paciente a usar recursos sociais, emocionais e espirituais (Benner, 1984)

Mobilizar a expectativa do paciente é central para a relação terapêutica. A esperança motiva as pessoas com estratégias para enfrentarem os desafios na vida (Yeager et al., 2010). Ajude os pacientes a encontrarem coisas pelas quais tenham esperança. Por exemplo, um paciente recém-diagnosticado com diabetes quer aprender como gerenciar a doença para continuar uma forma de vida produtiva e gratificante. Uma filha adulta que decidiu tornar-se

cuidadora de seu pai idoso espera ser capaz de protegê-lo de lesões ou do agravamento da incapacidade. A esperança ajuda os pacientes a trabalharem em direção à recuperação. Para auxiliar os pacientes a alcançarem a esperança, trabalhe em conjunto a fim de encontrar uma explicação para a situação que seja aceitável para eles. Ajude o paciente a realmente exercitar a esperança apoiando atitudes positivas em direção à vida ou o desejo de ser informado e de tomar decisões.

Esteja ciente dos recursos e necessidades espirituais do paciente. Sempre é importante para os pacientes que eles sejam capazes de expressar e exercitar suas crenças e de encontrar conforto espiritual. Quando os agentes estressantes da vida ou a doença gerarem confusão ou incerteza, reconheça o possível efeito no bem-estar do paciente. Como você utiliza e fortalece os recursos espirituais? Comece encorajando-o a discutir o efeito que a doença teve nas suas crenças pessoais e fé; depois, dê a chance de esclarecer quaisquer equívocos ou imprecisões na informação. Ter um senso claro de como será a doença para um indivíduo ajuda a pessoa a aplicar todos os recursos em direção à recuperação.

Terapia Intensiva

Pacientes dentro de unidades de terapia intensiva experimentam múltiplos estressores que ameaçam seu senso de controle. É essencial a avaliação permanente das necessidades espirituais do paciente, porque, com frequência, elas mudam rapidamente. O cuidado e melhoria do bem-estar espiritual do paciente são desafios quando o foco do cuidado de saúde parece estar no tratamento e cura, em vez do cuidado (Tiew e Creedy, 2010). Para vencer esses desafios, mostre uma frequência de ação e um toque acolhedor ao dar assistência. O uso astuto das mãos, encorajando palavras de apoio, promoção da conectividade e uma abordagem calma e decisiva estabelecem uma presença que constrói confiança.

Sistemas de Apoio

É importante utilizarmos sistemas de apoio em qualquer unidade de saúde. Esses sistemas deixam os pacientes com uma maior sensação

de bem-estar durante a hospitalização, servindo como uma ligação humanitária que une o paciente, a equipe de enfermagem e o estilo de vida dele antes da doença. Parte do ambiente de tratamento de um paciente é a presença regular da família acolhedora e dos amigos. Forneça privacidade durante as visitas e planeje o tratamento com o paciente e sua rede de suporte, a fim de promover a aderência interpessoal necessária à recuperação. O sistema de suporte é uma fonte de fé e esperança, assim como um recurso importante na condução de rituais religiosos expressivos.

Quando os pacientes pedirem suporte à família e aos amigos, encoraje estes a visitarem o paciente regularmente. Ajude os membros da família a se sentirem confortáveis na unidade de saúde, usando seu auxílio e presença para promover a cura dele. Por exemplo, incluir os membros da família na prece é um gesto atencioso se for apropriado para a religião do paciente e se os membros da família se sentirem confortáveis em participar. Permitir que a família traga símbolos religiosos importantes para a cabeceira da cama do paciente oferece apoio espiritual significativo.

Outros recursos importantes para os pacientes são conselheiros espirituais e membros de clero. Muitos hospitais têm departamentos de assistência pastoral. Especialistas em assistência espiritual profissional têm competência em compreender a forma como a doença influencia as crenças de uma pessoa e como essas últimas influenciam as respostas dos pacientes ao tratamento, recuperação ou preparação para a morte. Pergunte se os pacientes desejam ter um membro da visita do clero durante sua hospitalização. Quando requisitados por eles ou suas famílias, mantenha esses profissionais informados sobre quaisquer assuntos físicos, psicossociais ou espirituais que afetem o paciente. Um profissional de assistência espiritual é especialmente útil ao discutirmos os desejos do paciente e da família sobre o cuidado em fim de vida (Johnson et al., 2014). Respeite os valores e necessidades espirituais do paciente, dando tempo para os membros da pastoral prestarem assistência espiritual e facilitando a administração de sacramentos, ritos e rituais.

Terapias de Dieta

A ingestão de comida satisfaz e promove um senso de conforto. Alimentação e nutrição são aspectos importantes do cuidado do paciente e com frequência são um componente importante de algumas observâncias religiosas (Tabela 36-2). Às vezes, o alimento e os rituais envolvidos ao prepararmos e servirmos o mesmo são importantes para a espiritualidade de uma pessoa. Consulte um nutricionista a fim de integrar as preferências dietéticas dos pacientes ao cuidado diário. No caso do hospital ou outra unidade de saúde não poder preparar a alimentação da forma preferida, peça aos familiares que tragam lanches que se adequem às restrições dietéticas impostas pela condição do paciente.

Tabela 36-2

Regulamentos Dietéticos Religiosos que Afetam o Serviço de Saúde

Religião	Práticas Dietéticas
Hinduísmo	Algumas seitas são vegetarianas. A crença é não matar *nenhuma* criatura viva.
Budismo	Alguns são vegetarianos e não usam álcool. Muitos fazem jejum em dias santos.
Islamismo	É proibido o consumo de carne de porco e álcool. Seguidores fazem jejum durante o mês do Ramadã.
Judaísmo	Alguns cumprem as restrições dietéticas kosher (p. ex., evitar carne de porco e moluscos, não preparar ou comer carne enquanto tomar leite).
Cristianismo	Alguns Batistas, Evangélicos e Pentecostais desencorajam o uso de álcool e cafeína. Alguns Católicos Romanos fazem jejum na Quarta-feira de Cinzas e Sexta-feira Santa. Alguns não comem carne às sextas-feiras durante a Quaresma.
Testemunhas de Jeová	Membros desta religião evitam comida preparada com sangue (ou que contenha sangue).
Mormonismo	Membros se abstêm de álcool e cafeína.
Igreja Ortodoxa Russa	Adeptos cumprem dias de jejum e uma regra de não comer carne às quartas e sextas-feiras. Durante a Quaresma, todos os produtos de origem animal são proibidos, incluindo laticínios e manteiga.
Nativos Americanos	As crenças das tribos individuais influenciam as práticas alimentares.

Rituais de Suporte

Profissionais de enfermagem fornecem cuidado espiritual apoiando a participação do paciente nos rituais e atividades espirituais. Planeje o

cuidado de forma a permitir tempo para leituras religiosas, visitações espirituais ou atendimento em serviços religiosos. Permita que os membros da família planejem sessões de oração ou uma leitura organizada da Bíblia regularmente. Faça acordos com os profissionais da assistência espiritual para que o paciente e a família participem nas práticas religiosas (p. ex., receber sacramentos). Os clérigos normalmente visitam pessoas que são incapazes de frequentar os serviços religiosos. Meditações gravadas, música clássica ou religiosa e serviços religiosos televisionados fornecem outras opções eficazes. Sempre respeite os ícones, medalhas, tapetes de oração ou cruzes que um paciente traga para uma unidade de saúde, assegurando-se de que estes não sejam acidentalmente perdidos, danificados ou colocados em lugar inadequado. Rituais espirituais de apoio são especialmente importantes para os idosos (Quadro 36-5).

Quadro 36-5

Foco em idosos

Espiritualidade e Saúde Espiritual

- Existe uma associação entre a espiritualidade de um idoso e sua habilidade de se ajustar ou lidar com a doença e os fatores estressantes da vida (Manning, 2014).
- Idosos alcançam resiliência espiritual através de expressões frequentes de gratidão (p. ex., via oração, meditação ou discussões com amigos) e encontrando formas de manter o propósito na vida (p. ex., ajudando a família ou fazendo trabalho voluntário) (Manning, 2014).
- Pacientes usam rituais espirituais, exercício e medicina complementar para lidarem com a dor e a doença crônica.
- Sentimentos de conectividade são importantes para o idoso (Anderberg e Berglund, 2010). Melhore a conectividade ajudando os idosos a encontrarem significado e objetivo na vida, ouvindo ativamente suas preocupações e sendo presente.

- As crenças na vida após a morte aumentam conforme o adulto envelhece. Certifique-se de que as visitas do clérigo, dos trabalhadores sociais, advogados e conselheiros financeiros estejam disponíveis, de modo que os pacientes sintam como se tivessem completado todos os negócios não terminados. Deixar um legado para as pessoas amadas (p. ex., história oral, arte, fotografias) prepara um idoso para deixar o mundo com um senso de significado, mantendo um caminho para continuar a união com aquele que ficou para trás (Touhy e Jett, 2012).
- Cuidadores de idosos usam a espiritualidade e os comportamentos ou práticas espirituais dos mesmos para ajudá-los a lidar com a crise e o conflito (Strudwick e Morris, 2010).

Assistência Restauradora e Continuada

Para os pacientes que estão se recuperando de uma doença de longo prazo ou incapacidade ou para aqueles que sofrem de doença crônica ou terminal, o cuidado espiritual torna-se especialmente importante. Muitas das intervenções de enfermagem aplicáveis na promoção da saúde e assistência aguda também se aplicam a este nível de serviço de saúde.

Prece

O ato de orar dá ao indivíduo a oportunidade de renovar a fé pessoal e a crença em um Ser Superior de uma forma mais específica, focada, que tanto pode ser altamente ritualizada e formal quanto espontânea e informal. A prece é um recurso eficaz para suportar sintomas físicos e psicológicos (Oliver e Dutney, 2012). Os pacientes oram sozinhos ou participam de grupos de oração com os familiares, amigos ou religiosos. Alguns oram enquanto escutam música. Apoie a prece, dando privacidade ao paciente (se assim o desejar), aprendendo se o paciente deseja que você participe e sugerindo a prece quando você souber que a mesma é um recurso que o paciente usa para lidar com problemas. Delgado (2015) observou que enfermeiras tendem a orar por pacientes, em vez de orarem junto com os pacientes; compartilhar

o fato de que uma prece foi oferecida dá conforto e apoio aos doentes. Se a prece não é adequada ao paciente, as alternativas incluem escutar música relaxante ou ler um livro, poesia ou textos inspiradores, selecionados pelo paciente.

Meditação

A meditação cria uma resposta de relaxamento que reduz o estresse diário. Pacientes que meditam frequentemente afirmam que têm uma maior sensibilização de sua espiritualidade e da presença de Deus ou uma Presença Suprema. Exercícios de meditação dão ao paciente alívio da dor, insônia, ansiedade e depressão, aumentando a habilidade de relaxar e de lidar com a doença (Cole et al., 2012; Williams-Orlando, 2012). A meditação envolve sentar-se em posição confortável com os olhos fechados e repetir um som, frase ou palavra sagrada no mesmo ritmo que a respiração, enquanto pensamentos intrusos são ignorados. Indivíduos que meditam regularmente (duas vezes por dia, por 10 a 20 minutos) experimentam metabolismo e frequência cardíaca reduzidos, facilidade de respirar e ondas cerebrais mais lentas (Quadro 36-6). O Capítulo 33 trata das abordagens de relaxamento.

Quadro 36-6

Educação em saúde do paciente

Técnicas de Meditação

Objetivo

- O paciente vai verbalizar sentimentos de relaxamento e autotranscendência depois da meditação.

Estratégias de Ensino

- Dê ao paciente uma breve descrição de informação e um guia de ensino impresso que descreva como meditar.
- Ajude o paciente a identificar uma sala calma em casa, que tenha

interrupções mínimas.

- Explique que a música tranquila ou o sibilar quieto de um ventilador impedem distrações.
- Ensine os passos da meditação (p. ex., sente em uma posição confortável com a coluna ereta; respire lentamente; foque sua atenção em um som, prece ou imagem).
- Encoraje o paciente a meditar por 10 a 20 minutos, duas vezes por dia.
- Responda às questões e reforce informações conforme necessário.

Avaliação de Enfermagem

- Peça ao paciente para descrever seus sentimentos após a meditação.

Trabalho de Apoio ao Luto

Pacientes que vivenciam doença terminal ou que sofreram perda permanente da função do corpo por causa de uma doença ou lesão incapacitante requerem apoio das enfermeiras para apoiá-los em um momento de tristeza e ajudá-los com sua perda. Sua habilidade de entrar em uma relação terapêutica, espiritual e de assistência com os pacientes apoia os mesmos durante tempos de tristeza (Cap. 37).

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

A avaliação do cuidado espiritual de um paciente requer que você pense criticamente ao determinar se os esforços em restaurar ou manter a saúde espiritual do paciente foram bem-sucedidos (Fig. 36-6). Inclua os pacientes na avaliação do cuidado. Resultados estabelecidos durante a fase de planejamento servem como padrões para avaliar o progresso do paciente. Pergunte a ele se você e a equipe de saúde alcançaram suas expectativas e se há mais alguma coisa que você possa fazer para melhorar sua saúde espiritual ou capacitá-los a

praticar rituais religiosos importantes. Além disso, avalie os assuntos éticos que venham a surgir no curso do tratamento e apoio espiritual do paciente. Aplique atitudes de pensamento crítico e use técnicas de comunicação terapêutica para garantir julgamentos de enfermagem adequados.

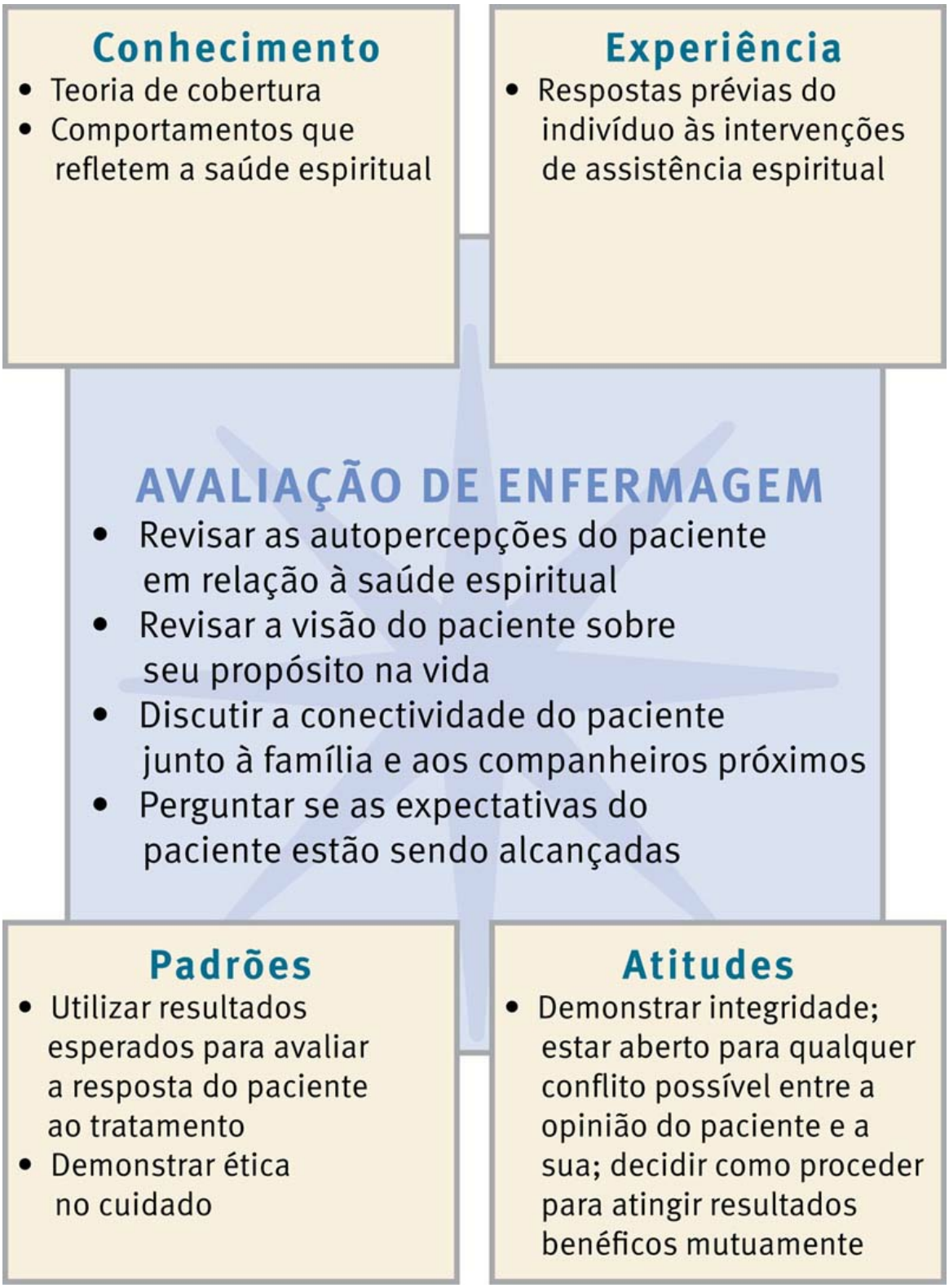


FIGURA 36-6 Modelo de pensamento crítico para avaliação da saúde espiritual.

Resultados de Pacientes

Alcançar a saúde espiritual é um objetivo para toda a vida. Ao avaliar resultados, compare o nível de saúde espiritual do paciente com os comportamentos e percepções observados na avaliação de enfermagem. Dados da evolução de enfermagem relacionados com a saúde espiritual geralmente são subjetivos. Por exemplo, se seu histórico de enfermagem encontra que o paciente está perdendo a esperança, a avaliação de enfermagem de acompanhamento envolve perguntar ao paciente se seus sentimentos de esperança já se restauraram. Inclua a família e os amigos ao recolher informações de avaliação. Resultados bem-sucedidos revelam que o paciente desenvolveu um senso maior ou restaurado de conectividade com a família; manteve, renovou ou reformulou um senso de propósito na vida; para alguns, uma certeza e confiança em um Ser ou Poder Supremo. Quando os resultados não forem alcançados, faça perguntas para determinar a continuidade do tratamento adequado. Exemplos de perguntas a serem feitas incluem os seguintes:

- Você sente a necessidade de perdoar ou de ser perdoado por alguém?
- Quais atividades espirituais, como prece ou meditação, foram úteis para você?
- Você gostaria que eu pedisse a um amigo, membro da família ou alguém da assistência pastoral para conversar com você?
- O que posso fazer para ajudá-lo a se sentir mais em paz?
- Às vezes, as pessoas precisam se permitir sentir esperança quando passam por eventos difíceis. O que você pode fazer para se permitir sentir esperança novamente?

Pontos-chave

- Espiritualidade é uma característica inerente ao ser humano que dá ao indivíduo a energia necessária para se descobrir, lidar com situações difíceis e manter a saúde.
- Enfermeiras precisam estar cientes de sua própria espiritualidade a fim de prestar cuidado espiritual apropriado e relevante para os

demais.

- Pesquisas mostram que a espiritualidade afeta positivamente e melhora a saúde física e psicológica, qualidade de vida, comportamentos de promoção da saúde e atividades de prevenção à doença.
- A espiritualidade é importante independentemente das crenças religiosas de uma pessoa.
- O bem-estar espiritual tem duas dimensões: manutenção da relação transcendente entre a pessoa e um poder maior e o relacionamento e as ligações positivas que as pessoas têm com as outras.
- Enfermeiras que estão confortáveis com sua própria espiritualidade muitas vezes são mais suscetíveis a cuidarem das necessidades espirituais dos pacientes.
- Depois de estabelecer uma relação de confiança com um paciente, vocês alcançam um ponto de aprenderem juntos, ocorrendo o cuidado espiritual.
- O histórico de enfermagem sobre as necessidades espirituais do paciente inclui uma revisão da fé dele, conectividade, vida e autorresponsabilidade, satisfação com a vida, bem como irmandade e comunidade.
- É importante saber o histórico cultural de um paciente e avaliar seus valores sobre seu problema de saúde e tratamento iminente.
- Enfermeiras precisam determinar se as crenças religiosas de um paciente conflitam com o tratamento médico.
- Reforçar presença envolve escutar atentamente, conversar com pacientes e responder às suas perguntas, chorar com eles e simplesmente oferecer seu tempo.
- Profissionais de assistência espiritual fornecem apoio direto na forma de investigação ativa das necessidades espirituais ou religiosas de um paciente e seus familiares, discutindo os sentimentos dos membros da família e os valores do paciente.
- A prece é um recurso efetivo para lidar com sintomas físicos e psicológicos.

- Durante a avaliação, os resultados bem-sucedidos revelam que um paciente desenvolve um senso aumentado ou restaurado de conectividade com a família e mantém, renova ou reforma um senso de propósito na vida.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Uma estudante de enfermagem está contando a um membro da faculdade que seu paciente conversou com ela sobre ganhar conforto espiritual por estar focando no seu "eu interior", incluindo seus valores e princípios. O professor explica que isso é um exemplo de:
   1. Fé.
   2. Comunidade.
   3. Conexão interpessoal.
   4. Autotranscendência
2. Os serviços de saúde geralmente possuem ferramentas de avaliação para utilizarmos a fim de esclarecermos os valores do paciente e avaliarmos a espiritualidade. Utilizando a ferramenta de avaliação FICA, combine os critérios da esquerda com a questão de avaliação apropriada à direita.

1. F – Fé ____ 2. I – Importância da espiritualidade ____ 3. C – Comunidade ____ 4. A – Abordagem (Intervenções para investigar as necessidades espirituais) ____	a. Conte-me se você tem um poder ou autoridade maior que o ajuda a agir dentro de suas crenças b. Descreva quais atividades lhe dão conforto espiritualmente c. Em quem você busca apoio em tempos de dificuldade? d. Sua doença o impediu de frequentar a igreja. Isso é um problema para você?

3. Uma enfermeira está cuidando de uma paciente de 78 anos com esclerose múltipla crônica. A paciente tem fadiga severa, fraqueza muscular, espasmos musculares severos e dificuldades com a coordenação e o equilíbrio. Provavelmente, a doença dela vai piorar. A enfermeira ganhou a confiança da

paciente e deseja avaliar sua satisfação com a vida. Qual pergunta a enfermeira deveria fazer? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Com que frequência você é capaz de frequentar a igreja?
2. O que a deixa mais orgulhosa em sua família?
3. O que o seu marido faz pela senhora em casa?
4. Olhando para trás, qual é a sua maior realização?
5. Como sua doença afetou a forma como você vive sua vida espiritualmente em casa?

4. Você está cuidando de um paciente hospitalizado que é muçulmano e tem diabetes. Quais dos seguintes itens você deve remover da bandeja de refeição quando for deixá-la com o paciente?
   1. Pequeno recipiente de sorvete de baunilha
   2. Uma dúzia de uvas rosadas
   3. Bacon e ovos
   4. Salada de flores com molho *ranch*
5. Um paciente de 44 anos, sexo masculino, acabou de saber que sua esposa e filho morreram em um acidente de carro enquanto se encaminhavam para vê-lo no hospital. Qual das seguintes declarações são características de definições que apoiam um diagnóstico em enfermagem de *Sofrimento Espiritual relacionado com a perda de membros da família*? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. "Eu preciso ligar para minha irmã para buscar apoio."
   2. "Não tenho nada pelo que viver agora."
   3. "Por que Deus faria isso comigo?"
   4. "Eu preciso rezar por um milagre."
   5. "Eu quero me envolver mais em minha igreja."
6. Uma paciente acabou de saber que foi diagnosticada com um tumor maligno no cérebro. Ela está sozinha; sua família não terá voltado de fora da cidade em menos de 1 hora. Você cuidou da paciente somente por 2 horas, mas tem um bom relacionamento com ela. Qual deve ser a intervenção mais apropriada para apoio de seu bem-estar espiritual nesse

momento?

1. Indicar um conselheiro de assistência espiritual.
2. Sentar-se e conversar com a paciente; fazer com que ela discuta seus sentimentos e escutar atentamente.
3. Tirar a Bíblia da paciente de dentro da gaveta da mesa de cabeceira e colocá-la na mesa que fica sobre a cama.
4. Pergunte à paciente se ela gostaria de aprender mais sobre as implicações de ter esse tipo de tumor.

7. Uma enfermeira está se preparando para ensinar um idoso com artrite crônica a praticar meditação. Quais das seguintes estratégias são apropriadas? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Encoraje os membros da família a participarem do exercício.
   2. Oriente o paciente para que encontre uma sala quieta em casa, que tenha interrupções mínimas.
   3. Sugira o uso de um ventilador silencioso funcionando na sala.
   4. Explique que é melhor meditar por volta de 5 minutos, 4 vezes por dia.
   5. Mostre ao paciente como sentar-se confortavelmente com a limitação de sua artrite e focar em uma prece.
8. Uma estudante de enfermagem está elaborando um plano de cuidado para uma senhora de 74 anos que está em sofrimento espiritual por perder seu cônjuge. Ao desenvolver as intervenções apropriadas, quais características dos idosos devem ser consideradas pela enfermeira? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Rotineiramente, idosos não usam medicamentos para lidar com a doença.
   2. Idosos não gostam de discutir a vida após a morte e o que deve ter acontecido com as pessoas que já faleceram.
   3. Idosos alcançam a resiliência espiritual através de frequentes expressões de gratidão.
   4. Deixe a paciente determinar se seu marido deixou um legado para trás.

    5. Ofereça à paciente a escolha dos rituais ou participação nos exercícios.
9. Um paciente afirma que ele não acredita em um poder superior, mas, em vez disso, acredita que as pessoas dão significado ao que elas fazem. Esse paciente provavelmente é:
    1. Acadêmico.
    2. Ateísta.
    3. Agnóstico.
    4. Anarquista.
10. Uma enfermeira inicia o turno da noite assumindo o cuidado de um paciente em estado crítico, que foi ressuscitado mais cedo (no mesmo dia) por ataque cardíaco. Ele sobreviveu e encontra-se fisicamente estável, alerta, orientado e responde adequadamente às perguntas da enfermeira. Sabendo que o paciente passou por um momento no qual seu coração parou de bater, qual seria a melhor abordagem para a enfermeira usar com ele?
    1. Pedir à família que venha visitá-lo e focar a discussão sobre sua gratidão pelo paciente ter sobrevivido
    2. Mudar o assunto quando o paciente começar a falar sobre ter entrado em um túnel escuro enquanto os médicos o ressuscitavam
    3. Sentar e encorajar o paciente a dividir o que ele vivenciou durante a ressuscitação
    4. Dar ao paciente a oportunidade de ouvir algumas passagens da Bíblia
11. Uma enfermeira está cuidando de um paciente com uma infecção avançada severa, o qual pede que venha um profissional de assistência espiritual que possa oferecer o "Caminho da Bênção", uma prática que tenta mandar a doença embora. Esse paciente provavelmente é um membro de qual religião ou cultura?
    1. Hinduísmo
    2. Navajo
    3. Sikhismo

    4. Judaísmo
12. A avaliação de enfermagem do cuidado espiritual é necessária para determinarmos se o nível de saúde espiritual de um paciente mudou após a intervenção. Se o uso de rituais fazia parte do plano de cuidado de enfermagem, qual das seguintes perguntas é mais apropriada para avaliar sua eficácia?
    1. Você sente necessidade de perdoar sua esposa pela sua perda?
    2. O que posso fazer para ajudá-lo a se sentir mais em paz?
    3. A prece ou meditação foram úteis para você?
    4. Deveríamos planejar que sua família viesse visitá-lo mais frequentemente no hospital?
13. Uma paciente que está se recuperando de uma amputação bilateral das pernas (abaixo dos joelhos) mostra transcendência ao afirmar:
    1. "Meu remédio para dor faz-me sentir melhor."
    2. "Eu sei que vou melhorar se eu simplesmente continuar tentando."
    3. "Eu vejo a graça de Deus e fico relaxada quando assisto ao pôr do sol ao entardecer."
    4. "Eu tive uma boa vida e um bom casamento. Meu marido tem sido muito útil na minha recuperação."
14. A enfermeira está cuidando de uma mulher de 50 anos que está visitando o ambulatório de uma clínica médica. A paciente tem diabetes tipo I desde os 13 anos. Ela tem diversas complicações provenientes de sua doença, incluindo visão reduzida, problema cardíaco e falta de sensibilidade e dormência das extremidades. Sabendo que a espiritualidade ajuda os pacientes a lidarem com a doença crônica, quais dos seguintes princípios a enfermeira deveria aplicar na prática? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Prestar atenção na identidade espiritual da paciente ao longo do curso de sua doença.
    2. Selecionar intervenções as quais você sabe que suportam cientificamente o bem-estar espiritual.

3. Escutar a história da paciente cada vez que ela visitar a clínica e oferecer uma presença solidária.
4. Quando a paciente questionar a razão de seu sofrimento de longo prazo, tentar dar respostas.
5. Consultar-se com um conselheiro de assistência espiritual e pedir ao mesmo que recomende intervenções úteis.

15. Selecione os três fatores que são evidentes quando se desenvolve uma relação de cura entre a enfermeira e o paciente.
    1. A enfermeira é realmente capaz de mobilizar esperança para o paciente.
    2. O paciente é capaz de compartilhar os medos da perda com pessoas importantes.
    3. Encontrar uma interpretação ou entendimento da doença do paciente que seja aceitável para o mesmo.
    4. Entender suas próprias crenças sobre espiritualidade.
    5. Ajudar o paciente a usar recursos espirituais que o mesmo escolher.

Respostas: 1. 4; **2.** 1a, 2d, 3c, 4b; **3.** 2, 4; **4.** 3; **5.** 2, 3; **6.** 2; **7.** 2, 3, 5 ; **8.** 3, 4, 5; **9.** 3; **10.** 3; **11.** 2; **12.** 3; **13.** 3; **14.** 1, 3; **15.** 1, 3, 5.

Referências

Agrillo C. Near-death experience: out-of-body and out-of-brain?. *Rev Gen Psychol*. 2011;15(1):1.

American Nurses Association (ANA): *Code of ethics for nurses with interpretive statements*, 2015, http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEth of-Ethics-For-Nurses.html. Accessed June 20, 2015.

Benner P. *From novice to expert*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley; 1984.

Bowers H, Rieg LS. Reflections on spiritual care: methods, barriers, recommendations. *J Christian Nurs*. 2014;31(1):47.

Bryant-Davis T, et al. Religiosity, spirituality, and trauma recovery in the lives of children and adolescents. *Prof Psychol Res Pract*. 2012;43(4):306.

Delgado-Guay MO. Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2014;8(3):308.

Edelman CL, Mandle CL. *Health promotion throughout the life span*. ed 8 St Louis: Mosby; 2014.

Gilbert R. Laughter therapy: promoting health and wellbeing. *Nurs Resid Care*. 2014;16(7):392.

Granero-Molina J, et al. Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nursing experience?. *Eur J Cancer Care*. 2014;23(3):300.

Hayden D. Spirituality in end-of-life care: attending the person on their journey. *Br J Community Nurs*. 2011;16(11):546.

Herdman TH, Kamitsuru S, eds. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.

Horowitz S. Health benefits of meditation: what the newest research shows. *Altern Complement Ther*. 2010;16(4):223.

Life Advance: *The spiritual well-being scale*, http://www.lifeadvance.com/spiritual-well-being-scale.html, 2009. Accessed October 2015.

Milligan S. Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. *Nurs Stand*. 2011;26(4):47.

Neifert M: *Faith development in children: how to instill spiritual beliefs*, 2011, http://www.dr-mom.com/blog/faith-development-children-how-instill-spiritual-beliefs/. Accessed October 2015.

Piotrowski LF. Advocating and educating for spiritual screening assessment and referrals to chaplains. *Omega (Westport)*. 2013;67:185.

QSEN Institute: *Pre-licensure KSAs*, 2014, http://qsen.org/competencies/pre-

licensure-ksas/. Accessed October 2015.

Sealy PA. Integrating job, Jesus' passion, and Buddhist Metta to bring meaning to the suffering and recovery from breast cancer. *J Relig Health*. 2013;52(4):1162.

The Joint Commission (TJC): *Standards FAQ details*, 2015, http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqId=290&ProgramId=1. Accessed October 2015.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole & Hess Toward healthy aging: human needs and nursing response*. ed 8 St Louis: Mosby; 2012.

Williams-Orlando C. Spirituality in integrative medicine. *Integr Med Clin J*. 2012;11(4):34.

Yeager S, et al. Embrace hope: an end-of-life intervention to support neurological critical care patients and their families. *Crit Care Nurs*. 2010;30(1):47.

Referências de pesquisa

Alzahrani HA, Sehlo MG. The impact of religious connectedness on health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers. *J Relig Health*. 2013;52(3):840.

Anderberg P, Berglund A. Elderly persons' experiences of striving to receive care on their own terms in nursing homes. *Int J Nurs Pract*. 2010;16(1):64.

Asgeirsdottir GH, et al. "To cherish each day as it comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. *Support Care Cancer*. 2013;21:1445.

Bailey ME, et al. Creating a spiritual tapestry: nurses' experiences of delivering spiritual care to patients in an Irish hospice. *Int J Palliat Nurs*. 2009;15(9):42.

Borneman T, et al. Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(2):163.

Brown O, et al. The use of religion and spirituality in psychotherapy: enablers and barriers. *J Relig Health*. 2013;52:1131.

Campesino M, et al. Spirituality and cultural identification among Latino and non-Latino college students. *Hispanic Health Care Int*. 2009;7(2):72.

Cant R, et al. The divided self: near-death experiences of resuscitated patients—a review of literature. *Int Emerg Nurs*. 2012;20(2):88.

Chlan KM, et al. Spirituality and life satisfaction with pediatric-onset spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2011;49(3):371.

Cobb R. How well does spirituality predict health status in adults living with HIV disease: a Neuman Systems Model study. *Nurs Sci Q*. 2012;25(4):347.

Cockell N, McSherry W. Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *J Nurs Manage*. 2012;20(8):958.

Cohen MZ, et al. A platform for nursing research on spirituality and religiosity: definitions and measures. *West J Nurs Res*. 2012;34(6):795.

Cole BS, et al. A randomised clinical trial of the effects of spirituality-focused meditation for people with metastic melanoma. *Ment Health Relig Cult*. 2012;15(2):161.

Conway-Phillips R, Janusek L. Influence of sense of coherence, spirituality, social support and health perception on breast cancer screening motivation and behaviors in African-American women. *ABNF J*. 2014;25(3):72.

Daaleman TP, Dobbs D. Religiosity, spirituality, and death attitudes in chronically ill older adults. *Res Aging*. 2010;32(2):224.

Dalmida SG, et al. The meaning and use of spirituality among African American women living with HIV/AIDS. *Wes J Nurs Res*. 2012;34(6):736.

Delgado C. Nurses' spiritual care practices: becoming less religious?. *J Christian Nurs*. 2015;32(2):116.

Dyess SM. Faith: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2011;67(12):2723.

Dyess S, Chase SK. Caring for adults living with a chronic illness through communities of faith. *Int J Human Caring*. 2010;14(4):38.

Fan Y, et al. Cortisol level modulated by integrative medication in a dose-dependent fashion. *Stress Health*. 2014;30(1):65.

Glei DA, et al. Relaxation practice and physiological regulation in a national sample of older Taiwanese. *J Altern Complement Med*. 2012;18(7):653.

Harvey K, et al. Experiences of mothers of infants with congenital heart disease before, during, and after complex cardiac surgery. *Heart Lung*. 2013;42(6):399.

Hatamipour K, et al. Spiritual needs of cancer patients: a qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(1):61.

Haugan G, et al. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *J Clin Nurs*. 2012;21(23/24):3429.

Haugan G, et al. The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *Int J Older People Nurs*. 2014;9(1):65.

Heiney SP, et al. Antecedents and mediators of community connection in African women with breast cancer. *Res Theory Nurs Pract*. 2011;25(4):252.

Hirosaki M, et al. Effects of a laughter and exercise program on physiological and psychological health among community-dwelling elderly in Japan: randomized control trial. *Geriatr Gerontol Int*. 2013;13(1):152.

Hsiao Y, et al. Psychometric testing of the properties of the spiritual health scale short form. *J Clin Nurs*. 2013;22(21/22):2981.

Huebner J, et al. Online survey of cancer patients on complementary and alternative medicine. *Oncol Res Treat*. 2014;37(6):304.

Johnson J, et al. The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42(9):1991.

Kavradim ST, et al. Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. *J Adv Nurs*. 2013;69(5):1183.

Kemppainen J, et al. Health promotion behaviors of residents with hypertension in Iwate, Japan and North Carolina, USA. *Jpn J Nurs Sci*. 2011;8(1):20.

Manning LK. Enduring as lived experience: exploring the essence of spiritual resilience for women later in life. *J Relig Health*. 2014;53(2):352.

McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2013;22(21/22):3170.

Morgan PD, et al. African-American women share 'real talk' stories about fatigue related to breast cancer treatment. *ABNF J*. 2014;25(4):116.

Newberry AG, et al. Exploring spirituality in family caregivers of patients with primary malignant brain tumors across the disease trajectory. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(3):E119.

Newlin K, et al. A methodological review of faith-based health promotion literature: advancing the science to expand delivery of diabetes education to black Americans. *J Relig Health*. 2012;51(4):1075.

Oliver IN, Dutney A. A randomized, blinded study of the impact of intercessory prayer on spiritual well-being in patients with cancer. *Altern Ther Health Med*. 2012;18(5):18.

Petersen C. Spiritual care of the child with cancer at the end of life: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2014;70(6):1243.

Phelps AC, et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol*. 2012;30(20):2538.

Phillips-Salimi CR, et al. Connectedness in the context of patient-provider relationships: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2012;68(1):230.

Prentis S, et al. Healthcare lecturers' perceptions of spirituality in education. *Nurs Stand*. 2014;29(3):44.

Reinert KG, Koenig HG. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Adv Nurs*. 2013;69(12):2622.

Ronaldson S, et al. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *J Clin Nurs*. 2012;21(15/16):2126.

Ruchiwit M. The effect of the one-to-one interaction process with group supportive psychotherapy on the levels of hope, anxiety and self-care practice for patients that have experienced organ loss: an alternative nursing care model. *Int J Nurs Pract*. 2012;18(4):363.

Rykkje LLR, et al. Spirituality and caring in old age and the significance of religion —a hermeneutical study from Norway. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(2):275.

Sheeba N, et al. Current status of spirituality in cardiac rehabilitation programs: a review of literature. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2013;33(3):135.

Soundy A, et al. Factors influencing patients' hope in stroke and spinal cord injury: a narrative review. *Int J Ther Rehabil*. 2014;21(5):210.

Strudwick A, Morris R. A qualitative study exploring the experiences of African-Caribbean informal stroke caregivers in the UK. *Clin Rehabil*. 2010;24(2):159.

Tiew LH, Creedy DK. Integration of spirituality in nursing practice: a literature review. *Singapore Nurs J*. 2010;37(1):15.

Tuck I. A critical review of a spirituality intervention. *West J Nurs Res*. 2012;34(6):712.

Viglund K, et al. Inner strength as a mediator of the relationship between disease and self-rated health among old people. *J Adv Nurs*. 2014;70(1):144.

Walton J. Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction: a grounded theory study. *J Holist Nurs*. 1999;17(1):34.

White ML. Spirituality self-care effects on quality of life for patients diagnosed with chronic illness. *Self-Care Depend Care Nurs*. 2013;20(1):23.

37

A Experiência de Perda, Morte e Luto

OBJETIVOS

• Identificar o papel da enfermeira para cuidar de pacientes que estejam experimentando perda, luto ou morte.

• Descrever os tipos de perdas sofridas ao longo da vida.

• Discutir as teorias do luto.

• Identificar os tipos de luto.

• Descrever as características de uma pessoa que experimenta o luto.

• Discutir variáveis que influenciam a resposta da pessoa ao luto.

• Desenvolver plano de cuidado de enfermagem para o paciente e a família que estejam experimentando perda e luto.

• Identificar maneiras de colaborar com os membros da família e a equipe interdisciplinar que presta cuidados paliativos.

• Descrever intervenções para o tratamento dos sintomas em pacientes no fim da vida.

• Discutir os critérios para os cuidados de *hospice*.

• Descrever os cuidados com o corpo após a morte.

TERMOS-CHAVE

Autópsia, p. 757
Cuidados paliativos, p. 751
Cuidados pós-morte, p. 758
Doação de órgãos e tecidos, p. 757
Enlutamento, p. 743
Esperança, p. 746
***Hospice*, p. 753**
Luto antecipatório, p. 744
Luto complicado, p. 744
Luto não reconhecido, p. 744
Luto normal (não complicado), p. 744
Luto, p. 743
Percepção da perda, p. 743
Perda ambígua, p. 744
Perda maturacional, p. 743
Perda necessária, p. 743
Perda real, p. 743
Perda situacional, p. 743
Processo de luto, p. 743

A perda é uma parte inevitável da vida. Cada perda é acompanhada por sentimentos de luto e tristeza. Esteja o paciente diante de infertilidade ou amputação, um diagnóstico indesejado ou a morte iminente, a enfermeira está em posição de oferecer apoio a ele e à família para que enfrentem a perda, além de lhes oferecer conforto quando não é possível a continuação da vida. Independentemente do ambiente institucional, a enfermeira dará assistência às pessoas que

estão em luto. Da mesma forma que o luto, a morte é tão inevitável na prática profissional quanto o é na vida. Mesmo tendo aumentado o uso de cuidados paliativos e de *hospice*, as enfermeiras em todos os ambientes de prática profissional e de todas as especialidades prestam cuidados à maioria dos moribundos.

Ainda que as pessoas concordem que a morte faz parte da vida, muitas hesitam em falar a respeito, por sentimentos de medo, incerteza e desejo de não entristecer os outros. Na sociedade americana, falar abertamente sobre a morte é desencorajado (i.e., em nossas vidas diárias, em nossa linguagem e até em nosso pensamento) (Matzo e Sherman, 2015). Por exemplo, evitamos a palavra "morreu" e em vez disto usamos termos como "se foi" ou "partiu." Muitos profissionais de saúde se sentem desconfortáveis tanto em discutir como em prestar cuidados de fim da vida (Parker et al., 2012). A enfermeira precisa aprender a permanecer tranquila ao discutir esses tópicos sensíveis e dar aos pacientes a oportunidade de expressar seus desejos sobre os cuidados de fim da vida. Historicamente, os profissionais de saúde aguardavam até ser tarde demais para discutir os desejos de fim da vida. Com a lei Self-Care Determination Act de 1990, enfermeiras e outros profissionais de saúde estão iniciando mais cedo essas conversações, porém há mais trabalho a fazer. A enfermeira tem a oportunidade de defender os pacientes e uma alta qualidade dos merecidos cuidados no fim da vida.

Como estudante, você precisa saber que é capaz de oferecer o que os pacientes e as famílias mais precisam no fim da vida: compaixão, atenção e cuidados centrados no paciente. Assim como em outras situações de enfermagem, quanto mais experiência você tiver em cuidar de pessoas em luto e de moribundos, mais confiante, corajosa e compassiva se tornará quando cuidar de pacientes e famílias nesse momento íntimo e significativo. Suas habilidades e base de conhecimento vão se desenvolver rapidamente se tiver o desejo e a disposição para aprender, estar presente e procurar a ajuda necessária para saber como prestar excelentes cuidados de fim da vida. Seja na educação dos pacientes e das famílias sobre as diretivas antecipadas, no tratamento dos sintomas dos pacientes, ou simplesmente ao

segurar a mão de alguém, todos os dias as enfermeiras cuidam de moribundos. São as ações de cuidados de enfermagem que ajudam o paciente e a família nesses momentos (Cap. 7).

Base de conhecimento científico

Perda

A vida proporciona a cada pessoa múltiplas oportunidades de lamentar uma perda ou mudança. Algumas vezes, a mudança é bem-vinda (casamento, nascimento de um filho) e em outras ocasiões não (divórcio, perda de um emprego, morte). A perda pode ser de coisas tangíveis, como uma parte ou função corporal, relacionamento ou posses. Pode também ser intangível, por exemplo a perda da autoestima, confiança ou de um sonho.

A experiência de perda começa cedo na vida e continua até a morte. As crianças desenvolvem a independência dos adultos que as educam, e, à medida que entram e saem da escola, mudam de amigos, iniciam carreiras e estabelecem novos relacionamentos. Do nascimento à morte, as pessoas formam vínculos e sofrem perdas, dentre as quais a doença também pode ser uma fonte. Ela pode mudar o funcionamento do indivíduo e, portanto, seu emprego, seu papel na família, o nível de renda e a qualidade de vida geral (Tabela 37-1). O modo de se lamentar depende das normas culturais, sistemas de crenças, sistemas de apoio e fé pessoal (AACN e CHNMC, 2014).

Tabela 37-1

Tipos de Perda

Definição	Implicações da Perda
Perda de posses ou objetos (p. ex., roubo, deterioração, extravio ou destruição)	A extensão do luto depende do valor do objeto, sentimento vinculado a ele ou de sua utilidade.
Perda de ambiente conhecido (p. ex., saída de casa, hospitalização, novo emprego, saída de uma unidade de reabilitação)	A perda ocorre por meio de eventos maturacionais ou situacionais ou por lesão/doença. A solidão em um ambiente não familiar ameaça a autoestima, a esperança ou o pertencimento.
Perda de uma pessoa significativa (p. ex., divórcio, perda de um amigo, de um cuidador confiável ou de um animal de estimação)	Amigos íntimos, membros da família e animais de estimação preenchem as necessidades psicológicas, de segurança, amor, pertencimento e autoestima.
Perda de um aspecto de si mesmo (p. ex.,	Doença, lesão ou alterações do desenvolvimento resultam na

parte corporal, emprego, função psicológica ou fisiológica)	perda de um aspecto valioso de si mesmo, alterando a identidade pessoal e o autoconceito.
Perda da vida (p. ex., morte de um membro da família, amigo, colega de trabalho ou a própria morte)	A perda da vida entristece os que ficaram. As pessoas agonizantes também sentem tristeza ou temem a dor, a perda de controle e a dependência de outros.

As mudanças na vida são normais, esperadas e, muitas vezes, positivas. À medida que envelhecem, as pessoas aprendem que a mudança sempre envolve uma **perda necessária**. Aprendem a esperar que a maioria das perdas necessárias eventualmente sejam substituídas por algo diferente ou melhor. No entanto, algumas provocam mudanças permanentes nas vidas das pessoas e ameaçam seu senso de pertencimento e segurança. A morte de um ente querido, um divórcio ou a perda de independência muda a vida para sempre e, muitas vezes, afeta de maneira significativa a saúde física, psicológica e espiritual de uma pessoa.

A **perda maturacional** é uma forma de perda necessária e inclui todas as mudanças da vida normalmente esperadas ao longo do ciclo vital. Uma criança pequena experimenta a ansiedade da separação da mãe quando inicia a pré-escola. Uma criança de escola de Ensino Fundamental não quer perder seu professor e sua classe favoritos. Um estudante universitário não quer deixar a comunidade de seu *campus*. As perdas maturacionais, associadas às transições normais, ajudam as pessoas a desenvolver habilidades de enfrentamento para serem usadas quando sofrerem uma perda não planejada, indesejada ou inesperada.

Outras perdas parecem desnecessárias e não fazem parte das experiências esperadas da maturação. Os eventos externos súbitos, imprevistos, causam a **perda situacional**. Por exemplo, um indivíduo em um acidente automobilístico sofre uma lesão com alterações físicas que tornam impossível sua volta ao trabalho e à escola, levando à perda de função, renda, objetivos de vida e autoestima.

As perdas podem ser reais ou percebidas. A **perda real** ocorre quando o indivíduo não é mais capaz de sentir, ouvir, ver ou conhecer uma pessoa ou objeto. São exemplos: a perda de uma parte corporal, morte de um membro da família ou perda de um emprego. No caso de objetos valiosos, estão incluídos aqueles que sofrem desgaste ou

extravio, são roubados ou danificados. A **percepção da perda** é exclusivamente definida pela pessoa que a sofre e é menos óbvia para outras pessoas. Por exemplo, alguns indivíduos percebem a rejeição de um amigo como uma perda, o que provoca perda de confiança ou mudanças de seu *status* no grupo social. O modo de interpretar o significado da percepção da perda de um indivíduo afeta a intensidade da resposta ao luto. As perdas percebidas são fáceis de serem negligenciadas pelos outros, porque são sofridas de modo muito interno e individual, mas são tão dolorosas quanto a perda real e lamentadas da mesma maneira.

Cada pessoa responde à perda de modo diferente. O tipo de perda e a percepção que o indivíduo tem a respeito disso influenciam a profundidade e a duração da resposta ao luto. Ademais, a experiência anterior de perda de um indivíduo também afeta o seu modo de responder a uma nova perda. Para alguns, a perda de um objeto (p. ex., de uma casa ou um presente precioso) gera o mesmo nível de desconforto da perda de uma pessoa, dependendo do valor atribuído ao objeto. Doenças crônicas, deficiências e hospitalização provocam múltiplas perdas. Ao entrar em uma instituição para receber cuidados, os pacientes perdem o acesso a pessoas e ambientes familiares, a privacidade e o controle sobre as funções corporais e rotinas diárias. A doença crônica ou incapacidade adicionam privações financeiras à maioria das pessoas e geralmente causam modificações no estilo de vida e dependência dos outros. Mesmo as doenças ou hospitalizações breves provocam mudanças temporárias no funcionamento do papel da família, nas atividades da vida diária e nos relacionamentos.

A morte é a perda final. Embora seja uma parte esperada da vida, ela representa o desconhecido e pode gerar ansiedade, medo e incerteza para muitas pessoas. Ela causa a separação permanente das pessoas e pode provocar medo, tristeza e pesar não apenas pela pessoa que está morrendo, mas também pelos membros da família, pelos amigos e cuidadores. A cultura, espiritualidade, as crenças pessoais e os valores do indivíduo, experiências anteriores de morte e o grau de apoio social influenciam o modo como o indivíduo aborda a morte.

Luto

Luto é um "conjunto normal de emoções humanas desconcertantes que surgem em resposta a uma perda significativa, intensificada e complicada pelo relacionamento com a pessoa ou o objeto perdido" (Mitchell e Anderson, 1983) (Caps. 9 e 36). O luto não pode ser evitado (Brohard, 2014). É muito pessoal. Duas pessoas não lamentam a mesma perda da mesma maneira. O trabalho de luto é muito difícil e requer enormes quantidades de energia do enlutado. Raramente é um processo metódico e previsível. Objetos, memórias e aniversários podem causar uma onda de sentimentos de perda, assim o trabalho de luto nunca é concluído totalmente. No entanto, o luto pode diminuir, e a cura pode ocorrer quando a dor da perda se torna menor (AACN e CHNMC, 2014).

O enfrentamento do luto envolve o **processo de luto**, as expressões sociais externas do luto e o comportamento associado à perda (AACN e CHNMC, 2014). A maioria dos rituais do processo de luto são comportamentos aprendidos e influenciados pela cultura. Por exemplo, o ritual judeu do processo de luto de *Shivah* é um período em que as atividades da vida normal são completamente interrompidas. Os indivíduos enlutados recebem os amigos na casa como uma forma de honrar o morto e receber apoio durante esse período de luto.

O termo **enlutamento** abrange tanto o luto como o pesar e inclui as respostas emocionais e os comportamentos externos da pessoa que sofre a perda. O enlutado deve ser incentivado a falar sobre a perda e tranquilizado de que os sentimentos são normais e que as decisões importantes devem ser postergadas (AACN e CHNMC, 2014). O reconhecimento de que existem diferentes tipos de luto pode ajudar as enfermeiras a planejar e implementar cuidados apropriados.

Luto Normal

O **luto normal (não complicado)** é uma reação comum e universal caracterizada por complexas respostas emocionais, cognitivas, sociais, físicas, comportamentais e espirituais à perda e à morte. Alguns

sentimentos normais de luto são a descrença, saudade, raiva e depressão. Embora a forma de morte (violenta, inesperada ou traumática) aumente o risco de resposta normal de luto dos sobreviventes, ela nem sempre determina como o indivíduo vai realmente lamentá-la. Entre os mecanismos úteis de enfrentamento para as pessoas em luto, estão a resistência e a resiliência, o senso de controle pessoal e a capacidade de compreender e identificar possibilidades positivas após uma perda.

Luto Antecipatório

A pessoa tem a experiência do **luto antecipatório** antes de ocorrer a perda real ou morte, especialmente em situações de perda prolongada ou prevista, como ao cuidar de pacientes diagnosticados com demência ou esclerose lateral amiotrófica (ELA). Os membros da família quase sempre lamentam a perda iminente de companheirismo, controle e senso de liberdade, assim como as alterações físicas e mentais experimentadas por um ente querido. Finalmente, eles lamentam a morte iminente (Chan et al., 2013).

Quando o luto se estende por um período prolongado, as pessoas absorvem a perda gradualmente e começam a se preparar para sua inevitabilidade. Elas experimentam intensas respostas ao luto (p. ex., choque, negação e choro) antes de ocorrer a morte real e em geral sentem alívio quando finalmente ela acontece. Outra maneira de pensar no luto antecipatório é ser um aviso ou um amortecedor que dá um tempo às pessoas para que se preparem ou completem as tarefas relacionadas à morte iminente. No entanto, essa ideia pode não se aplicar em todas as situações. Embora o aviso antecipado seja um suavizador para alguns indivíduos, para outros gera mais estresse, criando uma montanha-russa emocional de altos e baixos.

Luto não Reconhecido

As pessoas experimentam o **luto não reconhecido** quando seu relacionamento com a pessoa falecida não conta com a aprovação social, não pode ser compartilhado abertamente ou parece ter pouco

significado. A perda da pessoa e o pesar não atendem às normas do luto reconhecido por sua cultura, o que retira da pessoa enlutada o apoio social e a simpatia oferecidos no caso de perdas com maior aceitação social. Os exemplos incluem a morte de um ex-cônjuge, um namorado casado ou um indivíduo encarcerado, ou uma gravidez terminada (AACN e CHNMC, 2014).

Perda Ambígua

Algumas vezes, as pessoas sofrem perdas marcadas pela incerteza. A **perda ambígua**, um tipo de luto não reconhecido, pode ocorrer quando a pessoa perdida está fisicamente presente, mas não se encontra disponível psicologicamente, como nos casos de demência ou lesão cerebral grave. Em outras ocasiões, a pessoa está desaparecida (p. ex., após um sequestro, um prisioneiro de guerra, ou quando não foi encontrado um corpo, como nos ataques de 11/9/2001, ou no caso de um alpinista desaparecido), mas a pessoa enlutada mantém um apego psicológico intenso, contínuo, sem nunca ter a certeza da realidade da situação. As perdas ambíguas são particularmente difíceis de processar por causa da falta de finalidade e desfechos desconhecidos (Walter e McCoyd, 2009).

Luto Complicado

Algumas pessoas não experienciam um processo de luto normal. No **luto complicado**, a pessoa enfrenta um momento significativamente difícil ou prolongado após uma perda. Ela sente saudade crônica e perturbadora do indivíduo falecido; tem dificuldade em aceitar a morte e em confiar nos outros; e/ou se sente excessivamente amarga, emocionalmente entorpecida ou ansiosa sobre o futuro. O luto complicado ocorre com mais frequência quando a pessoa teve um relacionamento conflitante com o indivíduo falecido, enfrentou perdas anteriores ou múltiplas perdas ou estressores, problemas de saúde mental ou falta de apoio social. A perda associada a homicídio, suicídio, acidentes súbitos ou morte de um filho tem potencial para se tornar complicada. Os tipos específicos de luto complicado incluem os lutos crônico, exagerado, atrasado e mascarado.

Luto Crônico

A pessoa em luto crônico apresenta uma resposta ao luto normal, exceto pela extensão prolongada do tempo. Isso pode incluir anos a décadas de intensa lamentação.

Luto Exagerado

A pessoa com uma resposta exagerada ao luto geralmente exibe um comportamento autodestrutivo ou não adaptável, obsessões ou transtornos psiquiátricos. O suicídio é um risco para esses indivíduos.

Luto Tardio

A resposta da pessoa ao luto é invulgarmente tardia ou prolongada, porque a perda é tão opressiva que ela precisa evitar sua total compreensão. Em geral, uma resposta de luto tardio é desencadeada por uma segunda perda, às vezes aparentemente não tão significativa quanto a primeira.

Luto Mascarado

Algumas vezes, a pessoa enlutada apresenta maneiras de se comportar que interferem no seu funcionamento normal, mas ela não tem consciência de que o comportamento disruptivo é resultante da perda e resolução ineficaz do luto (AACN e CHNMC, 2014).

Teorias do Luto e Processo de Luto

O conhecimento das teorias do luto e das respostas normais à perda e ao luto ajuda a enfermeira a entender melhor essas complexas experiências e como auxiliar uma pessoa enlutada. Os teóricos do luto descrevem as reações físicas, psicológicas e sociais à perda. Lembre-se de que as pessoas cujas reações divergem das normas de luto ou das descrições teóricas esperadas não são anormais. A variedade de teorias apoia a complexidade e individualidade das respostas ao luto. Embora a maioria das teorias do luto descreva como as pessoas enfrentam a morte, elas também ajudam a compreender as respostas a outras perdas significativas (Tabela 37-2).

Tabela 37-2

Teorias do Luto e Processo de Luto

Estágios da Morte Kübler-Ross (1969)	**Negação** A pessoa não pode aceitar o fato da perda. É uma forma de proteção psicológica contra a perda que a pessoa ainda não pode suportar **Raiva** A pessoa expressa resistência ou intensa raiva de Deus, de outras pessoas ou da situação **Barganha** A pessoa amortece e adia a consciência da perda tentando impedir que ela aconteça **Depressão** A pessoa percebe o impacto total da perda **Aceitação** A pessoa incorpora a perda à sua vida
Teoria do Apego Bowlby (1980)	**Entorpecimento** Protege a pessoa contra o impacto total da perda **Ansiedade e Busca** Crises emocionais de choro soluçante e sofrimento agudo; os sintomas físicos comuns nesse estágio: aperto no peito e na garganta, dispneia, sensação de letargia, insônia e perda de apetite **Desorganização e Desespero** Exame interminável do como e por que a perda ocorreu ou expressões de raiva por qualquer pessoa que pareça ser responsável pela perda **Reorganização** Aceita a mudança, assume papéis não familiares, adquire novas habilidades, constrói novos relacionamentos e começa a se distanciar de si mesmo ou do relacionamento perdido sem a sensação de estar diminuindo sua importância
Modelo de Tarefas do Luto Worden (2008)	Aceita a realidade da perda Experimenta a dor do luto Ajusta-se ao mundo em que o falecido já não está Emocionalmente realoca o falecido e prossegue com a vida
Modelo de Processo Rando "R" Rando (1993)	**Reconhecimento** da perda **Reação** à dor e à separação **Reminiscência** **Redução** de antigos vínculos **Reajustamento** à vida após a perda **Reminiscência** do relacionamento por meio de histórias mentais ou verbais e rememoração da pessoa e das experiências passadas
Modelo de Processo Dual Stroebe e Schut (1999)	**Atividades Orientadas à Perda:** (p. ex., trabalho de luto, conviver com a perda, romper vínculos com a pessoa falecida e resistir a atividades que estimulem o luto passado) **Atividades Orientadas à Reconstrução:** acompanhar as mudanças da vida, encontrar novos papéis, lidar com as finanças e participar de distrações, que proporcionem equilíbrio ao estado orientado à perda
Trajetórias do Luto Bonanno et al. (2002)	**Luto Comum** **Luto Crônico** **Depressão Crônica** **Depressão Seguida de Melhora** **Resiliência**

Existem críticas às teorias dos estágios e tarefas, porque não conseguem capturar a complexidade e diversidade da experiência (Hall, 2014). As teorias do luto mais recentes levam em consideração que os seres humanos constroem suas próprias experiências e verdades de modos diferentes e atribuem seus próprios significados quando confrontadas a perda e morte. As diferenças nos contextos sociais e históricos, na estrutura familiar e nas capacidades cognitivas moldam as verdades e experiências de luto de um indivíduo. O luto não segue um caminho predeterminado nem é linear. Ele é cíclico e movimenta-se para frente e para trás (Fig. 37-1). Educar os enlutados sobre o padrão cíclico do trabalho de luto prepara-os para viver seus dias mais difíceis. Considere uma viúva vários meses após a morte de seu marido. Ela pode ter passado várias semanas sentindo-se menos triste e deprimida. Se não estiver preparada para a natureza cíclica do luto, porém, ela pode se surpreender com sua forte reação ao luto a um telefonema para o seu marido ou a um comercial de seu doce favorito. O conhecimento de que esses sentimentos vêm e vão ajuda o enlutado a estar preparado não apenas para isso, mas também para permitir o autocuidado necessário.

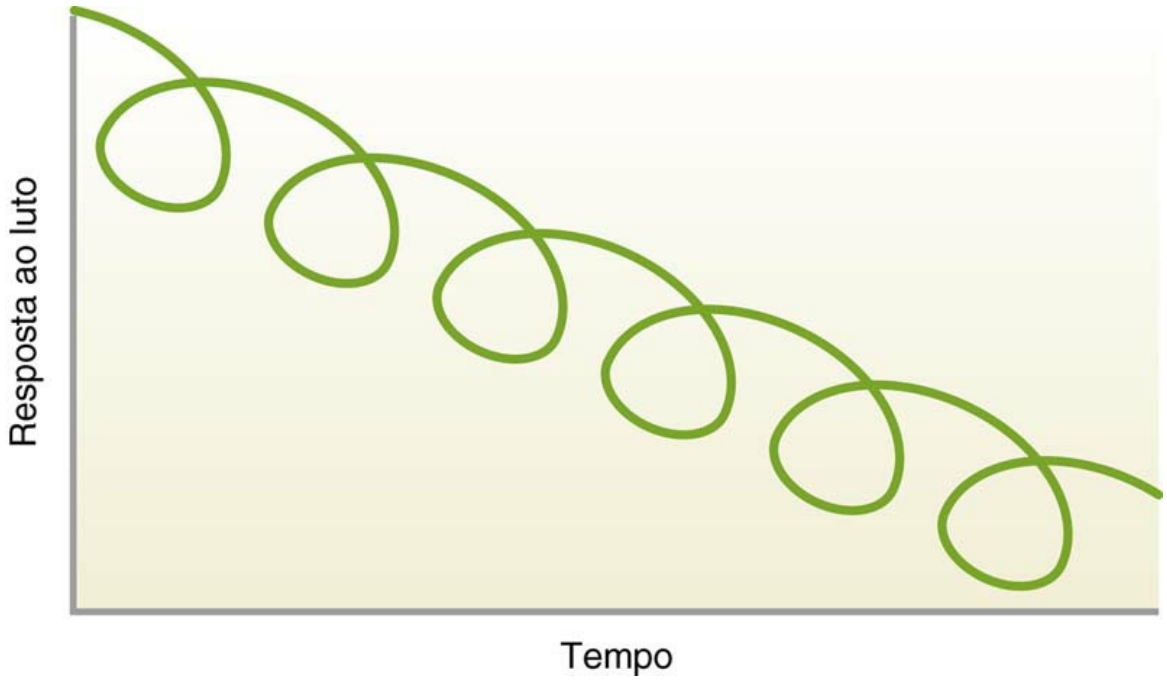


FIGURA 37-1 Natureza cíclica de uma resposta normal ao luto com o tempo.

Base de conhecimento de enfermagem

As enfermeiras desenvolvem os planos de cuidados para ajudar os pacientes e os membros da família que passam por perda, luto ou experiências de morte. Com base em pesquisa de enfermagem, evidências da prática profissional, experiência da enfermeira e preferências do paciente e da família, as enfermeiras implementam planos de cuidado em ambientes de cuidados, casa de repouso, *hospice*, cuidados domiciliares e na comunidade. Programas extensivos de educação em enfermagem apoiam a melhora dos cuidados de fim de vida. O End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) proporciona às enfermeiras os currículos básico e avançado para os cuidados aos pacientes e famílias que estão experimentando perda, pesar, morte e luto (AACN e CHNMC, 2014). Em conjunto com a Hospice and Palliative Care Nurses Association, a American Nurses Association (ANA) desenvolveu o Scope and Standards of Hospice and Palliative Nursing Practice (ANA, 2014). Organizações de enfermagem profissional como a American Society of Pain Management Nurses e a American Association of Critical Care Nurses oferecem diretrizes para a prática baseada em evidências objetivando lidar com questões éticas e clínicas no fim da vida em muitos ambientes de cuidados de saúde.

Fatores que Influenciam a Perda e o Luto

Múltiplos fatores influenciam a percepção e a resposta de uma pessoa à perda. Dentre estes, estão incluídos os fatores de desenvolvimento, relacionamentos pessoais, natureza da perda, estratégias de enfrentamento, *status* socioeconômico, além de influências e crenças culturais e espirituais.

Desenvolvimento Humano

A idade do paciente e o estágio de desenvolvimento afetam a resposta ao luto. Por exemplo, crianças pequenas não podem compreender a

perda ou morte, mas geralmente sentem ansiedade com a perda de objetos e a separação dos pais. As expressões comuns de luto incluem mudanças nos padrões alimentares e de sono, distúrbios intestinais e vesicais, bem como maior agitação (AACN, 2014). Crianças em idade escolar compreendem os conceitos de permanência e irreversibilidade, mas nem sempre compreendem as causas de uma perda. Algumas passam por períodos intensos de expressão emocional e sofrem alterações na alimentação, sono e nível de participação social (AACN e CHNMC, 2014).

Adultos jovens sofrem muitas perdas necessárias do desenvolvimento relacionadas com o seu futuro em evolução. Eles saem de casa, começam os estudos ou uma vida de trabalho, ou constituem relacionamentos significativos. Doença ou morte interrompem os sonhos de futuro do adulto jovem e o estabelecimento de um senso de autonomia pessoal. Os adultos de meia-idade também passam por importantes transições na vida, como cuidar de pais idosos, lidar com mudanças no estado conjugal e se adaptar a novos papéis familiares (Walter e McCoyd, 2009). Para os idosos, o processo de envelhecimento leva a perdas necessárias e de desenvolvimento. Alguns sofrem discriminação em razão da idade, especialmente quando se tornam dependentes ou próximos à morte; mas mostram resiliência após uma perda que resulta de suas experiências anteriores e habilidades de enfrentamento desenvolvidas (Quadro 37-1).

Quadro 37-1

Foco em idosos

Considerações de Luto em Idosos

- Há pouca evidência de que as experiências de luto sejam diferentes somente por causa da idade. As respostas à perda mais provavelmente se relacionam à natureza da experiência específica de perda e diferenças individuais.
- O avanço da idade aumenta a probabilidade de que os idosos

enfrentaram múltiplas perdas (i.e., entes queridos, amigos, objetos valiosos, um filho ou o declínio da saúde). Idosos que residem em situações de vida em comunidade experimentam muitas perdas quando os amigos morrem.

- Muitos idosos mostram resiliência. Outros indivíduos ao seu redor podem aprender com sua coragem e capacidade de responder aos desafios da vida de maneira afável, aceitando a vida com integridade e totalidade (Walter e McCoyd, 2009).
- Os idosos estão em risco de luto complicado como resultado de múltiplas perdas, potencial para comprometimento cognitivo ou redução dos recursos físicos. Os riscos incluem depressão, solidão e declínio funcional associado.
- O declínio físico causado pela doença crônica algumas vezes leva ao luto por perda de saúde, de função e de papéis.
- Geralmente, a dor não é bem tratada em idosos, particularmente em pessoas com demência ou comprometimentos cognitivos. Os efeitos colaterais dos medicamentos para dor quase sempre são mais pronunciados nos idosos (Matzo e Sherman, 2015; Reynolds et al., 2013).
- Os idosos beneficiam-se com as mesmas técnicas terapêuticas para pessoas em outros grupos etários. A evidência indica que uma reavaliação positiva (reestruturação cognitiva) ajuda os idosos a se adaptar a perdas significativas (p. ex., ver um diagnóstico cardíaco como a oportunidade de se tornar saudável alimentando-se de maneira nutritiva e exercitando-se regularmente) (Brohard, 2014). O alívio da depressão e a manutenção da função física são objetivos terapêuticos para idosos em luto.

Relacionamentos Pessoais

Quando a perda envolve outra pessoa, a qualidade e significado do relacionamento perdido influenciam a resposta ao luto. Quando o relacionamento entre duas pessoas foi muito gratificante e bom, o

sobrevivente quase sempre acha difícil seguir em frente após a morte. O trabalho de luto é dificultado pelo pesar e pela sensação de algo inacabado, especialmente quando o relacionamento das pessoas é íntimo, mas não tiveram um bom relacionamento no momento da morte. O apoio social e a capacidade de aceitar a ajuda de outros são variáveis críticas na recuperação de uma perda e luto. Os enlutados experimentam menos depressão quando têm relacionamentos pessoais muito satisfatórios e amigos que lhes dão apoio em seu luto (de Vries et al., 2014).

Natureza da Perda

A exploração da natureza de uma perda ajudará a enfermeira a compreender seu efeito no comportamento, saúde e bem-estar do paciente. A perda era evitável? É permanente ou temporária? É real ou imaginária? Incentivar os pacientes a compartilhar informações sobre a perda ajudará a enfermeira a desenvolver melhor intervenções apropriadas que atendam às necessidades individualizadas desses pacientes.

Em geral, perdas muito visíveis estimulam uma resposta de auxílio dos outros. Por exemplo, a perda de uma casa em consequência de um tornado geralmente traz o apoio da comunidade e do governo. Uma perda mais particular como um aborto traz menos apoio dos outros. Desafios diferentes daqueles enfrentados por uma pessoa com uma doença crônica debilitante são os que advêm de uma morte súbita e inesperada. Os sobreviventes não têm tempo de se despedir. Já os sobreviventes de uma doença crônica guardam lembranças de sofrimento prolongado, dor e perda de função. A morte por violência ou suicídio ou múltiplas perdas, por sua própria natureza, complicam o processo de luto de maneiras singulares (Walter e McCoyd, 2009).

Estratégias de Enfrentamento

As perdas que os pacientes enfrentam desde a infância formulam as habilidades de enfrentamento que vão usar quando se depararem com perdas maiores e mais dolorosas na vida adulta. Essas estratégias de

enfrentamento, como conversar, ler jornais e compartilhar suas emoções com os outros, podem ser saudáveis e eficazes. Podem também não o serem, levando a maior uso de álcool, drogas e violência. As enfermeiras dão apoio por meio da avaliação sobre as estratégias de enfrentamento do paciente, educando-os sobre estratégias novas e saudáveis, bem como incentivando o uso das mesmas.

Status Socioeconômico

O *status* socioeconômico influencia o processo de luto de um indivíduo de maneiras diretas e indiretas. Em razão das mudanças de papel, uma mãe recém-enviuvada passa a trabalhar em vários empregos para sobreviver e não encontra tempo para iniciar o autocuidado ou que lhe permita lamentar a perda de seu marido. Com recursos limitados, atividades de apoio a um trabalho de luto saudável, como a compra de uma árvore para plantar em honra ao falecido ou procurar um grupo de apoio, podem ser irrealistas. Além disso, existem implicações práticas quando os recursos são limitados. Um paciente com finanças limitadas não pode trocar um carro destruído em um acidente e pagar as despesas médicas associadas.

Cultura

Nos momentos de perda e luto, os pacientes e as famílias procuram as práticas sociais e espirituais de sua cultura em busca de conforto, expressões e significado da experiência (Walter e McCoyd, 2009). Para prestar o melhor cuidado possível, é necessário que a enfermeira indague sobre as crenças e práticas culturais. Os pacientes e as famílias raramente darão essas informações sem serem incentivados. As expressões de luto em uma cultura nem sempre fazem sentido para as pessoas de uma cultura diferente (Cap. 9). Tente compreender e apreciar os valores culturais de cada paciente relacionados com perda, morte e luto (Fiorelli e Jenkins, 2012). Por exemplo, muitas pessoas das culturas da Europa ocidental e americana contêm suas demonstrações públicas de emoção. Em outras culturas,

comportamentos como lamentação pública e demonstrações físicas de luto, incluindo mutilações do corpo do sobrevivente, mostram respeito pelo morto. Os valores essenciais da cultura americana de individualismo e autodeterminação contrastam com os modos de vida em comunidade, familiar ou tribal. Mesmo as áreas urbanas e rurais estabelecem um sistema de cultura em que as pessoas extraem sua força das práticas tradicionais.

A cultura estende-se para além da localização geográfica de uma pessoa. Considere a influência da orientação sexual, *status* socioeconômico e composição familiar (mista *versus* nuclear) ao avaliar a influência cultural nas práticas de luto e rituais de morte.

Crenças Espirituais e Religiosas

Como as influências culturais, espiritualidade e/ou práticas e crenças religiosas proporcionam um sistema para explorar, compreender e se curar de perda, morte e luto (Cap. 36). A fé dos pacientes pode influenciar seu modo de responder a doença, tratamento, opções de suporte de vida avançado, autópsia, doação de órgãos e ao que acontece ao corpo e ao espírito após a morte. Os pacientes procuram suas crenças espirituais para encontrar conforto e compreensão nos momentos de perda. A enfermeira deve permanecer aberta às várias visões e crenças que se contrapõem às suas próprias para apoiar e cuidar melhor dos pacientes e suas famílias (Bauer-Wu et al., 2007; Dose et al., 2014). Para nunca ofender o paciente e oferecer cuidados de alta qualidade, você deve avaliar as crenças e práticas de seu paciente e encorajar a expressão das mesmas, sempre que possível. A enfermeira deve incentivar os pacientes a se aproximar dos recursos espirituais (p. ex., fé em um poder superior, comunidades de apoio, amigos, um senso de esperança e significado na vida e práticas religiosas). A espiritualidade também afeta a capacidade do paciente e dos membros da família de enfrentar a perda. Cuidar do paciente por meio de uma abordagem holística, que inclui o espírito, assegura que a enfermeira preste aos pacientes o melhor cuidado possível e individualizado.

A **esperança**, um conceito multidimensional considerado um

componente da espiritualidade, energiza e dá conforto aos indivíduos que enfrentam desafios pessoais. A esperança lhes dá a capacidade de ver a vida como eterna ou tendo um significado ou propósito. Com esperança, o paciente passa da sensação de fraqueza e vulnerabilidade a uma vida a mais plena possível. A manutenção do sentimento de esperança depende em parte da pessoa sustentar fortes relacionamentos e vínculos emocionais com outras. Por outro lado, a angústia espiritual surge muitas vezes da incapacidade do paciente ter esperança ou da previsão de desfechos favoráveis. Espiritualidade e esperança têm um papel vital no ajuste do paciente a perda e morte (Cap. 36).

Pensamento crítico

Para prestação de cuidados apropriados e compreensivos ao paciente e à família em luto, use habilidades de pensamento crítico para sintetizar conhecimento científico de enfermagem e outras disciplinas, padrões profissionais, prática baseada em evidências, avaliação do paciente, experiências anteriores de cuidados e autoconhecimento. O pensamento crítico informa todos os passos do processo de enfermagem (Cap. 15).

Durante o histórico de enfermagem, considere todos os elementos que reuniu para fazer um diagnóstico de enfermagem apropriado (Fig. 37-2). Para compreender as experiências subjetivas de perda do paciente, formule as perguntas da coleta de dados com base em seu conhecimento teórico e profissional de luto e perda, mas em seguida ouça cuidadosamente as percepções do paciente. Uma enfermeira culturalmente competente também usa a compreensão de luto específica da cultura a fim de explorar o significado da perda com o paciente.

Conhecimento

- Processo de luto
- Fisiopatologia de doença relacionada que ameaça levar a uma perda
- Princípios de comunicação terapêutica
- Perspectivas culturais no significado de perda/morte
- Dinâmica familiar na oferta de apoio social
- Conceitos de cuidados
- Conceitos de estresse e enfrentamento

Experiência

- Cuidados a um paciente que sofreu uma perda física ou emocional
- Cuidados a um paciente que morreu
- Experiência pessoal com perda ou morte de outra pessoa significativa

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Avalie o significado da perda para esse paciente
- Observe comportamentos e outros sintomas indicativos de resposta ao luto
- Observe a qualidade e extensão do apoio à família do paciente

Padrões

- Aplique os princípios delineados nos padrões profissionais e clínicos (p. ex., as diretrizes da American Society of Pain Management Nursing para avaliação da dor no paciente sem comunicação verbal) (ANA, 2014)
- Demonstre os princípios éticos dos cuidados de saúde
- Aplique padrões intelectuais significativos; saiba o que é importante para o paciente

Atitudes

- Assuma riscos, se necessário, a fim de desenvolver um relacionamento íntimo com o paciente para entender a perda
- Disponha-se a ter mente aberta
- Demonstre uma abordagem empática

FIGURA 37-2 Modelo de pensamento crítico para o histórico de enfermagem de perda, morte e luto.

A familiaridade com as respostas comumente apresentadas a uma perda permite à enfermeira compreender melhor as emoções e comportamentos do paciente. Alguns pacientes ignoram, atacam, fazem súplicas ou se afastam de outras pessoas como parte de uma resposta normal à perda. Em vez de "levar as coisas pelo lado pessoal", uma enfermeira com pensamento crítico integra teoria, experiência anterior, avaliação das experiências subjetivas e autoconhecimento para responder às emoções do paciente com compreensão e paciência. Ao fazer planos de cuidados, use os padrões profissionais, incluindo o Nursing Code of Ethics (Cap. 22), a declaração de direitos da pessoa que está morrendo (Quadro 37-2), os padrões ANA Scope and Standards of Hospice and Palliative Nursing Practice (2014) e a posição da American Society of Pain Management Nurses no que se refere ao tratamento da dor no fim da vida (Reynolds et al., 2013).

Quadro 37-2 Declaração de Direitos da Pessoa que Está Morrendo

Tenho o direito de ser tratado como um ser humano vivo até que eu morra.

Tenho o direito de manter o senso de esperança, mesmo que esse foco se modifique.

Tenho o direito de ser cuidado por aqueles que podem manter um senso de esperança, ainda que isso possa mudar.

Tenho o direito de expressar, à minha maneira, os sentimentos e emoções sobre a aproximação da morte.

Tenho o direito de participar das decisões sobre os meus cuidados.

Tenho o direito de esperar a continuidade da atenção médica e de enfermagem ainda que os objetivos de "cura" devam mudar para objetivos de "conforto".

Tenho o direito de não morrer sozinho.

Tenho o direito de não sentir dor.

Tenho o direito de ter as minhas perguntas respondidas honestamente.

Tenho o direito de manter minha individualidade e não ser julgado por minhas decisões que podem ser contrárias às crenças dos outros.

Tenho o direito de esperar que a inviolabilidade do corpo humano seja respeitada após a morte.

Tenho o direito de ser cuidado por pessoas atenciosas, sensíveis, capacitadas, que tentarão compreender minhas necessidades e serão capazes de ter alguma satisfação em ajudar-me a enfrentar a minha morte.

Modificada de Barbus AJ: The dying person's bill of rights, *Am J Nurs* 75:99, 1975.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico em seus cuidados aos pacientes. O processo de enfermagem proporciona uma abordagem de tomada de decisões clínicas para que a enfermeira desenvolva e implemente um plano de cuidado individualizado.

Histórico de enfermagem

Durante o processo de histórico de enfermagem, avalie cuidadosamente cada paciente e analise de maneira crítica os achados para assegurar que você tome decisões clínicas centradas no paciente e necessárias para os cuidados de enfermagem seguros. Um relacionamento de confiança e ajuda com os pacientes e membros da família enlutados é essencial para o processo de histórico de enfermagem. Uma enfermeira cuidadosa encoraja o paciente a lhe contar sua história. Procure oportunidades para convidar os pacientes a compartilhar suas experiências, estando ciente de que atitudes referentes a autorrevelação, compartilhamento de emoções ou conversações sobre doenças, medos e morte são moldadas pela personalidade, estilo de enfrentamento e cultura do indivíduo. Essas informações são inestimáveis para a compreensão das necessidades únicas e individuais de cada paciente.

Pelos Olhos do Paciente

Uma das melhores coisas que a enfermeira pode fazer para os pacientes e famílias é estar presente. Com o uso das habilidades de escuta ativa, silêncio e toque terapêutico, ela pode estabelecer um relacionamento de confiança com seus pacientes. Esse relacionamento de confiança ajudará a enfermeira a explorar junto aos pacientes as respostas únicas ao luto ou as preferências que têm pelos cuidados de fim da vida, o que pode incluir diretivas antecipadas. As percepções e expectativas do paciente influenciam a maneira de priorizar os

diagnósticos de enfermagem. Para avaliar as percepções do paciente, pergunte: "O que de mais importante posso fazer por seus direitos neste momento?" Normalmente, você reúne primeiro as informações dos pacientes, porém na doença avançada e com a aproximação da morte, os pacientes geralmente contam com os membros da família para se comunicarem por eles. Incentive os familiares a compartilhar seus objetivos e percepções com você. Muitas vezes, eles dão valiosas informações sobre as preferências do paciente e esclarecem os mal-entendidos ou identificam informações omitidas. Avalie a compreensão dos pacientes e membros da família sobre as opções de tratamento a fim de implementar um plano de cuidado desenvolvido mutuamente. A avaliação das respostas ao luto se estende ao longo do curso de uma doença até o período de luto após a morte. Durante esse período, você trabalha para normalizar a resposta ao luto (AACN e CHNMC, 2014). Os pacientes com doença crônica avançada e suas famílias eventualmente se deparam com decisões sobre os cuidados de fim da vida e precisam discutir juntos o conteúdo de quaisquer diretivas antecipadas. Como atualmente a maioria das mortes é "negociada" entre pacientes, membros da família e a equipe de saúde, discuta precocemente as preferências de cuidados de fim da vida na fase de coleta de dados do processo de enfermagem. Caso você se sinta desconfortável em avaliar os desejos do paciente em relação aos cuidados de fim da vida, peça a um profissional de saúde experiente para discutir essas questões a fim de ajudá-la nesse assunto. Comunique o que você já sabe sobre as preferências do paciente durante uma troca de turnos das enfermeiras, em conferências da equipe de cuidados de saúde, em planos de cuidado por escrito e por meio de consulta constante (Cap. 26).

Fale com pacientes e membros da família usando uma comunicação aberta e honesta, lembrando que as práticas culturais influenciam a quantidade de informações compartilhadas pelo paciente. Mantenha a mente aberta, ouça cuidadosamente e observe as respostas verbais e não verbais do paciente. As expressões faciais, os tons de voz e evitar alguns tópicos geralmente revelam mais que as palavras. Antecipe as respostas comuns ao luto, mas permita que os pacientes descrevam

suas experiências com as próprias palavras. Questões abertas, como "O que você entende sobre o seu diagnóstico?" ou "Você parece triste hoje. Pode me falar mais a respeito?" podem abrir a porta a uma discussão centrada no paciente. Muitas pessoas acham difícil conversar sobre perda, medo, morte ou luto. As pausas, o questionamento delicado e o silêncio respeitam a privacidade e a prontidão do paciente para uma conversação. Converse com os pacientes e membros da família em um ambiente privado e silencioso. Em geral, o paciente deseja a presença dos membros da família para que todos ouçam a mesma coisa e tenham a oportunidade de acrescentar algo à conversação. No entanto, algumas pessoas desejam que suas preocupações e perguntas sejam abordadas em particular. Pergunte aos pacientes e membros da família sobre suas preferências. À medida que reúne dados de sua avaliação, resuma e confirme suas impressões com o paciente ou membro da família. Informações sobre o registro médico e outros membros da equipe de saúde, médicos, assistentes sociais e prestadores de cuidados espirituais contribuem para os dados de sua avaliação.

Em vista da importância do controle dos sintomas e prioridade do conforto nos cuidados de fim da vida, priorize sua avaliação inicial para encorajar os pacientes a identificar quaisquer sintomas dolorosos. É difícil completar uma avaliação minuciosa quando os pacientes sentem dor, estão ansiosos, deprimidos ou com dispneia.

Variáveis do Luto

Conversações sobre o significado da perda para o paciente geralmente levam a outras áreas importantes da avaliação, incluindo o estilo de enfrentamento, a natureza dos relacionamentos familiares, sistemas de apoio social, a natureza da perda, crenças culturais e espirituais, objetivos na vida, padrões de luto da família, autocuidado e fontes de esperança (Quadro 37-3). Use habilidades apropriadas para avaliar a cultura, família, autoconceito ou crenças espirituais do paciente (Caps. 9, 10, 34 e 36) de forma a adquirir uma compreensão mais profunda sobre sua perda.

Quadro 37-3 Questões de Avaliação de Enfermagem

Natureza dos Relacionamentos

- Há quanto tempo você conhece _____ (a pessoa falecida)?
- Que papel (nome da pessoa) tem em sua vida?
- Fale-me sobre o seu relacionamento com (nome da pessoa).

Sistemas de Apoio Social

- Quem está "sempre" ao seu lado? Ausente? Quem lhe dá apoio?
- O que os outros fazem por você que é mais significativo ou útil?
- A família/os amigos estão disponíveis quando necessário? Quais amigos ou parentes que você gostaria que estivessem aqui?

Natureza da Perda

- O que essa perda significa para você?
- Quais outras perdas você sofreu?
- Essa perda era esperada ou foi inesperada?

Crenças Culturais e Espirituais

- Qual é a sua crença sobre a morte? E o seu sentido de vida?
- Quais rituais/práticas são importantes para você no fim da vida?
- Como os membros de sua cultura ou grupo religioso respondem a essa perda?

Objetivos de Vida

- Quais são seus objetivos de vida neste momento?
- De que maneira seus objetivos mudaram por causa dessa experiência?
- Você é capaz de imaginar o que fará no futuro?

Padrões de Luto Familiar

- Como você/sua família lidou com a perda no passado?
- Quais são os pontos fortes de sua família?
- De que maneira mudaram os relacionamentos familiares em consequência de sua perda?
- Qual é o papel que você assume em sua família durante situações estressantes?

Autocuidado

- Diga-me como está se sentindo.
- O que você está fazendo para cuidar de si mesmo agora?
- O que o ajuda quando está triste? O que não ajuda?
- O que posso fazer por você?

Esperança

- O que você espera neste momento?
- O que o ajuda a manter-se esperançoso? O que o faz perder a esperança?

O conhecimento das reações comumente experimentadas no luto e perda, assim como das teorias do luto, guia o pensamento crítico e as habilidades de avaliação da enfermeira. Um único comportamento pode ocorrer em todos os tipos de luto. Se um paciente em luto descrever solidão e dificuldade em adormecer, considere todos os fatores que cercam a perda no contexto. Qual foi a perda? Quando ocorreu? Qual foi o significado da perda para o paciente? Por exemplo, quando o seu paciente exibir sinais de uma reação de luto normal, mas você sabe que a perda ocorreu há 2 anos, a resposta dele mais provavelmente indicará uma experiência crônica e complicada de luto. Concentre-se, em sua avaliação, no modo de reagir do paciente à perda ou ao luto e não em como você acredita que ele deva reagir.

Reações ao Luto

Use habilidades psicológicas e físicas de avaliação para avaliar a resposta única do paciente ao luto. A maioria das pessoas enlutada mostra alguns sinais e sintomas externos comuns (Quadro 37-4). Analise os dados de sua avaliação e identifique as possíveis causas relacionadas com os sinais e sintomas que você observa. Por exemplo, após uma perda significativa, a pessoa apresenta uma expressão triste, comportamentos de afastamento, cefaleias, dores de estômago e menos capacidade de se concentrar. A enfermeira associa esses sintomas a várias causas potenciais, incluindo ansiedade, distúrbios gastrintestinais, efeitos colaterais de medicamentos ou comprometimento da memória. A análise cuidadosa dos sintomas no contexto leva a enfermeira a um acurado diagnóstico de enfermagem. Pergunte: Quando os sintomas ocorrem, eles se relacionam a um outro sintoma de alguma maneira? Quando começaram? Eles ocorriam antes da perda? Você os atribui a uma pessoa?

Quadro 37-4 Sintomas do Luto Normal

Sentimentos

- Tristeza
- Medo
- Raiva
- Culpa ou autocensura
- Ansiedade
- Solidão
- Fadiga
- Impotência/desesperança
- Saudade
- Alívio

Cognições (Padrões de Pensamento)

- Descrença
- Confusão ou problemas de memória

- Problemas para tomar decisões
- Incapacidade de se concentrar
- Sentir a presença do falecido

Sensações Físicas

- Cefaleias
- Náusea e transtornos do apetite
- Aperto no peito e na garganta
- Insônia
- Hipersensibilidade ao ruído
- Sensação de despersonalização (“Nada parece real”)
- Sensação de falta de ar, asfixia
- Fraqueza muscular
- Falta de energia
- Boca seca

Comportamentos

- Choro e suspiros frequentes
- Distanciamento das pessoas
- Distração
- Sonhos com o falecido
- Manter intacto o quarto do falecido
- Perda de interesse pelos eventos da vida habitual
- Usar objetos que pertenciam ao falecido

A perda ocorre em um contexto social; assim a avaliação da família é uma parte vital do histórico de enfermagem da enfermeira. Se o pai de uma jovem família está agonizante, ele não será capaz de preencher certos papéis, causando uma mudança na estrutura familiar. Quando uma pessoa desenvolve uma deficiência, o paciente e os membros da família realinham seus papéis e responsabilidades para atender às novas demandas. Os membros da família também experimentam

vários sintomas físicos e psicológicos. Avalie a resposta da família à perda e reconheça que, algumas vezes, eles estão lidando com o seu luto em um ritmo diferente.

Diagnóstico de Enfermagem

Use o pensamento crítico para reunir pistas de dados do histórico de enfermagem, identificar as características definidoras, extrair conclusões referentes às necessidades reais ou potenciais ou recursos do paciente e identificar diagnósticos de enfermagem aplicáveis à situação dele (Quadro 37-5). Além dos numerosos diagnósticos relacionados com os sintomas físicos no fim da vida, diagnósticos adicionais de enfermagem relevantes para os pacientes que experimentam luto, perda ou morte incluem:

- *Enfrentamento Familiar Comprometido*
- *Ansiedade diante da Morte*
- *Luto*
- *Luto Complicado*
- *Risco de Luto Complicado*
- *Desesperança*
- *Dor (Aguda ou Crônica)*
- *Sofrimento Espiritual*

Quadro 37-5

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Desesperança Relacionada com a Deterioração da Condição Fisiológica

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Peça à paciente para discutir a compreensão que ela tem sobre sua situação de saúde.	A paciente suspira e oferece uma visão negativa de seu futuro; afasta-se dos profissionais de saúde.
Observe o comportamento não verbal da paciente.	A paciente suspira, mantém os olhos fechados; fala menos.
Observe as respostas da paciente às opções de	A paciente não deseja programar um exame. “Não há

cuidados.	nada que possam fazer."
Avalie o nível de atividade.	A paciente diz que não tem energia e relata dor; não consegue dormir, quer permanecer no leito.
Observe as interações da paciente com os outros.	A paciente mostra falta de interesse, comunica-se minimamente e ainda não deseja contatar a filha.

Não será possível fazer acurados diagnósticos de enfermagem com base apenas em uma ou duas características definidoras. Revise cuidadosamente os dados do histórico de enfermagem do paciente para considerar se mais de um diagnóstico se aplica. Por exemplo, um paciente terminal que chora com frequência, tem crises de raiva e relata pesadelos dá evidência de vários diagnósticos de enfermagem possíveis: *Dor (Aguda ou Crônica), Enfrentamento Ineficaz*, *Luto* ou *Sofrimento Espiritual*. Examine os dados disponíveis, valide hipóteses com o paciente e procure outros comportamentos e sintomas confirmatórios antes de fazer um diagnóstico.

Como parte do processo de diagnóstico, identifique o apropriado fator "relacionado com" cada diagnóstico. O esclarecimento dos fatores relacionados assegura que a enfermeira selecione intervenções apropriadas. Por exemplo, um diagnóstico de enfermagem de *Luto Complicado relacionado com a perda permanente de mobilidade* requer intervenções diferentes daquelas para o diagnóstico de *Luto Complicado relacionado com a infertilidade após uma gravidez ectópica*.

Ao identificar diagnósticos de enfermagem relacionados com o luto ou com a perda do paciente, algumas vezes a enfermeira identifica outros diagnósticos relacionados. Alguns pacientes que experimentam luto ou a morte iminente têm diagnósticos de enfermagem como *Imagem Corporal Perturbada* ou *Mobilidade Física Comprometida*. O paciente que entra na fase ativa de moribundo muitas vezes tem diagnósticos relacionados com alterações físicas, incluindo *Eliminação Urinária Comprometida*, *Incontinência Intestinal*, *Dor Aguda*, *Náusea*, *Percepção Sensorial Perturbada* e *Padrão Respiratório Ineficaz*.

◆ Planejamento de Enfermagem

As enfermeiras prestam cuidados holísticos, físicos, emocionais,

sociais e espirituais aos pacientes que experimentam luto, morte ou perda. A Figura 37-3 ilustra a inter-relação dos fatores de pensamento crítico durante a fase de planejamento do processo de enfermagem. O uso do pensamento crítico assegura um plano de cuidados bem projetado que apoia a autoestima e a autonomia pela inclusão do paciente no processo de planejamento de enfermagem. O plano de cuidado para o paciente terminal tem seu foco no conforto; preservando a dignidade e a qualidade de vida; e proporcionando apoio emocional, social e espiritual aos membros da família (Plano de Cuidado de Enfermagem).

Conhecimento

- Espiritualidade como um recurso para lidar com a perda
- O papel de outros profissionais da saúde para auxiliar os pacientes a lidar com a perda
- Serviços prestados pelas instituições da comunidade
- Princípios da oferta de conforto
- Princípios do apoio ao luto

Experiência

- Respostas anteriores do paciente às intervenções planejadas de enfermagem para tratamento da dor e dos sintomas ou da perda de uma pessoa significativa

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecionar estratégias de comunicação que auxiliem paciente/família a aceitar e se adaptar à perda
- Selecionar intervenções destinadas a manter a dignidade e a autoestima do paciente
- Oferecer habilidades/conhecimento para que a família administre e compreenda os cuidados para o paciente moribundo

Padrões

- Proporcionar privacidade para o paciente e a família
- Aplicar princípios éticos de autonomia no apoio à escolha do paciente referente ao tratamento
- Individualizar terapias para a autoestima do paciente
- Aplicar padrões profissionais apropriados para os cuidados de fim da vida (p. ex., American Nurses Association: Scope and Standards of Hospice or Palliative Nursing)

Atitudes

- Ser responsável pela prestação de cuidados de suporte de alta qualidade
- Demonstrar abertura para participar da experiência de perda
- Demonstrar uma aproximação empática

FIGURA 37-3 Modelo de pensamento crítico para planejamento de enfermagem da perda, morte e luto.

Objetivos e Resultados

Durante o planejamento de enfermagem, estabeleça objetivos e resultados esperados realistas com base nos diagnósticos de enfermagem. Considere os próprios recursos do paciente, como energia física e tolerância à atividade, apoio da família e estilo de enfrentamento. Um diagnóstico de enfermagem de *Impotência relacionada com a terapia experimental de câncer* com o objetivo "Paciente será capaz de descrever o curso esperado da doença" é realista para o paciente que pede esclarecimentos frequentes sobre o plano de tratamento e participa de discussões educacionais. Em contrapartida, um resultado esperado de "Paciente identificará no mínimo três habilidades de enfrentamento eficaz" é apropriado para o paciente com o mesmo diagnóstico de enfermagem e que esteja experimentando depressão decorrente da sensação de impotência sobre ser submetido a tratamento experimental para câncer.

Os objetivos dos cuidados ao paciente que sofre uma perda são de curto ou longo prazo, dependendo da natureza da perda e da condição do paciente. Alguns objetivos de cuidados de enfermagem para pacientes confrontados com a perda ou a morte incluem adaptação ao luto, aceitação da realidade de uma perda ou manutenção de relacionamentos significativos. Um possível objetivo para uma jovem mulher com câncer de mama avançado é: "Manterá o senso de controle", com os seguintes resultados esperados em potencial:

- A paciente participa de todas as decisões de tratamento.
- A paciente identifica no mínimo três maneiras de manter um papel materno nos cuidados ao seu filho pequeno.
- A paciente comunica no mínimo três efeitos colaterais do tratamento ou preocupações à equipe de saúde.

Plano de cuidado de enfermagem

Desesperança

Histórico de enfermagem

A Sra. Allison, uma mulher de 80 anos, foi levada ao hospital após um vizinho tê-la encontrado deitada no chão. Ela não conseguiu se levantar após uma queda ocorrida 4 horas antes. Foi hospitalizada com pressão arterial baixa, desidratação e fraqueza. Ela relata intensa dor nas costas e nos dedos do pé, o que dificulta sua marcha. Além disso, ela sofreu recente perda de peso, tem pouco apetite e refere que está muito cansada para cozinhar ou para apreciar quaisquer atividades. Os exames físico e de sangue revelam que a mesma tem um problema de saúde mais sério, provavelmente uma forma de leucemia, para a qual ela necessita de biópsia da medula óssea para fazer um diagnóstico médico. A Sra. Allison vive sozinha desde a morte de seu marido há 2 anos. Ela tem o apoio de seus vizinhos e da comunidade da igreja e de uma filha que mora fora da cidade. Ao entrar no quarto, a enfermeira nota que a Sra. Allison parece fechada em si mesma e chorosa. A enfermeira conversa com ela para reunir mais informações.

Atividades de Avaliação	*Achados/Características Definidoras*[*]
Faça perguntas abertas. "Parece que a senhora está passando por um momento difícil. Como a senhora compreende sua situação atual?"	"Os médicos dizem que **posso ter câncer**". **Encolhendo os ombros,** ela diz: **"Não há nada que possam fazer. Não quero fazer o exame"**.
Observe os comportamentos e a comunicação não verbal da Sra. Allison. Avalie sua dor e nível de energia.	A Sra. Allison **parece triste e mantém os olhos fechados**. Ela **chora e suspira frequentemente**.
Observe as interações e o interesse da Sra. Allison pelos outros.	Ambos os **hálux da Sra. Allison estão inchados e vermelhos** e doem ao toque. Ela relata **constante dor nas costas**. Ela **"não tem energia para nada"**.
Avalie o significado dos eventos recentes com a Sra. Allison e convide-a a falar sobre sua situação.	A Sra. Allison **não olha para as pessoas e ainda não quer falar com a filha**.A Sra. Allison diz que "É hora de me despedir da vida e encontrar meu falecido marido".

[*] As **características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Desesperança relacionada com o declínio da condição física

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	***Resultados Esperados (NOC)***†
	Desesperança
A Sra. Allison discutirá duas prioridades de cuidados e preferências dentro de 1 dia.	A Sra. Allison identifica as preocupações que causam mais sofrimento ou desconforto.
Ela vai se comunicar com uma pessoa de apoio nas próximas 12 horas.	A filha, a comunidade da igreja e os vizinhos oferecem cuidados de suporte.
E identificará pelo menos três tarefas para as quais precisa de ajuda em casa à alta hospitalar.	Ela identifica maneiras de viver em casa com o auxílio de outros.

† Legendas de classificação de resultados de Moorhead S et al.: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	JUSTIFICATIVAS
Presença	
Desenvolva um relacionamento aberto e afetuoso por meio de escuta ativa e apoio emocional.	Os indivíduos que se aproximam do fim da vida geralmente experimentam uma prestação de cuidados fragmentada. A comunicação terapêutica apoia os cuidados centrados no paciente e na família no fim da vida, ajudando a assegurar que as necessidades do paciente sejam transmitidas a todos os profissionais de saúde (Meghani et al., 2015).
Promova frequentes conversações com a paciente e a família referentes ao tratamento dos sintomas da paciente e ao luto.	Conversações frequentes com o paciente e a família dão a oportunidade de discutir o valor dos cuidados de fim da vida, os objetivos e as preferências (Meghani et al., 2015).
Tratamento da Dor	
Proporcione alívio farmacológico e não farmacológico para a dor crônica nas costas e nos pés.	Ansiedade, dor e sofrimento diminuem com o tratamento eficaz da dor; assim como melhora a qualidade de vida (Paice, 2015).
Facilitação do Trabalho de Luto	
Ajude a Sra. Allison a identificar seus objetivos pessoais, desejos e prioridades. Avalie a eficácia e promova a realização do objetivo, se apropriado.	Permitir que a paciente dirija as decisões de cuidados a ajuda e também a família a selecionar a prioridade dos cuidados, aumentando sua compreensão sobre os tratamentos atuais e os propostos (Brohard, 2014; Coyle, 2015).
Ajude a Sra. Allison a identificar os recursos disponíveis. Inicie discussões com a equipe interdisciplinar, se	A esperança é fortalecida quando a pessoa descobre possibilidades realistas e pode se adaptar aos desafios da vida (McDonald e McCallin, 2010).

apropriado.	
Discuta as crenças espirituais, práticas, necessidades e recursos dela.	A inclusão de uma avaliação espiritual e de práticas de cuidados espirituais no fim da vida aumenta o senso de conexão da paciente e a qualidade de vida geral (Dose et al., 2014).

‡ Legendas de classificação de intervenção de Bulechek GM et al.: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed, St. Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações da Enfermagem	***Respostas/Achados da Paciente***	***Obtenção do Resultado***
Confirme a experiência da Sra. Allison: "Deve ser difícil enfrentar uma mudança tão grande na vida".	A Sra. Allison responde: "Minha vida mudou, mas tenho bons amigos e uma boa filha."	A Sra. Allison começa a mostrar aceitação da mudança de sua condição de saúde.
Use perguntas abertas: "Diga-me como está se sentindo agora".	Ela explica: "Não tenho certeza do que vai acontecer. Posso não ser capaz de cuidar de mim mesma por muito tempo, mas vou tentar."	Ela é capaz de expressar comportamentos normais de luto e sentimentos de incerteza resultantes da perda da vida como era antes.
Observe as atividades de planejamento da Sra. Allison e seu comportamento com a filha e os amigos.	A sra. Allison e a filha discutem o que podem fazer para que ela possa ficar em casa por mais tempo.	Ela indica a capacidade de fazer planos para mudar o local dos cuidados. A filha apoia os planos revisados.

Definir Prioridades

Incentive os pacientes e membros da família a compartilhar suas prioridades nos cuidados de fim da vida. É mais provável que os pacientes no fim da vida ou com doença crônica avançada desejem que suas necessidades de conforto, sociais ou espirituais sejam atendidas em vez de procurar curas médicas. Dê prioridade às necessidades físicas ou psicológicas mais urgentes do paciente considerando ao mesmo tempo suas expectativas e prioridades. Se os objetivos de um paciente terminal incluírem controle da dor e promoção da autoestima, o controle da dor terá prioridade quando o paciente sentir um desconforto físico agudo. Quando as necessidades de conforto precisam ser atendidas, a enfermeira aborda outras questões importantes para o paciente e a família. Quando para o paciente for realista permanecer independente, as estratégias que

promovem o seu senso de autonomia e capacidade de funcionar independentemente têm prioridade. A condição do paciente no fim da vida muitas vezes muda rapidamente; portanto mantenha uma avaliação contínua para revisar o plano de cuidado de acordo com as necessidades e preferências do paciente.

Quando o paciente tem múltiplos diagnósticos de enfermagem, não é possível abordar todos ao mesmo tempo. A Figura 37-4 ilustra um mapa conceitual desenvolvido para a Sra. Allison, uma paciente idosa com um diagnóstico médico de câncer avançado (leucemia). Em conjunto com seu recente diagnóstico médico, ela apresenta problemas de saúde associados, identificados nos diagnósticos de enfermagem *Dor Crônica, Nutrição Não Balanceada: Abaixo das Necessidades Corporais, Fadiga e Desesperança*. Em uma situação como essa, determine qual dos quatro diagnósticos deve ter prioridade. A dor crônica experimentada pela paciente geralmente é o foco principal. Até que sua dor esteja sob controle, não será possível que ela se sinta mais energizada, alimente-se bem ou readquira o sentimento de esperança.

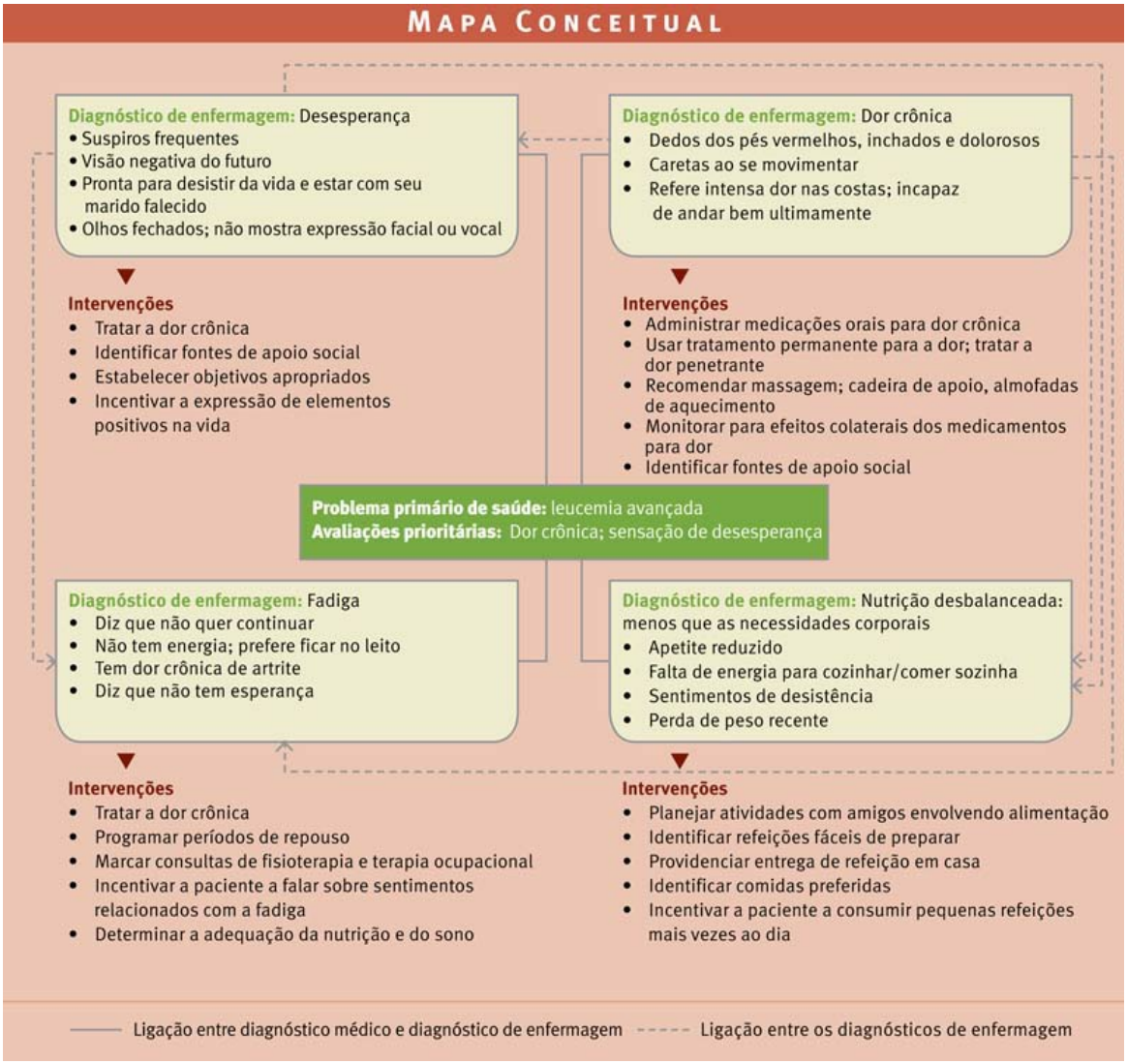


FIGURA 37-4 Mapa conceitual da Sra. Allison.

Equipe de Trabalho e Colaboração

Conforme descrito anteriormente, luto, perda e morte afetam as pessoas física, emocional, espiritual e culturalmente. Ninguém é capaz de lidar com todas essas dimensões sozinho. Uma equipe de enfermeiras, médicos, assistentes sociais, prestadores de cuidados espirituais, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, pacientes e membros da família trabalham juntos para prestar cuidados paliativos, assistência de luto e cuidados de fim da vida. Massoterapeutas ou terapeutas de música/arte que oferecem

terapias alternativas algumas vezes fazem parte da equipe (Cap. 33). Quando as necessidades de cuidados de um paciente se alteram, os membros da equipe assumem papéis mais ou menos ativos, dependendo da mudança de prioridades do mesmo. Os membros da equipe se comunicam regularmente para assegurar a coordenação e eficiência dos cuidados.

◆ Implementação

Promoção de Saúde

A promoção de saúde na doença crônica séria ou morte tem como foco a facilitação de um enfrentamento bem-sucedido e a otimização da saúde física, emocional e espiritual. Muitas pessoas continuam a procurar e a encontrar significado mesmo em circunstâncias difíceis. Muitas vezes, elas encontram o crescimento pessoal e fazem descobertas espirituais anteriormente não experimentadas e precisam de apoio da família e da enfermeira em seu esforço para: manter algum grau de normalidade; conviver com a perda; tomar decisões de saúde sobre os cuidados; preparar-se para a morte; e se ajustar aos desapontamentos, frustração e ansiedades ao longo do caminho (Quadro 37-6).

Quadro 37-6

Educação em saúde do paciente

Autocuidados de Manutenção

Objetivo

- O paciente participará de atividades para tratar os sintomas.

Ensinando Estratégias

- Incentive o paciente a estabelecer objetivos realistas e identificar maneiras de alcançá-los.

- Identifique como o paciente pode manter as rotinas diárias habituais que lhe proporcionem conforto e sensação de normalidade.
- Demonstre formas de terapia complementar que o paciente pode usar para tratamento dos sintomas.
- Discuta de que maneira o paciente pode manter o senso de controle sobre o planejamento de fim da vida e manter uma visão de mundo realista (diretivas antecipadas, planejamento do funeral e local preferido para a morte).
- Discuta as necessidades do paciente quanto à presença de apoio em particular ou solidão.
- Identifique métodos para facilitar a segurança e facilitar o manejo das atividades da vida diária à medida que as capacidades do paciente se alteram (dispositivos de assistência, cuidadores domiciliares).

Avaliação de Enfermagem

- Peça ao paciente para descrever os métodos de tratamento dos sintomas usados, classificando sua eficácia.

Cuidados Paliativos

Os pacientes e as famílias podem se beneficiar muito com a abordagem especializada de cuidados paliativos. Este método holístico para prevenir e reduzir sintomas promove a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa como um todo por meio de cuidados à mente, ao corpo e ao espírito.

Os **cuidados paliativos** têm como foco a prevenção, alívio, redução ou suavização dos sintomas de doença ou distúrbios ao longo de todo o curso de uma doença. Podem também incluir, mas não isoladamente, os cuidados ao moribundo. O objetivo principal dos cuidados paliativos é ajudar os pacientes e as famílias a alcançar a melhor qualidade de vida possível (Mariano, 2015). Embora sejam especialmente importantes na doença avançada ou crônica, os cuidados paliativos são apropriados para os pacientes de qualquer

idade, com qualquer diagnóstico, a qualquer momento e em qualquer ambiente.

Uma concepção muito errônea referente aos cuidados paliativos é de que são usados somente quando os tratamentos curativos não são mais procurados. No entanto, eles são apropriados tanto para os pacientes que ainda recebem tratamento agressivo com esperança de alcançar a cura como para aqueles que desistiram de qualquer tratamento para estender a vida (Coyle, 2015). É importante que a enfermeira ajude os pacientes e suas famílias a entender a distinção, porque muitas vezes a compreensão errônea sobre a finalidade dos cuidados paliativos faz que os pacientes os recusem.

A Organização Mundial de Saúde (2015) resume a filosofia dos cuidados paliativos como segue:

- Afirmam a vida e consideram a morte um processo normal.
- Não apressam nem postergam a morte.
- Integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados ao paciente.
- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte.
- Aumentam a qualidade de vida.
- Usam uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e famílias.

Como o foco dos cuidados paliativos são o conforto e a melhora da qualidade de vida, eles são uma forma de abordagem valiosa para cuidar dos pacientes com uma doença complexa. Uma variedade de terapias é usada para oferecer aos pacientes uma abordagem holística ao tratamento dos sintomas e essencialmente a melhora da qualidade de vida. Kraft (2012) relata que atividades como ioga, acupuntura, massagem e aromaterapia mostraram ter um efeito positivo sobre os sentimentos de depressão. Além disso, musicoterapia, técnicas de redução do estresse baseadas na consciência plena e a aromaterapia têm tratado com sucesso a ansiedade de alguns pacientes. A fadiga, um sintoma comum relatado pelo paciente sob cuidados paliativos, responde à acupuntura e ao exercício. A massagem também tem mostrado que reduz os sintomas de dor, ansiedade, náusea, dispneia,

estresse, além de aumentar o relaxamento e a tranquilidade (Trumble et al., 2014).

Quando os objetivos de cuidados se modificam e a cura das doenças se torna menos provável, o foco muda para mais estratégias de cuidados paliativos e idealmente a transição para os cuidados de *hospice*, uma forma mais especializada de cuidados paliativos para moribundos.

Cuidados de *Hospice*

Os cuidados de ***hospice*** são uma filosofia e modelo de cuidados para os pacientes terminais e suas famílias no fim da vida. Esses cuidados dão prioridade ao tratamento da dor e outros sintomas do paciente; ao conforto; à qualidade de vida e atenção às necessidades e aos recursos físicos, psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes. Os pacientes aceitos em um programa de *hospice* geralmente têm menos de 6 meses de vida. Os serviços de *hospice* são disponibilizados em domicílio, hospital, cuidados estendidos e instituições de enfermagem domiciliar.

O fundamento dos cuidados de *hospice* é um relacionamento de confiança entre a equipe do *hospice* e o paciente e família. O conhecimento de quais são as expectativas, localização desejada dos cuidados e dinâmica familiar ajuda a equipe do *hospice* a prestar cuidados individualizados no fim da vida. Ao contrário dos cuidados tradicionais, os pacientes de *hospice* são participantes ativos em todos os aspectos dos cuidados, e estes são priorizados pelos cuidadores de acordo com os desejos do paciente. Os objetivos dos cuidados ao paciente são mutuamente estabelecidos, e todos os participantes compreendem totalmente as preferências de cuidados ao paciente e tentam respeitá-las. Os serviços de *hospice* proporcionam visitas de luto feitas por membros da equipe após a morte do paciente para ajudar a família a passar pelo processo de luto. Os programas de *hospice* são estabelecidos sobre os seguintes serviços e crenças essenciais:

- O paciente e a família são a unidade do cuidado
- Cuidados domiciliares coordenados com acesso à internação do

paciente e leitos em casas de repouso, quando necessário
- Tratamento dos sintomas
- Serviços dirigidos pelo médico
- Provisão de uma equipe interdisciplinar de cuidados
- Serviços médicos e de enfermagem disponíveis em todos os momentos
- Acompanhamento do luto após a morte do paciente
- Uso de voluntários treinados para visitas e apoio durante o descanso do cuidador

Para ser elegível aos serviços domiciliares de *hospice*, o paciente deve ter um cuidador familiar para lhe prestar cuidados quando ele não for mais capaz de funcionar sozinho. Os assistentes de cuidados domiciliares oferecem ajuda nas necessidades higiênicas, e uma enfermeira está disponível para coordenar e fazer o tratamento para alívio de sintomas. As enfermeiras que prestam cuidados de *hospice* usam a comunicação terapêutica, oferecem cuidados psicossociais e tratamento especializado de sintomas, promovem a dignidade e a autoestima do paciente, mantêm um ambiente confortável e calmo, oferecem conforto espiritual e esperança, protegem contra o abandono ou o isolamento, oferecem apoio familiar, ajudam a tomar decisões éticas e facilitam o processo de luto. Os membros da equipe de *hospice* oferecem acessibilidade 24 horas e coordenam os cuidados entre os ambientes domiciliar e hospitalar. O paciente que recebe cuidados domiciliares de *hospice* podem entrar em uma unidade de internação do *hospice* para estabilização dos sintomas ou para descanso do cuidador. À medida que a morte do paciente se aproxima, a equipe do *hospice* oferece apoio intensivo a ele e à família (Hospice Foundation of America, 2014).

Use a Comunicação Terapêutica

O centro dos cuidados de enfermagem é o estabelecimento de relacionamento de afeto e confiança com o seu paciente. Essa abordagem com foco no paciente permite à enfermeira responder aos pacientes em vez de reagir e a encorajar o compartilhamento de informações importantes. Perguntas abertas convidam os pacientes a

expandir seus pensamentos e os incentivam a contar suas histórias à enfermeira. Os pacientes normalmente dão respostas curtas (sim ou não) quando são feitas perguntas fechadas, que limitam o que se pode saber sobre sua situação. Use a escuta ativa, aprenda a ficar confortável com o silêncio e use incentivos (p. ex., "continue", "conte-me mais") para encorajar a continuação da conversação. Mostrar empatia, usar o toque e oferecer sua presença também são maneiras eficazes de comunicação terapêutica com os pacientes. Especificamente, a empatia permite que o paciente veja que seus sentimentos são normais e que, como enfermeira, você o compreende. Às vezes, o questionamento faz que o paciente se sinta desconfortável; assim, fazer uma observação como "Você parece preocupada" ou "Você comeu pouco de seu almoço" convida os pacientes a responder sem se sentirem pressionados a responder (Cap. 24).

Sentimentos de tristeza, entorpecimento ou raiva tornam especialmente difícil falar sobre essas situações. Por exemplo, o paciente pode sentir raiva durante o luto e atacar os cuidadores. Alguns pacientes até se tornam exigentes e acusadores. Continue a dar apoio, deixando os pacientes e membros da família saberem que sentimentos como raiva são normais dizendo "Vejo que você está aborrecido agora e isso é compreensível. Só quero que você saiba que estou aqui para conversar com você, se quiser". Incentive os pacientes a compartilhar as emoções e preocupações mais importantes para eles e então identifique seus sentimentos e preocupações de modo imparcial. Se o paciente optar por não compartilhá-los, expresse sua boa vontade em estar disponível a qualquer momento. Alguns pacientes não discutem as emoções por razões pessoais ou culturais, e outros hesitam em expressá-las por medo de que as pessoas o abandonem ou o julguem. Se a enfermeira for tranquilizadora e respeitosa em relação à privacidade do paciente, é provável que se desenvolva um relacionamento terapêutico. Às vezes, os pacientes precisam começar a resolver seu luto em particular antes de discutir sua perda com os outros, especialmente com estranhos.

Não evite falar sobre esse tópico. Quando sentir que o paciente deseja falar sobre algo, arranje um tempinho para que isso ocorra o

mais rápido possível. Pode ser um grande desafio se você estiver em uma instituição de cuidados agudos muito atarefada; porém, é uma parte necessária da qualidade de cuidados de enfermagem e deve se tornar uma prioridade. Acima de tudo, lembre-se de que as emoções do paciente não são algo que se possa "consertar". Em vez disso, veja as expressões emocionais como uma parte essencial do ajuste do paciente a alterações significativas da vida e como o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento eficazes. Ajude os membros da família a ter acesso a outros recursos profissionais. Assistentes sociais, sacerdotes e gerentes de caso podem oferecer informações adicionais e apoiar as famílias e os pacientes enlutados.

Ofereça Cuidados Psicossociais

Os pacientes no fim da vida experimentam vários sintomas psicológicos, incluindo ansiedade, depressão, impotência, incerteza e isolamento. Eles podem estar angustiados por desconhecerem o ambiente, as opções de tratamento, o estado de saúde e o processo de morte. Preocupação ou medo são comuns em muitos pacientes e geralmente aumentam a percepção que têm de desconforto e sofrimento. A enfermeira pode lhes proporcionar algum alívio por meio de informações sobre sua condição, curso de sua doença, assim como dos benefícios e os ônus das opções de tratamento.

Trate os Sintomas

O tratamento dos múltiplos sintomas geralmente experimentados pelos pacientes com doença crônica ou terminais continua a ser o objetivo primário dos cuidados paliativos de enfermagem. Os sintomas não controlados causam angústia, desconforto e sofrimento aos pacientes e às famílias, o que quase sempre complica a experiência do moribundo. Apesar da disponibilidade de opções de tratamento eficazes para a dor, muitos pacientes sofrem com dor evitável no fim da vida por causa das concepções errôneas da enfermeira ou da família (Cap. 44). Mantenha uma avaliação contínua sobre a dor e a resposta do paciente às intervenções. Tranquilize a família repetidamente em relação à necessidade de controle da dor mesmo

que o paciente pareça não apresentá-la. Discuta com frequência o controle da dor com a família e desfaça quaisquer mitos referentes à dependência de narcóticos. A enfermeira é responsável por defender uma modificação se o paciente não obtiver alívio com o regime prescrito. É imperativo que você avalie os indícios não verbais dos pacientes moribundos, porque muitas vezes eles são incapazes de comunicar suas intenções. Durante o processo de morte, as funções renal e hepática dos pacientes declinam, diminuindo o metabolismo e a taxa de *clearance* dos medicamentos, o que pode exigir a modificação da dosagem dos mesmos. Esteja também ciente de que o avanço da patologia, ansiedade ou delírio algumas vezes requer o uso de doses mais altas ou diferentes farmacoterapias.

Permaneça alerta aos efeitos colaterais potenciais da administração de opioide: constipação, náusea, sedação, depressão respiratória ou mioclonia. Os membros da família geralmente se preocupam com o potencial de dependência de medicações opioides. A incidência da dependência real não apenas é muito baixa, mas também tem prioridade a necessidade de alívio da dor do paciente no fim da vida. É necessária a educação para ajudar as famílias a compreender a necessidade do uso apropriado das medicações opioides. A Tabela 37-3 apresenta uma visão geral básica dos cuidados de enfermagem para os sintomas comuns experimentados no fim da vida.

Tabela 37-3
Promovendo Conforto para o Paciente Terminal

Sintomas	Características ou Causas	Implicações para a Enfermagem
Dor	A dor tem múltiplas causas, dependendo do diagnóstico do paciente.	Colabore com os membros da equipe para identificar e implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas apropriadas para reduzir a dor e promover o conforto (no Cap. 44, há discussão adicional sobre o tratamento da dor).
Desconforto cutâneo	Qualquer fonte de irritação aumenta o desconforto.	Mantenha a pele limpa e umedecida. Monitore quanto a incontinência.
Desconforto na mucosa	Respiração bucal ou desidratação leva à secura da mucosa	Preste cuidados orais pelos menos de 2 a 4 horas. Aplique uma película fina de bálsamo labial para secura. Aplique analgésicos tópicos às lesões orais, se necessário.

Irritação corneana	Os reflexos da piscada diminuem próximo à morte, provocando secura da córnea.	Lubrificantes orais ou lágrimas artificiais reduzem a secura corneana.
Fadiga	Demandas metabólicas, estresse, estados patológicos, diminuição da ingestão oral e a função cardíaca causam fraqueza e fadiga.	Proporcione períodos de repouso e eduque o paciente sobre a conservação de energia.
Ansiedade	Sofrimentos físico, social ou espiritual causam ansiedade; as causas podem ser situacionais ou um evento específico.	Dê oportunidade para que o paciente expresse os sentimentos por meio da escuta ativa. Proporcione um ambiente calmo e apoiador. Consulte os membros da equipe de saúde para determinar se as intervenções farmacológicas são apropriadas.
Náusea	A náusea é causada por medicamentos, dor, ou diminuição do fluxo sanguíneo intestinal pela morte iminente.	Determine a causa da náusea e trabalhe para reduzir os deflagradores da náusea como os odores fortes. Administre antieméticos ou agentes pró-motilidade. Incentive os pacientes a deitar-se sobre o lado direito. Preste cuidados pelo menos a cada 2 a 4 horas.
Constipação	Opioides, medicamentos e a imobilidade torna lento o peristaltismo. A falta de volume alimentar ou pouco líquido são causas.	Aumente as fibras alimentares, se apropriado. Administre amolecedores de fezes ou laxativos, se necessário. Se possível, incentive o aumento da ingestão de líquidos e períodos regulares de deambulação.
Diarreia	Os processos de doença, o tratamento e os medicamentos, bem como infecções gastrintestinais (GI), são causas.	Consulte os membros da equipe de saúde para determinar a causa e fazer as alterações apropriadas. Preste cuidados à pele e proporcione acessibilidade ao toalete ou ao aparelho sanitário ao lado do leito.
Nutrição alterada	Medicamentos, depressão, diminuição da atividade e do fluxo sanguíneo para o trato GI são causas. A náusea produz anorexia.	Incentive o paciente a consumir refeições pequenas e frequentes dos alimentos preferidos. Os pacientes nunca devem ser forçados a comer.
Desidratação	O paciente é menos disposto ou capaz de manter a ingestão de líquido; é febril.	Reduza o desconforto causado pela desidratação; realize o cuidado bucal ao menos a cada 2 a 4 horas; ofereça pastilhas/cubos de gelo ou tecido úmido para os lábios. Mantenha os lábios e a língua úmidos.
Padrões ineficazes de respiração (p. ex., dispneia)	Ansiedade; febre; dor; maior demanda de oxigênio; processos de doença e anemia, o que reduz a capacidade de transporte de oxigênio, são causas.	Trate ou controle a causa de base. Use intervenções não farmacológicas, como elevar a cabeceira do leito para promover a expansão pulmonar. Forneça oxigênio, se necessário. Manter o ar fresco proporciona tranquilidade e conforto ao paciente terminal. O uso de narcótico para tratar taquipneia às vezes é apropriado.
Respiração ruidosa (“estertores da morte”)	Respiração ruidosa é o som das secreções que se movimentam na via aérea durante as fases inspiratórias e expiratórias causadas por secreções	Eleve a cabeça a fim de facilitar a drenagem postural. Vire o paciente pelo menos a cada 2 horas. Preste cuidados orais e mantenha a hidratação, se tolerado.

	espessas, diminuição do tônus muscular, deglutição e tosse.	

Promova Dignidade e Autoestima

O senso de dignidade inclui a autoestima positiva da pessoa, a capacidade de encontrar significado na vida e se sentir valorizada pelos outros, assim como o tratamento pelos cuidadores. As enfermeiras promovem a autoestima e a dignidade do paciente respeitando-o como um todo (i.e., como uma pessoa com sentimentos, realizações e paixões independentes da experiência da doença), e não apenas como um diagnóstico. Respeitar e valorizar as coisas que têm importância para o paciente valida a pessoa, fortalecendo ao mesmo tempo a comunicação entre o paciente, os membros da família e a enfermeira. Compartilhar o tempo com os pacientes quando eles compartilham suas histórias de vida ajuda a enfermeira a conhecê-los e facilita o desenvolvimento de intervenções individualizadas.

O cuidado à aparência física do paciente também promove dignidade e autoestima. Limpeza, ausência de odores corporais e roupas atraentes conferem aos pacientes um senso de valor. Quando cuidar das funções corporais de um paciente, demonstre paciência e respeito, em especial depois que ele se torna dependente dos outros. Lembre-se de que os pacientes estão dirigindo os cuidados de fim da vida. Permita que eles tomem decisões, por exemplo sobre como e quando administrar a higiene pessoal, preferências de dieta e determinação do momento das intervenções de enfermagem. Mantenha o paciente e os membros da família informados sobre as atividades diárias, exames ou terapias; suas finalidades e os efeitos previstos. Proporcione privacidade durante os procedimentos dos cuidados de enfermagem e seja sensível quando o paciente e a família precisarem passar algum tempo juntos sem sua presença.

Mantenha um Ambiente Confortável e Tranquilo

Um ambiente confortável, limpo, agradável, ajuda os pacientes a relaxar, promove bons padrões de sono e minimiza a gravidade dos sintomas. Mantenha o paciente confortável por meio de frequente

reposicionamento, certificando-se de que as roupas de cama estejam secas e controlando ruídos ambientais estranhos e odores ofensivos. Fotos, objetos estimados e cartões ou cartas dos membros da família e de amigos criam um ambiente familiar e confortante para o paciente moribundo em um ambiente institucional. Quando possível, permita que os pacientes usem seus próprios pijamas ou roupas confortáveis para promover a sensação de conforto e familiaridade. Considere as intervenções não farmacológicas, como a massoterapia, para aumentar o conforto do paciente (Paice, 2015). Os membros da família geralmente são capazes de providenciar essas intervenções, o que eleva seu senso de estar fazendo uma contribuição positiva. Toque de fundo a música preferida do paciente, promova exercícios guiados por imagens e obscureça as lâmpadas a fim de proporcionar um ambiente suave ao paciente e à família. As formas de terapias complementares preferidas pelo paciente constituem métodos não invasivos para aumentar o conforto e bem-estar no fim da vida (Mariano, 2015) (Cap. 33).

Promova Conforto Espiritual e Esperança

Os pacientes são confortados quando têm certeza de que algum aspecto de suas vidas transcenderá a morte; portanto pode ser uma intervenção útil ajudar os pacientes a fazer conexões com sua prática espiritual ou sua comunidade cultural. Procure recursos de cuidados espirituais em um ambiente institucional ou colabore com os próprios líderes espirituais ou religiosos e comunidades do paciente. Fazer uma fita de áudio ou vídeo para a família, escrever cartas, ou manter um diário assegura aos pacientes que algo de sua essência sobreviverá após a morte.

O conceito espiritual de esperança assume um significado especial próximo ao fim da vida. Em geral, as estratégias de enfermagem que promovem esperança são bem simples: estar presente e proporcionar cuidados à pessoa como um todo. Os pacientes percebem o amor da família e dos amigos, a fé, o estabelecimento de objetivos, os relacionamentos positivos com os cuidadores profissionais, o humor e as memórias edificantes como promotores de esperança. As

circunstâncias que impedem a preservação da esperança incluem o abandono ou o isolamento, sintomas não controláveis ou ser desvalorizado como pessoa. Os pacientes e suas famílias esperam por diferentes coisas no curso de sua experiência com a doença e morte. É imperativo contrabalançar cada perspectiva de qualidade dos cuidados para o paciente no fim da vida. Alguns esperam viver por mais um aniversário, sentar-se ao ar livre para fazer uma refeição, ver uma pessoa importante pela última vez, obter o alívio da dor, ou ter uma morte tranquila. A enfermeira deve ouvi-los para detectar mudanças em suas esperanças e encontrar maneiras de ajudá-los a alcançar os objetivos desejados.

Dê Proteção contra o Abandono e o Isolamento

Muitos pacientes com doença terminal temem morrer sozinhos. Os pacientes se sentem mais esperançosos quando há outros por perto para ajudá-los. As enfermeiras em ambientes institucionais precisam responder às luzes de chamada e verificar os pacientes com frequência para tranquilizá-los de que alguém está próximo e a seu alcance. Se os membros da família planejarem ficar com o paciente o tempo todo, ou você tiver avaliado as grandes necessidades de privacidade do paciente e da família, um quarto particular é melhor.

Alguns membros da família que estão passando pelo difícil momento de aceitar a morte iminente do paciente enfrentam o fato fazendo-lhe algumas visitas. Quando os membros da família visitarem o paciente, informe-os sobre o seu estado e compartilhe descobertas significativas ou os encontros que teve com o paciente. Encontre atividades simples e apropriadas para a família, como oferecer alimentos, refrescar o rosto do paciente, pentear seus cabelos ou escolher um menu. As horas da noite podem ser particularmente solitárias para o paciente. Sugira que um membro da família permaneça durante esse período, se possível. Faça exceções às políticas de visitas, permitindo que os membros da família permaneçam com os pacientes que podem morrer a qualquer momento. Os membros da família apreciam ter um acesso aberto ou estar em proximidade com seu ente querido em suas experiências de

fim da vida. Registre as informações de contato para que você as tenha ao alcance a qualquer momento.

Apoie a Família Enlutada

Nos cuidados paliativos e de *hospice*, os pacientes e os membros da família constituem a unidade de cuidado. Quando o paciente se torna debilitado ou se aproxima do fim da vida, os membros da família também sofrem. Eles descrevem os cuidados de fim da vida como imprevisíveis, assustadores e angustiantes. No entanto, muitos membros da família encontram significado na prestação de cuidados práticos e simples a seu ente querido. Nesses momentos extremamente íntimos e emocionalmente desafiadores, ofereça apoio holístico, centrado na família, compaixão, disponibilizando a educação que incorpora a singularidade de cada paciente. Muitas vezes, os membros da família se deparam com situações desafiadoras e complexas bem antes de seu ente querido estar ativamente agonizante. Os membros da família que cuidam de pessoas com doença grave com limitação da vida precisam de atenção e apoio precoce e constante durante a experiência de doença e morte.

Eduque os membros da família em todas as situações sobre os sintomas que provavelmente o paciente apresentará e as implicações para os cuidados (Quadro 37-7). Por exemplo, os pacientes em seus últimos dias de vida quase sempre desenvolvem anorexia ou se sentem nauseados com o alimento. A doença, as excessivas secreções respiratórias, a redução da atividade, os tratamentos e a fadiga diminuem as necessidades calóricas e o apetite do paciente. Os membros da família, angustiados com o declínio, na maioria das vezes acreditam que precisam encorajar o paciente a se alimentar. Como o objetivo dos cuidados paliativos é o conforto, não queremos forçar o paciente a nada que lhe cause desconforto. A alimentação nos últimos dias de vida geralmente lhe causa dor e desconforto. Além disso, à medida que o corpo para de funcionar, não é possível a absorção de nutrientes do alimento. Portanto, forçar os pacientes a se alimentar não atende a qualquer propósito benéfico para o paciente. Ajude as famílias a mudar seu foco para outras atividades de auxílio durante

esse período.

Quadro 37-7

Prática baseada em evidências

Uso de Drogas Antimuscarínicas para Controlar as Secreções Respiratórias

Questão PICO: Em pacientes terminais, qual é o efeito das drogas antimuscarínicas para reduzir o excesso de secreções respiratórias em comparação com nenhuma intervenção?

Resumo da Evidência

Muitos sintomas ocorrem quando o corpo está lentamente parando de funcionar. Um dos mais temíveis e problemáticos é o excesso de secreções respiratórias, também conhecido como estertores da morte. Para os entes queridos e os cuidadores ao lado do leito, o som das secreções no trato respiratório é enervante e doloroso. No entanto, os pacientes mais provavelmente não estão sofrendo com essas secreções. Como os cuidados de fim da vida referem-se à unidade familiar, muitas vezes o tratamento é iniciado para reduzir a quantidade de secreções e portanto reduzir e esperançosamente eliminar o som desesperador. Os profissionais de saúde usam diferentes drogas antimuscarínicas, como escopolamina, glicopirrônio (Robinul), butilbrometo de hioscina (Buscopan), atropina e octreotida (Sandostatin) na expectativa de prevenir ou tratar o excesso de secreções. Permanece a pergunta sobre a eficácia desses tratamentos. Uma revisão sistemática da literatura de pesquisa foi concluída; e 39 estudos, publicados entre 1988 e 2012, foram identificados. Os pesquisadores concluíram que não existem evidências de apoio à alegação de que essas drogas sejam melhores para reduzir a quantidade de secreções no paciente terminal, quando comparadas a nenhum tratamento (Lokker et al., 2014).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Forneça educação sobre a ocorrência do estertor da morte para reduzir a ansiedade e o desconforto muitas vezes experimentado pelos entes queridos (Lokker et al., 2014).
- Ajude a família a posicionar o ente querido para reduzir as secreções e melhorar a respiração.
- Ensine os membros da família a usar aparelhos de sucção oral para controlar o excesso de secreções.

Os membros da família com limitada experiência anterior com a morte não sabem o que esperar. Podem precisar de um tempo a sós com a enfermeira para compartilhar suas preocupações, indagar sobre as opções de tratamento, confirmar as mudanças percebidas no estado do paciente ou explorar o possível significado dos comportamentos dele. Sempre que possível, comunique as notícias da condição em declínio ou morte iminente de um paciente quando os membros da família estiverem juntos para que possam apoiar-se mutuamente. Dê as informações em particular e permaneça com a família enquanto for necessário ou desejado. Reduza a ansiedade, o estresse ou o medo do membro da família descrevendo o que esperar, à medida que a morte se aproxima. Familiarize-se com as manifestações comuns da morte iminente (Quadro 37-8), lembrando que os pacientes geralmente experimentam algumas, mas não todas essas alterações. Não tente predizer o momento da morte; em vez disso, use sua avaliação para ajudar os membros da família a antecipar o que está acontecendo. Seja compassiva e sensível no modo de compartilhar informações. "As manchas são um sinal esperado quando o corpo começa a parar de funcionar" em vez de "quando a pessoa está mais próxima da morte observamos o mosqueado" (Fig. 37-5). Compartilhe suas observações e, por meio de sua modelagem de papel, incentive o senso de paciência, compaixão e conforto durante todo o processo de morte.

Quadro 37-8 Mudanças Físicas Horas ou Dias

Antes da Morte

- Aumento dos períodos de sono/não responsividade
- Alterações de cor e frialdade nas extremidades, nariz, dedos (cianose, palidez, manchas) (Fig. 37-5)
- Incontinência intestinal ou urinária
- Diminuição da eliminação urinária; urina de coloração escura
- Agitação, confusão ou desorientação
- Diminuição da ingestão de alimentos ou líquidos; incapacidade de engolir
- Secreções pulmonares congestionadas/aumentadas; respirações ruidosas (estertor da morte)
- Respiração alterada (apneia, respiração trabalhosa ou irregular, padrão de Cheyne-Stokes)
- Diminuição do tônus muscular, músculos mandibulares relaxados, flacidez da boca
- Fraqueza e fadiga

FIGURA 37-5 Pele manchada. (De Adams J et al.: *Emergency medicine*, Philadelphia, 2009, Saunders.)

Durante o processo de morte faça frequentes checagens junto às famílias, oferecendo-lhes apoio, informações, se apropriado, encorajamento para continuar a tocar e a conversar com seus entes queridos. No momento imediatamente após a morte, determine as necessidades da família. Algumas desejam tocar ou abraçar o falecido, outras não. Torne o falecido acessível, baixando os trilhos laterais do leito, deixando as mãos expostas e colocando uma cadeira próxima à

lateral do leito. Dependendo das políticas da instituição, reserve à família o tempo necessário para estar com seu ente querido.

Após a morte, ajude a família a tomar decisões, por exemplo, fazer a notificação de uma casa funerária, o transporte dos membros da família e coleta dos pertences do paciente. As enfermeiras são uma fonte principal de apoio à família. Lembre-se de que, por causa das diferentes respostas ao luto, alguns membros da família preferem ficar sozinhos no momento e após a morte, enquanto outros querem ser cercados por uma comunidade de apoio. Quando não tiver certeza sobre o que um membro da família prefere como apoio, faça perguntas simples e ofereça sugestões de assistência.

Com a morte do paciente, os membros da família beneficiam-se com os muitos recursos da equipe de saúde. Quando o paciente opta por morrer em casa, os membros da família prestam cuidados diretos, que, em geral, são emocionalmente estressantes e fisicamente exaustivos. No ambiente domiciliar, os cuidadores familiares fatigados se beneficiam dos cuidados durante seu descanso. Ao longo dos cuidados de descanso do cuidador, o paciente recebe cuidados temporários de outros para que os membros da família possam se afastar para repousar e relaxar. Os benefícios do programa de *hospice* incluem alguns dias de cuidados de descanso do cuidador. Informe os membros da família sobre os cuidados domiciliares, *hospice* e opções de serviços na comunidade a fim de que eles possam ter acesso aos melhores recursos para a sua situação.

Auxilie na Tomada de Decisões de Fim da Vida

Em geral, os pacientes e os membros da família se deparam com complexas decisões de tratamento no fim da vida. Os pacientes e as famílias devem decidir quais tratamentos devem continuar e quais interromper; fazer o registro em um *hospice* ou permanecer no hospital; ou se transferir para uma casa de repouso, para uma unidade em regime de internação ou para casa. Mesmo após a decisão de se registrar em um *hospice*, surgem perguntas sobre o tratamento dos sintomas, nutrição artificial e hidratação, bem como o local desejado para a morte. A enfermeira é capaz de apoiar e educar pacientes e

famílias, uma vez que elas identificam, consideram e por fim decidem como seguir melhor para o fim da vida.

Decisões éticas difíceis no fim da vida complicam o luto de um sobrevivente, cria divisões na família, ou aumentam sua incerteza no momento da morte (Cap. 22). Quando as decisões éticas são bem abordadas, os sobreviventes obtêm um senso de controle e chegam a uma conclusão significativa sobre a morte de seu ente querido. A enfermeira deve sugerir aos pacientes que comuniquem claramente seus desejos sobre os cuidados de fim da vida para que os membros da família possam agir como fiéis substitutos quando eles não puderem mais falar por si mesmos. Alguns pacientes e membros da família contam com a enfermeira e outros membros da equipe de saúde para iniciar as discussões referentes aos cuidados de fim da vida. As enfermeiras geralmente oferecem opções cuja disponibilidade os membros da família desconhecem e são as defensoras dos pacientes e membros da família tomando decisões de fim da vida na forma de uma diretiva antecipada. Na última década, houve um aumento de 25% na finalização das diretivas antecipadas. Embora isso tenha aumentado o nível de autonomia dos pacientes, não se reduziu o número de mortes que ocorrem em hospital (Silveira et al., 2014).

Facilite o Processo de Luto

As enfermeiras que trabalham com os membros da família enlutados quase sempre prestam cuidados de luto após a morte do paciente. Entre as estratégias úteis para auxiliar as pessoas em luto, encontram-se as seguintes:

- Ajudar o sobrevivente a aceitar que a perda é real. Discutir como a perda ou doença ocorreram ou foram descobertas, quando, sob quais circunstâncias, quem falou a respeito disso e outros temas factuais para reforçar a realidade do evento, colocando-o em perspectiva.
- Apoiar os esforços para se adaptar à perda. Usar uma abordagem de solução de problemas. Pedir aos sobreviventes para fazer uma lista de suas preocupações ou necessidades, ajudando-os a priorizar e levando-os passo a passo através de uma discussão

sobre como proceder. Encorajar os sobreviventes a pedir ajuda.

- Encorajar o estabelecimento de novos relacionamentos. Tranquilizar as pessoas de que ter novos relacionamentos não significa que elas estão substituindo a pessoa que morreu. Incentivar o envolvimento em atividades não ameaçadoras de um grupo social (p. ex., atividades como voluntários ou em eventos da igreja).
- Dar tempo para o luto. As "reações de aniversário" (p. ex., luto renovado, em anos subsequentes, na época do ano em que ocorreu a perda) são comuns. O retorno à tristeza ou à dor do luto muitas vezes é preocupante. O reconhecimento aberto da perda proporciona tranquilização de que a reação é normal e incentiva o sobrevivente a relembrar.
- Interpretar o comportamento "normal". Ser distraído, ter dificuldade para dormir ou se alimentar e achar que ouviram a voz do falecido são comportamentos comuns após a perda. Esses sintomas não significam que o indivíduo tem um problema emocional ou está ficando doente. Reforce que esses comportamentos são normais e se resolvem com o tempo.
- Dar apoio contínuo. Os sobreviventes precisam do apoio de uma enfermeira à qual tenham estado ligados por algum tempo após a perda, especialmente em enfermagem de cuidados domiciliares ou *hospice*. Ela teve um importante papel na vida e morte do falecido e ajudou os sobreviventes durante muitos momentos íntimos e memoráveis. O vínculo por algum tempo após a morte é apropriado e curativo, tanto para o sobrevivente como para a enfermeira. No entanto, é imperativo que os vínculos profissionais sejam sempre mantidos.
- Estar alerta aos sinais de mecanismos de enfrentamento ineficazes, potencialmente prejudiciais, como abuso de álcool e substância ou uso excessivo de analgésicos de venda livre ou soníferos.

Cuidados Pós-morte

As leis federais e estaduais americanas exigem que as instituições desenvolvam políticas e procedimentos para certos eventos que

ocorrem após a morte: solicitação de doação de órgãos ou tecidos, realização de autópsia, certificação e documentação da ocorrência da morte e prestação de cuidados pós-morte seguros e apropriados. De acordo com a lei federal, um profissional especialmente treinado (p. ex., coordenador de transplante ou assistente social) faz os pedidos de **doação de órgãos e tecidos** no momento de cada óbito. A pessoa que faz a solicitação fornece informações sobre quem dá o consentimento legal, quais órgãos ou tecidos podem ser doados, os custos associados e como a doação afeta o funeral ou a cremação.

Em circunstâncias extremamente estressantes criadas pela perda de um ente querido, os sobreviventes enlutados geralmente não conseguem se lembrar do que foi dito. As enfermeiras dão apoio e reforçam ou esclarecem as explicações que lhes foram dadas durante o processo de solicitação. Além disso, a compreensão da fisiologia da doação de órgãos na maioria das vezes é difícil para os membros da família. Ainda que o paciente, cujo cérebro está morto, seja legalmente declarado morto, ele permanece sob suporte vital para fornecer sangue e oxigênio aos órgãos vitais antes do transplante. A aparência de um corpo que parece vivo confunde a família, e ela precisa de auxílio para compreender que o suporte vital está apenas preservando os órgãos vitais. Tecidos não vitais, como córneas, pele, ossos longos e ossos do ouvido médio são retirados no momento da morte sem a manutenção artificial das funções vitais. Se o falecido não deixou instruções referentes à doação de órgãos e tecidos, a família dá ou nega o consentimento no momento da morte. Revise as leis de recuperação de órgãos de seu estado e a política institucional e procedimento referente ao processo formal de consentimento. A enfermeira deve estar alerta às leis que regem a solicitação de doação de órgãos, pois podem não ser aceitáveis em outras culturas.

Os membros da família dão consentimento para a **autópsia** (i.e., a dissecção cirúrgica de um corpo após a morte) para determinar sua causa e circunstâncias exatas ou descobrir a trajetória da doença (Cap. 23). Na maioria dos casos, um médico-legista ou examinador médico determina a necessidade de realização da autópsia. Algumas vezes, a lei exige que a autópsia seja realizada quando a morte resultou de

crime, homicídio, suicídio ou de causas acidentais como colisões com veículos motorizados, quedas, ingestão de drogas ou óbitos dentro de 24 horas da admissão hospitalar.

Geralmente, o médico ou outros profissionais de saúde designados solicitam permissão para a autópsia, enquanto a enfermeira faz perguntas e apoia as escolhas da família. Informe os membros da família que a autópsia não deforma o corpo e que todos os órgãos são reposicionados. Os membros da família geralmente são confortados em saber que outras pessoas podem ser auxiliadas pela autópsia ou doação de órgãos e tecidos. Respeite e honre os desejos e as decisões finais.

A documentação de um óbito fornece o registro legal do evento. Observe cuidadosamente as políticas e os procedimentos da instituição para produzir um registro médico acurado e confiável de todas as avaliações e atividades envolvendo a morte. Os médicos ou médicos-legistas assinam alguns formulários, como o pedido de autópsia, mas a enfermeira reúne e registra grande parte das informações remanescentes envolvendo o óbito. Em geral, elas também testemunham ou delegam a assinatura dos formulários (p. ex., formulários de liberação do corpo ou pertences pessoais). A documentação de enfermagem se torna relevante no gerenciamento de risco ou investigações legais da morte, ressaltando-se a importância dos relatórios legais acurados. A documentação também confirma o sucesso na realização dos objetivos do paciente ou apresenta uma justificativa para as modificações no tratamento ou resultados esperados. O Quadro 37-9 lista importantes elementos da documentação para os cuidados de fim da vida.

Quadro 37-9 Documentação dos Cuidados de Fim da Vida

- Data e hora da morte e todas as ações adotadas para a morte iminente
- Nome do profissional de saúde que certificou o óbito
- Pessoas notificadas da morte (p. ex., profissionais de saúde,

membros da família, equipe de solicitação de órgãos, necrotério, casa funerária, prestadores de cuidados espirituais) e a pessoa que vem declarar o momento da morte
- Nome da pessoa que faz a solicitação de doação de órgãos ou tecidos
- Preparações especiais do corpo (p. ex., rituais religiosos/culturais desejados ou necessários)
- Sondas, dispositivos ou acessos médicos deixados no corpo
- Artigos pessoais deixados ou presos no corpo
- Itens pessoais entregues à família com descrição, data, hora e a quem foram entregues
- Localização de etiquetas de identificação do corpo
- Hora de transferência e destino do corpo
- Qualquer outra informação relevante ou pedidos da família que ajudem a esclarecer circunstâncias especiais
- Verifique junto à instituição de saúde

Os membros da família merecem e esperam uma clara descrição do que aconteceu ao seu ente querido, especialmente nos casos de circunstâncias repentinas, incomuns ou inesperadas. Dê somente informações factuais de maneira imparcial, objetiva e evite compartilhar as suas opiniões. Leis estaduais e políticas institucionais regem o compartilhamento de informações do registro médico, o que geralmente envolve um pedido por escrito. Siga as orientações legais para documentação e compartilhamento dos registros médicos (Cap. 23).

Quando um paciente morre em um ambiente de cuidados domiciliares ou institucionais, as enfermeiras prestam ou delegam os **cuidados pós-morte**, o cuidado do corpo após a morte. Acima de tudo, o corpo da pessoa falecida merece o mesmo respeito e dignidade da pessoa viva e precisa ser preparado de modo condizente com as crenças culturais e religiosas do paciente. A morte produz alterações físicas no corpo de maneira bastante rápida; assim a enfermeira

precisa realizar os cuidados pós-morte o mais cedo possível para evitar a descoloração, dano tecidual ou deformidades.

A manutenção da integridade dos rituais culturais e religiosos, assim como as práticas de luto no momento da morte, conferem aos sobreviventes um senso de obrigações cumpridas e promovem a aceitação da morte do paciente (Quadro 37-10). A capacidade das famílias em vivenciar o luto de maneira condizente com os seus valores culturais ajuda os sobreviventes a experimentar alguma previsibilidade e controle em um momento que, sob outros aspectos, é incerto e confuso. Algumas culturas consideram a "família" como sendo mais do que uma unidade biológica nuclear. Os profissionais de saúde precisam compreender a composição de uma rede familiar e saber quais indivíduos devem ser envolvidos nas decisões e cuidados de fim da vida.

Quadro 37-10

Aspectos culturais do cuidado

Cuidados com o Corpo após a Morte

Os entes queridos usam rituais específicos da cultura e práticas de luto para alcançar um senso de aceitação e paz interior e participar de expressões socialmente aceitas de luto. A cultura da pessoa influencia muito quais são os comportamentos e rituais esperados no momento da morte. As diretrizes institucionais e os procedimentos de cuidados de fim da vida para pacientes de todas as culturas oferecem padrões baseados na compaixão, mantendo a privacidade e dignidade, bem como respeito às crenças e práticas culturais dos pacientes e membros da família. Os cuidados especializados de fim da vida proporcionam tempo para que os pacientes e suas famílias façam as preparações particulares e públicas e completem a comunicação inacabada. A compreensão da singularidade das expectativas culturais no fim da vida ajuda a enfermeira a saber quais são as perguntas a fazer. As práticas

culturais ou religiosas a seguir não são necessariamente exclusivas da cultura mencionada, mas são apresentadas para dar à enfermeira uma ideia de algumas preocupações específicas da cultura que ela pode encontrar nos cuidados de fim da vida.

Implicações para os Cuidados Centrados no Paciente

Afro-americanos: Os cuidados ao corpo após a morte dependem do país de origem do afro-americano e grau de aculturação americana. A presença dos grupos familiares extensos, incluindo a família da igreja, é comum no momento da morte. O período de luto é relativamente curto, com um serviço funerário e a exibição pública do corpo ou um velório antes do enterro. A doação de órgãos e autópsia são permitidas.

Chineses: A morte é considerada um evento negativo da vida, e não existe um conceito de pós-vida. Os mortos são tratados com o mesmo respeito que os vivos e podem ser enterrados com alimentos e outros artefatos. Os membros de uma família extensa geralmente permanecem com o falecido por até 8 horas após a morte. O filho ou filha mais velhos banham o corpo sob a orientação de um parente mais velho ou um sacerdote do templo. Em geral, eles acreditam que o corpo deve permanecer intacto; assim a doação de órgãos e a autópsia são raras (Xu, 2007).

Hispânicos ou Latinos: O respeito aos valores e papéis familiares é essencial na prestação de cuidados e tomada de decisões. As pessoas nas culturas hispânicas e mexicano-americana geralmente usam objetos especiais, como amuletos ou contas de rosário, práticas alternativas de cura (medicina popular) e orações. O luto é expresso abertamente. Os rituais religiosos e espirituais (predominantemente católicos) são essenciais no fim da vida. Acredita-se geralmente que a morte seja a vontade de Deus (Owen et al., 2012; Taxis et al., 2008).

Nativos Americanos: Os nativos americanos compreendem diversos grupos tribais com diferentes práticas, tradições e cerimônias. Os navajos tradicionais não tocam no corpo após a

morte. Os cuidados ao corpo na grande tribo navajo inclui a limpeza do mesmo, pintando o rosto do falecido, vestindo-o e prendendo nele uma pena de águia simbolizando a volta para casa. Os parentes do defunto também fazem um ritual de limpeza em seus corpos. Os mortos são enterrados em sua terra natal (Hanley, 2012).

Muçulmanos: O corpo do falecido é lavado de forma ritualista, envolvido, pranteado e enterrado o mais cedo possível após a morte. Os olhos e a boca são fechados e o rosto do falecido é virado na direção de Meca. Muçulmanos do mesmo sexo preparam o corpo para o enterro. Os corpos são enterrados, mas não cremados. As autópsias interferem no enterro rápido; faça os pedidos de autópsia com sensibilidade somente se for necessário. A proximidade dos entes queridos após a morte é importante, uma vez que se acredita que a alma permanece no corpo até o enterro. A doação de órgãos é permitida por algumas interpretações do Alcorão (Gatrad e Sheikh, 2008).

Budistas: Os budistas acreditam em um pós-vida em que os humanos se manifestam em diferentes formas. Prefere-se que a morte seja em casa, e o estado da pessoa no momento da morte é importante. Os indivíduos quase sempre minimizam as expressões emocionais e mantêm uma atmosfera pacífica e compassiva. Os membros da família do sexo masculino preparam o corpo. Os budistas recomendam não tocar no corpo após a morte para oferecer ao falecido uma transição mais suave. Geralmente, as pessoas fazem orações enquanto permanecem à sua cabeceira. O corpo não é deixado sozinho após a morte. A família e os amigos prestam homenagens pós-morte e antes da cremação do corpo (Bauer-Wu et al., 2007).

Hindus: O corpo é colocado no chão com a cabeça voltada para o norte. As pessoas do mesmo sexo o manuseiam após a morte. Não existem proibições gerais contra a autópsia. Os corpos são cremados após a morte para serem purificados pelo fogo (Gatrad e Sheikh, 2008).

Judeus: Se a família pratica o judaísmo ortodoxo, ela determina se

os membros da Jewish Burial Society vêm à instituição antes da preparação do corpo. Em geral, um membro da família permanece com o corpo até o enterro. Este, quase sempre, ocorre dentro de 24 horas, mas não no sábado. Alguns, mas não todos os tipos de judaísmo, evitam a cremação, autópsia e embalsamamento (Bauer-Wu et al., 2007).

A enfermeira coordena os cuidados ao paciente e à família durante e após a morte. Ela deve se familiarizar com as políticas e procedimentos aplicáveis aos cuidados pós-morte, porque estes podem variar entre situações ou instituições. Consulte a orientação de procedimentos (Quadro 37-11) para as atividades-padrão de cuidados ao corpo após a morte.

Quadro 37-11

Diretrizes para o procedimento

Cuidados com o Corpo após a Morte

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

A habilidade de cuidar do corpo após a morte pode ser delegada a um técnico de enfermagem. Geralmente, as enfermeiras consideram significativo auxiliar nos cuidados de um paciente pós-morte e ajudar o assistente de enfermagem, sempre que possível. Instrua-o a:

- Contatar a enfermeira para todas as questões e procedimentos relacionados com pedidos de doação órgão/tecido e autópsia.
- Alertar a enfermeira sobre perguntas dos membros da família relacionadas com o modo das atividades de morte ou pós-morte.

Material

Toalhas de banho, panos de lavagem, lavatório, tesouras, *kit* de mortalha com etiquetas de identificação, roupas de cama,

formulários de documentação.

Passos

1. Confirme que o profissional de saúde certificou o óbito e documentou o momento da morte e medidas tomadas.
2. Determine se o profissional de saúde solicitou uma autópsia. Esta é necessária no caso de mortes que ocorrem sob certas circunstâncias.
3. Confirme o estado da solicitação de doação de órgãos ou tecidos. Devido à natureza complexa e sensível de tais solicitações, apenas os funcionários especialmente treinados fazem esses pedidos. Mantenha a sensibilidade às crenças pessoais, religiosas e culturais nesse processo.
4. Identifique o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e registro médico de acordo com a política da instituição).
5. Preste cuidados de enfermagem sensíveis e dignos ao paciente e à família.
    a. Eleve a cabeceira do leito o mais rapidamente possível após a morte para evitar a descoloração do rosto.
    b. Colete as amostras solicitadas.
    c. Pergunte se a família deseja participar da preparação do corpo. Ofereça-se para providenciar assistência de apoio à família (líder religioso do paciente/família, equipe de cuidados espirituais ou especialista em luto) durante a preparação do corpo.
    d. Pergunte sobre os pedidos da família para a preparação do corpo, como o uso de roupas especiais ou artefatos religiosos. Esteja ciente de que práticas pessoais, religiosas ou culturais determinam se é preciso barbear um homem falecido. Peça permissão antes de fazê-lo.
    e. Remova todos os equipamentos, sondas e acessos venosos. Observe que a autópsia ou doação de órgãos geralmente apresentam exceções à remoção; assim, consulte a política da instituição nessas situações.

f. Limpe o corpo completamente, mantendo os padrões de segurança referentes a fluidos e contaminação, quando indicado. Penteie os cabelos do paciente ou coloque enfeites pessoais.
g. Cubra o corpo com um lençol limpo, coloque a cabeça em um travesseiro e deixe os braços fora do lençol, se possível. Feche os olhos, mantendo-os delicadamente fechados; deixe dentaduras na boca para manter o formato facial; cubra quaisquer sinais de trauma corporal.
h. Prepare e limpe o ambiente, desodorize o quarto, se necessário, e diminua as luzes.
i. Ofereça aos membros da família a opção de ver o corpo e pergunte se desejam que você ou outra pessoa de apoio os acompanhe. Honre e respeite as escolhas individuais.
j. Incentive os enlutados a dizer adeus à sua própria maneira: com palavras, toques, cânticos, rituais religiosos ou orações.
k. Proporcione privacidade e uma atmosfera tranquila. Avalie a necessidade ou desejo dos membros da família sobre a sua presença nesse momento. Se você sair, diga-lhes onde poderão encontrá-la.
l. Determine quais pertences pessoais permanecem no corpo (p. ex., aliança ou símbolo religioso) e entregue aos membros da família outros itens pessoais. Documente a hora, data, descrição dos itens retirados e quem os recebeu. Guarde quaisquer itens que possam ter ficado acidentalmente para trás e contate a família para receber instruções a respeito.
m. Aplique as etiquetas de identificação e a mortalha de acordo com a política da instituição antes de transportar o corpo. Siga os procedimentos de segurança referentes a precauções com líquidos corporais ou preocupações com contaminação.
n. Complete a documentação na seção de anotações descritivas (Quadro 37-9).

o. Mantenha a privacidade e a dignidade quando transportar o corpo para o outro local; cubra o corpo ou maca com um lençol limpo.

Avaliação de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

O sucesso do processo de avaliação de enfermagem depende em parte do vínculo que a enfermeira estabeleceu com o paciente e a família. Por meio de um relacionamento de confiança, é mais provável que os pacientes compartilhem suas expectativas pessoais ou desejos, especialmente se incentivados por um questionamento apropriado. Consulte os objetivos e resultados esperados que foram estabelecidos durante a fase de planejamento para determinar a eficácia das intervenções de enfermagem. As respostas e percepções do paciente sobre a eficácia das intervenções determinam a eficácia do plano de cuidado existente ou a necessidade de estratégias efetivas ou diferentes. Por exemplo, se o objetivo for a transmissão de um senso de esperança do paciente aos membros da família, avalie a comunicação verbal e não verbal, bem como os comportamentos dele em busca de indícios relacionados com expressões de esperança. Continue a avaliar o progresso do paciente, a eficácia das intervenções e as interações entre paciente e família. Mesmo quando o paciente não está em busca de cuidados especificamente relacionados com uma perda, a enfermeira deve ficar alerta aos sinais e sintomas de luto. Estes fornecem os critérios para avaliar se o paciente está enfrentando uma perda e como está passando pelo processo de luto. O pensamento crítico assegura que o processo de avaliação reflita de maneira acurada a situação e os resultados desejados do paciente (Fig. 37-6).

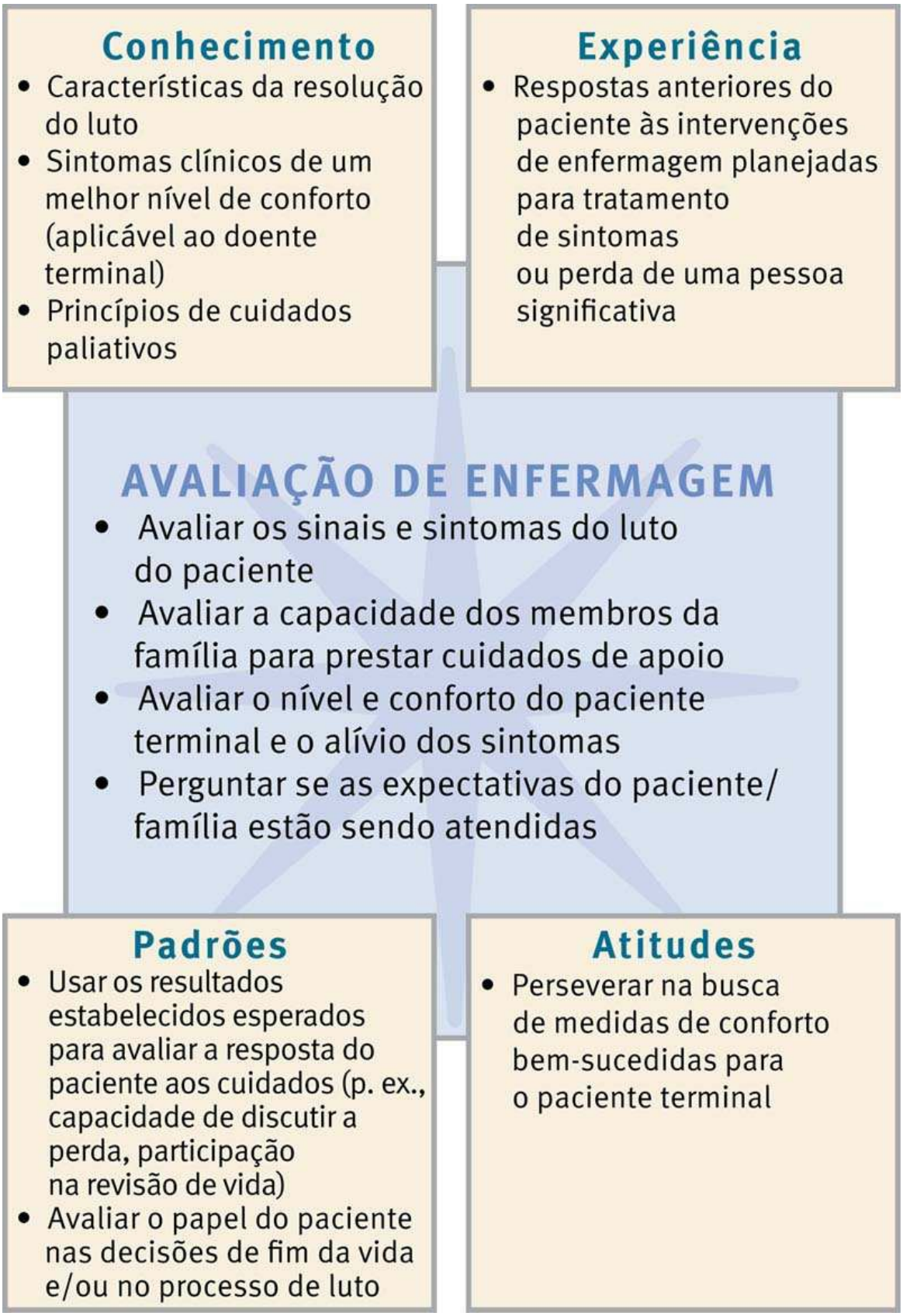


FIGURA 37-6 Modelo de pensamento crítico para avaliação

de enfermagem de perda, morte e luto.

Resultados do Paciente

As perguntas a seguir ajudam a confirmar a obtenção dos objetivos e expectativas:

- Qual é a coisa mais importante que posso fazer por você neste momento?
- Suas necessidades estão sendo atendidas no momento certo?
- Você está recebendo os cuidados que esperava?
- Você gostaria que eu o ajudasse de uma maneira diferente?
- Você tem algum pedido específico que eu não saiba?

Especialmente em situações de cuidados domiciliares, a enfermeira deve incluir os membros da família no processo de avaliação. Os resultados em curto e longo prazos que sinalizam a recuperação da família de uma perda orientam a avaliação da enfermeira. Os resultados em curto prazo que indicam a eficácia das intervenções de luto incluem falar sobre a perda sem se sentir arrasado, ter melhor nível de energia, padrões de sono e alimentares normalizados, reorganização dos padrões de vida, melhora da capacidade de tomar decisões e achar mais fácil estar próximo a outras pessoas. As realizações de longo prazo incluem o retorno do senso de humor aos padrões normais, relacionamentos novos ou renovados e diminuição da dor interior.

Pontos-chave

- Ao cuidar de pacientes que sofreram uma perda, facilite o processo de luto ajudando os sobreviventes da perda a expressá-la e a passar pelo luto.
- A perda vem em muitas formas, baseada em valores e prioridades aprendidas dentro da esfera de influência da pessoa (i.e., família, amigos, religião, sociedade e cultura).
- A morte é difícil para a pessoa agonizante bem como para a família, amigos e cuidadores.

- Os sobreviventes vão e vêm muitas vezes através de uma série de estágios e/ou tarefas de luto, o que possivelmente se estende por tempo prolongado.
- As pessoas em luto usam sua própria história, contexto e recursos únicos para dar sentido às suas experiências de perda. Ouça como os pacientes compartilham à sua própria maneira a experiência.
- O desenvolvimento da pessoa, suas estratégias de enfrentamento, estado socioeconômico, relacionamentos pessoais, natureza da perda e crenças culturais e espirituais influenciam seu modo de perceber e responder ao luto.
- Avalie o paciente em estado terminal e os desejos da família sobre os cuidados de fim da vida, incluindo o lugar preferido para a morte, nível desejado de intervenção e expectativas para o tratamento da dor e dos sintomas.
- Estabeleça uma presença cuidadosa e use estratégias efetivas de comunicação para incentivar os pacientes a compartilhar o grau de conforto que estão sentindo.
- Os cuidados paliativos têm como foco melhorar a qualidade de vida durante a experiência de doença ou morte.
- *Hospice* é uma filosofia de cuidados à pessoa como um todo e centrados na família.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Para melhor auxiliar um paciente no processo de luto, qual das seguintes alternativas é mais útil determinar?
    1. Experiências anteriores de luto e perda
    2. Afiliação e denominação religiosa
    3. Antecedentes étnicos e práticas culturais
    4. *Status* financeiro atual
2. Qual das seguintes intervenções é a melhor para ajudar um

paciente hospitalizado a manter alguma autonomia?

1. Usar técnicas terapêuticas ao se comunicar com o paciente.
2. Permitir que o paciente determine o momento e a programação das intervenções.
3. Incentivar a família a fazer somente visitas breves.
4. Fornecer ao paciente um quarto particular próximo ao posto de enfermagem.

3. Quais fatores influenciam a pessoa que se aproxima da morte? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Cultura
   2. Idade
   3. Espiritualidade
   4. Crenças pessoais
   5. Experiências anteriores com a morte
   6. Gênero
   7. Nível de educação
   8. Grau de apoio social
4. Um membro da família de um paciente agonizante fala casualmente com a enfermeira e expressa alívio por não ter que visitar novamente o hospital. Qual descrição teórica de luto que melhor se aplica a esse familiar?
   1. Negação
   2. Luto antecipatório
   3. Saudade e procura
   4. Luto disfuncional
5. Ao entrar no quarto, a enfermeira vê que o paciente chora baixinho. Qual é a melhor resposta terapêutica?
   1. Usar o silêncio
   2. Perguntar: “Por que está chorando hoje?”
   3. Usar o toque terapêutico
   4. Dizer: “Vejo que você está chorando.”
6. Uma jovem mãe que está morrendo de câncer de mama com metástase óssea diz à enfermeira: “Meu corpo está muito dolorido. Mal posso me mexer. Por que Deus está me fazendo sofrer se não fiz mal algum durante a minha vida? Tenho

vontade de desistir. Como vou cuidar dos meus filhos se não posso cuidar nem de mim mesma?" Qual é o diagnóstico de enfermagem mais apropriado para essa paciente?

1. *Angústia Espiritual relacionada com o questionamento de Deus*
2. *Desesperança relacionada com o diagnóstico terminal*
3. *Dor relacionada com o processo de doença*
4. *Luto antecipatório relacionado com a morte iminente*

7. A enfermeira tem a responsabilidade de administrar cuidados pós-morte ao paciente falecido. Qual é a ordem adequada de cuidados após a morte?
   1. Banhar o corpo do falecido.
   2. Coletar quaisquer amostras necessárias.
   3. Remover todas as sondas e acessos residentes.
   4. Posicionar o corpo para ser visto pela família.
   5. Falar com os membros da família sobre sua possível participação.
   6. Assegurar que o pedido de doação de órgãos/tecidos e/ou autópsia seja completado.
   7. Notificar a pessoa de apoio (p. ex., prestador de cuidados espirituais, especialista em luto) da família.
   8. Colocar etiquetas precisas no corpo, incluindo a identidade do falecido e problemas de segurança referente ao controle de infecção.
   9. Elevar a cabeceira do leito.
8. Qual comentário referente aos cuidados paliativos feito a um paciente por uma enfermeira nova precisa ser corrigido?
   1. "Embora você esteja continuando o tratamento, precisamos conversar sobre cuidados paliativos."
   2. "Os cuidados paliativos são apropriados para pessoas com qualquer diagnóstico."
   3. "Somente as pessoas que estão morrendo podem receber cuidados paliativos."
   4. "As crianças podem receber cuidados paliativos."
9. Um paciente está recebendo cuidados paliativos para tratamento dos sintomas relacionados com ansiedade e dor.

Um membro da família pergunta se o paciente está morrendo e está agora em "*hospice*". O que diz a enfermeira ao membro da família sobre os cuidados paliativos? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Cuidados paliativos e *hospice* são a mesma coisa.
2. Os cuidados paliativos são para qualquer paciente, a qualquer momento, para qualquer doença, em qualquer ambiente.
3. As estratégias de cuidados paliativos destinam-se primariamente ao tratamento da doença do paciente.
4. Os cuidados paliativos aliviam os sintomas da doença e o tratamento.
5. Os cuidados paliativos selecionam os serviços de saúde domiciliares.

10. Um paciente enlutado queixa-se de confusão, incapacidade de se concentrar e insônia. O que indicam esses sintomas?
    1. Esses são sintomas normais de luto.
    2. É necessário um suporte farmacológico para insônia.
    3. O paciente está experimentando luto complicado.
    4. Essas são queixas comuns do paciente internado.
11. Ao planejar os cuidados para o paciente agonizante, quais intervenções promovem a dignidade dele? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Mostrar respeito
    2. Ver o paciente como um todo
    3. Proporcionar tratamento dos sintomas
    4. Demonstrar interesse
    5. Estar presente
    6. Usar um nome preferido
12. Quais são as alterações físicas que ocorrem quando a morte se aproxima? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Não responsividade
    2. Eritema
    3. Manchas
    4. Agitação

5. Aumento da eliminação de urina
6. Fraqueza
7. Incontinência

13. Qual é a obrigação principal da equipe de cuidados paliativos para o paciente com dor intensa?
    1. Prestar cuidados pós-morte.
    2. Educar sobre os estágios do luto.
    3. Aumentar a qualidade de vida do paciente.
    4. Dar apoio à família após a morte.
14. Um ano após a morte do marido, uma viúva visita a unidade onde ele morreu. Ela fala sobre o aniversário e como sente a falta dele. Que tipo de luto ela está experimentando?
    1. Normal
    2. Complicado
    3. Crônico
    4. Não reconhecido
15. Ao prestar cuidados após a morte, qual é a ação prioritária para a enfermeira?
    1. Localizar as roupas do paciente
    2. Prestar cuidados cultural e religiosamente sensíveis na preparação do corpo
    3. Transportar o corpo para o necrotério o mais breve possível
    4. Prestar cuidados pós-morte para poupar a família do falecido de ter que ver o corpo

Respostas: 1. 1; **2.** 2; **3.** 1, 3, 4, 5, 8; **4.** 2; **5.** 4; **6.** 3; **7.** 6, 9, 2, 5, 7, 3, 1, 4, 8; **8.** 3; **9.** 2, 4; **10.** 1; **11.** 1, 2, 4, 5, 6; **12.** 1, 3, 4, 6, 7; **13.** 3; **14.** 1; **15.** 2.

Referências

American Association of Colleges of Nursing (AACN) and City of Hope National Medical Center (CHNMC): *End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC)—core*, Duarte, CA, 2014, The Associations.

American Nurses Association (ANA) *Scope and standards of hospice and palliative nursing practice*. Atlanta: ANA; 2014.

Bauer-Wu S, et al. Spiritual perspectives and practices at the end of life: a review of the major world religions and application to palliative care. *Indian J Palliat Care*. 2007;13(2):53.

Bowlby J. Attachment and loss: loss, sadness, and depression, vol 3 New York: Basic Books; 1980.

Brohard C. Grief. In: Yarbro CH, ed. *Cancer symptom management*. ed 4 Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2014.

Coyle N. Introduction to palliative nursing care. In: Ferrell B, Coyle N, eds. *Textbook of palliative nursing*. ed 4 New York: Oxford University Press; 2015.

Fiorelli R, Jenkins W. Cultural competency in grief and loss. *Beginnings*. 2012;32(3):11.

Gatrad R, Sheikh A. Palliative care for Muslims. In: Gatrad R, Sheikh A, eds. *Palliative care for South Asians: Muslims, Hindus, & Sikhs*. London: Quay Books; 2008.

Hall C. Bereavement theory: recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care*. 2014;33(1):7.

Hanley C. Navajos. In: Giger JN, ed. *Transcultural nursing: assessment and intervention*. ed 6 St Louis: Mosby; 2012.

Hospice Foundation of America: *Services*. 2014. http://hospicefoundation.org/End-of-Life-Support-and-Resources/Coping-with-Terminal-Illness/Hospice-Services. Accessed April 20, 2015.

Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillan; 1969.

Mariano C. Holistic integrative therapies in palliative care. In: Matzo M, Sherman D, eds. *Palliative care nursing: quality care to the end-of-life*. ed 4 New York: Springer; 2015.

Matzo M, Sherman D. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. ed 4 New York: Springer; 2015.

McDonald C, McCallin A. Interprofessional collaboration in palliative nursing: what is the patient-family role?. *Internat J Palliat Nurs*. 2010;16(6):285.

Meghani S, et al. Policy brief: the Institute of Medicine report: dying in America: improving quality and honoring individual preferences near the end of life.

Nurs Outlook. 2015;63(1):51.

Mitchell KR, Anderson H. *All our losses all our griefs*. Louisville: Westminster John Know Press; 1983.

Owen DC, et al. Mexican Americans. In: Giger JN, ed. *Transcultural nursing: assessment and intervention,*. ed 6 St Louis: Mosby; 2012.

Paice JA. Pain at the end of life. In: Ferrell B, Coyle N, eds. *Textbook of palliative nursing*. ed 4 New York: Oxford University Press; 2015.

Rando T. *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press; 1993.

Reynolds J, et al. American society for pain management nursing position statement: pain management at the end of life. *Pain Manage Nurs*. 2013;14(3):172.

Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud*. 1999;23(3):197.

Taxis JC, et al. Mexican Americans and hospice care: culture, control and communication. *J Hospice Palliat Nurs*. 2008;10(3):133.

Walter C, McCoyd J. *Grief and loss across the lifespan: a biopsychosocial perspective*. New York: Springer; 2009.

Worden JW. *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. ed 4 New York: Springer; 2008.

World Health Organization (WHO): *Palliative care is an essential part of cancer control*. 2015. http://www.who.int/cancer/palliative/en. Accessed April 20, 2015.

Xu Y. Death and dying in the Chinese culture: implications for health care practice. *Home Health Care Manage Pract*. 2007;19:412.

Referências de pesquisa

Bonanno G, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from pre-loss to 18 month post-loss. *J Pers Soc Psychol*. 2002;83:1150.

Chan D, et al. Grief reactions in dementia carers: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(1):1.

de Vries B, et al. Friend and family contact and support in early widowhood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(1):75.

Dose AM, et al. The meaning of spirituality at the end of life. *J Hosp Palliat Nurs*. 2014;16(3):158.

Kraft K. CAM for depression, anxiety, grief, and other symptoms in palliative care. *Prog Palliat Care*. 2012;20(5):272.

Lokker ME, et al. Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(1):105.

Parker GD, et al. Assessing attitudinal barriers toward end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;29(6):438.

Silveira MJ, et al. Advance directive completion by elderly Americans: a decade of change. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):706.

Trumble EL, et al. Complementary and alternative medicine (CAM) therapies as a means of advancing patient-centered care for veterans receiving palliative care. *J Altern Complement Med*. 2014;20(5):A50.

38

Estresse e Enfrentamento

OBJETIVOS

- Descrever os três estágios da síndrome da adaptação geral.
- Descrever as características do transtorno do estresse pós-traumático.
- Discutir a integração da teoria do estresse às teorias de enfermagem
- Descrever técnicas de controle do estresse benéficas para enfrentá-lo.
- Discutir o processo de intervenção na crise.
- Desenvolver um plano de cuidados para pacientes que estão experimentando estresse.
- Discutir como o estresse no local de trabalho afeta as enfermeiras.

TERMOS-CHAVE

Alostase, p. 764
Apreciação primária, p. 764
Apreciação secundária, p. 764
Apreciação, p. 763
Atenção plena, p. 773

Burnout **(esgotamento), p. 774**
Carga alostática, p. 764
Crise, p. 766
Crises adventícias, p. 766
Crises de desenvolvimento, p. 766
Crises situacionais, p. 766
Enfrentamento, p. 764
Estágio de alarme, p. 764
Estágio de exaustão, p. 764
Estágio de resistência, p. 764
Estresse, p. 763
Estressores, p. 763
Flashbacks, **p. 766**
Intervenção na crise, p. 774
Mecanismos de defesa do ego, p. 765
Resposta de luta ou fuga, p. 763
Síndrome da adaptação geral (SAG), p. 764
Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), p. 766
Trauma, p. 763

É importante que a enfermeira se familiarize com o estresse para avaliar e tratar com eficiência seus pacientes e as famílias que sofrem o impacto dele. Na presença de doença física e/ou mental, o estresse afeta toda a família, e, no plano de cuidados, deve-se considerar as necessidades de cuidados à saúde da família e do paciente. Igualmente importante é que os profissionais da saúde também passam por eventos estressantes no decorrer de sua prática clínica e em suas próprias vidas. As enfermeiras precisam reconhecer os sinais e sintomas do estresse na forma de fadiga da compaixão e entender as técnicas de controle do estresse para ajudar no enfrentamento pessoal

e no planejamento de intervenções do controle do estresse para os pacientes e as famílias.

O termo **estresse** é usado de muitas maneiras. Com mais frequência, o termo descreve um processo que começa com um evento que evoca algum grau de tensão ou ansiedade. Esses eventos são referidos como estressores. Os **estressores** são estímulos produtores de tensão que operam dentro ou em qualquer sistema (Neuman e Fawcett, 2011). Um elemento importante na percepção de um estressor é a apreciação. **Apreciação** é o modo de se interpretar o impacto do estressor. É também uma avaliação pessoal de algo que está acontecendo, atribuindo-se um significado ao evento, assim como a consideração dos recursos à disposição para ajudar a lidar com o estressor (Lazarus, 2007). O estresse emerge quando o evento é considerado uma ameaça e quando a capacidade de responder às demandas que o evento impõe sobre o indivíduo é sobrecarregada. Assim, o estresse é uma demanda física, emocional ou psicológica que pode levar ao crescimento pessoal ou sobrecarregar a pessoa e induzir ou agravar doenças agudas ou crônicas existentes (Okonta, 2012; Santos, 2013). O estresse refere-se às consequências do estressor e à apreciação da pessoa a respeito.

As pessoas experimentam o estresse como uma consequência dos eventos e experiências da vida diária. Ele estimula os processos de pensamento e ajuda as pessoas a permanecerem alertas ao seu ambiente. Pode resultar em crescimento pessoal e facilitar o desenvolvimento. A maneira de reagir ao estresse depende de como as pessoas veem e avaliam o impacto do estressor, seu efeito sobre sua situação e o apoio recebido no momento do estresse assim como seus mecanismos habituais de enfrentamento. Quando o estresse sobrecarrega os mecanismos existentes de enfrentamento, os pacientes perdem o equilíbrio emocional, resultando em uma crise. Se os sintomas do estresse persistirem além da duração do estressor, a pessoa sofreu um **trauma** (O'Driscoll, 2013; Stevens et al., 2013).

Base de conhecimento científico

A resposta inicial ao estresse envolve a ativação do sistema simpático, um padrão conhecido como **resposta de luta ou fuga** (Fig. 38-1). As respostas neuroendócrinas ao estresse funcionam por meio de *feedback* negativo. O processo de *feedback* negativo percebe um estado anormal, por exemplo a queda da temperatura corporal, e elabora uma resposta adaptativa como iniciar um tremor para gerar calor no corpo. Três estruturas, o bulbo, a formação reticular e a glândula pituitária, controlam a resposta do corpo a um estressor.

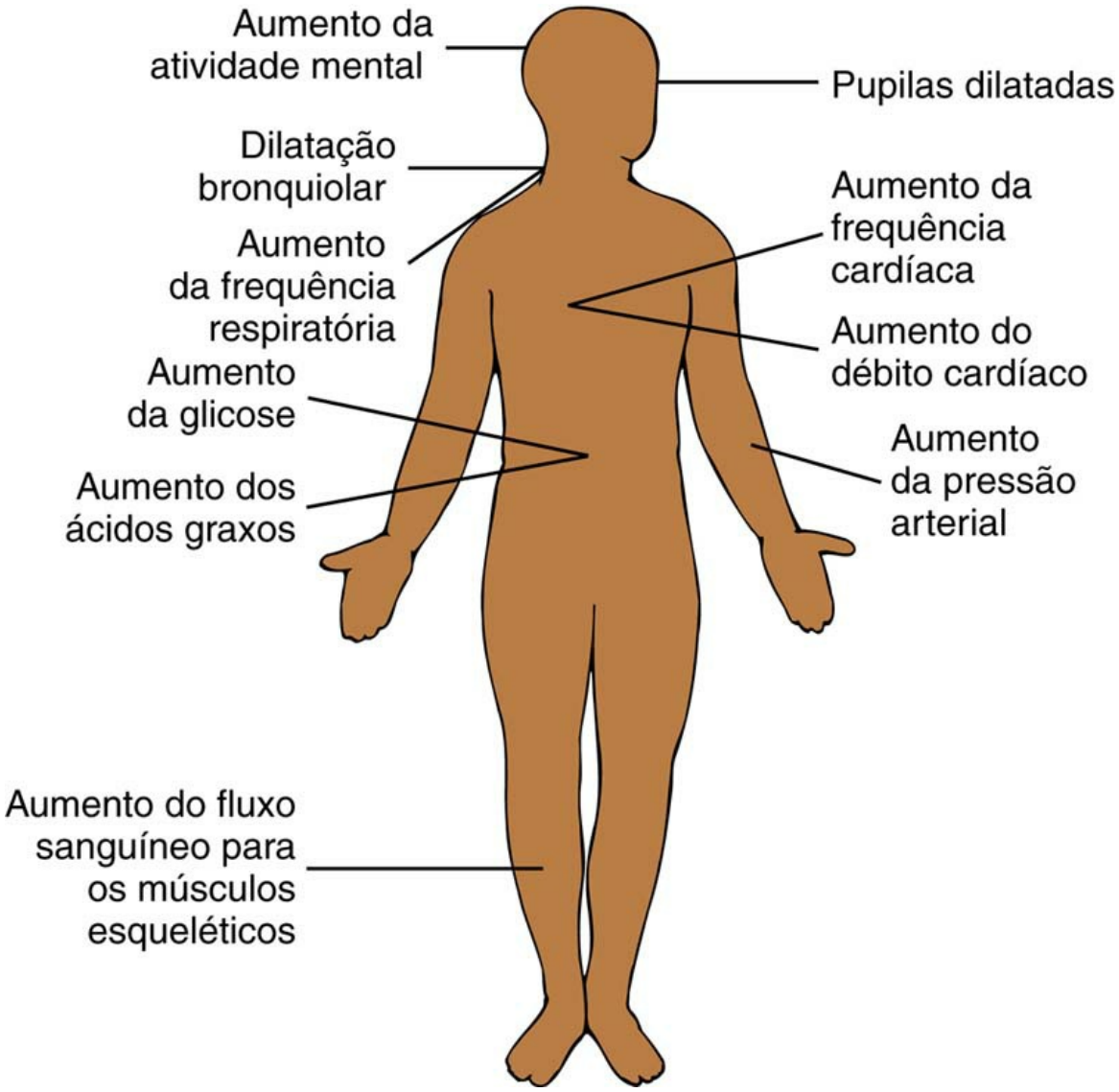


FIGURA 38-1 Resposta de luta ou fuga.

Bulbo

O bulbo, localizado na parte inferior do tronco encefálico, controla a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e as respirações. Os impulsos que vão e vêm do bulbo aumentam ou diminuem essas funções vitais. Por exemplo, os impulsos do sistema nervoso simpático ou parassimpático que se deslocam do bulbo para o coração controlam a regulação dos batimentos cardíacos. A frequência cardíaca aumenta em resposta aos impulsos das fibras simpáticas e diminui com os

impulsos das fibras parassimpáticas.

Formação Reticular

A formação reticular, um pequeno grupo de neurônios no tronco encefálico e medula espinal, monitora continuamente o estado fisiológico do corpo por meio de conexões com os tratos sensitivos e motores. Por exemplo, certas células dentro da formação reticular fazem com que uma pessoa sonolenta readquira a consciência ou aumentam o nível de consciência quando surge uma necessidade.

Glândula Pituitária

A glândula pituitária é uma pequena glândula imediatamente abaixo do hipotálamo. Produz os hormônios necessários para a adaptação ao estresse, como o hormônio adrenocorticotrófico, que por sua vez produz o cortisol. Além disso, a glândula pituitária regula a secreção dos hormônios tireóideo, gonadal e paratireóideo (Santos, 2013). Um mecanismo de *feedback* monitora continuamente os níveis de hormônio no sangue e regula a secreção hormonal. Quando os níveis de hormônio caem, a glândula pituitária recebe uma mensagem para aumentar a secreção hormonal. Quando eles se elevam, a glândula pituitária diminui a produção de hormônio.

Síndrome da Adaptação Geral

A **síndrome da adaptação geral (SAG)**, uma reação ao estresse em três estágios, descreve como o corpo responde fisiologicamente aos estressores por meio dos estágios de alarme, resistência e exaustão (Fig. 38-2). A SAG é desencadeada diretamente por um evento físico ou indiretamente por um evento psicológico. Ela envolve vários sistemas corporais, especialmente o *feedback* neuroendócrino e responde imediatamente ao estresse (Fig. 38-2). Quando o corpo encontra uma demanda física, uma lesão por exemplo, a glândula pituitária inicia a SAG. Um conceito fundamental subjacente a essa reação é que o corpo tentará retornar ao estado de equilíbrio, um

processo referido como **alostase** (Huether e McCance, 2012).

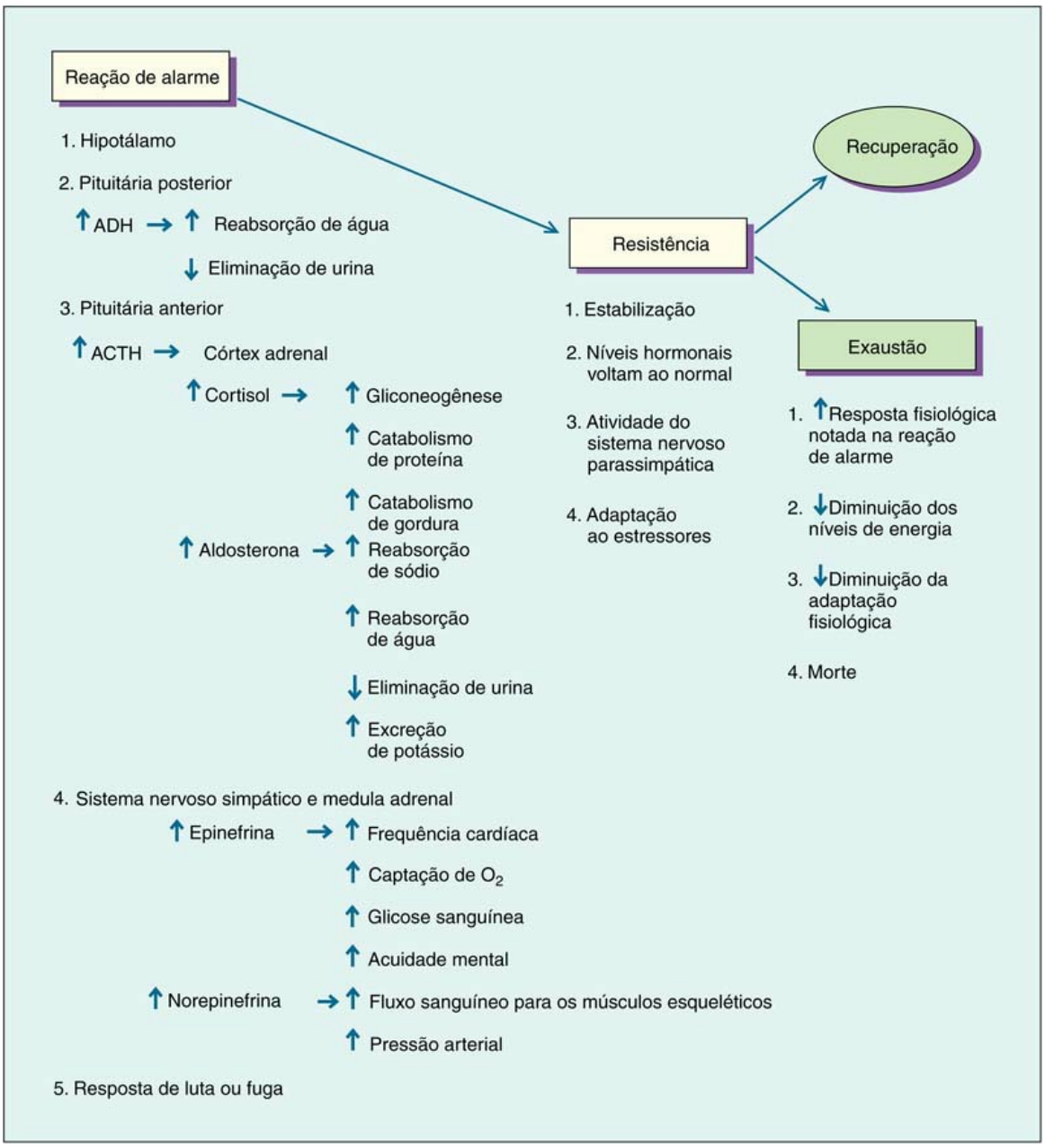


FIGURA 38-2 Síndrome da adaptação geral (SAG). ACTH, hormônio adrenocorticotrófico; ADH, hormônio antidiurético.

Durante o **estágio de alarme**, o sistema nervoso central é estimulado e as defesas corporais são mobilizadas; essa é a reação de luta ou fuga. Durante esse estágio níveis elevados de hormônio resultam em aumento de volume sanguíneo, níveis de glicose sanguínea, quantidades de epinefrina e norepinefrina, frequência cardíaca, fluxo de sangue para os músculos, captação de oxigênio e

alerta mental. Além disso, as pupilas oculares se dilatam para produzir um campo visual maior. Se o estressor representar uma ameaça extrema à vida ou permanecer por tempo prolongado, a pessoa progride para o segundo estágio, a resistência.

O **estágio de resistência** também contribui para resposta de luta ou fuga, e o corpo se estabiliza e responde na tentativa de compensar as alterações induzidas pelo estágio de alarme (Huether e McCance, 2012). Os níveis de hormônio, a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o débito cardíaco devem voltar ao normal; e o corpo tenta reparar qualquer dano ocorrido. No entanto, essa compensação tenta consumir energia e outros recursos corporais.

No **estágio de exaustão**, o estresse contínuo causa progressivo colapso dos mecanismos compensatórios. Isso ocorre quando o corpo não é mais capaz de resistir aos efeitos do estressor e esgotou a energia necessária para manter a adaptação. A resposta fisiológica intensificou-se; mas a capacidade da pessoa em se adaptar ao estressor diminuiu (Huether e McCance, 2012). Mesmo diante das demandas crônicas, pode ocorrer um estado contínuo de ativação. Essa estimulação crônica com a presença de hormônios poderosos causa excessivo desgaste nos órgãos corporais e é chamada de **carga alostática**. Uma carga alopática persistente pode causar problemas fisiológicos no longo prazo como hipertensão crônica, depressão, privação do sono, síndrome da fadiga crônica e distúrbios autoimunes (Diamond, 2010; Huether e McCance, 2012).

Resposta Imune

O sistema imune é integrado a outros processos fisiológicos e é sensível a alterações no sistema nervoso central e ao funcionamento endócrino que ocorre durante a resposta ao estresse. As interações entre a resposta neuroendócrina ao estresse e o sistema imune são complexas. A resposta ao estresse influencia diretamente o sistema imune (Huether e McCance, 2012). O estresse causa alterações prolongadas no sistema imune, que pode resultar em uma função imune comprometida. À medida que o estresse aumenta, a pessoa é mais suscetível a alterações na saúde como risco aumentado de

infecção, pressão sanguínea elevada, diabetes e cânceres (Janowski et al., 2014; Moreia et al., 2014).

Reação ao Estresse Psicológico

A SAG é ativada indiretamente diante de ameaças psicológicas, que são diferentes para cada pessoa e produzem reações diferentes. A intensidade e duração da ameaça psicológica bem como o número de outros estressores que ocorrem ao mesmo tempo afetam a resposta da pessoa a eles. Além disso, a previsão ou não do estressor pelo indivíduo influencia o seu efeito. Geralmente, é mais difícil enfrentar um estressor inesperado. As características pessoais que influenciam a resposta a um estressor incluem o nível de controle pessoal, presença de um sistema de apoio social e sentimentos de competência.

Uma das muitas maneiras de ver o estresse é como uma transação entre a pessoa e o ambiente. Um evento advém e é apreciado ou classificado mentalmente em termos de significado para a pessoa. A pessoa só experimenta o estresse se o evento ou a circunstância forem considerados significativos. A avaliação de um evento em termos de significado pessoal é a **apreciação primária**. A apreciação de um evento ou circunstância é um processo contínuo de percepção. Se a apreciação primária resultar na identificação do evento ou circunstância como um mal, perda, ameaça ou desafio, a pessoa experimenta estresse. Ao mesmo tempo, ela também está considerando as possíveis estratégias de enfrentamento ou os recursos disponíveis para ajudá-la a lidar com o estresse, um processo referido como **apreciação secundária**. Se as demandas impostas sobre a pessoa pelo evento excederem sua capacidade de enfrentar, ocorre o estresse. Os fatores equilibrantes contribuem para a restauração do equilíbrio. De acordo com a teoria da crise, as pistas do *feedback* levam a reapreciações da percepção original. Portanto, os comportamentos de enfrentamento mudam constantemente, à medida que os indivíduos percebem novas informações. Casos esses comportamentos provem ser ineficazes e sejam repetidos muitas vezes, o resultado pode ser um estado de estresse decorrente de um enfrentamento ineficaz. O estresse pode então emergir de um evento que é visto como

representante de risco significativo de dano, ou da percepção de que o indivíduo não é capaz de enfrentar as demandas impostas pelo evento.

O **enfrentamento** consiste nos esforços cognitivos e comportamentais da pessoa para controlar um estressor (Nielsen e Knardahl, 2014). Ele é importante para a saúde física e psicológica, porque o estresse está associado a uma variedade de resultados psicológicos e de saúde (Doron et al., 2014). A eficácia das estratégias de enfrentamento depende das necessidades do indivíduo. A idade e herança cultural da pessoa influenciam essas necessidades. Por essa razão, uma única estratégia de enfrentamento não funciona para todas as pessoas e para cada estressor. A mesma pessoa pode enfrentar o estresse de maneira diferente de um momento a outro.

Em situações estressantes, a maioria das pessoas usa uma combinação de estratégias de enfrentamento focadas no problema e na emoção. Em outras palavras, quando sob estresse, a pessoa obtém informações, adota medidas para mudar a situação (foco no problema) e regula as emoções ligadas ao estresse (foco na emoção). Em alguns casos, as pessoas evitam pensar sobre a situação ou mudam seu modo de pensar a respeito sem modificar a situação real. O tipo de estresse, os objetivos da pessoa, suas crenças a respeito de si mesmas e do mundo, bem como os recursos pessoais determinam como as pessoas enfrentam o estresse (Nielsen e Knardahl, 2014). Os recursos incluem habilidades de solução de problemas, situação financeira, habilidades sociais, família e amigos que lhe dão apoio, atratividade física, saúde e energia, bem como as técnicas pessoais de controle do estresse como o otimismo e atenção plena (Desiree et al., 2015; O'Driscoll, 2013).

Os mecanismos de enfrentamento incluem comportamentos psicológicos adaptativos. Em geral, esses comportamentos são orientados à tarefa, envolvendo o uso de técnicas diretas de solução de problemas para enfrentar ameaças. Os **mecanismos de defesa do ego** regulam o desconforto emocional e assim conferem proteção à pessoa contra a ansiedade e o estresse. Eles ajudam a pessoa a enfrentar o estresse indiretamente e oferecem proteção psicológica

contra um evento estressante. Todos utilizam inconscientemente esses mecanismos para se proteger contra sentimentos de inutilidade e ansiedade. Ocasionalmente, um mecanismo de defesa se torna distorcido e não ajuda mais a pessoa a se adaptar a um estressor. No entanto, as pessoas quase sempre os consideram muito úteis para o enfrentamento e os utilizam espontaneamente (Quadro 38-1). Com frequência, os estressores em curto prazo ativam os mecanismos de defesa do ego e estes geralmente não resultam em transtornos psiquiátricos.

Quadro 38-1 Exemplos de Mecanismos de Defesa do Ego

- Compensação: Contrabalançar uma deficiência em um aspecto da autoimagem dando forte ênfase a uma característica considerada uma qualidade (p.ex., um indivíduo que é um mau comunicador conta com suas habilidades de organização)
- Conversão: Reprimir inconscientemente um conflito emocional produtor de ansiedade e transformando-o em sintomas não orgânicos (p.ex., dificuldade em adormecer, perda de apetite)
- Negação: Evitar conflitos emocionais pela recusa em reconhecer conscientemente algo que causa dor emocional intolerável (p.ex., a pessoa recusa-se a discutir ou reconhecer uma perda pessoal)
- Deslocamento: Transferir emoções, ideias ou desejos de uma situação estressantes para um substituto que produz menos ansiedade (p.ex., a pessoa transfere a raiva de um conflito interpessoal para um computador com mau funcionamento).
- Identificação: Padronizar o comportamento conforme o de uma outra pessoa e assumir as qualidades, características e as ações dessa pessoa.
- Dissociação: Experimentar uma sensação subjetiva de entorpecimento e reduzida consciência do ambiente ao redor.
- Regressão: Enfrentar um estressor por meio de ações e comportamentos associados a um período de desenvolvimento

anterior.

Tipos de Estresse

O estresse inclui trabalho, família, aborrecimentos diários, trauma e crise. O estresse pode ser agudo ou crônico. Uma pessoa vê um estímulo e o considera um desafio, o que a leva ao domínio e ao crescimento. Outros veem o mesmo estímulo como uma ameaça, o que os leva à estagnação e perda. O indivíduo com responsabilidades familiares e um emprego em período integral fora de casa pode sofrer estresse crônico. Este ocorre em condições estáveis e em decorrência de papéis estressantes. Viver com uma doença por tempo prolongado produz estresse crônico. Por outro lado, eventos limitados pelo tempo que ameaçam a pessoa por um período relativamente breve provocam estresse agudo. Aborrecimentos diários recorrentes, como o deslocamento para o trabalho, a manutenção de uma casa, lidar com pessoas difíceis e administrar finanças complicam mais o estresse agudo ou crônico.

O **transtorno do estresse pós-traumático (TEPT)** começa quando a pessoa experimenta, testemunha ou é confrontada com um evento traumático e responde com medo intenso ou desamparo. Alguns exemplos de eventos traumáticos que levam à TEPT incluem colisões com veículos motorizados, desastres naturais, ataque pessoal violento e combate militar. A ansiedade associada à TEPT algumas vezes se manifesta por pesadelos e desamparo. Algumas pessoas com TEPT experimentam ***flashbacks*** ou recordações recorrentes e intrusivas do evento. Depressão e TEPT geralmente ocorrem juntas (Stevens et al., 2013).

O estresse traumático secundário é o trauma sofrido por uma pessoa por testemunhar o sofrimento de outras pessoas. É um componente da fadiga da compaixão e é comum em profissionais da saúde e socorristas. O estresse traumático secundário resulta em sintomas intrusivos em que a pessoa leva o estresse para casa, com pesadelos e ansiedade. As pessoas com essa condição começam a evitar as interações e a ter dificuldades para dormir e para se

relacionar com os amigos ou com a família.

A **crise** implica que a pessoa está diante de um ponto de virada na vida. Isso significa que as formas anteriores de enfrentamento não são eficazes e ela deve mudá-las. Existem três tipos de crises: (a) **crises de desenvolvimento** ou maturacionais, (b) **crises situacionais** e (c) desastres ou **crises adventícias** (Varcarolis, 2013). Um novo estágio de desenvolvimento, como o casamento ou o nascimento de um filho, requer novos estilos de enfrentamento. As crises de desenvolvimento ocorrem quando uma pessoa se move pelos estágios da vida. Fontes externas, como mudança de emprego, uma colisão de veículo motorizado ou doença grave, provocam crises situacionais. Um grande desastre natural, um desastre provocado pelo homem ou um crime de violência geralmente criam uma crise adventícia.

Os cuidados centrados no paciente oferecem um contexto para a intervenção na crise (Gillespie et al., 2013). A visão do indivíduo que passa por uma crise é o referencial para ele. As questões vitais para uma pessoa em crise são: "O que isso significa para você? Como afetará sua vida?" O que causa estresse extremo a uma pessoa nem sempre é estressante para outra. A percepção do evento, os apoios situacionais e os mecanismos de enfrentamento influenciam a volta ao equilíbrio. A pessoa cresce ou regride em consequência de uma crise, dependendo de como ela lida com a situação (Gillespie *et al.,* 2013; Varcarolis, 2013).

Base de conhecimento de enfermagem

As enfermeiras têm proposto teorias relacionadas com estresse e enfrentamento. Pelo papel central do estresse na vulnerabilidade à doença, os sintomas de estresse geralmente requerem intervenção de enfermagem.

Teoria de Enfermagem e o Papel do Estresse

Muitas teorias de enfermagem explicam e descrevem o estresse. Por exemplo, a explicação dos conceitos de estresse e da reação ao estresse são componentes do modelo Neuman Systems Model de Betty Neuman. O Neuman Systems Model usa uma abordagem de sistemas. Ele ajuda a enfermeira a compreender as respostas individuais dos pacientes aos estressores bem como as respostas das famílias e comunidades. Uma abordagem de sistemas explica que um estressor em um lugar no sistema afeta outras partes do sistema; um sistema é uma pessoa, família ou comunidade. Os eventos são multidimensionais e não são causados ou afetados por uma coisa apenas. Toda pessoa desenvolve uma série de respostas ao estresse que constituem a "linha normal de defesa" (Neuman e Fawcett, 2011), a qual mantém a saúde e o bem-estar. Influências fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento ou espirituais atenuam o estresse. O Neuman Systems Model de enfermagem vê o paciente, a família ou a comunidade como em constante mudança em resposta ao ambiente e aos estressores.

Por outro lado, o Health Promotion Model de Pender tem como foco promover a saúde e controlar o estresse (Pender et al., 2013). Nesse modelo, as pessoas desejam viver de maneiras que lhes permitam ser o mais saudáveis possível e capazes de avaliar suas próprias capacidades e qualidades. Intervenções como aumentar a atividade física, melhorar a dieta e a nutrição, bem como o uso de estratégias de controle do estresse ajudam o indivíduo a se tornar, e a permanecer, saudável.

Fatores que Influenciam o Estresse e o Enfrentamento

Os estressores e mecanismos potenciais de enfrentamento variam durante o ciclo de vida (p.ex., adolescência, vida adulta e idade avançada trazem diferentes estressores). A apreciação dos estressores, a quantidade e o tipo de apoio social, bem como as estratégias de enfrentamento, todos pesam quando se avalia o estresse e dependem das experiências anteriores da vida. Além disso, estressores situacionais e sociais colocam as pessoas que são vulneráveis em maior risco de estresse prolongado.

Fatores Situacionais

O estresse situacional surge de mudanças pessoais, de emprego ou na família. Os estressores relacionados com o trabalho incluem promoções, transferências, corte de funcionários e mudanças de supervisores e de responsabilidades. O estresse no trabalho manifesta-se como esgotamento (*burnout*) dos profissionais de saúde. O *burnout* é o segundo componente da fadiga da compaixão. É definida como uma condição crônica em que as demandas percebidas (p.ex., carga de trabalho, pacientes difíceis, equipamento insuficiente) excedem os recursos percebidos. É comum em ambientes de emergência, oncologia e de cuidados críticos, mas pode ocorrer em qualquer ambiente (Ianello e Balzarotti, 2014; Mealer et al., 2014). O *burnout* pode afetar a qualidade dos cuidados ao paciente. Outro estressor no local de trabalho de cuidados à saúde é a mudança de turnos, o que aumenta a fadiga. As estratégias de enfrentamento relacionadas com os turnos de trabalho variam com os indivíduos e suas situações. Algumas enfermeiras enfrentam com tranquilidade os turnos de trabalho pelo conhecimento de seus próprios ritmos circadianos. As pessoas que funcionam melhor de manhã têm mais dificuldade com o trabalho noturno e as mudanças de turnos (Lin et al., 2014).

Outras estratégias proativas de enfrentamento relacionadas com o trabalho, como o treinamento de resiliência para enfermeiras que trabalham com pacientes de trauma e em estado crítico, preparam as

enfermeiras para as situações críticas, proporcionam tempo para praticar as técnicas de controle de estresse e a lidar melhor com o estresse relacionado com o trabalho (Gillespie et al., 2013; Mealer et al., 2014).

As doenças crônicas como câncer, doença cardíaca, diabetes e depressão são exemplos de doenças produtoras de estresse. A incerteza associada ao tratamento e à doença desencadeia o estresse em pacientes de todas as idades. Os sobreviventes de câncer, que fizeram esforços ativos para controlar o estresse mudaram seus comportamentos físicos, psicossociais e de prevenção de saúde durante e após o tratamento de câncer (Parelkar et al., 2013). O pagamento do tratamento e o limitado acesso aos profissionais de saúde também geram estresse. Embora esteja associado ao estresse o fato de ser um cuidador familiar para um indivíduo com doença crônica como a doença de Alzheimer, as ações de competentes profissionais de saúde em geral ajudam a minimizar o estresse dos cuidadores (Cap. 10).

Fatores Maturacionais

Os estressores variam com o estágio da vida. As crianças identificam os estressores relacionados com a aparência física, famílias, amigos e escola. Os pré-adolescentes experimentam o estresse relacionado a problemas de autoestima, mudança de estrutura familiar como resultado de divórcio ou morte de um genitor ou hospitalizações. À medida que os adolescentes procuram pela identidade em grupos de companheiros e se separam de suas famílias, eles experimentam estresse. Além disso, eles enfrentam problemas estressantes sobre o uso de substâncias que alteram a mente, sexo, empregos, escola e escolhas de carreira. O estresse em adultos centra-se nas mudanças importantes em circunstâncias da vida. Essas mudanças incluem os muitos marcos de desenvolvimento, como começar uma família e uma carreira, perda dos pais, ver os filhos saírem de casa e aceitar o envelhecimento físico. Os estressores na idade avançada incluem a perda de autonomia e domínio resultante da fragilidade geral ou de problemas de saúde que limitam o vigor, a força e a cognição (Quadro

38-2).

Quadro 38-2

Foco em idosos

Compreendendo as Diferenças entre Estresse e Enfrentamento em Idosos

- Aborrecimentos corriqueiros da vida diária são uma fonte de estresse; os idosos têm mais dificuldade com a manutenção da casa e da saúde que os jovens.
- Os idosos usam formas de enfrentamento mais passivas, intrapessoais, focadas na emoção, como distanciamento, humor, aceitação da responsabilidade e reavaliando o estressor de maneira positiva.
- As experiências da vida e perspectivas dos idosos fazem com que a maioria dos problemas pareçam insignificantes, especialmente quando os idosos adquiriram técnicas apropriadas de controle do estresse (Rayens e Reed, 2014).
- O enfrentamento dos idosos melhora com base na experiência anterior de enfrentamento de situações traumáticas (Yancura e Aldwin, 2008).
- O enfrentamento comprometido afeta mais a saúde dos idosos que dos adultos jovens (Rayens e Reed, 2014).
- Por causa da alta incidência de depressão em idosos, a enfermeira precisa avaliar os pensamentos e as intenções suicidas.
- Quando parceiros conjugais estão presentes, o estresse percebido por um membro tem um efeito maior sobre o outro membro do que ocorreria com adultos jovens e de meia-idade (Rayens e Reed, 2014).
- Diferencie os sinais de estresse e crise dos sinais de demência e confusão aguda em idosos.

Fatores Socioculturais

Os estressores ambientais e sociais geralmente levam a problemas de desenvolvimento. Os estressores potenciais que afetam qualquer grupo etário, mas que são especialmente estressantes para os jovens, incluem a pobreza prolongada e a deficiência física. As crianças se tornam vulneráveis quando perdem os pais e os cuidadores por meio de divórcio, prisão ou morte, ou quando os pais têm doença mental ou transtornos por abuso de substância. Viver sob condições de violência contínua, vizinhanças desintegradas ou falta de moradia afeta as pessoas de qualquer idade, especialmente os jovens (Pender et al., 2013).

A cultura da pessoa também influencia o estresse e o enfrentamento. As variações culturais produzem estresse, particularmente se os valores do indivíduo forem diferentes daqueles da cultura dominante nos aspectos de papéis de gênero, relacionamentos familiares e crenças religiosas (Giger, 2012). Outros aspectos das variações culturais começam com diferença de linguagem, localização geográfica, relacionamentos familiares, orientação temporal, acesso a programas de saúde e disparidades nos cuidados à saúde (Quadro 38-3).

Quadro 38-3

Aspectos culturais do cuidado

Variações Culturais na Apreciação do Estresse e Estratégias de Enfrentamento

A cultura do paciente define o que é estressante para a pessoa e maneiras de enfrentar o estresse (Giger, 2012). O contexto cultural molda os tipos de situações que produzem estresse. A cultura afeta o modo como a pessoa sai da casa paterna, experimenta crises de saúde ou a doença crônica, cuida da família ou se torna deficiente ou dependente. Além disso, a maneira de apreciar o estresse da pessoa também depende de sua cultura. O que é percebido como

um importante estressor em uma cultura pode ser visto como um problema menor em outra. Por exemplo, as culturas podem abordar as transições do desenvolvimento e os pontos de virada na vida de maneira diferente.

As estratégias de enfrentamento também são influenciadas pela formação cultural do indivíduo. As culturas apresentam variação em suas estratégias de enfrentamento focadas na emoção e no problema. Alguns enfatizam que as emoções devem ser controladas, enquanto outros acreditam na expressão da emoção. As culturas fornecem diferentes recursos para enfrentar o estresse (Giger, 2012). Estes incluem o sistema legal para resolução de conflito, conselheiros ou grupos de apoio e rituais.

Implicações para os Cuidados Centrados no Paciente

- Perceber que os estressores e os estilos de enfrentamento variam nas diferentes culturas.
- Refletir sobre as próprias percepções de estresse e enfrentamento em um contexto cultural.
- Avaliar a influência da cultura de apreciação do estresse sobre o paciente.
- Identificar a presença de práticas culturais individualizadas relacionadas com o controle do estresse.
- Determinar os recursos na cultura de um paciente que facilitem o enfrentamento.

Pensamento crítico

Ao cuidar de um paciente sob estresse, use habilidades de pensamento crítico para compreender seu estressor e a resposta ao estresse. Integre o conhecimento de enfermagem e outras disciplinas, experiências anteriores e informações reunidas dos pacientes a entender o estresse e seu impacto sobre o paciente e a família. Saiba quais são as alterações neurofisiológicas que ocorrem no paciente que experimenta a reação de alarme, o estágio de resistência e o estágio de exaustão da SAG. Além disso, saiba quais são os princípios de comunicação que contribuem para avaliar os comportamentos do paciente. Dê a maior atenção a fim de determinar a percepção do paciente sobre a situação e sua capacidade de enfrentar o estresse. Se as habilidades usuais de enfrentamento do paciente não ajudaram ou seus sistemas de apoio falharam, use o aconselhamento da intervenção na crise.

A experiência ensina a enfermeira a compreender a perspectiva única do paciente e a ver cada pessoa como um indivíduo, reconhecendo que não existem duas pessoas exatamente iguais. A experiência com os pacientes também ajuda a identificar as respostas ao estresse. Além disso, as experiências pessoais com o estresse e o enfrentamento aumentam a capacidade da enfermeira em mostrar empatia a um paciente temporariamente imobilizado pelo estresse.

Seja confiante na crença de que você e seus pacientes podem lidar efetivamente com o estresse. Os pacientes que se sentem sobrecarregados e percebem os eventos como acima de sua capacidade de enfrentar confiam em você como uma especialista. Eles respeitam seu parecer e conselho, adquirindo confiança com sua crença na capacidade que eles têm de superar o evento ou doença estressante. Os pacientes sobrecarregados pelos eventos da vida geralmente são incapazes, ao menos inicialmente, de agir em seu próprio benefício e necessitam de intervenção direta ou orientação. Integridade é uma atitude essencial pela qual a enfermeira respeita a percepção do paciente sobre o estressor. Ela deve se esforçar para que

o paciente explique seu ponto de vista e situação únicos.

Os padrões da prática de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental (ANA, 2014) guiam a avaliação do estresse, dos mecanismos de enfrentamento e do sistema de apoio de um paciente antes da intervenção. Use habilidades linguísticas e comunicação culturalmente eficazes para entender com clareza e precisão a percepção de estresse do paciente. Concentre-se em fatores relevantes para o bem-estar do paciente. Além disso, ele espera que a enfermeira mostre confiança e integridade quando ele se sente vulnerável. Esteja especialmente ciente da responsabilidade ética em cuidar de uma pessoa com autonomia diminuída em consequência de estresse.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico em seus cuidados aos pacientes. O processo de enfermagem proporciona uma abordagem de tomada de decisões clínicas para que a enfermeira desenvolva e implemente um plano de cuidados de enfermagem individualizados.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de histórico de enfermagem avalie completamente cada paciente e analise de maneira crítica os achados para assegurar que você tome decisões clínicas centradas no paciente necessárias para cuidados de enfermagem seguros.

Pelos Olhos do Paciente

A coleta de dados sobre o nível de estresse e recursos de enfrentamento do paciente requer que primeiramente seja estabelecido um relacionamento de confiança enfermeira–paciente, porque você está pedindo que o paciente compartilhe informações pessoais e sensíveis. Aprenda com o paciente tanto ao fazer perguntas quanto observações sobre o comportamento não verbal e o ambiente dele. Sintetize as informações e adote uma atitude de pensamento crítico, observando e analisando ao mesmo tempo o comportamento do paciente (Fig. 38-3). Muitas vezes, o paciente tem dificuldade em expressar exatamente o que é mais incômodo sobre uma situação até que tenha a oportunidade de discuti-la com alguém com tempo para ouvi-lo.

Conhecimento

- Resposta básica ao estresse
- Fatores que influenciam o estresse
- Riscos fisiológicos, emocionais e comportamentais associados ao estressor
- Mecanismos básicos de defesa
- Influências culturais
- Princípios de comunicação

Experiência

- Cuidados aos pacientes cuja doença, estilo de vida, interações familiares e demandas pessoais/profissionais resultaram em estresse
- Experiência pessoal em lidar com situações estressantes

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Identificar estressores reais ou potenciais
- Identificar a apreciação do estressor pelo paciente
- Obter dados referentes à experiência anterior do paciente referente ao estresse
- Determinar o impacto da doença no estilo de vida do paciente

Padrões

- Aplicar os padrões intelectuais de completude, relevância, precisão e acurácia ao avaliar a resposta do paciente ao estressor
- Aplicar os padrões ANA Standards of Care for Psychiatric Mental Health Nursing Practice (2014) usando habilidades de comunicação linguística e culturalmente eficazes e histórico de enfermagem abrangente

Atitudes

- Exibir confiança de que o estresse será controlado
- Abordar o histórico de enfermagem com clareza e integridade para coletar dados de maneira imparcial e conduzir de tal forma que as informações do paciente permaneçam confidenciais

FIGURA 38-3 Modelo de pensamento crítico para estresse e histórico de enfermagem do enfrentamento. ANA, American Nurses Association.

Inicie sua avaliação com uma pergunta aberta, como "O que está acontecendo em sua vida que o fez vir aqui hoje?" ou "O que aconteceu de *diferente* em sua vida?" Isso requer algum foco por parte do paciente. Em seguida, avalie a percepção que ele tem do evento, os apoios situacionais disponíveis e o que geralmente ele faz diante de um problema insolúvel. Determine se a pessoa é suicida ou homicida fazendo-lhe uma pergunta direta. Por exemplo, indague: "Você está pensando em se machucar ou em machucar outra pessoa?" Em caso positivo, determine de maneira afetuosa e preocupada se o paciente tem algum plano e a letalidade dos meios que ele empregaria.

Reserve algum tempo para compreender qual é o significado do evento precipitante para o paciente e de que maneira o estresse está afetando sua vida. Dê-lhe tempo de expressar suas prioridades em enfrentar o estresse. Por exemplo, no caso de uma mulher que acaba de ser informada que foi identificado um nódulo na mama, em mamografia de rotina, é importante saber o que a paciente deseja e o que mais necessita da enfermeira. Embora algumas mulheres nessa situação identifiquem sua necessidade de informações sobre biópsia ou mastectomia como sua prioridade pessoal, outras precisam de orientação e apoio na discussão de como compartilhar a notícia com os membros da família. Em alguns casos, quando nada vai mudar ou melhorar a situação, é útil deixar que o paciente use a negação como um mecanismo de enfrentamento. Obter a compreensão das expectativas de um paciente não significa excluir certos tipos de cuidados importantes simplesmente porque o paciente não os identifica como necessidades. No entanto, ao indagar ao paciente sobre expectativas e prioridades, você será mais capaz de assegurar que, de alguma forma, abordou todas as necessidades dele.

O estresse também ocorre em uma família ou comunidade. O estresse em uma família algumas vezes vem de um membro da família doente em estado crítico ou da perda repentina de um emprego, uma mudança ou de ficar sem moradia. Um exemplo de

estresse na comunidade é um desastre natural, por exemplo uma grande inundação, a morte inesperada de um professor querido ou de um adolescente. Para desenvolver cuidados de enfermagem apropriados e seguros ao cuidar de famílias ou comunidades, a enfermeira deve assegurar que compreende o significado do estresse para esse grupo.

Achados Subjetivos

Ao avaliar o nível de estresse e os recursos de enfrentamento do paciente, crie um ambiente físico não ameaçador. Assuma a mesma altura do paciente, organizando o ambiente da entrevista de tal forma que você possa manter ou evitar o contato ocular confortavelmente. Isso é feito colocando-se as cadeiras a um ângulo de 90 graus, ou lado a lado, para reduzir a intensidade da interação (Varcarolis, 2013). Reúna informações sobre o estado de saúde do paciente segundo a perspectiva dele e inicie o processo de desenvolvimento de um relacionamento de confiança. Use a entrevista para determinar não apenas a visão do paciente sobre o estresse, os recursos de enfrentamento, um possível enfrentamento mal adaptativo, mas também a adesão dele às recomendações médicas prescritas como medicamento ou dieta (Quadro 38-4). Se o paciente estiver fazendo uso da negação como um mecanismo de enfrentamento, fique alerta a qualquer omissão de informação necessária por parte dele. Como em todas as interações com o paciente, respeite a confidencialidade e sensibilidade das informações compartilhadas.

Quadro 38-4 Questões de Coleta de Dados de Enfermagem

Segurança do Paciente

- Você tem algum pensamento de causar dano a si mesmo ou a outros?
- Você tem alguma dificuldade para dormir? Adormece? Fica

desperto?

- Há alguma alteração nos padrões alimentares?
- Você sofreu algum acidente doméstico, no carro, na escola ou no trabalho?

Percepção do Estressor

- O que você acredita que esteja lhe causando estresse neste momento?
- Qual é o impacto do estressor sobre seu estilo de vida?
- Como este estressor o impacta neste momento? Como o impactará no futuro?

Recursos de Enfrentamento Disponíveis

- Quais estratégias você usou no passado para lidar com o estresse?
- Você pode confiar nos amigos ou na família?
- O que é relaxante para você?

Enfrentamento Mal-adaptivo Usado

- Você começou a beber ou fumar?
- Você usa algum medicamento de venda livre ou fitoterápico?
- Você usa alguma droga de rua?

Adesão a Práticas Saudáveis

- Há quanto tempo você não consulta um profissional de saúde?
- Qual é o seu exercício-padrão?
- Que tipo de refeições você consome? Suas refeições são regulares?
- Você está tomando seus medicamentos conforme prescrição?

Achados Objetivos

Obtenha achados objetivos relacionados a estresse e enfrentamento observando a aparência e o comportamento não verbal do paciente. Observe a arrumação pessoal e higiene do paciente, a marcha, as

características do aperto de mão e ações enquanto ele está sentado, a qualidade da fala, o contato ocular e a atitude dele durante a entrevista. Antes do início da entrevista ou ao seu término, dependendo do nível de ansiedade do paciente, obtenha os sinais vitais básicos para avaliar quanto a sinais fisiológicos de estresse como pressão sanguínea, frequências cardíaca ou respiratória elevadas. Certifique-se de incorporar componentes culturais de interpretação aos comportamentos de comunicação não verbal do paciente.

Diagnóstico de Enfermagem

A revisão dos dados do histórico de enfermagem leva à reunião daqueles dados que indicam um estressor potencial ou real e a resposta do paciente. A reunião de dados, juntamente com a aplicação do conhecimento e experiência da enfermeira com os pacientes sob estresse, leva a diagnósticos de enfermagem individualizados (Quadro 38-5).

Quadro 38-5

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Enfrentamento Ineficaz

Atividades de Enfrentamento

Perguntar ao paciente sobre os seus padrões de sono.
Pedir ao paciente para completar um diário de sono por duas 2 semanas.
Observar o comportamento e a resposta do paciente às perguntas durante a coleta de dados.
Observar a aparência do paciente.
Pergunte ao paciente sobre alterações dos padrões alimentares.

Características Definidoras

Transtorno do sono

Dificuldade em adormecer
Suspiros
Sono excessivo
Mau sono
Fadiga
Incapacidade de se concentrar
Resposta imprecisa às perguntas
Riso ou choro inadequados
Mal arrumado
Ausência de contato ocular
Perda ou ganho de peso
Falta de interesse pelos alimentos

Os diagnósticos de enfermagem para pacientes sob estresse quase sempre têm como foco o enfrentamento. Especificamente, as principais características definidoras de *Enfrentamento Ineficaz* incluem verbalização de incapacidade de enfrentar e de pedir ajuda. Para identificar as características definidoras, indague ao paciente o que mais o preocupa no momento da entrevista. É importante dar a ele tempo suficiente para responder. Observe, para detectar sinais não verbais de ansiedade, medo, raiva, irritabilidade e tensão em um paciente que experimenta um enfrentamento ineficaz. Outras características definidoras incluem a presença de estresse na vida, incapacidade de atender às expectativas de papel e às necessidades básicas, alteração da participação na sociedade, comportamento autodestrutivo, mudança dos padrões habituais de comunicação, alta taxa de acidentes, excessiva ingestão alimentar, bebida, tabagismo e transtornos do sono. Em geral, o estresse ou a falha do enfrentamento resultam em múltiplos diagnósticos de enfermagem. Os exemplos desses diagnósticos incluem o seguinte (mas não se limitam a isto):

- *Ansiedade*
- *Negação*
- *Medo*
- *Enfrentamento Ineficaz*
- *Impotência*

- *Risco de Síndrome Pós-trauma*
- *Baixa Autoestima Situacional*
- *Sobrecarga do Estresse*

Planejamento de Enfermagem

Objetivos e Resultados

Os objetivos desejáveis para as pessoas sob estresse na maioria das vezes incluem enfrentamento eficaz, enfrentamento familiar e saúde emocional do cuidador. Podem-se incluir nos exemplos de resultados o seguinte: participação do paciente em um grupo de apoio, os membros da família são capazes de discutir juntos a perda, o cuidador participa dos cuidados de descanso. A enfermeira geralmente seleciona intervenções para o estresse e melhora do enfrentamento, aumentando o enfrentamento e a intervenção na crise por exemplo, além de intervenções individualizadas após considerar o diagnóstico de enfermagem, os recursos disponíveis e os objetivos identificados por ela e pelo paciente (Fig. 38-4).

Conhecimento

- Papel dos recursos da comunidade em auxiliar a adaptação do paciente/ família
- Papel dos profissionais de saúde no controle do estresse
- Impacto de dieta, exercício, medicamento e outros indicadores de promoção de saúde no controle do estresse
- Habilidades de intervenção na crise

Experiência

- Respostas anteriores do paciente ao planejamento de enfermagem
- Experiência anterior em parceira com o paciente no estabelecimento de metas

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecionar intervenções de enfermagem para promover adaptação ao estresse
- Consultar profissionais de saúde mental
- Envolver o paciente e a família
- Identificar recursos da comunidade acessíveis ao paciente

Padrões

- Individualizar as intervenções para atender às necessidades do paciente
- Aplicar o código ANA de ética protegendo o direito do paciente à privacidade e autonomia na seleção das intervenções
- Aplicar os padrões ANA Standards of Care for Psychiatric Mental Health Nursing Practice desenvolvendo um plano negociado entre o paciente, a enfermeira, a família e a equipe de saúde e prescrevendo intervenções baseadas em evidências

Atitudes

- Mostrar integridade ao criar intervenções para o estilo de vida do paciente
- Agir independentemente para procurar recursos que possam beneficiar o paciente
- Expressar confiança de que o estresse pode ser controlado

FIGURA 38-4 Modelo de pensamento crítico para planejamento de enfermagem para o estresse e o enfrentamento. ANA, American Enfermeiras Association.

As intervenções de enfermagem são planejadas no âmbito das prevenções primária, secundária e terciária. Em nível de prevenção primária, a enfermeira direciona as atividades de enfermagem no sentido de identificar indivíduos e populações que possam estar em risco de estresse. As intervenções de enfermagem em nível secundário incluem as ações direcionadas aos sintomas como proteger o paciente contra automutilação. As intervenções em nível terciário ajudam o paciente a se readaptar e podem incluir treinamento de relaxamento e treinamento de gerenciamento do tempo. A enfermeira e o paciente avaliam o nível e a fonte do estresse existente e determinam os pontos apropriados da intervenção para sua redução (Pender et al., 2013) (Plano de Cuidado de Enfermagem).

Uma ferramenta para planejar os cuidados é o mapa conceitual (Fig. 38-5). Os mapas conceituais identificam múltiplos diagnósticos de enfermagem provenientes do banco de dados da avaliação e mostram de que modo esses diagnósticos estão relacionados. Nesse exemplo, os diagnósticos de enfermagem estão ligados ao diagnóstico médico de depressão do paciente. Além disso, o mapa de conceitos mostra o relacionamento entre os diagnósticos de enfermagem *Nutrição Não Balanceada: Abaixo das Necessidades Corporais*, *Enfrentamento Ineficaz*, *Ansiedade e Impotência*. O uso de um mapa de conceitos requer habilidades de pensamento crítico para organizar os dados coletados e ajudar a planejar cuidados centrados no paciente.

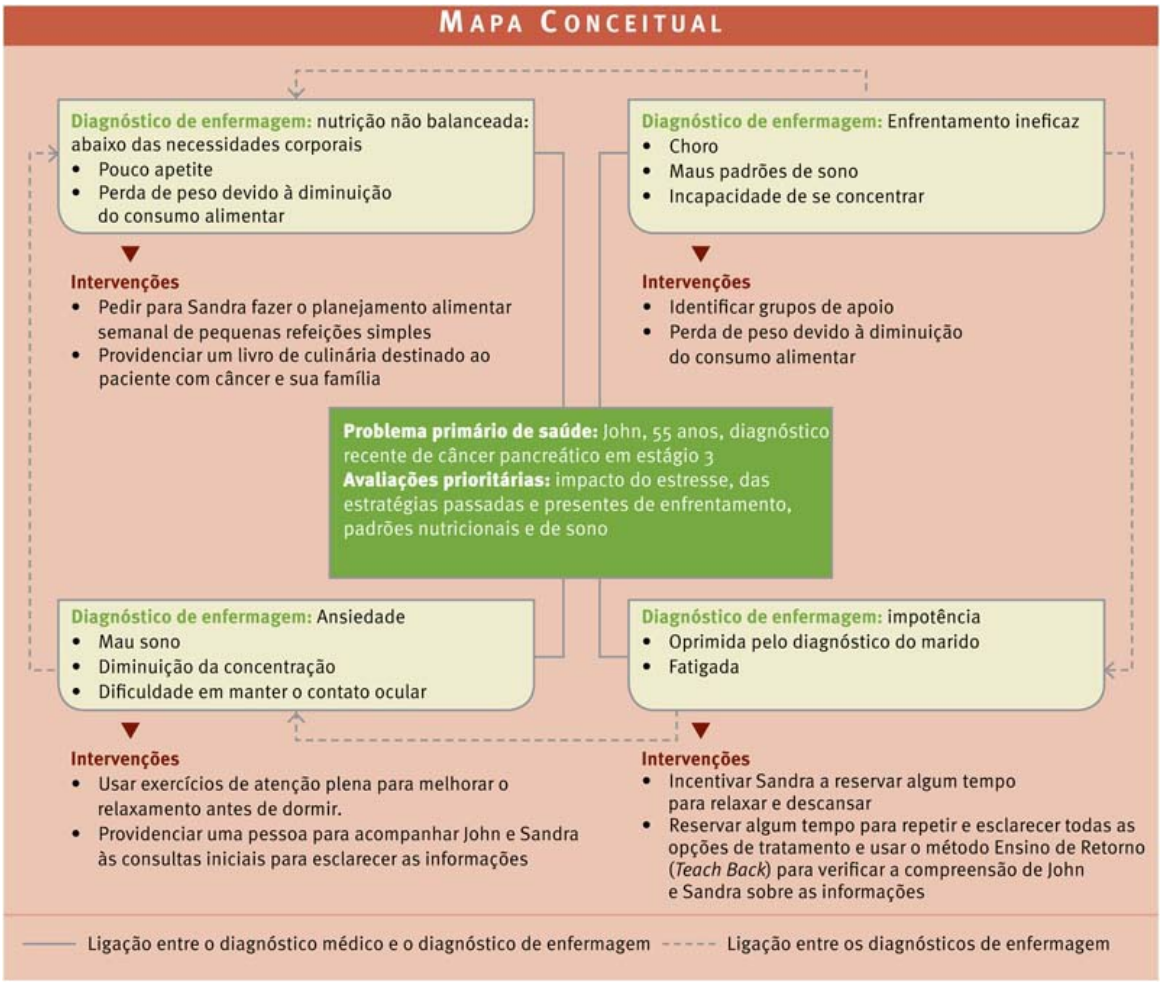


FIGURA 38-5 Mapa Conceitual para Sandra.

Assim como a avaliação de enfermagem sobre estresse e enfrentamento depende da percepção do paciente sobre o seu problema e dos recursos de enfrentamento, as intervenções focam a parceria com o paciente e com o sistema de apoio, geralmente a família. No caso de um estressor familiar ou comunitário e do enfrentamento prejudicado da família ou da comunidade, a visão da situação e dos recursos é mais ampla.

Definir Prioridades

Considere a perspectiva e as respostas do paciente às perguntas do histórico de enfermagem quando estabelecer prioridades dos cuidados (Planejamento de Cuidado de Enfermagem). A condição

física e a percepção dos estressores pelo paciente e membros da família determinam qual diagnóstico de enfermagem tem mais prioridade. Como em todas as áreas de enfermagem, a segurança do paciente e de outros indivíduos em seu ambiente é a prioridade.

Se o suicídio ou homicídio não forem o problema, examine outras ameaças potenciais à segurança de pessoas vulneráveis que estejam sob os cuidados do paciente. Providencie cuidados temporários ou supervisão, se necessário. Outras ameaças potenciais à segurança incluem deficiências nutricionais; insônia; autocuidados deficientes e mau julgamento e impulsividade que podem levar a decisões inseguras sobre sexo, drogas, dinheiro ou prejudicar os relacionamentos pessoais, das quais o paciente poderá se lamentar posteriormente. Determine o grau de interrupção do trabalho, escola, lar e família na vida da pessoa. Depois de concluído o histórico de enfermagem imediato e garantida a segurança, inicie o processo de solução de problemas.

Equipe de Trabalho e Colaboração

Algumas vezes, a prática de enfermagem isoladamente não atende a todas as necessidades do paciente e da família. Para planejar com eficácia o cuidado individualizado, colabore com terapeutas ocupacionais, nutricionistas, profissionais de cuidados pastorais e profissionais da saúde de outras especialidades clínicas, dependendo da situação do paciente.

Pacientes que experimentam o estresse decorrente de condições médicas ou transtornos psiquiátricos apresentam necessidades que requerem que a enfermeira consulte enfermeiras de prática mental avançada, psiquiatras, psicólogos ou assistentes sociais psiquiátricos. A abordagem interprofissional trata das necessidades holísticas do paciente. Identifique a necessidade de colaboração e consulta; informe o paciente sobre os recursos potenciais; e faça arranjos para intervenções como consultas, sessões em grupo ou terapia, se necessário. Uma assistente social do hospital compartilha ideias sobre os recursos disponíveis no hospital e na comunidade. Uma enfermeira de cuidados domiciliares conhece os serviços comunitários, grupos e

contatos apropriados.

Além de maximizar o uso dos recursos disponíveis para o paciente, os cuidados colaborativos também beneficiam a enfermeira. Ao trabalhar com pacientes sob estresse, a enfermeira adquire uma ampla compreensão de um grande número de disciplinas de saúde. O trabalho se torna mais satisfatório. Os contatos com outros membros da equipe interprofissional e com a comunidade promovem a sensação de contribuir com a equipe de trabalho para prestar cuidados holísticos.

◆ Implementação

Promoção de Saúde

Três formas primárias de intervenção para o estresse são reduzir as situações produtoras de estresse, aumentar a resistência ao estresse e aprender habilidades que reduzam a resposta fisiológica ao estresse (Pender et al., 2013). Oriente os pacientes e as famílias sobre a importância da promoção de saúde (Quadro 38-6).

Quadro 38-6

Educação em saúde do paciente

Controle do Estresse

Objetivo

- O paciente vai relatar menos ansiedade, depressão e relacionadas com problemas crônicos de saúde.

Ensinando Estratégias

- Familiarizar o paciente com terapias de mente–corpo que provavelmente lhe serão benéficas. Encaminhe-o a um grupo ou profissional especializado quando necessário (Gillespie e Gates, 2013; Okonta, 2012; Parelkar et al., 2013):

- Meditação
- Relaxamento muscular progressivo
- Imaginação guiada
- Hipnose
- Ioga
- *Tai Chi*

- Ensine o paciente a incorporar 15 a 30 minutos de exercícios às atividades diárias (Doron et al., 2014).
- Instrua o paciente a identificar e a usar técnicas de relaxamento como:
  - Ouvir as músicas que ele gosta.
  - Manter um diário sobre seus pensamentos e sentimentos.
  - Substituir atividades demoradas e desnecessárias por atividades agradáveis ou interessantes.

Avaliação de Enfermagem

- Use a técnica Ensino de Retorno (*Teach Back*) para pedir que o paciente explique como as técnicas de redução de estresse o ajudam no enfrentamento.
- Peça ao paciente para relatar os efeitos de terapia(s) alternativa(s) sobre a ansiedade, o sono e o estilo de vida.
- Observe o paciente quanto a sinais de estresse.

Plano de cuidado de enfermagem

Enfrentamento Ineficaz

Historico de enfermagem

Sandra e John estão casados há apenas 3 anos; ambos têm 55 anos. Este é um casamento tardio para ambos; nenhum dos dois foi casado anteriormente. Ambos trabalham e planejam aposentar-se aos 66 anos. No mês passado, John foi diagnosticado com câncer pancreático em estágio 3. Atualmente, John e Sandra estão na fase inicial das opções de tratamento. Neste momento, ambos estão

trabalhando. Hoje, eles estão no Centro de Câncer para decidir sobre algumas opções de tratamento. Ao cumprimentar o casal, a enfermeira nota que ambos parecem cansados, Sandra está despenteada, e John está barbeado e bem arrumado. Ele diz que está preocupado com Sandra que parece "simplesmente desgastada" e teme que ela não seja capaz de ajudá-lo durante essa crise médica.

Atividades do Histórico de Enfermagem	**Achados/Características Definidoras***
Pergunte a Sandra como ela se sente em relação ao diagnóstico de John.	Sandra diz: **"É tanta coisa. Acho que sou inadequada e estou sobrecarregada. Nem sei como me sinto. Só sei que me sinto muito sozinha."**
Pergunte a Sandra o que ela lembra sobre as opções de tratamento de John.	Ela diz: "Eu realmente **não me lembro de nada**, a não ser do câncer pancreático em estágio 3. Acessei a internet e então soube que este é um mau câncer.
Pergunte a John e Sandra sobre amigos e parentes que lhes dão apoio.	Ambos não passam de crianças e **não têm outra família**; eles mudaram para o Noroeste há 1 ano por causa de um novo emprego. Ambos trabalham na mesma empresa, mas dizem que têm **poucos amigos íntimos**.
Peça a Sandra para identificar pessoas que ela possa procurar para lhe dar apoio.	Sandra **soluça** e **sente que no local não conta com ninguém para obter auxílio**. Eles são membros ativos de sua igreja. Em outra discussão, Sandra menciona uma amiga íntima no Centro-Oeste.
Pergunte a Sandra sobre padrões de sono e nutrição.	Ela **não consegue dormir facilmente e acorda 3 a 4 vezes por noite**.
	Diz: "Tenho **pouco** apetite; **não tenho fome. Acho que perdi peso, porque minhas roupas estão largas, mas não sei**."
Avalie o humor e o afeto de Sandra perguntando como ela está se sentindo.	Ela diz: **"Sinto-me muito cansada. Tudo parece opressivo."**

* As **características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Enfrentamento ineficaz relacionado a apoio social insuficiente

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	**Resultados Esperados (NOC)†**
	Apoio Social

Sandra obterá apoio da comunidade em 1 mês.	Sandra identifica pelo menos uma pessoa em sua comunidade que pode ajudar a apoiá-la nessa crise. Sandra participa semanalmente do grupo de apoio local.
	Interrupção do Estilo de Vida do Cuidador
Sandra obterá um estilo de vida mais equilibrado em 1 mês.	Sandra relata que consome duas refeições ao dia e melhorou o sono em 1 mês. Ela desenvolve uma rotina balanceada que incorpora tempo para o próprio repouso ou relaxamento dentro de 1 semana.

† Legendas de classificação de resultados de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	*JUSTIFICATIVA*
Aumento do Sistema de Apoio	
Identifique sistemas de apoio ao câncer na comunidade para os pacientes e a família de Sandra e John.	Os sistemas de apoio para o paciente e a família são uma intervenção eficaz para enfrentar o estresse de um diagnóstico de câncer e para terapias relacionadas e tomada de decisão (Parelkar et al., 2013).
Ajude Sandra a identificar uma pessoa que esteja disposta a vir até o casal para as primeiras consultas referentes à decisão de tratamento e ao tratamento real.	Contar com outra pessoa para ouvir algumas das opções de tratamento e procedimentos de tratamento proporciona oportunidades para esclarecer a discussão. Nos momentos de grande estresse, o paciente e a família podem não prestar atenção completamente ao material fornecido pelos profissionais de saúde (Doron et al., 2014).
Explore recursos na comunidade para um grupo de educação no curto prazo para Sandra e John referente às ferramentas de autocuidados a fim de reduzir o estresse.	Grupos de educação ajudam os cuidadores a desenvolver ferramentas de autocuidados para reduzir o estresse, mudar o diálogo interno negativo, a comunicar-se com mais eficácia e a tomar decisões difíceis (Oken et al., 2010).
Eduque Sandra e John sobre estratégias de meditação com atenção plena.	A meditação com atenção plena, uma forma de terapia cognitiva, reduz o estresse relacionado com o diagnóstico e tratamento do câncer nos pacientes e nas famílias (Desiree et al., 2015; Lengacher et al., 2014).

‡ Legendas de classificação de intervenção de Bulechek GM et al: *Nursing interventions classification (NIC),* ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	**Resposta do Paciente /Achados**	**Obtenção do Resultado**
Pergunte a Sandra se sua fadiga e os níveis de estresse diminuíram.	Sandra identificou duas pessoas na comunidade de sua igreja. Uma é sobrevivente do câncer; a segunda é a esposa de um paciente com câncer	Sandra adormece em 10 minutos por 6 horas. Ela também repousa por um período de 30 minutos

	atualmente em tratamento.	durante o dia.
Peça que Sandra e John descrevam as modificações que fizeram em sua rotina diária.	Ambos usam a meditação com atenção plena várias vezes por semana, e ambos dizem que estão se sentindo muito mais relaxados.	A meditação está reduzindo o estresse e permitindo que Sandra e John se concentrem na decisão sobre o tratamento.
Pergunte a Sandra se ela participou de um grupo de apoio.	Sandra relata que participou de duas sessões.	Sandra aceita o apoio da comunidade.

Exercício e Repouso Regulares

Um programa de exercícios regulares melhora o tônus e a postura musculares, controla o peso, reduz a tensão e promove o relaxamento. Além disso, o exercício reduz o risco de doença cardiovascular e melhora o funcionamento cardiopulmonar. Os pacientes com história de doença crônica, que estão em risco de desenvolver uma doença ou têm mais de 35 anos só devem iniciar um programa de exercícios físicos após discutir o plano com um profissional de saúde (Fig. 38-6).

FIGURA 38-6 O exercício regular ajuda a enfrentar o estresse. (Cortesia de Rudolph A. Furtado.)

O repouso e o sono regulares também são eficazes em reduzir o estresse e a fadiga relacionada. Quando estão presentes situações estressantes, incentive os pacientes e os membros da família a estabelecer rotinas de horário de dormir e de sono, e a tentarem aderir a um programa de horários (Cap. 43). Os pacientes e membros da família bem descansados estão aptos a controlar o estresse, solucionar problemas e manter o senso de controle da situação (Akerstedt et al., 2014).

Sistemas de Apoio

Um sistema de apoio da família, os amigos e colegas que ouvem, oferecem conselhos e dão apoio emocional beneficiam o paciente que se encontra sob estresse (Doron et al., 2014). Muitos grupos de apoio estão disponíveis para os indivíduos (p.ex., os patrocinados pela

American Heart Association e American Cancer Society, hospitais e igrejas locais, bem como organizações de saúde mental). A pesquisa recente mostra que os sobreviventes do câncer que controlam com eficácia o estresse fazem modificações em seus comportamentos físico, psicossocial e de prevenção de saúde (Parelkar et al., 2013).

Gerenciamento do Tempo

As técnicas de gerenciamento do tempo incluem a criação de listas de tarefas prioritárias. Por exemplo, ajude os pacientes a listar as tarefas que requeiram atenção imediata, aquelas que sejam importantes e podem ser adiadas, e aquelas que são rotineiras e podem ser executadas quando houver tempo disponível. Em muitos casos, o estabelecimento de prioridades ajuda os indivíduos a identificar tarefas que não são necessárias ou podem ser delegadas a outros.

Imaginação e Imagens Guiadas

A imaginação guiada é baseada na crença de que uma pessoa reduz significativamente o estresse com a imaginação. É um estado relaxado em que uma pessoa usa ativamente a imaginação de tal forma que lhe permita a visualização de um ambiente calmo e relaxante. Tipicamente, a imagem criada ou sugerida usa muitas palavras sensoriais para envolver a mente e oferecer distração e relaxamento.

Terapias de Relaxamento Muscular Progressivo

Na presença de pensamentos e eventos provocadores de ansiedade, um sintoma fisiológico comum é a tensão muscular. Diminua a tensão fisiológica por meio de uma abordagem sistemática à liberação da tensão em grupos musculares importantes. Tipicamente, um indivíduo alcança um estado relaxado por meio de respiração profunda. Depois que o paciente estiver respirando profundamente, direcione-o a contrair e relaxar os músculos alternadamente em grupos específicos. Outros exercícios de relaxamento controlado, como a ioga, são eficazes na regulação das respostas ao estresse e redução da pressão sanguínea (Doron et al., 2014; Okonta, 2012).

Treinamento de Assertividade

A assertividade inclui habilidades para auxiliar os indivíduos a se comunicar com eficiência em relação a suas necessidades e desejos. A capacidade de resolver conflitos com os outros por meio do treinamento de assertividade é importante para reduzir o estresse. Ensinar assertividade em um ambiente de grupo aumenta os benefícios da experiência.

Escrever um Diário

Para muitas pessoas, manter um diário pessoal, particular proporciona uma saída terapêutica para o estresse. A enfermeira pode sugerir que os pacientes façam diários, especialmente durante situações difíceis. Em um diário particular, os pacientes podem expressar uma ampla gama de emoções e desabafar seus sentimentos honestamente sem ferir os sentimentos de ninguém e sem a preocupação de como parecem aos outros.

Redução do Estresse com Base na Atenção Plena

A **atenção plena** é a consciência presente, momento a momento, com uma atitude sem julgamento, aceitação e franqueza (Lengacher et al., 2014). Práticas meditativas para redução do estresse com base na atenção plena (REBAP) são eficazes para a redução de sintomas ou percepções psicológicas e físicas. São eficazes em controlar o estresse e os sintomas em certas condições crônicas (Quadro 38-7). Por meio de exercícios de atenção plena, as pessoas aprendem a autorregular a consciência e a atenção para o sentimento e a implementar mudanças eficazes. Os pacientes usam exercícios cognitivos e experiências subjetivas para processar imagens ou sentimentos (Desiree et al., 2015). Esses sentimentos são então avaliados como agradáveis ou desagradáveis e o paciente aprende estratégias para aumentar as experiências agradáveis e substituem as experiências desagradáveis. Por meio de REBAP, os pacientes podem controlar sua resposta de estresse às doenças e aos tratamentos; os que são empregados podem controlar o estresse relacionado com o trabalho; e os estudantes podem aprender a controlar a ansiedade do estresse.

Quadro 38-7

Prática baseada em evidências

Impacto das Terapias de Meditação sobre Estressores Relacionados com a Doença

Questão PICO: O uso de treinamento meditativo, como ioga e redução do estresse baseada em atenção plena (REBAP) ajudam a reduzir os estressores relacionados com a doença?

Resumo de Evidências

O estresse prolongado e recorrente está associado a múltiplos resultados psicológicos e de saúde. A capacidade de enfrentamento desses estressores pela pessoa impacta sua saúde física e psicológica (Doron et al., 2014). Estratégias proativas de enfrentamento, como o exercício, o repouso, a boa nutrição, sistemas de apoio, meditação e atividade de relaxamento, demonstram maior tolerância ao estresse quando estressores estão presentes (Gillespie e Gates, 2013; Doron et al., 2014).

Além disso, as estratégias de enfrentamento ajudam no tratamento dos sintomas em certas doenças crônicas. Por exemplo, a ioga para hipertensão reduz a pressão sanguínea, a glicose sanguínea e os níveis de colesterol, além de ajudar no controle do peso (Doron et al., 2014; Okonta, 2012). Em sobreviventes do câncer de mama, a REBAP reduziu o medo da recorrência, o que melhorou o funcionamento físico, o que por sua vez reduziu o estresse e a ansiedade percebidos (Lengacher et al., 2014). Os pacientes com câncer de pulmão avançado e seus parceiros também se beneficiaram com a REBAP e reduziram seu estresse psicológico sobre a doença; os parceiros relataram diminuição na sobrecarga do cuidador (Desiree et al., 2015).

As terapias cognitivas como meditação e REBAP são importantes intervenções quando se lida com os estressores relacionados com a doença. Essas terapias são benéficas para o tratamento dos sintomas

e para o desconforto psicológico associado às condições crônicas. No entanto, é importante que a terapia de meditação seja individualizada para as necessidades do paciente, para a capacidade dele em aprender a terapia e para o tratamento concomitante.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Realize um histórico de enfermagem sobre as experiências do paciente e da família com o controle do estresse. Isso proporciona uma linha basal para as estratégias proativas que tenham funcionado no passado (Gillespie e Gates, 2013).
- Identifique a prontidão para iniciar terapias de meditação estruturadas, como ioga ou REBAP. Os pacientes devem estar prontos e dispostos a serem participantes ativos da terapia (Desiree et al., 2015).
- Avalie as práticas de estilo de vida atuais do paciente referentes a exercício, nutrição e atividades de relaxamento. Determine a percepção do paciente sobre essas atividades no controle do estresse (Doron et al., 2014).
- Reforce ao paciente e à família que essas técnicas de controle do estresse se somam ao seu tratamento atual, mas não o substituem.

Controle do Estresse no Local de Trabalho

Fatores de estresse como mudanças rápidas na tecnologia de cuidados à saúde, diversidade na força de trabalho, restruturação organizacional e mudanças nos sistemas de trabalho impõem estresse sobre os trabalhadores. O **esgotamento (*burnout*)** ocorre como resultado de estresse crônico. Em enfermagem, o *burnout* resulta quando as enfermeiras percebem que as demandas de seu trabalho excedem os recursos percebidos. Manifesta-se como exaustão emocional, precária tomada de decisões, perda do senso de identidade pessoal e sentimentos de fracasso.

É importante que as enfermeiras participem de práticas de autocuidados. Por exemplo, em ambientes de oncologia, elas

experimentam a fadiga da compaixão. Estratégias eficazes para a fadiga da compaixão e maneiras de ajudar enfermeiras a lidar com esse fenômeno estão disponíveis (Cap. 1). Outros ambientes clínicos como departamentos de cuidados críticos, trauma e emergência usam o treinamento de resiliência e o interrogatório clínico para controlar o estresse relacionado com o trabalho e reduzir o esgotamento (*burnout*) e a rotatividade dos funcionários de enfermagem (Ianello e Balzarotti, 2014; Mealer et al., 2014). O reconhecimento do impacto do trabalho em turnos e das mudanças de horários permite que alguns gerentes e enfermeiras usem técnicas de autoescala. Isso reduz o estresse relacionado com o trabalho e melhora a qualidade do sono, a colaboração e o trabalho em equipe (Lin et al., 2014).

A identificação das áreas sobre as quais a enfermeira tem o controle e pode alterar, assim como aquelas sobre as quais ela não tem responsabilidade, é uma observação vital. Fazer uma clara distinção entre o trabalho e a vida doméstica também é crucial. O fortalecimento das amizades fora do local de trabalho, a participação em atividades criativas para a "recarga" pessoal da energia emocional e passar as horas de folga em atividades interessantes, tudo isso ajuda a reduzir a fadiga da compaixão.

Cuidados Agudos

Intervenção na Crise

Quando o estresse sobrecarrega os mecanismos de enfrentamento usuais da pessoa e exige a mobilização de todos os recursos disponíveis, ele se torna uma crise. A crise cria um ponto de virada na vida da pessoa, porque de alguma forma ela muda a direção de sua vida. Em geral, o evento precipitante ocorre aproximadamente em 1 a 2 semanas antes de o indivíduo procurar ajuda, porém às vezes ocorreu nas últimas 24 horas. Geralmente, a pessoa resolve a crise de alguma maneira em cerca de 6 semanas. A intervenção na crise visa ao retorno da pessoa a um nível de funcionamento pré-crise e promove o crescimento (Fig. 38-7).

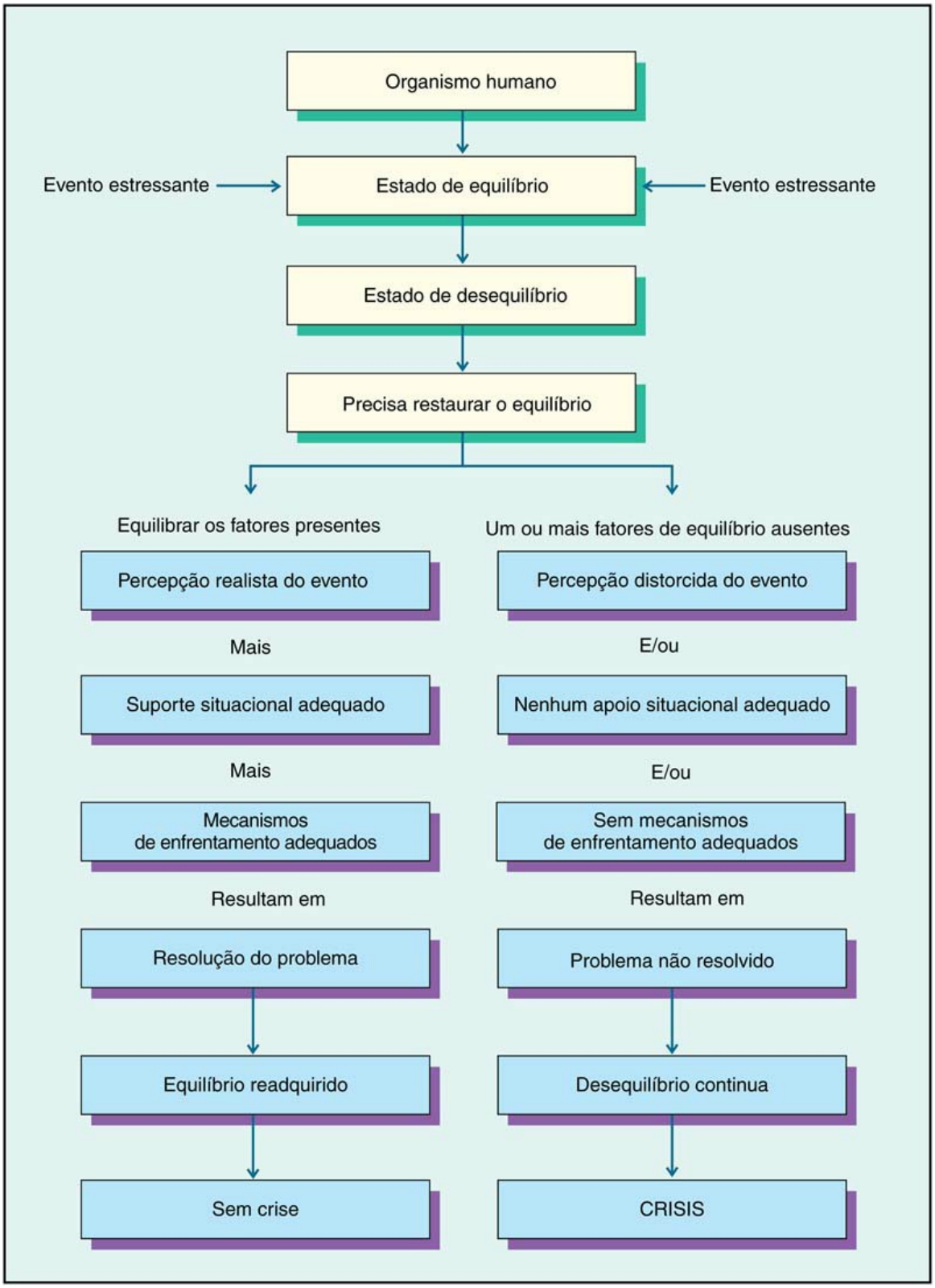


FIGURA 38-7 Modelo de intervenção na crise. (Redesenhado de Aguilera DC: *Crisis intervention: theory and methodology*, ed 8, St Louis, 1998, Mosby.)

Como as estratégias usuais de enfrentamento do indivíduo ou da família são ineficazes no tratamento do estresse do evento precipitante, é necessário usar novos mecanismos de enfrentamento. Essa experiência obriga à utilização de estratégias não familiares e resulta em maior consciência sobre os pontos fortes e recursos anteriormente não identificados ou na deterioração do funcionamento. Assim, na maioria das vezes, a crise é referida como uma situação de risco e oportunidade. Alguns indivíduos ou famílias emergem de um estado de crise funcionando de maneira mais eficaz, enquanto outras se encontram enfraquecidas e outras ainda estão completamente disfuncionais.

A **intervenção na crise** é um tipo específico de psicoterapia breve e tem dois objetivos específicos. Em primeiro lugar, está a segurança do paciente. Use controles externos para proteger o paciente e outras pessoas, caso ele seja suicida ou homicida. Em segundo lugar, está a redução da ansiedade com o uso de técnicas para que os recursos internos do paciente sejam postos em prática. Ela é mais diretiva que a psicoterapia ou o aconselhamento tradicional e pode ser usada por qualquer membro da equipe de saúde treinado em suas técnicas. A abordagem básica é a solução de problemas e tem como foco somente o problema apresentado pela crise (Varcarolis, 2013).

Ajude o paciente a fazer a conexão mental entre os eventos estressantes e sua reação a eles. Isso é crucial, porque às vezes ele é incapaz de ver claramente a situação como um todo. A enfermeira ajuda a pessoa a se conscientizar dos sentimentos presentes, como raiva, tristeza ou culpa, para ajudá-la a reduzir os sentimentos de tensão. Além disso, a enfermeira ajuda o paciente a explorar mecanismos de enfrentamento, possivelmente identificando novos métodos de enfrentamento. Finalmente, ela ajuda o paciente a aumentar os contatos sociais, se ele estiver isolado e abertamente focado em si mesmo.

Cuidados Restauradores e Contínuos

A pessoa sob estresse recupera-se quando este é removido ou as

estratégias de enfrentamento têm sucesso; no entanto, a pessoa que passou por uma crise mudou, e os efeitos geralmente duram anos ou pelo resto de sua vida. O estágio final de adaptação à crise é o reconhecimento de suas implicações em longo prazo. Se o paciente enfrentou com sucesso uma crise e suas consequências, ele se torna mais maduro e saudável. Quando ele se recupera de uma situação estressante, é o momento certo para a introdução de habilidades de controle do estresse para reduzir o número e a intensidade das situações estressantes no futuro.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

O paciente que se recupera de um estresse agudo em geral relata espontaneamente que se sente melhor quando o fator de estresse desaparece. A recuperação do estresse crônico ocorre de forma mais gradual à medida que o paciente emerge da tensão. Em ambas as situações, a enfermeira avalia o paciente quanto a presença de sintomas novos ou recorrentes relacionados com o estresse (Fig. 38-8). A avaliação deve incluir as percepções do paciente. A enfermeira indaga sobre seus padrões de sono, apetite e capacidade de se concentrar. Ela deve perguntar como o paciente se sente em relação às estratégias de enfrentamento em uso e determinar a eficácia dessas estratégias. Ela pede aos pacientes que comparem os sentimentos e comportamentos atuais com os de 6 meses atrás. Se foram alcançados os resultados desejados, o paciente relatará que se sente melhor que há 6 meses.

Conhecimento

- Características de comportamentos adaptativos
- Características da resposta ao estresse contínuo
- Diferenciação entre estresse e trauma

Experiência

- Respostas anteriores dos pacientes às intervenções planejadas de enfermagem

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Reavaliar o paciente para a presença de problemas ou sintomas novos ou recorrentes relacionados com o estresse
- Determinar se a mudança nos cuidados promoveu a adaptação do paciente ao estresse
- Perguntar se as expectativas do paciente estão sendo atendidas

Padrões

- Usar os resultados esperados estabelecidos para avaliar a resposta do paciente aos cuidados (p.ex., volta ao padrão normal de sono)
- Aplicar o padrão intelectual de relevância; certificar-se de que o paciente alcança os objetivos relevantes para suas necessidades

Atitudes

- Demonstrar perseverança ao replanejar as intervenções para promover a adaptação do paciente ao estresse
- Mostrar integridade na acurada avaliação das intervenções de enfermagem

FIGURA 38-8 Modelo de pensamento crítico para avaliação de enfermagem de estresse e enfrentamento.

Uma parte essencial do processo de avaliação de enfermagem é colaborar com os pacientes para determinar se as expectativas deles em relação à enfermagem foram alcançadas. Qualquer revisão do plano de cuidado inclui os passos para abordar as expectativas do paciente.

Resultados do Paciente

Lembre-se de que enfrentar o estresse leva tempo. Mantenha uma comunicação constante com os pacientes referente ao enfrentamento. Os pacientes sob grave estresse ou trauma muitas vezes experimentam sensações de impotência, vulnerabilidade e perda de controle. A enfermeira aborda esses sentimentos envolvendo ativamente os pacientes e as famílias em processos de reexame dos problemas, priorização e estabelecimento de metas, assim como revisando as intervenções. O envolvimento dos pacientes nesses processos lhes dá a oportunidade de direcionar sua energia de maneira positiva e os impulsiona no sentido de assumir maior responsabilidade pela manutenção e promoção da saúde.

O envolvimento do paciente como um parceiro do cuidado à saúde cria uma comunicação aberta. Nesse ambiente, o paciente sente-se mais livre para dar um importante *feedback* sobre as intervenções bem-sucedidas e para ajudar a enfermeira a entender melhor por que algumas intervenções não alcançam os objetivos estabelecidos. Se o paciente relatar estresse agudo contínuo, avalie quanto à segurança, indagando se ocorreu algum acidente recente em sua casa, carro ou trabalho. Pergunte sobre as estratégias de enfrentamento para determinar se o paciente está usando estratégias inseguras e mal-adaptativas. Se ele relatar estresse crônico contínuo, pergunte sobre a percepção que ele tem do estressor e sobre os comportamentos de enfrentamento usados. Discuta com ele o estressor a fim de determinar se este precisa ser redefinido. Se o contato com o paciente terminar antes que a enfermeira alcance a resolução dos objetivos, é

importante encaminhá-lo para os recursos apropriados, com vistas a não atrasar ou interromper o seu progresso.

Pontos-chave

- A SAG é uma resposta fisiológica imediata do corpo inteiro ao estresse e envolve vários sistemas, especialmente os sistemas nervoso autônomo e endócrino. As respostas fisiológicas ao estresse também incluem alterações imunológicas.
- O estresse pode deixar as pessoas doentes em consequência de aumento dos níveis de hormônios poderosos que alteram os processos corporais.
- A pessoa estará sob estresse psicológico somente se avaliar o evento como uma ameaça ou como uma circunstância pessoalmente significativa. A avaliação de um evento pelo seu significado pessoal é chamada de *apreciação primária*.
- Os estressores potenciais e os mecanismos de enfrentamento variam ao longo do ciclo de vida.
- Enfrentamento significa fazer um esforço para controlar o estresse psicológico.
- Enfrentamento é um processo que se modifica constantemente para controlar as demandas sobre os recursos da pessoa.
- Três modos primários de intervenção no estresse são: diminuir as situações produtoras de estresse, aumentar a resistência ao estresse e aprender habilidades que reduzam a resposta fisiológica ao estresse.
- Um paciente cujo estresse é tão grave que o deixa incapaz de enfrentá-lo com o uso de qualquer meio que anteriormente funcionou está vivenciando uma crise.
- A crise é um ponto de virada na vida, o qual é decorrente do desenvolvimento, de uma situação ou é adventício.
- Geralmente, uma crise é resolvida de alguma maneira em cerca de 6 semanas. A intervenção na crise visa ao retorno do indivíduo ao nível de funcionamento pré-crise e a promover o crescimento.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Ao educar um paciente sobre a resposta de *feedback* negativo ao estresse, a enfermeira inclui qual das seguintes alternativas para descrever os benefícios dessa resposta ao estresse?
    1. Resulta em resposta neurofisiológica.
    2. Reduz a temperatura corporal.
    3. Faz com que a pessoa se torne hipervigilante.
    4. Reduz o nível de consciência para conservar a energia.
2. A enfermeira está entrevistando uma paciente na clínica comunitária e reúne a seguinte informação: a paciente é intermitentemente sem-teto, é mãe solteira de dois filhos que apresentam atraso de desenvolvimento e sofre de asma crônica. Ela não ri ou sorri, não dá qualquer informação voluntária e por vezes parece próxima das lágrimas. Não conta com um sistema de apoio e não trabalha. Está passando por uma carga alostática. Como resultado, qual dos seguintes fatores estariam presentes durante o histórico de enfermagem completo do paciente? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Transtorno do estresse pós-traumático.
    2. Níveis de hormônio em elevação.
    3. Doença crônica.
    4. Retorno dos sinais vitais ao normal.
    5. Depressão.
3. Um paciente que tem dificuldade em controlar seu diabetes melito responde à notícia de que, nos últimos 90 dias, houve aumento de sua hemoglobina A1C, uma medida de controle do açúcar no sangue, dizendo “A hemoglobina A1C está errada. Meus níveis de açúcar sanguíneo foram excelentes nos últimos 6 meses”. Qual é o mecanismo de defesa que o paciente está usando?
    1. Negação.
    2. Conversão.

   3. Dissociação.
   4. Deslocamento.
4. Ao fazer a avaliação de uma jovem mulher que foi vítima de uma invasão domiciliar há 3 meses, a enfermeira fica sabendo que sempre que ouve altos brados ou um ruído repentino a mulher tem imagens vívidas do acidente. A enfermeira identifica isso como _____.
5. Um avô que mora no Japão preocupa-se com dois netos jovens que desapareceram após um tsunami. Este é um exemplo de:
   1. Crise situacional.
   2. Crise maturacional.
   3. Crise adventícia.
   4. Crise de desenvolvimento.
6. Durante entrevista de avaliação de uma idosa que enviuvou recentemente, a enfermeira suspeita que essa mulher esteja passando por uma crise de desenvolvimento. Qual das seguintes questões dá informações sobre o impacto dessa crise? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Com quem você conversa rotineiramente?
   2. O que você faz quando se sente solitária?
   3. De que maneira o diabetes está afetando sua vida?
   4. Sei que isto deve ser difícil para você. Vou lhe dizer o que pode ajudar.
   5. Houve alguma alteração nos hábitos do estilo de vida: sono, alimentação, tabagismo e bebida?
7. A enfermeira planeja os cuidados para um jovem de 16 anos levando em consideração que os estressores experimentados com mais frequência pelos adolescentes incluem qual dos seguintes?
   1. Perda de autonomia causada por problemas de saúde.
   2. Aparência física, família, amigos e escola.
   3. Questões de autoestima, mudanças na estrutura da família.
   4. Procura identidade em grupos de amigos e pela separação da família.
8. Uma menina de 10 anos estava brincando em um escorregador

no *playground* de um acampamento de verão. Ela caiu e quebrou o braço. O acampamento notificou os pais e levou a criança para o departamento de emergência de acordo com o protocolo do acampamento para lesões. Os pais chegam ao departamento de emergência e estão estressados e nervosos. A menina de 10 anos está feliz na sala de tratamento, chupando um picolé e escolhendo a cor de sua tala. Liste em ordem de prioridade o que a enfermeira deve dizer aos pais?

1. "Posso contatar alguém para ajudá-los?"
2. "Sua filha está feliz na sala de tratamento, chupando um picolé e escolhendo a cor de sua tala."
3. "O médico virá e conversará com vocês o mais breve possível."
4. "Vou ajudá-los a se acalmar um pouco, para que eu possa levá-los até sua filha."

9. Ao avaliar uma idosa com sintomas de ansiedade, insônia, anorexia e leve confusão, uma das primeiras avaliações inclui qual das seguintes alternativas?
   1. A quantidade de apoio da família.
   2. Uma recordação alimentar de 3 dias.
   3. Uma avaliação física completa.
   4. Ameaças à segurança dela na casa.
10. Depois que um profissional de saúde informou uma paciente que ela tinha câncer de cólon, a enfermeira entra no quarto e encontra a paciente olhando pensativa pela janela. Quais das seguintes são respostas ou ações apropriadas da enfermeira? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. "Sei de outra paciente com câncer de cólon que foi curada por cirurgia."
    2. Arrumar a cama e o quarto da paciente.
    3. "Você já pensou como vai contar à sua família?"
    4. "Você gostaria que eu me sentasse alguns minutos com você para falar a respeito disso?"
    5. Sentar-se calmamente com a paciente.
11. Um pai solteiro de 34 anos, que está ansioso, choroso e

cansado de cuidar de seus três filhos pequenos, diz à enfermeira que está deprimido e não vê como poderá continuar assim. Qual das seguintes alternativas seria a melhor resposta da enfermeira?

1. "Você está pensando em suicídio?"
2. "Tem feito um bom trabalho educando seus filhos. Você pode fazer isso."
3. "Há alguém que possa ajudá-lo à noite e nos fins de semana?"
4. "O que significa quando diz que não pode mais continuar assim?"

12. A enfermeira está avaliando o sucesso do enfrentamento de um paciente sob estresse por ter sido recém-diagnosticado com esclerose múltipla e comprometimento psicomotor. Qual das seguintes afirmações indica que o paciente está começando a enfrentar o diagnóstico? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. "Vou aprender a dirigir um carro para me tornar mais independente."
    2. "Minha irmã diz que se sente melhor quando vai fazer compras, assim irei às compras."
    3. "Vou pedir à terapeuta ocupacional para avaliar minha casa a fim de melhorar a eficiência."
    4. "Sempre me sinto melhor quando faço uma longa caminhada. Vou fazer isso quando chegar em casa."
    5. "Vou participar de um grupo de apoio para aprender mais sobre esclerose múltipla."
13. Um paciente com diabetes tipo 2 está sob muito estresse relacionado com o trabalho e teme perder o emprego. Além disso, sua esposa está ameaçando pedir o divórcio. Seu açúcar sanguíneo está se elevando, e seus médicos querem que ele assista algumas aulas de controle do estresse. Ele diz: "Meu açúcar sanguíneo não pode estar alto por causa de meu estresse no trabalho." O que faz a glicose sanguínea subir durante o estresse? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Aumentos do hormônio antidiurético (ADH).

2. Aumentos do cortisol.
3. Aumentos da aldosterona.
4. Aumentos do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH).
5. Aumentos da epinefrina.

14. Uma enfermeira da equipe está conversando com o supervisor de enfermagem sobre o estresse que ela sente no trabalho. Quais das seguintes alternativas são verdadeiras sobre o estresse relacionado com o trabalho? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. O estresse relacionado com o trabalho pode afetar a qualidade dos cuidados ao paciente.
    2. O estresse pode afetar a eficiência das enfermeiras e a tomada de decisões.
    3. As enfermeiras que falam sobre sentir estresse não são profissionais e devem se acalmar.
    4. As enfermeiras frequentemente experimentam estresse com as rápidas mudanças na tecnologia dos cuidados à saúde.
    5. As enfermeiras não podem resolver o estresse relacionado com o trabalho.
15. Uma enfermeira de intervenção na crise está trabalhando com uma mãe cuja filha com síndrome de Down foi hospitalizada com pneumonia e perdeu o pagamento referente à deficiência da filha enquanto ela está hospitalizada. A mãe está preocupada, porque a filha pode se atrasar nas aulas da escola especial durante a hospitalização. Quais estratégias são eficazes para ajudar essa mãe a enfrentar esses estressores? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Encaminhamento para o serviço social para processar o restabelecimento do pagamento por deficiência da criança.
    2. Enviar a criança para casa em 72 horas e providenciar seu retorno à escola.
    3. Coordenar com o professor da criança a escolarização no hospital com a escolarização domiciliar.
    4. Educar a mãe sobre os sinais e sintomas de uma infecção do trato respiratório

5. Dizer à mãe que o estresse diminuirá em 6 semanas quando tudo voltar ao normal

Respostas: 1. 1; **2.** 3, 5; **3.** 1; **4.** Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT); **5.** 3; **6.** 1, 2, 5; **7.** 4; **8.** 2, 4, 3, 1; **9.** 3; **10.** 4, 5; **11.** 4; **12.** 3, 5; **13.** 2, 4, 5; **14.** 1, 2, 4; **15.** 1, 3, 4.

Referências

American Nurses Association (ANA) *Psychiatric–mental health nursing: scope and standards of practice*. ed 2 Silver Spring, MD: ANA; 2014.

Diamond JW. Allostatic medicine: bringing stress, coping, and chronic disease into focus, Part 1. *Integr Med*. 2009/2010;8(6):40.

Giger J. *Transcultural nursing*. ed 6 St Louis: Mosby; 2012.

Huether SE, McCance KL. *Understanding pathophysiology*. ed 5 St Louis: Mosby; 2012.

Ianello P, Balzarotti S. Stress and coping strategies in the emergency room. *Emerg Care J*. 2014;10:72.

Lazarus RS. Stress and emotion: a new synthesis. In: Monat A, ed. *The Praeger handbook on stress and coping*. Westport, CN: Praeger; 2007.

Neuman B, Fawcett J, eds. *The Neuman Systems Model*. ed 5 Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2011.

O'Driscoll MP. Coping with stress: a challenge for theory, research, and practice. *Stress Health*. 2013;29(2):89.

Pender NJ, et al. *Health promotion in nursing practice*. ed 6 Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2013.

Santos L. Stress response in critical illness. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2013;43:264.

Varcarolis EM. *Essentials of psychiatric mental health nursing*. ed 2 St Louis: Mosby; 2013: revised reprint.

Referências de pesquisa

Akerstedt T, et al. Do sleep, stress, and illness explain daily variations in fatigue? A prospective study. *J Psychosom Res*. 2014;76:280.

Desiree GM, et al. Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: results of a mixed methods pilot study. *Palliat Med*. 2015;29:652.

Doron J, et al. Coping profiles, perceived stress and health-related behaviors: a cluster analysis approach. *Health Promot Int*. 2014;30:88.

Gillespie GL, Gates DM. Using proactive coping to manage the stress of trauma patient care. *J Trauma Nurs*. 2013;20:44.

Janowski K, et al. Emotional control, styles of coping with stress and acceptance of illness among patients suffering from chronic somatic disease. *Stress Health*. 2014;30:34.

Lengacher CA, et al. Mindfulness-based stress reduction (MBSR (BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *J Behav Med*. 2014;37(185): 2.

Lin SH, et al. The impact of shift work on nurses' job stress, sleep quality and self-perceived health status. *J Nurs Manag*. 2014;22(5):604.

Mealer M, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *Am J Crit Care*. 2014;23:97.

Moreia S, et al. Combined exercise circuit session acutely attenuates stress-induced blood pressure reactivity in health adults. *Braz J Phys Ther*. 2014;18:38.

Nielsen MB, Knardahl S. Coping strategies: a prospective study of patterns, stability, and relationships with physiological distress. *Scand J Psychol*. 2014;55:142.

Oken BS, et al. Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *J Altern Complement Med*. 2010;16:1031.

Okonta NR. Does Yoga therapy reduce blood pressure in patients with hypertension? An integrative review. *Holist Nurs Pract*. 2012;26(3):137.

Parelkar P, et al. Stress coping and changes in health behavior among cancer survivors: a report from the American Cancer Society's study of cancer survivors II (SCS-II). *J Psychosoc Oncol*. 2013;31:136.

Park CL, Iacocca MO. A stress and coping perspective on health behaviors: theoretical and methodological considerations. *Anxiety Stress Coping*. 2014;27:123.

Rayens MK, Reed DB. Predictors of depressive symptoms in older rural couples: the impact of work, stress, and health. *J Rural Health*. 2014;30:59.

Ruppar TM, Conn VS. Interventions to promote physical activity in chronically ill adults. *Am J Nurs*. 2010;110(7):30.

Stevens D, et al. Posttraumatic stress disorder increase risk for suicide attempt in adults with recurrent major depression. *Depress Anxiety*. 2013;30:940.

Yancura LA, Aldwin CM. Coping and health in older adults. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10:10.

UNIDADE VII
Bases Fisiológicas para a Prática da Enfermagem

Capítulo 39: Atividade Física e Exercício

Capítulo 40: Higiene

Capítulo 41: Oxigenação

Capítulo 42: Equilíbrios Hídrico, Eletrolítico e Acidobásico

Capítulo 43: Sono

Capítulo 44: Controle da Dor

Capítulo 45: Nutrição

Capítulo 46: Eliminação Urinária

Capítulo 47: Eliminação Intestinal

Capítulo 48: Integridade Cutânea e Cuidados de Feridas

Capítulo 49: Alterações Sensoriais

Capítulo 50: Cuidados com o Paciente Cirúrgico

39

Atividade Física e Exercício

OBJETIVOS

• Descrever o papel dos sistemas nervoso e musculoesquelético na regulação da atividade e exercício.

• Discutir a influência da imobilidade sobre o alinhamento corporal, movimento das articulações e atividade.

• Discutir as implicações para a prevenção do descondicionamento e trombose venosa profunda em pacientes internados.

• Descrever a evidência que apoia a atividade e exercício físico regulares na assistência ao paciente.

• Descrever como manter e usar a mecânica corporal adequada.

• Descrever fatores importantes a considerar quando se planeja um programa de exercícios para pacientes ao longo da vida e para aqueles com doenças crônicas específicas.

• Descrever como avaliar pacientes para intolerância à atividade.

• Formular diagnósticos em enfermagem para pacientes com problemas com intolerância à atividade.

• Desenvolver um plano de cuidado de enfermagem individualizado para o paciente com intolerância à atividade.

• Discutir a importância de políticas “não erguer” para pacientes e profissionais da saúde.

• Descrever o material necessário para o manejo e movimento seguros do paciente.

• Discutir o impacto dos recursos de segurança, iniciativas e regulamentos nacionais de pacientes em relação ao manejo e movimento do paciente.

• Avaliar o plano de cuidado de enfermagem para a manutenção de atividade e exercício para pacientes ao longo da vida e para aqueles com doenças crônicas específicas.

TERMOS-CHAVE

Apoio para o pé, p. 780
Articulação, p. 780
Articulações cartilaginosas, p. 780
Articulações fibrosas, p. 780
Articulações sinoviais, p. 780
Atividades da vida diária (AVD), p. 779
Cartilagem, p. 781
Centro de gravidade, p. 780
Contração isométrica, p. 782
Contração isotônica, p. 782
Descondicionamento, p. 779
Ligamentos, p. 780
Marcha com muleta, p. 797
Músculos antagonistas, p. 782
Músculos antigravidade, p. 782
Músculos sinergéticos, p. 782
Não ossificado, p. 781
Propriocepção, p. 782

Tendões, p. 781
Tensão concêntrica, p. 781
Tensão excêntrica, p. 782
Tônus muscular, p. 782

Atividade física e exercício regulares contribuem para o bem-estar físico e emocional do paciente (Edelman et al., 2013; Esposito e Fitzpatrick, 2011). Este é um princípio que você, como enfermeiro, deve aplicar no cuidado de paciente em todos os cenários. Declínio funcional (perda da habilidade de realizar autocuidado ou atividades da vida diária) pode resultar não só de doenças ou efeitos adversos de tratamentos como também do **descondicionamento** associado à inatividade, cujos efeitos negativos podem ser vistos após curtos períodos. O descondicionamento envolve mudanças fisiológicas seguidas de um período de inatividade, repouso ou estilo de vida sedentário. É um risco particular para pacientes hospitalizados que passam a maior parte do tempo na cama, mesmo quando eles são capazes de andar. Como resultado, os enfermeiros têm um papel importante em aumentar a atividade dos pacientes internados para minimizar o risco de descondicionamento.

Um programa regular de atividade física e exercício tem o potencial de melhorar todos os aspectos da saúde de um paciente. Este capítulo fornece a você conhecimento de exercício e atividade na medida em que eles se relacionam com a promoção da saúde, a fase aguda da doença e o cuidado restaurador e contínuo dos pacientes. Aplicar o conhecimento sobre exercício e atividade lhe permitirá planejar estratégias de enfermagem para programas individualizados de exercício e atividade dos pacientes. Conhecer os movimentos e funções dos músculos na manutenção da postura e do movimento e implementar conhecimentos baseados em evidência sobre o manejo seguro do paciente são essenciais para proteger a segurança tanto do paciente quanto do enfermeiro (Cap. 28).

Base de conhecimento científico

Atividade física e exercício regulares contribuem para o bem-estar físico e emocional do paciente (Edelman et al., 2013; Esposito e Fitzpatrick, 2011). Conhecer a fisiologia e regulação da mecânica corporal, exercício e atividade ajuda a fornecer cuidados individualizados ao paciente.

Visão Geral do Exercício e Atividade

Os esforços coordenados dos sistemas nervoso e musculoesquelético mantêm o equilíbrio, postura e alinhamento corporais durante o levantar, inclinar, mover e realizar as **atividades da vida diária (AVD)**. Equilíbrio, postura e alinhamento adequados do corpo reduzem o risco de lesão ao sistema musculoesquelético e facilitam os movimentos do corpo, permitindo a mobilidade física sem a distensão muscular e uso excessivo de energia muscular (Cap. 28).

Alinhamento Corporal

O alinhamento corporal se refere à relação de uma parte do corpo com outra ao longo da linha horizontal ou vertical. O alinhamento correto envolve o posicionamento de forma que nenhuma tensão excessiva seja colocada sobre articulações, tendões, ligamentos ou músculos de uma pessoa, mantendo assim o tônus muscular adequado e contribuindo para o equilíbrio (Cap. 28).

Equilíbrio Corporal

O equilíbrio corporal ocorre quando um **centro de gravidade** relativamente baixo é equilibrado sobre uma base larga e estável de apoio e a linha vertical que desce a partir do centro de gravidade através da base de suporte. Quando a linha vertical do centro de gravidade não desce através da base de apoio, o corpo perde o equilíbrio. Uma postura correta ou uma posição do corpo que mais

favorece a função requerem o menor trabalho muscular para se manter e coloca menor tensão sobre músculos, ligamentos e ossos para melhorar o equilíbrio corporal (Patton e Thibodeau, 2012). Enfermeiros dependem do equilíbrio para manter o alinhamento apropriado do corpo e postura através de duas técnicas simples: (1) ampliar a base de apoio, separando os pés a uma distância confortável e (2) aumentar o equilíbrio, trazendo o centro de gravidade para mais perto da base de apoio. Por exemplo, você aumenta a altura de uma cama de hospital ao realizar um procedimento como trocar um curativo, a fim de evitar se inclinar demais na cintura e alterar a base de apoio.

Movimento Corporal Coordenado

O movimento corporal coordenado é resultado de peso, centro de gravidade e equilíbrio. Peso é a força exercida pela gravidade sobre o corpo. Quando um objeto é levantado, quem o levanta deve superar o peso do objeto e tomar consciência de seu centro de gravidade. Em objetos simétricos, o centro de gravidade está localizado exatamente no centro do objeto. A força do peso está sempre direcionada para baixo. Um objeto desequilibrado tem o seu centro de gravidade longe da linha média e cai sem suporte. Como as pessoas não são geometricamente perfeitas, seus centros de gravidade são geralmente na linha média, de 55% a 57% da altura em pé. Como objetos desequilibrados, pacientes que são instáveis não mantêm um equilíbrio com seu centro de gravidade, o que os coloca em risco de cair. Você precisa estar apto a identificar esses pacientes e intervir para manter-lhes a segurança.

Fricção

Fricção é a força que ocorre em direção oposta ao movimento. Ela aumenta o risco do paciente para dano cutâneo e tecidual e potenciais úlceras por pressão (Cap. 48). Reduza a fricção seguindo alguns princípios básicos. Quando você movimenta objetos, aqueles com maior área de superfície criam maior fricção. Para reduzi-la, você

precisa diminuir a área de superfície do objeto. Por exemplo, ao mover o paciente mais para cima na cama, cruze os braços dele sobre o peito. Isso diminui a área de superfície e reduz a fricção (Cap. 28).

Um paciente que está passivo ou imobilizado produz fricção maior ao movimento. Quando possível, use um pouco da força e mobilidade de seu paciente ao posicioná-lo ou transferi-lo. Explique o procedimento e diga ao seu paciente quando se mover. Você diminui a fricção quando seu paciente dobra os joelhos enquanto você ajuda a movê-lo mais para cima na cama.

Exercício e Atividade

Exercício é atividade física que condiciona o corpo, melhora a saúde e mantém a boa condição física. Às vezes, também é uma medida terapêutica. O programa de exercício individualizado de um paciente depende de quaisquer limitações físicas relacionadas com a saúde, da tolerância dele ou dela à atividade e do tipo e quantidade de exercício ou atividade que ele ou ela está apto a realizar. Fatores fisiológicos, emocionais e de desenvolvimento influenciam a tolerância à atividade de um paciente.

Um estilo de vida ativo é importante para manter e promover a saúde; é também um tratamento essencial para doenças crônicas (Combs et al., 2013). A atividade física e exercício regulares melhoram o funcionamento de todos os sistemas do corpo, incluindo o funcionamento cardiopulmonar (*resistência*), boa forma musculoesquelética (flexibilidade e integridade óssea), controle e manutenção de peso (imagem corporal) e bem-estar psicológico (Edelman et al., 2013).

O melhor programa de atividade física inclui uma combinação de exercícios que produz diferentes benefícios fisiológicos e psicológicos. Três categorias de exercícios são: isotônico, isométrico e isométrico resistivo. O tipo de contração muscular envolvida determina a classificação do exercício. Exercícios isotônicos causam contração e alteração no comprimento muscular (contração isotônica) (Cap. 28). Exemplos são andar, nadar, dança aeróbica, correr, andar de bicicleta e mover braços e pernas com leve resistência. Exercícios isotônicos

melhoram o funcionamento circulatório e respiratório; aumenta massa, tônus e força muscular; e promove atividade osteoblástica (atividade pelas células formadoras de osso), combatendo, portanto, a osteoporose.

Exercícios isométricos envolvem apertar ou tensionar os músculos sem mover partes do corpo (contração isométrica) (Cap. 28). Exemplos são exercícios dos quadríceps e contração dos músculos glúteos. Essa forma de exercício é ideal para pacientes que não toleram atividade aumentada. O paciente que está imobilizado na cama pode realizar exercícios isométricos. Os benefícios são aumento da massa, tônus e força muscular, diminuindo assim o potencial de perda de massa muscular; aumento da circulação na parte do corpo envolvida; e o aumento da atividade osteoblástica.

Exercícios isométricos resistivos são aqueles em que um indivíduo contrai o músculo enquanto empurra contra um objeto fixo ou resiste ao movimento de um objeto (Resnick et al., 2012). Um aumento gradual na quantidade de resistência e duração de tempo que a contração muscular é realizada aumenta a força e resistência muscular. Exemplos de exercícios isométricos resistivos são flexões e levantamento de quadril, em que um paciente na posição sentada empurra com as mãos contra uma superfície, como um assento da cadeira e levanta os quadris. Em alguns cenários de cuidados de longa duração, **apoio para os pés** são colocadas no final de camas; pacientes empurram contra eles para se mover para cima na cama. Exercícios isométricos resistivos ajudam a promover a força muscular e fornecer tensão suficiente contra o osso para promover a atividade osteoblástica.

Regulação do Movimento

O movimento coordenado do corpo envolve o funcionamento integrado dos sistemas ósseo, muscular e nervoso. Visto que esses três sistemas cooperam tão estreitamente no apoio mecânico do corpo, muitas vezes são considerados como uma única unidade funcional.

Sistema Esquelético

A firmeza do esqueleto do corpo resulta de sais inorgânicos como o cálcio e o fosfato que estão na matriz óssea. Ela está relacionada com a rigidez do osso, que é necessária para manter ossos retos e lhes permite resistir à sustentação do peso. A elasticidade e flexibilidade do esqueleto mudam com a idade. Por exemplo, o recém-nascido tem grande quantidade de cartilagem e é altamente flexível, mas é incapaz de suportar peso. Os ossos da criança são mais flexíveis que os de uma pessoa mais velha e são mais capazes de resistir a quedas. Os idosos, especialmente mulheres, são mais suscetíveis à perda óssea (reabsorção) e osteoporose, o que aumenta o risco de fraturas.

Os ossos realizam cinco funções no corpo: suporte, proteção, movimento, armazenamento mineral e hematopoese (formação de células sanguíneas). Na discussão da mecânica corporal, duas destas funções (i.e, suporte e movimento) são as mais importantes (Cap. 28). Os ossos servem de apoio, proporcionando o arcabouço e contribuindo para a forma, alinhamento e posicionamento das partes do corpo. Os ossos, junto com suas articulações, constituem alavancas para as inserções musculares para realizar movimento. À medida que os músculos contraem e encurtam, eles puxam os ossos, produzindo movimento articular (Patton e Thibodeau, 2012).

Articulações

Uma **articulação** é a conexão entre ossos. Cada articulação é classificada de acordo com sua estrutura e grau de mobilidade. Na base de estruturas conectivas, as articulações são classificadas como fibrosas, cartilaginosas ou sinoviais (Huether e McCance, 2012). As **articulações fibrosas** são encaixadas estreitamente e são fixas, permitindo pouco, se algum, movimento como a sindesmose entre a tíbia e a fíbula (Fig. 39-1, A). As **articulações cartilaginosas** têm pouco movimento, porém são elásticas e usam cartilagem para unir superfícies ósseas separadas, como a sincondrose que une as costelas à cartilagem costal. Quando o crescimento ósseo se completa, as articulações ossificam (Fig. 39-1, B). As **articulações sinoviais**, ou articulações verdadeiras, como a tipo dobradiça no cotovelo, são

livremente movíveis e são as articulações mais móveis, numerosas e anatomicamente complexas do corpo (Fig. 39-1, C).

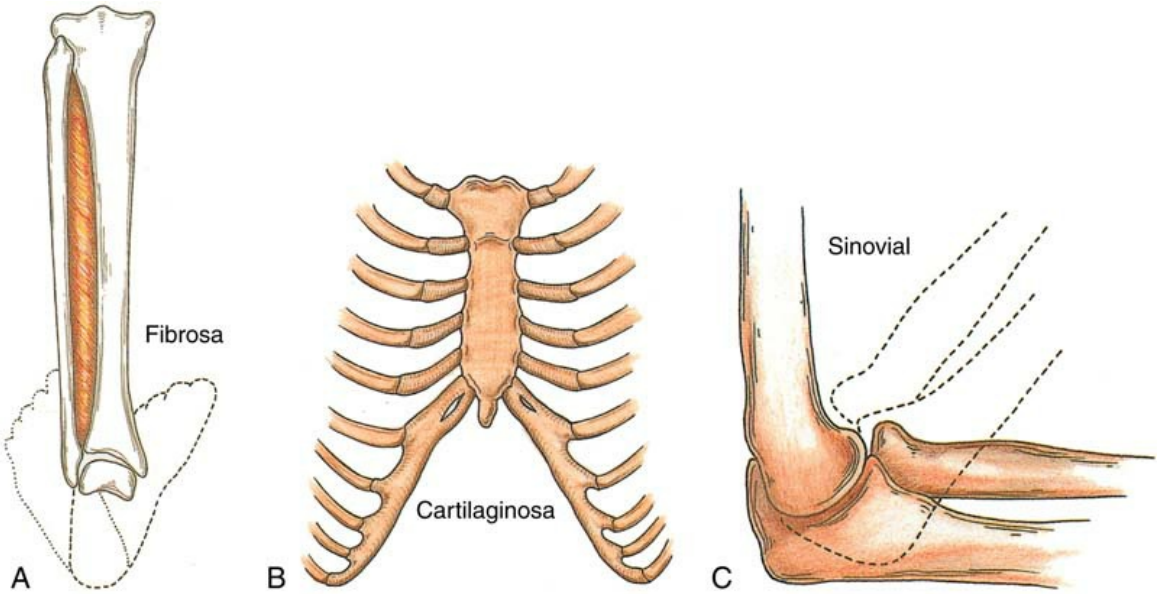


FIGURA 39-1 Tipos de articulação. **A,** Fibrosa. **B,** Cartilaginosa. **C,** Sinovial.

Ligamentos, Tendões e Cartilagem

Ligamentos, tendões e cartilagem sustentam o sistema esquelético (Cap. 28). Os **ligamentos** são faixas brancas, brilhantes e flexíveis de tecido fibroso que ligam as articulações e conectam ossos e cartilagens. São elásticos e auxiliam na flexibilidade e suporte da articulação (Fig. 39-2).

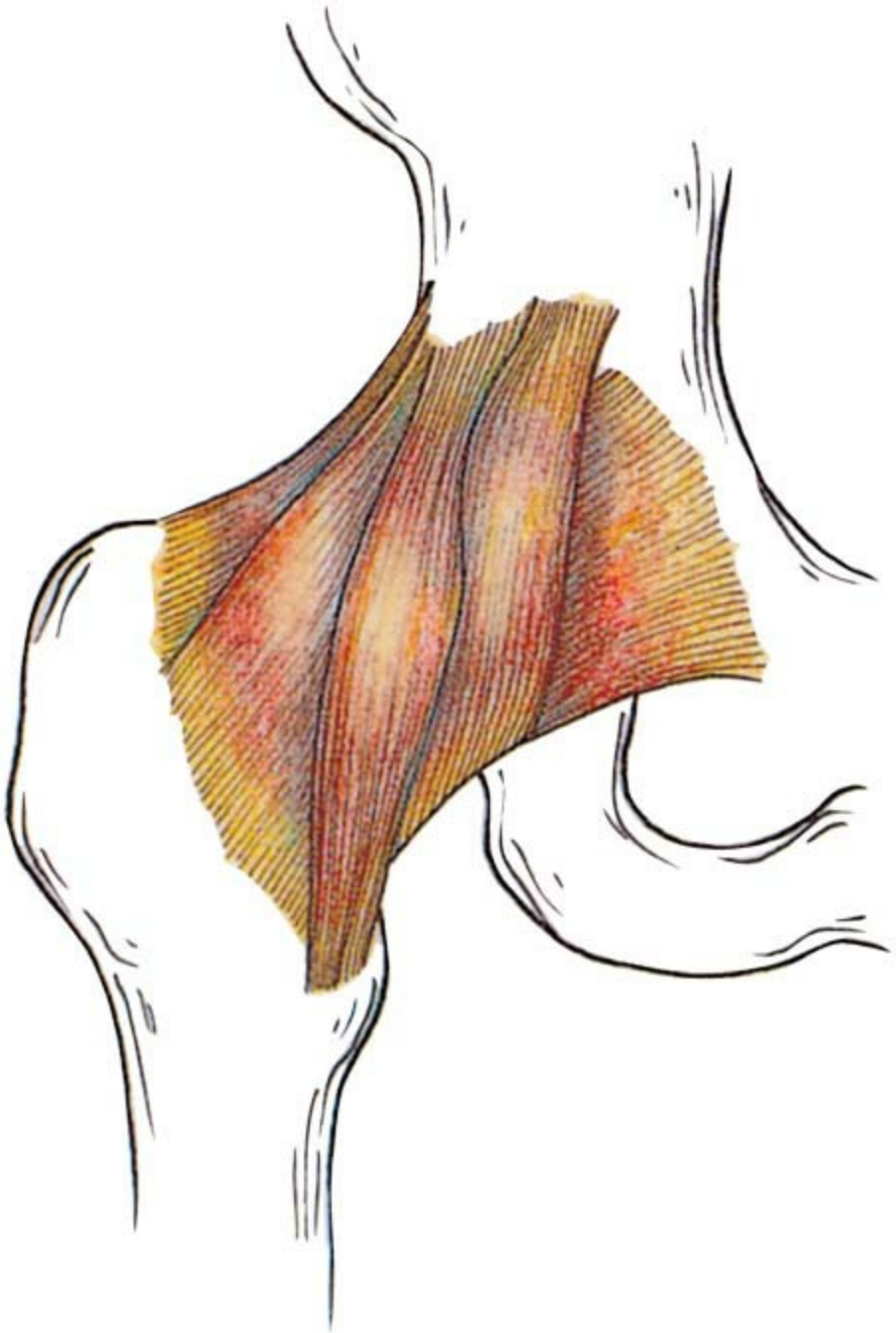


FIGURA 39-2 Ligamentos da articulação do quadril.

Além disso, alguns ligamentos têm função protetora. Por exemplo, ligamentos entre os corpos vertebrais e o ligamento amarelo previnem dano à coluna vertebral durante o movimento das costas. Os **tendões** são faixas brancas, brilhantes e fibrosas de tecido que ocorrem em vários comprimentos e espessuras. Eles são fortes, flexíveis e não

elásticos, já que servem para ligar o músculo ao osso. O tendão de Aquiles (tendão calcâneo) é o tendão mais grosso e mais forte do corpo. Ele começa perto do meio posterior da perna e une os músculos gastrocnêmio e sóleo na panturrilha ao osso calcâneo na parte de trás do pé (Fig. 39-3).

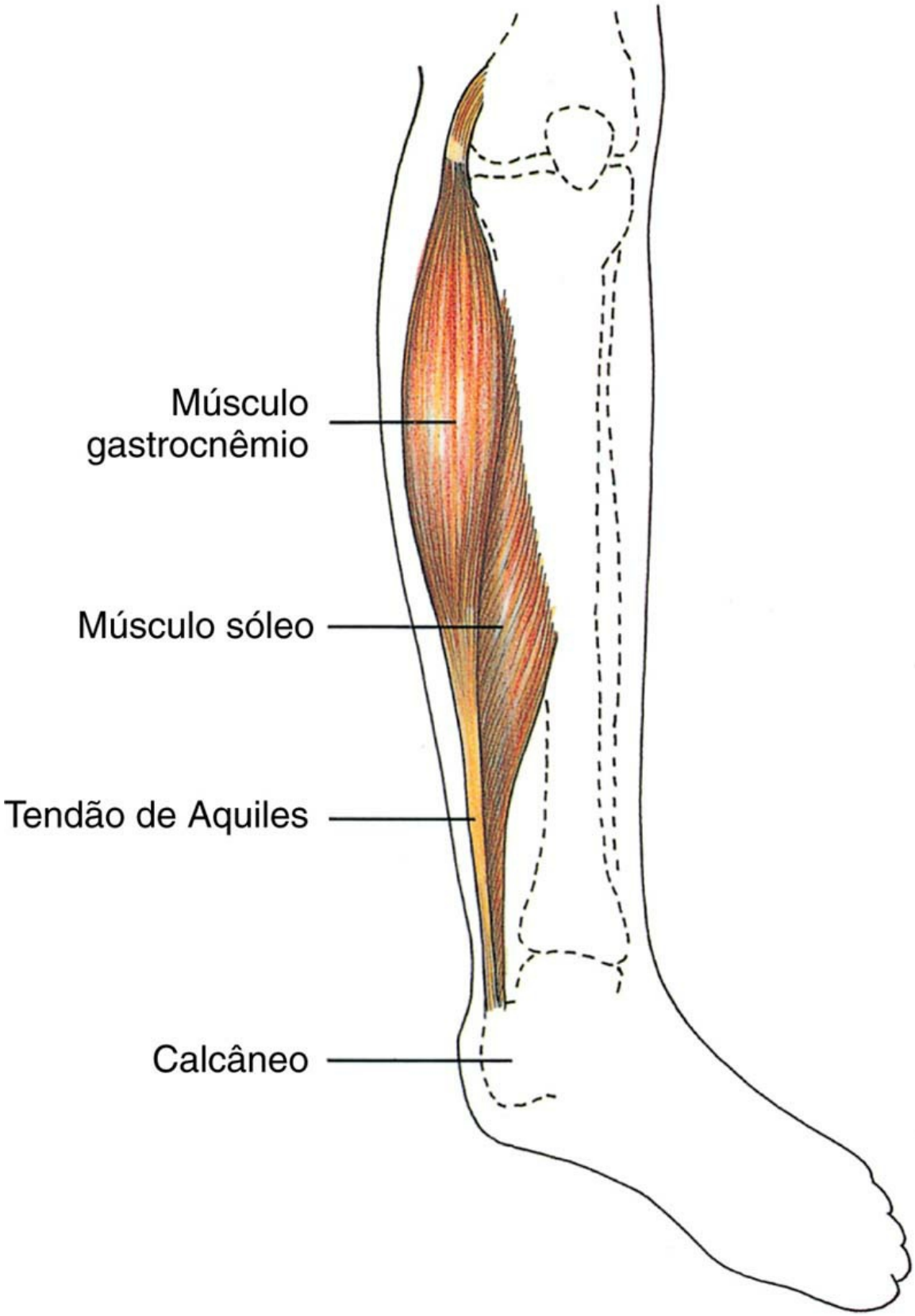


FIGURA 39-3 Tendões e músculos da perna.

A **cartilagem** é um tecido conectivo de suporte, avascular, com a flexibilidade de um material plástico firme. Por causa de sua natureza rígida, a cartilagem sustenta peso e serve como um amortecedor entre os ossos de uma articulação. Cartilagem permanente **não é ossificada** (não endurecida), exceto em idade avançada e doenças, tais como a osteoartrite, o que prejudica a mobilidade.

Força e flexibilidade não resultam inteiramente de articulações, ligamentos, tendões e cartilagem. Músculo esquelético adequado também é necessário.

Músculo Esquelético

Os músculos são feitos de fibras que contraem quando estimuladas por um impulso eletroquímico que viaja do nervo para o músculo através da junção neuromuscular. O impulso eletroquímico faz com que os filamentos (predominantemente moléculas de proteínas de miosina e actina) no interior da fibra deslizem uns sobre os outros, com os filamentos mudando de comprimento.

A contração dos músculos esqueléticos permite que as pessoas andem, falem, corram, respirem ou participem de atividade física. Existem mais de 600 músculos esqueléticos no corpo. Além de facilitar o movimento, esses músculos determinam a forma e o contorno de nossos corpos. A maioria dos nossos músculos abrange pelo menos uma articulação e se ligam a ambos os ossos de uma articulação. Quando a contração ocorre, um osso fica fixo, enquanto o outro movimenta. A origem é o ponto de ligação que ainda permanece parada; a inserção é o ponto que se move quando o músculo se contrai (Patton e Thibodeau, 2012).

Contrações musculares são categorizadas por finalidade funcional: movimento, resistência ou estabilizar partes do corpo. Em **tensão concêntrica** aumentada, a contração muscular provoca encurtamento muscular, resultando em movimento, tais como quando um paciente usa um trapézio suspenso para puxar na cama. **Tensão excêntrica** ajuda a controlar a velocidade e direção do movimento. Por exemplo, ao usar o trapézio suspenso, o paciente vai lentamente descendo para

a cama. A descida é controlada quando os músculos antagonistas se estendem. Ações musculares concêntricas e excêntricas são necessárias para o movimento ativo e, portanto, são referidas como **contração dinâmica ou isotônica. Contração isométrica** (contração estática) provoca um aumento da tensão muscular ou trabalho muscular, mas sem encurtamento ou movimento ativo do músculo (p.ex., instruindo um paciente a contrair e a relaxar um grupo muscular, como exercícios de quadríceps ou de assoalho pélvico). Movimento voluntário é uma combinação de contrações isotônicas e isométricas.

Embora as contrações isométricas não resultem em encurtamento muscular, o gasto energético aumenta. Esse tipo de trabalho muscular é comparável a ter um carro em ponto morto com o motorista continuamente pressionando o acelerador e acelerando o motor. O motorista não vai a lugar algum, porém gasta uma grande quantidade de energia. É importante compreender o gasto de energia (aumento da frequência respiratória e aumento do esforço sobre o coração) associado a exercícios isométricos, porque os exercícios são, por vezes, contraindicados em pacientes com certas doenças (p.ex., enfarte do miocárdio [IM] ou doença pulmonar obstrutiva crônica [DPOC]).

Músculos Envolvidos com Movimento

Os músculos do movimento estão localizados perto da região esquelética, onde um sistema de alavanca causa o movimento (Patton e Thibodeau, 2012). O sistema de alavanca torna o trabalho de mover um peso ou carga mais fácil. Ela ocorre quando ossos específicos como o úmero, ulna e rádio e as articulações associadas, como cotovelo, atuam como uma alavanca. Assim, a força aplicada a uma extremidade do osso para levantar um peso em outro ponto tende a rotacionar o osso na direção oposta à da força aplicada. Músculos que se ligam aos ossos de alavancagem fornecem a força necessária para mover um objeto.

Músculos Envolvidos com Postura

A gravidade puxa continuamente as partes do corpo; a única forma com que o corpo é mantido em posição é os músculos puxarem os

ossos na direção oposta. Os músculos realizam essa força contrária ao manter um baixo nível de contração sustentada. Má postura coloca mais trabalho sobre os músculos para neutralizar a força da gravidade. Isso leva a fadiga e, eventualmente, interfere nas funções corporais e causa deformidades.

Postura e movimento dependem do esqueleto e da forma e do desenvolvimento dos músculos esqueléticos. Eles também contribuem para a função musculoesquelética e, muitas vezes refletem personalidade, desconforto e humor. Por exemplo, uma pessoa com personalidade dramática gesticula com as mãos, uma pessoa que está cansada ou deprimida pode andar curvada e uma pessoa com dor abdominal pode se enrolar em posição fetal.

A coordenação e regulação dos diferentes grupos musculares dependem do tônus muscular e da atividade dos músculos antagonistas, sinergéticos e antigravitacionais. **Tônus muscular**, ou tônus, é o estado normal de tensão muscular equilibrada. O corpo atinge a tensão pela alternância de contração e relaxamento, sem movimento ativo de fibras vizinhas de um grupo muscular específico. O tônus muscular ajuda a manter posições funcionais, tais como sentar ou ficar de pé, sem fadiga muscular em excesso e é mantida através do uso contínuo dos músculos. As AVDs exigem ação muscular e ajudam a manter o tônus muscular. Quando um paciente está imóvel ou em repouso prolongado na cama, o nível de atividade, a tolerância à atividade e o tônus muscular diminuem.

Grupos Musculares

O sistema nervoso coordena os grupos musculares antagonistas, sinergistas e antigravitacionais que são responsáveis por manter a postura e iniciar o movimento. **Músculos antagonistas** causam o movimento em uma articulação. Durante o movimento, o músculo ativo que está se movimentado se contrai enquanto seu antagonista relaxa. Por exemplo, durante a flexão do braço o músculo ativo, o bíceps braquial, contrai; e seu antagonista, o tríceps braquial, relaxa. Durante a extensão do braço, o músculo ativo, agora o tríceps braquial, contrai; e o novo antagonista, o bíceps braquial, relaxa.

Músculos sinergistas contraem para realizar o mesmo movimento. Quando o braço está flexionado, a força da contração do bíceps braquial é aumentada pela contração do músculo sinergista, o braquial. Assim, com a atividade muscular sinergista há agora dois músculos ativos (i.e, o bíceps braquial e o braquial), que contrai enquanto o músculo antagonista, o tríceps braquial, relaxa.

Músculos antigravitacionais estabilizam as articulações. Esses músculos opõem-se continuamente ao efeito da gravidade sobre o corpo e permitem à pessoa manter uma postura ereta ou sentada. Em um adulto, os músculos antigravitacionais são os extensores da perna, glúteo máximo, quadríceps femoral, os músculos sóleos e os músculos das costas.

Os músculos esqueléticos sustentam a postura e realizam movimentos voluntários. Os músculos estão ligados ao esqueleto por tendões, os quais fornecem força e permitem o movimento. O movimento das extremidades é voluntário e requer coordenação do sistema nervoso.

Sistema Nervoso

O sistema nervoso regula o movimento e a postura. A principal área motora voluntária, localizada no córtex cerebral, é o giro pré-central ou área motora primária. A maioria das fibras motoras desce da área motora primária e cruza no nível da medula. Assim, as fibras motoras da área motora primária direita iniciam o movimento voluntário para o lado esquerdo do corpo, e as fibras motoras da área motora primária esquerda iniciam o movimento voluntário para o lado direito do corpo.

A transmissão do impulso do sistema nervoso para o sistema musculoesquelético é um evento eletroquímico e requer um neurotransmissor. Basicamente, neurotransmissores são substâncias químicas (p.ex., acetilcolina) que transferem o impulso elétrico do nervo através da junção mioneural para estimular o músculo, causando o movimento. Diversos distúrbios prejudicam a circulação. Por exemplo, a doença de Parkinson altera a produção de neurotransmissores, a miastenia grave rompe a transferência do

neurotransmissor para o músculo, e a esclerose múltipla prejudica a atividade muscular (Huether e McCance, 2012).

Propriocepção

A **propriocepção** é a consciência da posição do corpo e suas partes (Huether e McCance, 2012). Proprioceptores, que monitoram a posição do corpo, estão localizados nas terminações nervosas nos músculos, tendões e articulações. O sistema nervoso regula a postura, o que exige a coordenação da propriocepção e equilíbrio. Conforme uma pessoa realiza as AVDs, os proprioceptores monitoram a atividade muscular e a posição do corpo. Por exemplo, os proprioceptores nas solas dos pés contribuem para corrigir a postura ao ficar em pé ou andar. Ao ficar em pé, a pressão é contínua na parte inferior dos pés. Os proprioceptores monitoram a pressão, comunicando essa informação através do sistema nervoso para os músculos antigravitacionais. A pessoa de pé permanece assim até tomar a decisão de mudar de posição. Enquanto uma pessoa caminha, os proprioceptores na parte inferior dos pés monitoram as alterações de pressão. Assim, quando a parte inferior do pé em movimento entra em contato com a superfície andável, o pé estacionário do indivíduo move-se automaticamente para frente.

Equilíbrio

Uma pessoa precisa de equilíbrio adequado para ficar de pé, correr, levantar ou realizar AVDs. O sistema nervoso controla o equilíbrio especificamente através do cerebelo e do ouvido interno. O cerebelo coordena todos os movimentos voluntários, particularmente movimentos altamente qualificados, como os exigidos no esqui.

Dentro do ouvido interno, estão os canais semicirculares, três estruturas cheias de fluido que ajudam a manter o equilíbrio. O fluido no interior dos canais tem certa inércia; quando a cabeça é subitamente rodada num sentido, o fluido continua parado por um momento, mas o canal gira com a cabeça. Isso permite que a pessoa mude de posição, de repente, sem perder o equilíbrio.

Princípios das Técnicas de Transferência e Posicionamento

Usar os princípios de transferência e posicionamento seguros dos pacientes durante atividades de rotina diminui o esforço de trabalho e coloca menor pressão sobre as estruturas musculoesqueléticas (Quadro 39-1). Como enfermeira, você vai ensinar aos colegas e às famílias dos pacientes como transferir ou posicionar pacientes corretamente. Ensinar a família de um paciente como transferir o paciente da cama para a cadeira aumenta e reforça o conhecimento da família sobre técnicas de transferência e posicionamento adequados, uma vez que o paciente retorna para casa.

Quadro 39-1 Princípios de Segurança para Transferência e Posicionamento de Pacientes

- Elevadores mecânicos e equipes de elevação são essenciais quando um paciente é incapaz de ajudar.
- Quando um paciente é capaz de ajudar, lembre-se dos seguintes princípios:
  - Quanto maior a base de suporte, maior será a estabilidade do enfermeiro.
  - Quanto mais baixo for o centro de gravidade, maior será a estabilidade do enfermeiro.
  - O equilíbrio de um objeto é mantido enquanto a linha de gravidade passa por sua base de apoio.
  - Ficar de frente para o sentido do movimento impede a torção anormal da coluna vertebral.
  - Dividir equilibradamente a atividade entre os braços e pernas reduz o risco de lesões nas costas.
  - As ações de alavancar, rolar, virar ou girar exigem menos trabalho que levantar.
  - Quando o atrito é reduzido entre o objeto a ser movido e a superfície sobre a qual ele se movimenta, menos força é

necessária para movê-lo.

Se você está movendo um paciente que é imóvel, ajudando um paciente da cama para a cadeira ou está ensinando o paciente a realizar as AVDs com eficiência, o conhecimento da transferência e posicionamento seguros do paciente é crucial. Você também incorpora o conhecimento das influências fisiológicas e patológicas no alinhamento do corpo e mobilidade.

Influências Patológicas sobre o Alinhamento do Corpo, Mobilidade e Atividade

Muitas condições patológicas afetam o alinhamento do corpo e a mobilidade. Tais condições incluem malformações congênitas; distúrbios dos ossos, articulações e músculos; danos do sistema nervoso central; e trauma musculoesquelético.

Malformações Congênitas

Anomalias congênitas afetam a eficiência do sistema musculoesquelético no que diz respeito ao alinhamento, equilíbrio e aparência. A osteogênese imperfeita é uma doença hereditária que afeta os ossos. Os ossos são porosos, curtos, curvados e deformados; como resultado, as crianças apresentam curvatura da coluna vertebral e baixa estatura (Cap. 28). A escoliose é uma curvatura estrutural da coluna associada a rotação vertebral. Músculos, ligamentos e outros tecidos moles tornam-se encurtados. O equilíbrio e a mobilidade são afetados em proporção com a gravidade das curvaturas anormais da coluna vertebral (Hockenberry e Wilson, 2015).

Distúrbios dos Ossos, Articulações e Músculos

A osteoporose, uma doença do envelhecimento bem conhecida e bem divulgada, resulta na redução da densidade ou massa óssea. O osso permanece bioquimicamente normal, mas tem dificuldade em manter a integridade e o suporte. A causa é incerta, e as teorias variam de desequilíbrios hormonais a ingestão insuficiente de nutrientes

(Huether e McCance, 2012).

Osteomalacia é uma doença metabólica rara caracterizada pela mineralização inadequada e tardia, resultando em osso compacto e esponjoso (Lewis et al., 2013). A calcificação e deposição mineral não ocorrem. O osso substituído consiste em material macio, em vez de osso rígido.

A mobilidade articular é alterada por doenças articulares inflamatórias e não inflamatórias e rompimento articular. Doença articular inflamatória (p.ex., artrite) é caracterizada por inflamação ou destruição da membrana sinovial e da cartilagem articular e sinais sistêmicos de inflamação. Doenças não inflamatórias não têm nenhuma dessas características, e o líquido sinovial é normal (Huether e McCance, 2012). A degeneração articular, o que pode ocorrer com doença inflamatória e não inflamatória, é marcada por alterações na cartilagem articular combinada com crescimento do osso nas extremidades articulares. As alterações degenerativas comumente afetam as articulações que suportam peso.

O rompimento articular envolve trauma nas cápsulas articulares e varia de leve, tal como uma ruptura, resultando em uma entorse, a grave, tal como uma separação levando a luxação. O rompimento articular geralmente resulta de trauma, mas às vezes é congênito, como a displasia do desenvolvimento do quadril (Hockenberry e Wilson, 2015).

Dano ao Sistema Nervoso Central

Danos a qualquer parte do sistema nervoso central que regula o movimento voluntário faz que o alinhamento do corpo fique prejudicado e imobilidade (Cap. 28). Por exemplo, um paciente com um dano traumático na cabeça apresenta danos na área motora primária no cérebro. A quantidade de deficiência motora voluntária está diretamente relacionada com a quantidade de destruição da área motora primária. Outro paciente com uma lesão da medula espinhal tem danos permanentes abaixo do nível da lesão e tem controle dos músculos do tronco, mas não dos músculos das extremidades inferiores. Esse paciente também apresenta reflexos e movimentos

espasmódicos.

É importante compreender que tipo de movimento voluntário e involuntário está presente após o dano ao sistema nervoso central. Tal informação impacta o tipo de intervenções selecionadas para maximizar o nível de atividade do seu paciente.

Trauma Musculoesquelético

Traumas musculoesqueléticos muitas vezes resultam em feridas, contusões, entorses e fraturas. A fratura é uma ruptura de continuidade do tecido ósseo. As fraturas mais comumente resultam de trauma externo direto. Elas também ocorrem devido a alguma deformidade do osso (p.ex., com fraturas patológicas de osteoporose) (Cap. 28).

Base de conhecimento de enfermagem

Aplicação dos conhecimentos de enfermagem sobre atividade e exercício permite que você pense criticamente sobre as necessidades holísticas dos pacientes. Conhecimento de enfermagem no que se refere à atividade e exercício ajuda a avaliar, identificar e intervir quando os pacientes têm diminuição da tolerância à atividade ou limitação física que afeta sua mobilidade e/ou capacidade de se exercitar (Cap. 28).

Descondicionamento

Recentemente, esforço combinado tem sido feito em hospitais para aumentar os níveis de atividade e mobilidade de pacientes internados, logo que possível, para evitar o descondicionamento e outras complicações da imobilização. A American Association of Critical Care Nurses (2015) recomenda agora um protocolo de mobilidade progressiva precoce para pacientes em cuidados críticos (consulte a política da instituição para os protocolos usados por hospitais). Entretanto, quando os pacientes são transferidos para unidades gerais de enfermagem, os protocolos de mobilidade precoce devem continuar. Isso é com frequência um desafio, porque a equipe de enfermeiros nas unidades gerais tem muitas vezes dificuldades de deambulação com os pacientes rotineiramente devido à demanda de cuidados aos pacientes em geral, acesso a equipamentos ou falta de familiaridade com os procedimentos de transferência. Alguns hospitais designaram equipes de mobilidade especiais ou auxiliares de mobilidade para envolver os pacientes em deambulação e atividade precoce.

Em um estudo envolvendo 78 adultos que foram internados em uma unidade respiratória para avaliação diagnóstica ou pré-operatória e que eram capazes de andar e não estavam confinados em repouso no leito, tiveram capacidade funcional diminuída ao longo de um período de 5 dias em seis áreas de avaliação: força muscular de

membros superiores, força muscular respiratória, função pulmonar, expansão da parede torácica, tolerância ao exercício submáximo e mobilidade da coluna vertebral e tronco. Períodos mais longos de hospitalização inevitavelmente levaram a um descondicionamento mais grave (Suesada et al., 2007). Esses achados corroboram a promoção da mobilidade precoce em pacientes hospitalizados.

Manejo Seguro do Paciente

Enfermeiros estão expostos aos perigos relacionados com o levantamento e transferência de pacientes em muitos cenários, como unidades de internação de enfermagem, serviços de cuidados de longo prazo e a sala de cirurgia (Griffis, 2012). O levantamento e transferência manuais de pacientes contribuem para a alta incidência de problemas musculoesqueléticos relacionados com o trabalho e lesões nas costas em enfermeiros e outros profissionais da saúde. Evidência atual mostra que muitos enfermeiros frequentemente se transferem para diferentes cargos e deixam a profissão por causa de lesões relacionadas com o trabalho (Griffis, 2012). A implementação de intervenções e programas baseados em evidências (p.ex., as equipes de levantamento) reduz o número de acidentes de trabalho, o que melhora a saúde do enfermeiro e reduz os custos indiretos para os serviços de saúde (p.ex., compensação e substituição de trabalhadores acidentados).

Hoje, muitos estados têm leis que exigem o manejo seguro do paciente em serviços de saúde. Serviços de saúde estão implementando programas abrangentes de manejo seguro de pacientes em todas as partes dos Estados Unidos. Programas abrangentes de manejo seguro de pacientes incluem os seguintes elementos (VISN8, 2015):

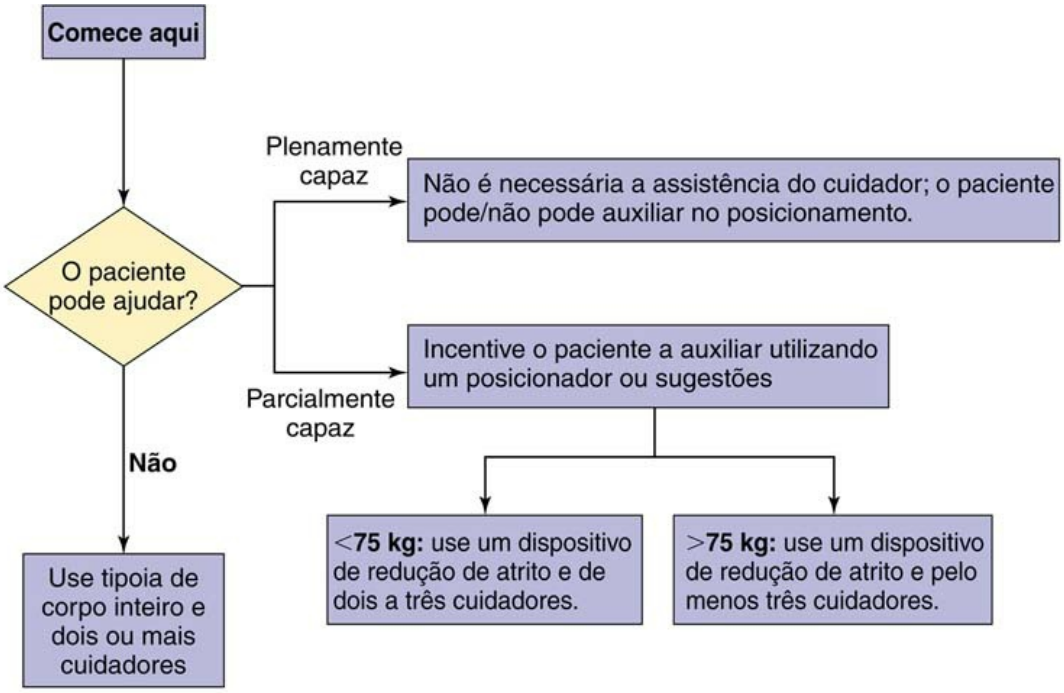
- Um protocolo de avaliação ergonômica para ambientes de cuidados de saúde
- Critérios de avaliação de pacientes e algoritmos para o manejo e movimento do paciente
- Equipamentos especiais mantidos em locais convenientes para ajudar a transferência de pacientes

- Enfermeiras de recurso para lesão de coluna
- Uma "revisão após ação" que permite que a equipe de saúde aplique o conhecimento sobre mover os pacientes de forma segura em diferentes cenários
- Política de "não levantar"

Técnicas de Transferência

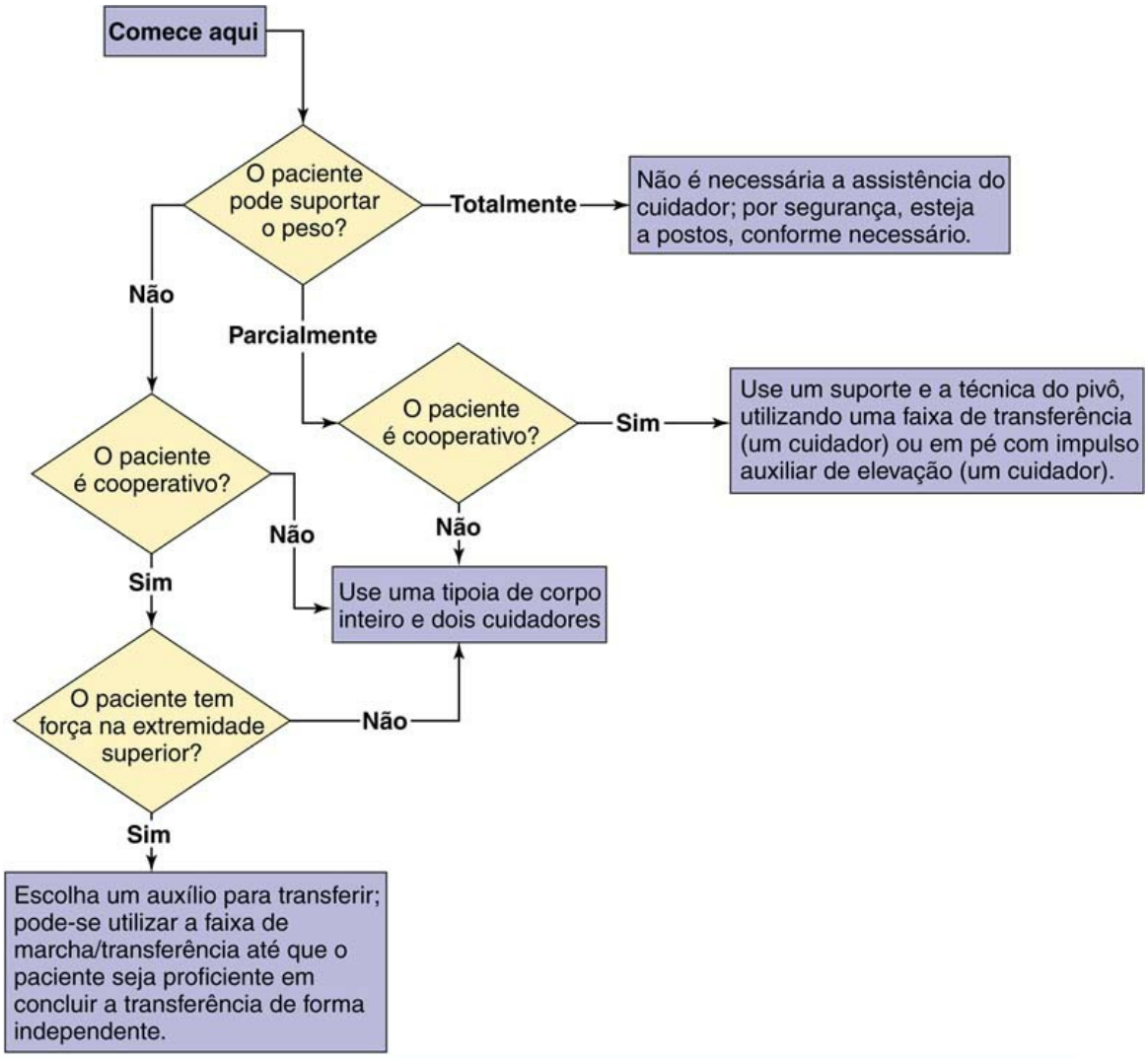
Enfermeiros, muitas vezes, prestam cuidados aos pacientes imobilizados, cuja posição deve ser mudada, que devem ser movidos para cima na cama ou que devem ser transferidos de uma cama para uma cadeira ou de uma cama para a maca. Como observado anteriormente, a mecânica do corpo por si só não protege enfermeiros de danos aos seus sistemas musculoesqueléticos, ao mover, levantar ou transferir pacientes. Embora as enfermeiras usem muitas técnicas de transferência, o conhecimento da ergonomia e manejo seguro do paciente são cruciais para manter a segurança do cuidador e do paciente.

Avalie cada situação que envolve manejo e movimento do paciente para minimizar o risco de lesões. Depois de completar a avaliação, você vai usar um algoritmo (Figs. 39-4 a 39-6) para orientar as decisões sobre o manejo seguro do paciente (VISN8, 2015). O Procedimento 39-1 descreve os passos comumente utilizados na transferência de pacientes com segurança e eficácia. Use a força do paciente ao levantar, transferir ou mover quando possível. Envolver o paciente tem a vantagem adicional de aumentar a participação no autocuidado, promovendo assim um sentimento de realização. Além de lidar com pacientes de forma segura, as enfermeiras precisam assumir um papel ativo em seus locais de trabalho para garantir que a cultura da segurança existe e que o material apropriado para manejo do paciente esteja prontamente disponível (Hunter et al., 2010).



- Esta não é uma tarefa para uma pessoa só: NÃO PUXE DA CABECEIRA DA CAMA.
- Ao puxar um paciente na cama, esta deve ser plana ou estar em posição de Trendelenburg (quando tolerada) para ajudar na gravidade, com a grade lateral abaixada.
- Para os pacientes com lesões por pressão estágio III ou IV, cuidados devem ser tomados para evitar a força de cisalhamento.
- A altura da cama deve ser adequada para a segurança da equipe (na altura dos cotovelos).
- Se o paciente pode auxiliar quando do reposicionamento "na cama", peça-lhe para flexionar os joelhos e empurre na contagem de três.
- Durante qualquer tarefa de tratamento do paciente, caso se exija do cuidador levantar mais de 15 kg de peso do paciente, este deve ser considerado totalmente dependente, devendo-se utilizar dispositivos de assistência.

FIGURA 39-4 Algoritmo utilizado para reposicionar paciente na cama. (Modificado de VISN8 Patient Safety Center [VISN8]: *Algorithms for Safe Patient Handling and Movement*, 2015, http://www.visn8.va.gov/patientsafetycenter/safepthandling/. Accessed February 14, 2015.)



- Para auxiliar na transferência sentado, a cadeira deve ter braços retráteis ou removíveis.
- Para tipoia de corpo inteiro, escolha um elevador projetado especificamente para acessar um paciente do carro (se o carro for o ponto de partida ou o destino final).
- Se o paciente tem uma capacidade de peso parcial, transfira para o lado mais forte.
- Tipoias estão disponíveis para ir ao banheiro.
- Tipoias de malha estão disponíveis para banho.
- Durante qualquer transferência do paciente, caso se exija do cuidador levantar mais de 15 kg de peso do paciente, este deve ser considerado totalmente dependente, devendo-se utilizar dispositivos para transferência.

FIGURA 39-5 Algoritmo usado para transferir o paciente do leito para a cadeira, da cadeira para o vaso sanitário, da cadeira para oura cadeira ou do carro para a cadeira.

(Modificado de VISN8 Patient Safety Center [VISN8]: *Algorithms for safe patient handling and movement*, 2015, http://www.visn8.va.gov/patientsafetycenter/safepthandling/. Accessed February 14, 2015.)

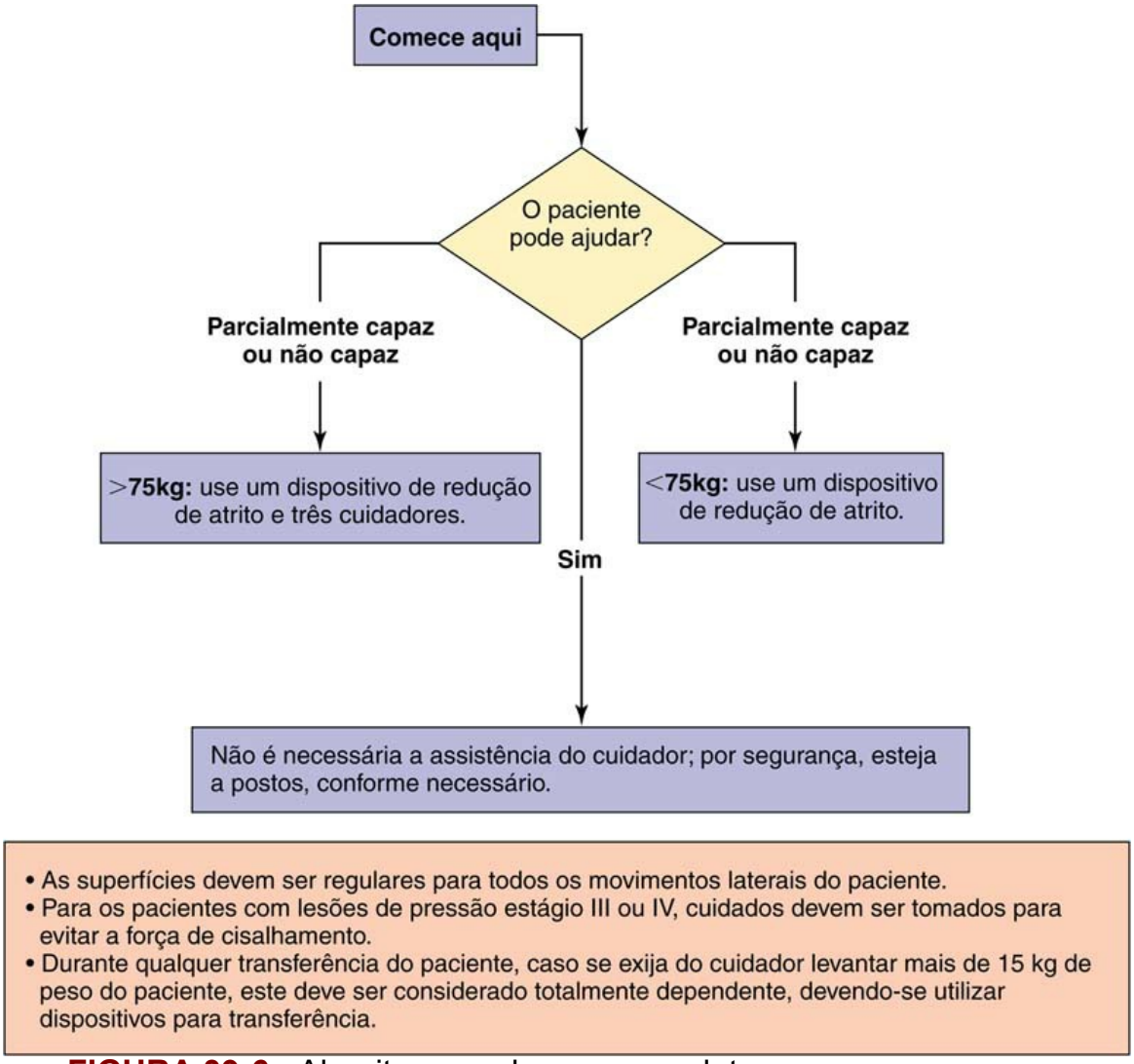


FIGURA 39-6 Algoritmo usado para completar a transferência lateral da cama para a maca ou carrinho e vice-versa. (Modificado de VISN8 Patient Safety Center (VISN8): Algorithms for safe patient handling and movement, 2015, http://www.visn8.va.gov/patientsafetycenter/safepthandling/. Acesso em February 14, 2015.)

Fatores que Influenciam na Atividade e Exercício

Fatores que influenciam na atividade e exercício incluem alterações no desenvolvimento, aspectos comportamentais, questões ambientais, apoio familiar e social e origem cultural e étnica. Considere essas áreas do conhecimento e as incorpore ao plano de cuidados, quer um

paciente esteja buscando a promoção da saúde, cuidados agudos ou cuidados reparadores e continuados.

Alterações no Desenvolvimento

Durante todo o tempo de vida, a aparência e funcionamento do corpo passam por mudanças. A maior mudança e efeito sobre o processo maturacional ocorre na infância e na velhice.

Crianças desde Bebês à Idade Escolar

A coluna de um recém-nascido é flexionada e não tem as curvas anteroposteriores do adulto. A primeira curva da coluna vertebral ocorre quando a criança estende o pescoço a partir da posição de bruços. Com o aumento do crescimento e da estabilidade, a coluna torácica endireita; e a curva espinhal lombar aparece, o que permite rolar, sentar, engatinhar e ficar em pé.

A postura de um lactente é um pouco estranha por causa do ligeiro dorso curvo e abdome protruso. Conforme a criança caminha, as pernas e os pés estão geralmente distantes e os pés são ligeiramente evertidos (voltados para fora). Perto do fim da primeira infância, a postura parece menos estranha, as curvas nas vértebras cervicais e lombares são acentuadas, e a eversão dos pés desaparece.

Ao terceiro ano, o corpo está mais fino, mais alto e mais bem equilibrado. A protrusão abdominal diminui, os pés não são tão distantes um do outro, e os braços e pernas aumentaram de comprimento. A criança parece mais coordenada. Do terceiro ano até o início da adolescência, o sistema musculoesquelético continua a crescer e desenvolver (Cap. 12).

Adolescência

O crescimento na adolescência é muitas vezes esporádico e desigual. Como resultado, o adolescente parece desajeitado e descoordenado. As meninas adolescentes costumam crescer e se desenvolver mais cedo que os rapazes. Os quadris alargam; e a gordura se deposita nos braços, coxas e nádegas. No rapaz adolescente, as alterações na forma são geralmente resultado de um crescimento de ossos longos e

aumento da massa muscular (Cap. 12).

Adultos Jovens e de Meia-idade

Um adulto com postura e alinhamento corretos do corpo se sente bem, têm boa aparência e geralmente parecem autoconfiantes. O adulto saudável também tem o desenvolvimento e a coordenação musculoesqueléticos necessários para realizar as AVDs e exercício físico (Cap. 13). Mudanças normais na postura e alinhamento corporal na idade adulta ocorrem principalmente em mulheres grávidas. Tais alterações resultam da resposta adaptativa do corpo ao ganho de peso e ao feto em desenvolvimento. O centro de gravidade se desloca em direção anterior. A mulher grávida se inclina para trás e tem o dorso ligeiramente curvo; como resultado, as mulheres grávidas muitas vezes se queixam de dor nas costas (Cap. 13).

Idosos

Uma perda progressiva de massa óssea total ocorre em idosos. Algumas das possíveis causas dessa perda incluem a inatividade física, alterações hormonais e aumento da atividade dos osteoclastos (i.e, a atividade de células responsáveis pela absorção de tecido ósseo). O efeito da perda óssea são ossos mais fracos, fazendo que as vértebras sejam mais macias e que a diáfise dos ossos longos seja menos resistente à flexão.

Além disso, os idosos podem andar mais lentamente e parecem menos coordenados. Eles muitas vezes dão passos pequenos e mantêm os pés mais juntos, o que diminui a base de apoio e, portanto, altera o equilíbrio do corpo. É importante encorajar ou planejar atividades físicas para idosos. Esses exercícios são importantes para a socialização, independência e manter a força do tronco do corpo; e podem melhorar a resistência, coordenação e estabilidade muscular bem como reduzir o risco de quedas e lesões (Cap. 14).

Aspectos Comportamentais

A atividade física não só beneficia a saúde geral do paciente, mas também é relatado que ela reduz o estresse (Childs e deWit, 2014).

Pacientes são mais propensos a incorporar um programa de exercícios em suas vidas diárias se apoiados pela família, amigos, enfermeiros, profissionais de saúde e outros membros da equipe de cuidados de saúde. Como enfermeiro, você deve considerar o conhecimento sobre exercício e atividade de um paciente, seus valores e crenças sobre o exercício em relação à saúde, as barreiras para um programa de exercício e atividade física (p.ex., recursos ou acesso a uma área segura para se exercitar) e hábitos de exercícios atuais. Os pacientes estão mais abertos a desenvolver um programa de exercícios quando estão prontos para mudar o seu comportamento. Informações sobre os benefícios do exercício físico regular são frequentemente úteis para um paciente que ainda não está nesse estágio. As decisões do paciente em mudar o comportamento e incluir uma rotina de exercícios diários em suas vidas, por vezes, ocorrem gradualmente com informações repetidas individualizadas para as necessidades dos pacientes e estilo de vida (Quadro 39-2). Uma vez que o paciente esteja pronto, colabore com ele ou ela para desenvolver um programa de exercícios que se adapte às necessidades dele ou dela e forneça seguimento de apoio contínuo e assistência até que o programa de exercícios torne-se uma rotina diária.

Quadro 39-2 Orientações Gerais para Iniciar um Programa de Exercício

Cinco passos para iniciar um programa de exercícios:

Passo 1: Avaliar o Nível de Condicionamento Físico

- Busque a aprovação de um profissional da saúde para começar. Há alguma limitação a considerar antes de determinar os exercícios no programa *fitness*?
- Registre os escores básicos, como frequência cardíaca antes e depois de caminhar 1.500 m, tempo que leva para caminhar 1.500 m, número de flexões que podem ser feitas ao mesmo tempo, capacidade de chegar para frente enquanto estiver sentado no

chão com as pernas estendidas na frente, circunferência da cintura e índice de massa corporal.

Passo 2: Planejar o Programa de Condicionamento Físico

- Considere as metas de condicionamento físico. Faça metas atingíveis.
- Desenvolva uma rotina equilibrada de atividade aeróbica e treinamento de força.
- Planeje uma progressão lógica de atividades que curse no seu próprio ritmo e anote-a para manter o controle.
- Crie um programa que inclua diferentes atividades na rotina diária.
- Conceda um tempo para a recuperação.

Passo 3: Montar o Equipamento

- Escolha calçados esportivos projetados para o exercício escolhido.
- Se optar por exercícios em casa, experimente o equipamento em uma academia antes de comprar; comprar equipamento de ginástica usado.
- Tente equipamentos caseiros (p.ex., meia garrafa cheia de areia para pesos).

Passo 4: Início

- Comece devagar e crie gradativamente uma rotina.
- Divida o tempo de exercício por todo o dia se o tempo ou a fadiga forem um obstáculo.

Dez minutos de exercício 3 vezes por dia em vez de um único treino de 30 minutos pode ser melhor para horários e condições médicas de alguns pacientes.

- Determine períodos de repouso como condição obrigatória.

Passo 5: Monitorar o Progresso

- Reavalie o condicionamento físico em 6 semanas e, depois, a cada 3 a 6 meses.
- Se perder a motivação: defina novas metas, faça os exercícios com um amigo ou incorpore novas atividades.

Modificado de Mayo Clinic Healthy Living Fitness Program: *5 steps to getting started*, 2014, http://www.mayoclinic.com/healthy-living/fitness/in-depth/fitness/art-20048269?pg=1. Accessed August 12, 2014.

Questões Ambientais

Local de Trabalho

Uma barreira comum para muitos pacientes é a falta de tempo necessário para se envolver em um programa de exercício diário. Alguns locais de trabalho ajudam seus funcionários a superar o obstáculo das limitações de tempo, oferecendo oportunidades, lembretes e recompensas para aqueles comprometidos com a boa condição física (McGann et al., 2013). Lembretes tais como placas que incentivam os funcionários a usar as escadas em vez de elevadores são úteis. Recompensas como estacionamento gratuito ou taxas de estacionamento com desconto também são eficazes para os funcionários que estacionam em áreas distantes e caminham.

Escolas

As crianças de hoje são menos ativas, resultando em um aumento na obesidade infantil (Bammann et al., 2014; Grossklaus e Marvicsin, 2014). As escolas são excelentes facilitadores da boa condição física e exercício. Estratégias para a atividade física incorporada precocemente na rotina diária de uma criança muitas vezes fornecem uma base para o compromisso de vida para o exercício e aptidão física.

Comunidade

O apoio comunitário da boa condição física é essencial para promover a saúde de seus membros (p.ex., fornecimento de trilhas para caminhada e instalações em trilhas em parques e aulas de

condicionamento físico). O sucesso na implementação de programas de boa condição física depende de um esforço colaborativo de serviços de saúde pública, parques e associações recreativas, instituições estaduais e locais do governo, serviços de saúde e dos membros da comunidade (Combs et al., 2013; Wallace et al., 2014).

Influências Culturais e Étnicas

Exercício e boa condição física são benéficos para todas as pessoas. Ao desenvolver um programa de boa condição física para populações culturalmente diversas, considere o que os motiva para o exercício e atividade física e o que eles veem como apropriado, agradável e benéfico. Também é importante saber quais doenças específicas estão associadas a diferentes origens étnicas e culturais (Quadro 39-3).

Quadro 39-3

Aspectos Culturais do Cuidado

Incidência e Desafios do Diabetes Tipo 2 entre os Grupos Étnicos nos Estados Unidos

Dados recentes nos Estados Unidos mostram uma prevalência de cerca de 28% de diabetes entre adultos com 65 anos ou mais. A obesidade e o sedentarismo são fatores que contribuem consistentemente para o diabetes tipo 2 em todos os grupos culturais diagnosticados com a doença. A atividade física desempenha um importante papel na prevenção e no tratamento do diabetes tipo 2. No entanto, as populações identificadas como propensas a desenvolver diabetes tipo 2 também são aquelas que estão em risco social e não têm acesso ou têm dificuldade em acessar o sistema de saúde (Clarke et al., 2014; Jain and Paranjape, 2013).

Implicações para a Assistência Centrada no

Paciente

- A inatividade física é um fator de risco modificável para o desenvolvimento de diabetes tipo 2. Programas de prevenção e tratamento precisam se concentrar nos exercícios e ser adaptados à tolerância a atividades e aos interesses de cada paciente.
- Trabalhar com a comunidade do paciente para apoiar a promoção da atividade física por meio de programas formais em escolas, igrejas e instituições governamentais dentro de comunidades desfavorecidas.
- Incorporar fatores motivacionais ao programa de exercícios, como fornecimento de um lanche saudável ou uma refeição aos participantes, e oferecer a cada paciente um diário para monitorar a perda de peso e os níveis de glicose no sangue (Clarke et al., 2014).
- Programas de exercícios e prevenção de diabetes precisam remover barreiras potenciais, como transporte e custo, para facilitar o comprometimento com o programa.

Apoio Familiar e Social

O apoio social é uma ferramenta motivacional para encorajar e promover o exercício e a boa condição física. Por exemplo, um paciente envolve um amigo ou outra pessoa significativa para participar de um "sistema amigo" (ou seja, eles caminham juntos todos os dias em um determinado momento). Essa companhia fornece socialização, aumenta o prazer e desenvolve um compromisso vitalício de boa condição física. Os pais apoiam seus filhos no esporte e atividade física, ao proporcionar encorajamento, elogios e transporte (Davison e Jago, 2010; Dunton, 2010). Outros pais apoiam a atividade física, incluindo seus filhos em passeios familiares, tais como andar de bicicleta ou um jogo de basquete no pátio da escola do bairro.

Pensamento crítico

Pensamento crítico de sucesso requer uma síntese de conhecimentos, experiências, informações obtidas a partir de pacientes, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais e profissionais. Julgamentos clínicos exigem que você antecipe informações, analise os dados e tome decisões sobre o atendimento ao paciente.

Para entender a tolerância à atividade, aptidão física e os efeitos sobre os pacientes, você integra os conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, experiências anteriores e informações recolhidas de pacientes. Enquanto você planeja a assistência ao paciente, considere a relação entre uma variedade de conceitos para fornecer o melhor resultado para os seus pacientes. Por exemplo, você lança as bases para o planejamento e tomada de decisão através da compreensão da relação entre o sistema musculoesquelético e alterações da saúde que podem criar problemas com a atividade e exercício, posicionamento e transferência. Padrões profissionais como os desenvolvidos pelo American College of Sports Medicine (ACSM) (2011), o ACSM e American Diabetes Association (ADA) (2010) e Association for Critical Care Nurses (AACN) (2015) fornecem orientações valiosas para exercício e aptidão física. Além disso, a American Nurses Association (ANA) (2010) emitiu um comunicado à comissão de Saúde, Educação, Trabalho e Pensões Subcomissão sobre Segurança de Emprego e Local de Trabalho do Senado dos Estados Unidos. A declaração aplaudiu e apoia a promulgação do Nurse and Health Care Worker Act de 2009 (H.R. 2381/S.1788).

Suas experiências e atitude de pensamento crítico afetam a abordagem de solução de problemas com os pacientes e são avaliadas a cada novo paciente. Lembre-se de que alguns pacientes têm a capacidade de recuperação apesar da perda de alguma função física. A restauração da função começa cedo no cuidado de pacientes cuja capacidade de realizar o autocuidado é interrompida. Incentivo, apoio, empenho e perseverança são atitudes importantes no pensamento crítico para esses pacientes.

A perseverança é necessária ao cuidar de pacientes que dependem de você para assistência com a deambulação ou exercício. Além disso, a responsabilidade pelo posicionamento muitas vezes se torna repetitiva, e algumas enfermeiras perdem a noção de sua importância (Cap. 28). A perseverança é especialmente importante ao delegar essas atividades para outras pessoas e ter certeza de que elas serão concluídas. Ter a certeza de que a tarefa será executada corretamente também é uma função essencial da enfermagem. Problemas com a atividade e mobilidade são muitas vezes prolongados; criatividade é necessária ao se projetar intervenções para melhorar a tolerância à atividade e procedimentos de mobilidade.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado dos pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem clínica de tomada de decisão para você desenvolver e implementar um plano individualizado de cuidados.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem avalie cuidadosamente cada paciente e analise criticamente os achados para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente que são necessárias para cuidados seguros de enfermagem. Complete o histórico de enfermagem de alinhamento do corpo e postura com o paciente em pé, sentado ou deitado. Use o histórico de enfermagem para determinar as mudanças fisiológicas normais em crescimento e desenvolvimento; desvios relativos à má postura, trauma, lesão muscular ou disfunção do nervo; e quaisquer necessidades de aprendizagem dos pacientes. Além disso, proporcione oportunidades para os pacientes de observar sua postura e obter informações importantes sobre outros fatores que contribuem para o mau alinhamento, tais como inatividade, fadiga, desnutrição e problemas psicológicos. Faça perguntas relacionadas com a tolerância ao exercício e atividade do paciente para reunir informações importantes (Quadro 39-4). Durante o histórico de enfermagem (Fig. 39-7), considere todos os elementos que ajudam a fazer diagnósticos de enfermagem apropriados. O primeiro passo para avaliar o alinhamento do corpo é colocar o paciente à vontade para que ele ou ela não assuma posições não naturais ou rígidas. Ao avaliar o alinhamento do corpo de um paciente que está imobilizado ou inconsciente, remova os travesseiros de cama, se não for contraindicado, e coloque o paciente em posição supina.

Quadro 39-4 Questões de Avaliação de Enfermagem

Natureza do Problema

- Que tipos de problema está tendo com atividades e exercícios?
- Quanto você se exercita por dia?
- Que tipo de exercício você prefere?
- Descreva o seu dia. Que tipo de atividades você faz?
- Durante quanto tempo você se exercita?

Sinais e Sintomas

- Você sente dor muscular ou nas articulações durante ou após exercícios?
- Você tem falta de ar durante alguma atividade física?
- Você já se sentiu desconforto no peito ou dor durante exercícios ou atividade física?

Início e Duração

- Quais atividades lhe fazem sentir falta de ar?
- Quanto tempo demora para retomar à respiração normal após o exercício ou uma atividade física?

Gravidade

- A que distância você anda antes que a dor nas suas pernas comece?
- Em uma escala de 0 a 10 (sendo 10 a pior dor), classifique a sua dor na perna.
- Você descreveria a sua falta de ar após atividades físicas e/ou exercícios como mínima, moderada ou grave?

Barreiras para o Exercício e a Atividade Física

- Você tem doenças crônicas que afetem a sua capacidade de

realizar atividades diárias como compras em supermercado, lavar roupas ou caminhar diariamente?

- Você possui limitações físicas que o impeçam de se exercitar diariamente?
- Você tem acesso a uma pista de caminhada comunitária e a equipamentos de exercício?
- O que o impede de se exercitar 30 minutos por dia?

Valores do Paciente

- Fale sobre o que você pensa sobre a importância de se exercitar regularmente.
- Quão confiante você está na sua capacidade de fazer os exercícios como recomendado pelo médico?

Efeito no Paciente

- Como a falta de uma rotina de exercícios afetam o seu peso?
- Sente-se mais cansado desde que deixou de se exercitar rotineiramente?
- Você observou algum aumento na falta de ar ao realizar atividades que exigem pouco esforço?

Conhecimento

- Atividade normal é necessária para o estágio de desenvolvimento do paciente
- Padrões de atividade normais
- Efeitos dos tratamentos sobre os padrões de atividade física e exercício do paciente
- Efeitos psicológicos e emocionais do exercício
- Influência da cultura do paciente nas suas preferências pelas atividades físicas

Experiência

- Cuidar de pacientes que necessitam de atividade física e exercício de recondicionamento
- Experiência pessoal no início de um programa de exercícios

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Avaliar o alinhamento do corpo, a postura e a mobilidade do paciente
- Identificar o efeito da atividade física e do exercício em nível global na saúde do paciente
- Avaliar o padrão de rotina de exercício do paciente
- Observar a resposta dos sistemas corporais do paciente à atividade física e ao exercício

Normas

- Aplicar padrões intelectuais, como acurácia, relevância e especificidade, quando da obtenção de dados relacionados com o status de atividade física e exercício do paciente
- Aplicar padrões profissionais, como aqueles do ACSM, da ADA e ANA

Atitudes

- Usar a criatividade na observação dos padrões de atividade física e exercício do paciente
- Responsabilizar-se pelo histórico de enfermagem adequado para avaliar o padrão de atividade física e exercício do paciente

FIGURA 39-7 Modelo de pensamento crítico para histórico de enfermagem de atividades físicas e exercícios. *ACSM*, Colégio Americano de Medicina Esportiva; *ADA*, Associação Americana de Diabetes; *ANA*, Associação Americana de Enfermagem.

Pelos Olhos do Paciente

No cuidado centrado no paciente, avaliar as expectativas, valores e crenças do paciente sobre a atividade e exercício e determinar as percepções individuais do que é normal ou aceitável são de extrema importância no desenvolvimento de um plano de cuidados. Autoeficácia percebida é um julgamento de capacidade e aplica-se à vontade de uma pessoa de praticar exercícios. Os resultados que as pessoas antecipam, tais como a partir de um programa de exercícios, dependem de seus discernimentos sobre o quão bem eles vão ser capazes de atuar em determinadas situações (Bandura, 2006). Pergunte ao paciente até que ponto ele ou ela gosta de se exercitar e sua crença na capacidade de se exercitar. Esse é um fator positivamente associado à atividade física de adultos (*Healthy People* 2020, 2015). Outro exemplo de avaliação da percepção do que é uma atividade aceitável para um paciente é se concentrar na dor dele. Um dos fatores que afetam a atividade física é a ausência de dor. Quando os pacientes sentem dor ou fadiga após o exercício, eles muitas vezes não têm o compromisso com as intervenções desejadas. Quando os pacientes estão satisfeitos com a sua atual atividade e condição físicas, eles não percebem a necessidade de melhoria.

Em Pé

O histórico de enfermagem do paciente em pé inclui o seguinte: a cabeça está ereta e partes do corpo na linha média estão simétricas; a coluna vertebral é reta com curvaturas normais (concavidade cervical, convexidade torácica, concavidade lombar); o abdome está confortavelmente comprimido; os joelhos estão em uma linha reta entre os quadris e os tornozelos estão levemente flexionados; os pés

estão no chão e apontando diretamente para frente e ligeiramente afastados para manter uma ampla base de apoio; e os braços pendem confortavelmente nos lados (Fig. 39-8). O centro de gravidade do paciente está na linha média, e a linha de gravidade parte do meio da testa para um ponto médio entre os pés. Lateralmente, a linha de gravidade corre verticalmente a partir do meio do crânio para o terço posterior do pé (Wilson e Giddens, 2013).

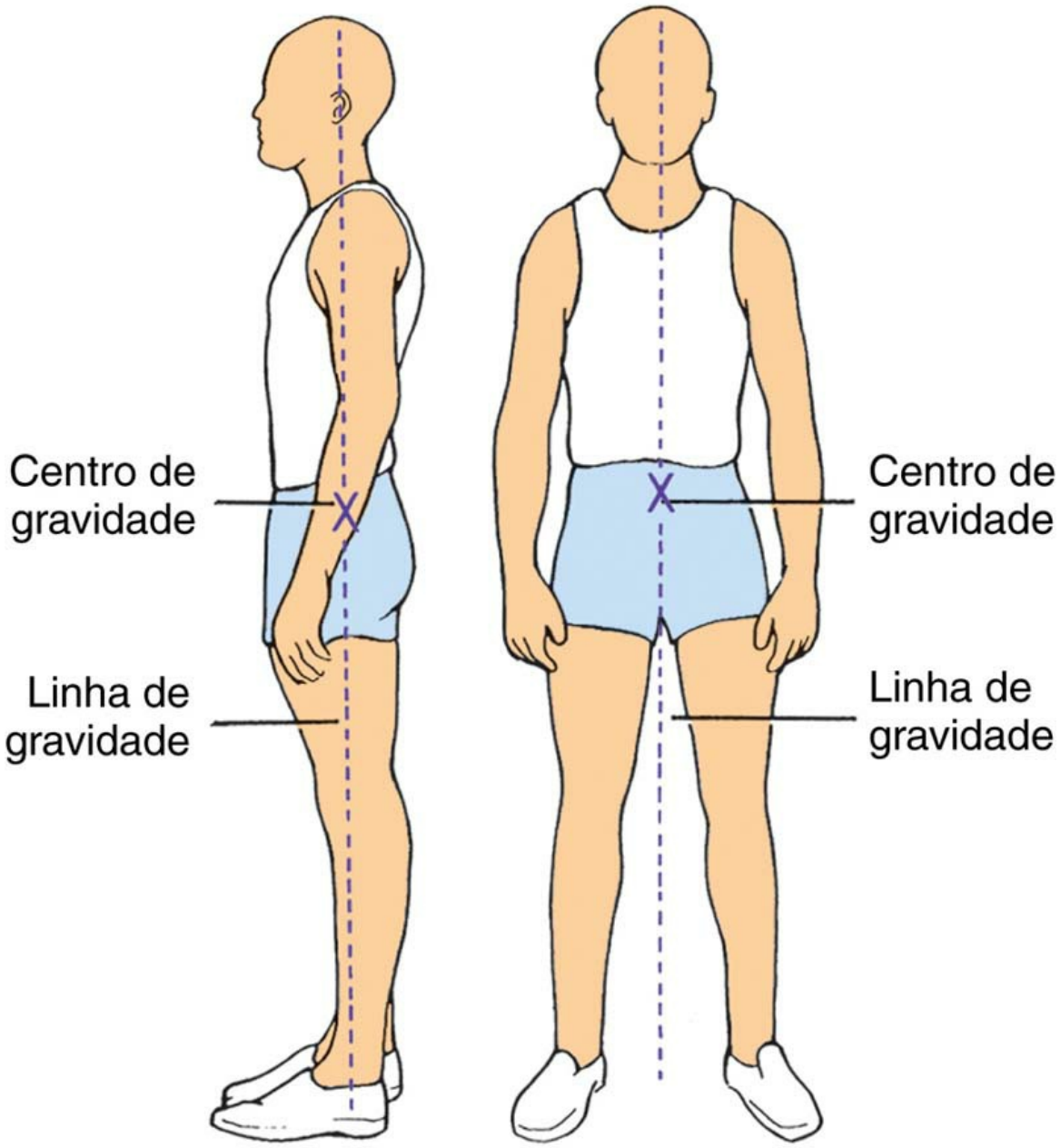


FIGURA 39-8 Alinhamento corporal correto quando em pé.

Sentado

O histórico de enfermagem de um paciente sentado inclui o seguinte: a cabeça está ereta, e o pescoço e a coluna vertebral estão em alinhamento linear; o peso do corpo está distribuído nas nádegas e coxas; as coxas ficam paralelas e num plano horizontal (cuidado para

evitar pressão sobre o nervo poplíteo e fornecimento de sangue); os pés estão apoiados no chão; e os antebraços estão apoiados nos braços da cadeira, no colo ou em uma mesa na frente da cadeira.

O histórico de enfermagem de alinhamento na posição sentada é particularmente importante para o paciente com fraqueza muscular, paralisia muscular ou dano nervoso. Um paciente com essas alterações tem sensação diminuída nas áreas afetadas e é incapaz de perceber pressão ou diminuição da circulação. Alinhamento adequado enquanto sentado reduz o risco de danos no sistema musculoesquelético.

Decúbito Lateral

Ao fazer o histórico de enfermagem de um paciente em decúbito, você coloca ele ou ela em posição lateral, removendo todos os suportes de posicionamento e deixa apenas um travesseiro. As vértebras estão em alinhamento reto sem curvaturas observáveis. Essa avaliação fornece dados de base a respeito do alinhamento corporal do paciente.

Condições que criam risco de dano ao sistema musculoesquelético ao deitar incluem mobilidade prejudicada (p.ex., tração), sensação diminuída (p.ex., hemiparesia por derrame), circulação prejudicada (p.ex., diabetes) e falta de controle muscular voluntário (p.ex., danos à medula espinhal) (Cap. 28).

Quando um paciente é incapaz de mudar de posição voluntariamente, avalie a posição das partes do corpo enquanto ele ou ela está deitado. Certifique-se de que as vértebras estão em alinhamento sem nenhuma curvatura observável. Verifique também se as extremidades estão em alinhamento e não estão cruzadas uma por cima da outra. A cabeça e pescoço precisam estar alinhados sem flexão ou extensão excessivas.

Mobilidade

O histórico de enfermagem de mobilidade ajuda a determinar a coordenação e equilíbrio de um paciente ao andar, a habilidade de realizar as AVDs e a habilidade de participar em um programa de

exercícios. O histórico de enfermagem de mobilidade tem três componentes: amplitude de movimento (ADM), marcha e exercício (Cap. 28).

Marcha

Marcha é a forma ou estilo de andar, incluindo ritmo, cadência e velocidade. Avaliar a marcha permite tirar conclusões sobre o equilíbrio, postura e a capacidade de andar sem ajuda. Achados do histórico de enfermagem em pacientes com marcha normal incluem um ritmo regular e suave; simetria no comprimento no balanço da perna; balanço suave relacionado com a fase da marcha; e balanço simétrico e suave do braço (Wilson e Giddens, 2013).

Exercício e Atividade

Exercício regular condiciona o corpo, melhora a saúde, mantém a boa forma e fornece terapia para corrigir uma deformidade ou restaurar o corpo em geral para um estado máximo de saúde. A atividade diária é um barômetro para o estado funcional do paciente. Quando uma pessoa se envolve em atividade física, mudanças fisiológicas ocorrem nos sistemas do corpo (Quadro 39-5). Determine os tipos de atividades que o paciente se envolve normalmente em casa e quanto o paciente se exercita regularmente.

Quadro 39-5 Efeitos do Exercício

Sistema Cardiovascular

- Aumento do débito cardíaco
- Melhora da contração miocárdica, fortalecendo, assim, o músculo cardíaco
- Redução da frequência cardíaca em repouso
- Melhora do retorno venoso

Sistema Pulmonar

- Aumento da frequência e intensidade respiratórias seguidas de

um retorno mais rápido ao estado de repouso
- Melhora da ventilação alveolar
- Redução do trabalho respiratório
- Melhora da mobilidade diafragmática

Sistema Metabólico

- Elevação da taxa metabólica basal
- Aumento do uso de glicose e ácidos graxos
- Aumento da degradação de triglicerídeos
- Incremento da motilidade gástrica
- Aumento da produção de calor corporal

Sistema Musculoesquelético

- Melhora no tônus muscular
- Aumento da mobilidade articular
- Melhora da tolerância muscular ao exercício físico
- Possível aumento da massa muscular
- Redução da perda óssea

Tolerância à Atividade

- Melhora da tolerância
- Diminuição da fadiga

Fatores Psicossociais

- Melhora na tolerância ao estresse
- Relatos de "sentir-se melhor"
- Relatos de diminuição de doenças (p. ex., resfriados, gripe)

Dados de Huether SE, McCance KL: *Understanding pathophysiology*, ed 5, St Louis, 2012, Mosby.

Tolerância à Atividade

Tolerância à atividade é a resposta que uma pessoa tem ao tipo e à quantidade de exercício ou atividade que ele ou ela executa. Antes da deambulação, de se sentar em uma cadeira ou de outra atividade planejada, obtenha os sinais vitais do paciente, observe a cor da pele e pergunte sobre seu nível de conforto e nível de energia atual ou sensação de fadiga. O histórico de enfermagem sobre tolerância à atividade é necessária ao planejar atividade física para promoção da saúde e para a manutenção da saúde aos pacientes com doença aguda ou crônica. Esse histórico de enfermagem fornece dados de base sobre os padrões de atividade do paciente e ajuda a determinar quais fatores (físico, psicológico ou motivacional) afetam a tolerância à atividade (Quadro 39-6).

Quadro 39-6 Fatores que Influenciam a Tolerância à Atividade Física

Fatores Psicológicos

- Anormalidades esqueléticas
- Deficiências musculares
- Doenças endócrinas ou metabólicas (p.ex., diabetes melito, doença tireoidiana)
- Hipoxemia
- Redução da função cardíaca
- Diminuição da resistência
- Estabilidade física prejudicada
- Dor
- Distúrbios no padrão de sono
- Padrões de exercício anteriores
- Processos infecciosos ou febre

Fatores Emocionais

- Ansiedade

- Depressão
- Dependência química
- Motivação

Fatores de Desenvolvimento

- Idade
- Sexo

Gravidez

- Crescimento físico e desenvolvimento de suporte musculoesquelético

Modificado de Lewis SL et al: Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems, ed 9, St Louis, 2014, Mosby.

Diagnóstico de Enfermagem

O histórico de enfermagem sobre tolerância à atividade, aptidão física, alinhamento do corpo e mobilidade articular do paciente, fornece conjuntos de dados ou características definidoras para corroborar um diagnóstico de enfermagem. Você precisa ser objetivo ao identificar diagnósticos. Por exemplo, você considera diagnóstico de enfermagem *Intolerância à Atividade* ou *Fadiga* em um paciente que relata estar cansado e fraco. Uma revisão mais aprofundada das características definidoras avaliadas (p.ex., ritmo cardíaco anormal e relato verbal de fraqueza) leva ao diagnóstico definitivo (*Intolerância à Atividade*).

Quando os pacientes têm problemas com atividade e exercício, o diagnóstico de enfermagem muitas vezes foca na capacidade de se mover. O título diagnóstico e fatores relacionados guiam as intervenções de enfermagem. Isso requer a seleção correta dos fatores relacionados. Por exemplo, *Intolerância à Atividade Relacionada com o Ganho de Peso em Excesso* requer intervenções muito diferentes que se o fator relacionado fosse repouso no leito prolongado. O Quadro 39-7 proporciona um exemplo de como o processo diagnóstico leva à seleção do diagnóstico preciso. Os seguintes são exemplos de

diagnósticos de enfermagem relacionados com a atividade e exercício:

- *Intolerância à Atividade*
- *Enfrentamento Ineficaz*
- *Troca Gasosa Prejudicada*
- *Risco de Lesão*
- *Mobilidade no Leito Prejudicada*
- *Mobilidade Física Prejudicada*
- *Dor Crônica ou Aguda*

Quadro 39-7

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Mobilidade Física Limitada

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Observe a marcha do paciente.	Marcha arrastada Marcha descoordenada O paciente relata velocidade lenta de caminhada
Observe o desempenho do paciente em tarefas como alimentar-se, vestir-se ou em atividades recreacionais.	Movimentos descoordenados Limitada coordenação motora fina
Meça o alcance de movimento da articulação.	Reduzida mobilidade articular nas extremidades inferiores e/ou superiores Rigidez nas articulações
Meça a resistência do paciente.	Tem dificuldade em subir para a posição sentada ou sair da cama

Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento de enfermagem sintetize informações de vários recursos (Fig. 39-9). O pensamento crítico garante que o plano de cuidados do paciente integre todas as informações do paciente. Padrões profissionais são especialmente importantes a se considerar ao desenvolver um plano de cuidado; e muitas vezes estabelecem diretrizes cientificamente comprovadas para a seleção de intervenções de enfermagem eficazes.

Conhecimento

- Papel de fisioterapeutas e treinadores físicos para melhorar o padrão de atividade física e exercício do paciente
- Efeito de medicamentos na tolerância do paciente à atividade física
- Dimensão de quaisquer limitações físicas experimentadas pelo paciente

Experiência

- Experiências anteriores de atendimento ao paciente com tratamentos planejados para melhorar a tolerância ao exercício e à atividade física
- Experiência pessoal com regimes de exercícios

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Consultar/colaborar com os membros da equipe de saúde para aumentar a atividade
- Envolver o paciente e sua família no planejamento da atividade física e do exercício
- Considerar a capacidade do paciente para aumentar o nível de atividade física

Normas

- Individualizar o tratamento de acordo com a tolerância do paciente à atividade física
- Empregar os padrões de segurança no manejo do paciente (ANA, 2010)
- Utilizar as metas de atividades físicas e exercícios publicadas pelo Colégio Americano de Medicina Esportiva

Atitudes

- Seja criativo na concepção de intervenções para melhorar a tolerância do paciente a atividades físicas
- Responsabilizar-se por adaptar as intervenções para aumentar a tolerância do paciente à atividade física em vários ambientes de cuidados de saúde

FIGURA 39-9 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem de atividades físicas exercícios. *ANA*, Associação Americana de Enfermagem.

Um mapa conceitual é uma ferramenta para auxiliar no planejamento de cuidado. Ele mostra a relação entre vários diagnósticos de enfermagem e intervenções planejadas. A Figura 39-10 mostra a relação entre o diagnóstico médico de um paciente de insuficiência cardíaca e o diagnóstico de enfermagem identificado e as intervenções de enfermagem relacionadas.

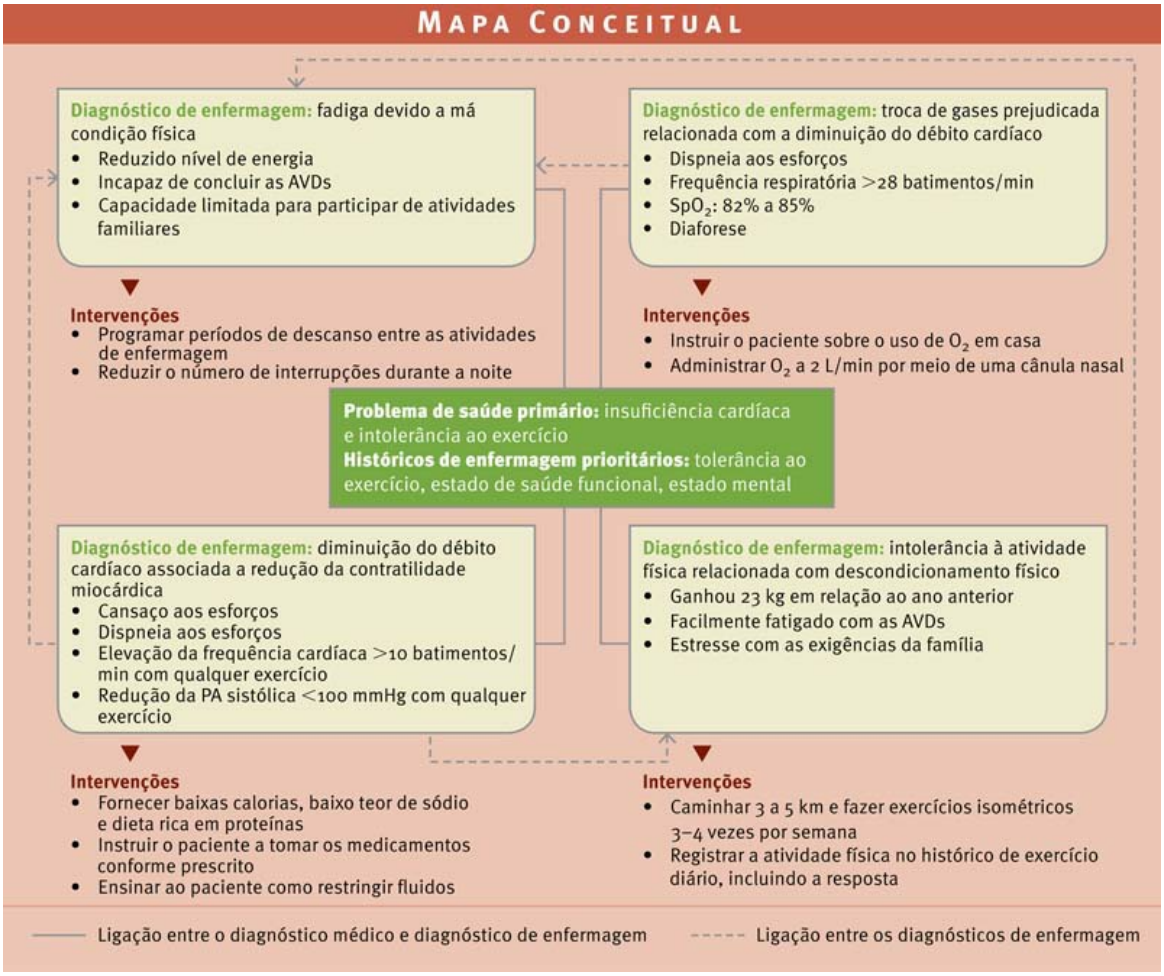


FIGURA 39-10 Mapa conceitual da Sra. Smith. *AVDs*, atividades da vida diária; *PA*, pressão arterial.

Objetivos e Resultados

Uma vez que você identifica o diagnóstico de enfermagem, você e o paciente estabelecem metas e os resultados esperados das intervenções diretas. O plano inclui a consideração de eventuais riscos de lesão ao paciente e preocupações pré-existentes com a saúde. É especialmente importante ter conhecimento do ambiente familiar do paciente ao planejar terapias para manter ou melhorar a atividade, o alinhamento do corpo e a mobilidade. Inclua o cuidador da família do paciente no plano de cuidado a menos que o paciente prefira não envolver a família. Os cuidadores da família desempenham papéis fundamentais no ambiente doméstico, motivando e treinando os pacientes a se manterem ativos. O objetivo geral relacionado com o exercício e à atividade é melhorar ou manter a função motora do paciente e sua independência. Os seguintes são exemplos de resultados para os pacientes com déficits em atividade e exercício (Ackley e Ladwig, 2014):

- Participa da atividade física prescrita, mantendo ritmo cardíaco, pressão arterial e frequência respiratória adequados
- Verbaliza uma compreensão da necessidade de aumentar gradualmente a atividade com base na tolerância e sintomas
- Expressa a compreensão de equilibrar descanso e atividade

Definir Prioridades

O planejamento do cuidado é centrado no paciente, levando em consideração as necessidades mais imediatas dele. Por exemplo, o paciente está confortável o suficiente para participar do exercício ou a ocorrência aguda de sintomas exige que você adie uma sessão de exercício? Você determina o imediatismo de qualquer problema pelo seu efeito sobre a saúde física e mental do paciente. Por causa dos muitos procedimentos associados ao cuidado dos pacientes que têm o diagnóstico de intolerância à atividade e/ou mobilidade reduzida, como se virar, transferência e posicionamento, é fácil ignorar as complicações associadas a essas alterações de saúde. Portanto, esteja vigilante no acompanhamento do paciente e supervisione o pessoal de

apoio na realização de atividades para evitar complicações e danos em potencial.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Planejamento de enfermagem envolve a compreensão da necessidade do paciente em manter função e independência. Por exemplo, é importante colaborar com os médicos e fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Às vezes, reabilitação em longo prazo é necessário. O planejamento de enfermagem da alta começa quando o paciente entra no sistema de saúde e envolve sua identificação ou expectativas quanto à atividade física e quanto ao que é planejado pela equipe de saúde. Além disso, sempre individualize o plano de cuidado destinado à satisfação das necessidades atuais ou potenciais do paciente (veja o Plano de Cuidado de Enfermagem).

Implementação

Promoção da Saúde

O sedentarismo contribui para o desenvolvimento de problemas relacionados com a saúde.

Você promove a saúde ao incentivar os pacientes a se envolver em um programa de exercício físico regular em qualquer ambiente (Quadro 39-8). Adote uma abordagem holística para desenvolver e implementar um plano que aumenta a aptidão física geral do paciente. Discuta as recomendações para a atividade e aptidão física e colabore com o paciente para projetar um programa de exercícios.

Quadro 39-8

Guia de procedimentos

Ajudando os Pacientes a se Exercitarem

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

A habilidade de ajudar os pacientes nos exercícios é uma atividade de autocuidado. No entanto, em um cenário agudo de cuidados, pode ser delegada à equipe de assistência de enfermagem. Uma enfermeira deve primeiro avaliar a capacidade e a tolerância do paciente ao exercício. Ela também ensina aos pacientes e a seus familiares como implementar programas de exercícios domésticos. O técnico de enfermagem pode preparar os pacientes para o exercício (p.ex., calçando sapatos e vestindo roupas, auxiliando nas necessidades de higiene e verificando os sinais vitais antes e depois do exercício). Instrua o técnico de enfermagem a fazer o seguinte:

- Comunicar a enfermeira caso o paciente relate dor antes, durante ou após o exercício.
- Notificar a enfermeira se o paciente se queixar de aumento de fadiga, tonturas ou vertigens quando da verificação dos sinais

vitais pré-exercício e/ou pós-exercício.

- Informar à enfermeira os valores dos sinais vitais.

Passos

1. Identifique o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário de acordo com a política da instituição.
2. Avalie quaisquer limitações médicas (p.ex., *status* de sustentação de peso, fratura não tratada, paralisia parcial, neuropatia periférica dos pés, gravidez atual, doença cardiovascular).
3. Conheça o nível de mobilidade do paciente antes do trauma, da doença da ou hospitalização.
4. Reúna a avaliação basal dos sinais vitais e da saturação de O_2 (se disponível).
5. Estime o nível de dor do paciente. Peça-lhe para classificar a dor em uma escala de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 a pior dor. Um analgésico pode ser necessário 30 minutos antes do exercício, mas não deve ter propriedades sedativas.
6. Avalie as crenças, os valores e as percepções do paciente em relação ao seu atual estado de saúde e à confiança em ser capaz de realizar o exercício.
7. Analise o estado cognitivo do paciente e a sua capacidade de seguir instruções durante a implementação do exercício.
8. Avalie se há limitações articulares e não force um músculo ou uma articulação durante o exercício.
9. Tenha sapatos confortáveis e antiderrapantes para uso do paciente. No ambiente doméstico, sugira que o paciente vista roupas confortáveis.
10. Instrua o paciente a respirar lenta e profundamente e a se concentrar no relaxamento para reduzir a ansiedade, oxigenar totalmente os tecidos e expandir os pulmões.
11. Quando no exercício (p.ex., deambulando ou movendo-se para uma cadeira, andando em casa), o paciente deve se mover em seu próprio ritmo.

12. Monitore a tontura, que é um indicador de hipotensão postural.
13. Observe a postura apropriada, o alinhamento e a mecânica corporais durante o exercício.
14. Monitore os sinais vitais antes, durante e depois do exercício.
15. Encerre a atividade física se a frequência cardíaca do paciente for maior que 30 batimentos por minuto sobre a linha de base; se houver mudança de ritmo cardíaco; se o paciente estiver hipotenso (alteração de 30 mmHg na pressão arterial sistólica ou de 10 mmHg na pressão arterial diastólica); se o paciente apresentar tonturas com duração superior a 60 segundos, desmaios ou sudorese; se houver mudança no padrão respiratório do paciente com aumento no uso da musculatura acessória; ou se o paciente desenvolver extrema fadiga ou dispneia grave, com frequência respiratória superior ao valor inicial em mais de 20 respirações/min (Perme and Chandrashekar, 2009; Myszenski, 2014).
16. Use ***Ensino de retorno*** para determinar a compreensão do paciente e de sua família quanto à segurança das atividades físicas. Situação: "Eu quero ter certeza de que expliquei como se exercitar com segurança, em casa ou na sua comunidade, para evitar o risco de lesões relacionadas com o exercício. Pode me dizer quais os sapatos adequados para o exercício e como aumentar gradualmente a sua atividade?". Reveja a sua instrução neste momento ou desenvolva um plano para revisão caso o paciente não seja capaz de responder corretamente.
17. Registre o progresso do paciente e forneça um *feedback* de como ele se exercita.

Dados de Edelman CL et al: *Health promotion throughout the life span*, ed 8, St Louis, 2013, Mosby; and Lewis SL et al: *Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems*, ed 9, St Louis, 2014, Mosby.

Antes de iniciar um programa de exercícios, ensine os pacientes a

calcular sua frequência cardíaca máxima, subtraindo sua idade atual em anos de 220 e, em seguida, obter sua frequência cardíaca alvo, tirando 60% a 90% do máximo, dependendo da recomendação do seu médico. Não importa qual a prescrição de exercício seja implementada para o paciente, períodos de aquecimento e relaxamento precisam ser incluídos no programa (Edelman et al., 2013). O período de aquecimento geralmente dura cerca de 5 a 10 minutos e frequentemente inclui alongamento, ginástica, e/ou a atividade aeróbia realizada em uma intensidade menor. Ele prepara o corpo e diminui o potencial de lesão. O período de relaxamento segue a rotina de exercícios e geralmente dura cerca de 5 a 10 minutos. Ele permite que o corpo se reajuste gradualmente para o funcionamento de base e fornece uma oportunidade de combinar movimentos, tais como alongamento com o relaxamento realçando a consciência do corpo-mente. A American Heart Association (2015) tem recomendações para atividade física em adultos (http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/PhysicalActivity/I Heart-Association-Recommendations-for-Physical-Activity-in-Adults_UCM_307976_Article.jsp#.VlCR96SFOpo).

Muitos pacientes têm dificuldade em incorporar um programa de exercícios em suas vidas diárias por causa de limitações de tempo ou falta de recursos (p.ex., falta de parques abertos ou trilhas). Para esses pacientes, é benéfico reforçar que eles podem usar as AVDs (p.ex., jardinagem, subir escadas ao lavar a roupa) para acumular os recomendados 30 minutos ou mais por dia de atividade física de intensidade moderada.

Outros pacientes se beneficiam de um programa de exercício prescrito e de condicionamento físico cuidadosamente planejados para satisfazer suas necessidades e expectativas. Uma prescrição de exercício geralmente inclui uma combinação de exercícios aeróbicos, alongamento e exercícios de flexibilidade e treinamento de resistência. O exercício aeróbico inclui caminhar, correr, andar de bicicleta, dança aeróbica, pular corda e esqui nórdico. A frequência recomendada de exercício aeróbico é de 3 a 5 vezes por semana ou dia alternados por aproximadamente 30 minutos. O treinamento cruzado é recomendado

para o paciente que prefere se exercitar todos os dias. Por exemplo, o paciente corre um dia e faz ioga no dia seguinte.

Alongamento e exercícios de flexibilidade incluem ADM ativo e alongamento de todos os grupos musculares e articulações. Esta forma de exercício é ideal para períodos de aquecimento e relaxamento. Os benefícios incluem maior flexibilidade, melhora da circulação e postura e uma oportunidade para relaxar.

O treinamento de resistência aumenta a força muscular e resistência e está associado a um melhor desempenho das AVDs e prevenção de lesões e deficiência. Treinamento formal de resistência inclui treinamento de peso; mas os pacientes podem obter os mesmos benefícios através da realização de AVDs, como empurrar um aspirador de pó, varrer folhas, remover a neve e sovar o pão. Alguns pacientes usam o treinamento com pesos para aumentar sua massa muscular. No entanto, o seu objetivo de uma perspectiva de saúde é desenvolver tônus e força e estimular e manter os ossos saudáveis (O'Donovan et al., 2010).

Mecânica Corporal

O Occupational Safety and Health Administration dos Estados Unidos lançou diretrizes ergonômicas federais para prevenir lesões musculoesqueléticas no local de trabalho (OSHA, 2009). Metade de todas as dores nas costas está associada a tarefas de levantamento manuais (Quadro 39-9). Atividade musculoesquelética coordenada é necessária ao posicionar e transferir pacientes. A lesão mais comum nas costas é a distensão do grupo muscular lombar, que inclui os músculos ao redor das vértebras lombares. Danos a estas áreas afetam a capacidade de abaixar para frente, para trás e para os lados. A capacidade de girar os quadris e parte inferior das costas também é diminuída (Lin et al., 2012). A mecânica corporal por si só não é suficiente para evitar lesões musculoesqueléticas, ao posicionar ou transferir pacientes (Tabela 39-1).

Quadro 39-9

Prática baseada em evidências

Promovendo Manejo Seguro dos Pacientes e Prevenção de Lesão em Enfermeiros e seus Pacientes

Questão PICO: Qual o efeito que as políticas de manejo seguro do paciente tem sobre a segurança do enfermeiro em instituições de cuidado quando comparadas com instituições que não têm tais políticas?

Resumo da Evidência

Distúrbios musculoesqueléticos são os riscos de saúde ocupacionais mais prevalentes e debilitantes para os enfermeiros. Intervenções preventivas são necessárias para evitar os riscos e sobrecarga econômica associados às tarefas de manejo do paciente. A declaração de posição da Associação Americana de Enfermagem (ANA, 2010) exige o uso de equipamentos e dispositivos auxiliares que promovem um ambiente de cuidado seguro para enfermeiros e seus pacientes. O uso de equipamentos auxiliares e o uso continuado de mecânica corporal adequada reduz significativamente o risco de lesões musculoesqueléticas. O Occupational Safety and Health Administration (OSHA, 2009) recomenda minimizar ou eliminar o levantamento manual de pacientes. Evidências atuais corroboram os benefícios de instituir programas de manejo seguro do paciente (SPH) nas organizações de cuidado. Entretanto, o The U.S. Bureau of Labor Statistics (2010) relatou que trabalhadores na indústria da saúde sofreram a maior perda de tempo devido à dor musculoesquelética e nas costas de forma geral. Como resultado, muitas instalações estão implementando políticas limitadas de levantamento para minimizar o manejo do paciente por enfermeiros e usando dispositivos de levantamento. Pesquisa mostra que essas políticas reduzem efetivamente lesões laborais (Cowley e Leggett, 2010; Tullar et al., 2010).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Esteja familiarizado com a informação de segurança da agência de saúde e treinamento a respeito de transferência, posicionamento e levantamento de pacientes.
- Use pessoas suficientes junto com o equipamento de manejo de paciente ao mover pacientes que estão acima do peso, confusos ou inaptos a auxiliar (Cowley e Leggett, 2010; VISN8, 2015).
- Use as diretrizes de segurança às costas recomendadas e equipamento de manejo seguro do paciente apropriado para reduzir o risco de lesões musculoesqueléticas (Lin et al., 2012).
- Use pesquisas, padrões, algoritmos e diretrizes atuais a respeito do posicionamento e transferência seguros dos pacientes (VISN8, 2015).
- Use "times de levantamento" e equipamento de manejo do paciente, como levantadores mecânicos, para prevenir lesão a você mesmo e ao paciente (VISN8, 2015).

Tabela 39-1

Prevenção de Lesões de Elevação nos Profissionais da Saúde

Ação	Justificativa
Quando estiver planejando deslocar um paciente, providencie a ajuda adequada. Se a sua instituição tem uma equipe de elevação, utilize-a como um recurso (Lin *et al.*, 2012; VISN8, 2015).	Uma equipe de elevação está adequadamente treinada em técnicas para prevenir lesões musculoesqueléticas.
Utilize equipamento de deslocamento de paciente e dispositivos como camas ajustáveis em altura, elevadores de teto, lençóis deslizantes redutores de atrito e aparelhos de ar assistido (Hunter *et al.*, 2010; Tullar *et al.*, 2010).	Estes dispositivos reduzem a tensão muscular do cuidador durante o manuseio do paciente.
Incentive o paciente a ajudar tanto quanto possível.	Isto promove a independência e força do paciente ao mesmo tempo em que minimiza a carga de trabalho.
Posicione-se próxima ao paciente (ou ao objeto que está sendo levantado).	Mantém o objeto no mesmo plano de que quem o está elevando e próximo ao centro de gravidade do cuidador. Reduz a distensão horizontal e o estresse sobre as costas do cuidador.

Contraia os músculos abdominais e mantenha costas, pescoço, pelve e pés alinhados. Evite girar.	Reduz o risco de lesões à vértebra lombar e a grupos musculares. Girar aumenta o risco de lesão (Lin *et al.*, 2012).
Dobre os joelhos; mantenha os pés bem separados.	Uma ampla base de apoio aumenta a estabilidade e mantém o centro de gravidade.
Utilize braços e pernas (e não as costas).	Os músculos da perna são mais fortes, maiores e capazes de trabalho mais sem lesões.
Deslize paciente em direção ao seu corpo usando um lençol ou prancha deslizante. Quando da transferência do paciente para uma cama ou maca, uma prancha deslizante é mais apropriada.	Deslizar exige menos esforço que levantar. O lençol deslizante minimiza as forças de cisalhamento, as quais podem danificar a pele do paciente.
A pessoa com carga mais pesada coordena os esforços da equipe envolvida contando até três.	A elevação simultânea minimiza a carga de todos os envolvidos.
Proceda à elevação manual como último recurso e apenas se não envolver o levantamento da maior parte ou da totalidade do peso do paciente.	A função de elevação é uma atividade de alto risco que causa significativo estresse bioquímico e postural (Tullar *et al.*, 2010).

Plano de cuidado de enfermagem

Intolerância à Atividade

Histórico de enfermagem

A Sra. Smith é uma dona de casa de 45 anos. Ela está em um programa de reabilitação cardiovascular prescrito por seu médico e conduzido por Erich, um enfermeiro registrado. A Sra. Smith tem histórico de doença cardiovascular com leve falência cardíaca. Ela expressa sentimentos de estresse causados por demanda excessiva de seu tempo. O histórico de enfermagem de Erich inclui uma discussão sobre o problema de saúde atual da Sra. Smith e um exame físico pertinente.

Atividades do Histórico de Enfermagem	*Achados/Características Definidoras**
Pergunte à Sra. Smith o que levou seu médico a recomendar um programa de reabilitação cardiovascular. Pergunte à Sra. Smith sobre seus hábitos alimentares e de exercício.	Ela responde, "Eu **ganhei 23 quilos** ao longo do ano passado. Eu fico facilmente **fatigada** e me falta energia para acompanhar até as simples tarefas de casa. Eu não quero mais sair de casa. Eu não tenho dinheiro extra para entrar para uma academia cara." Ela responde: "Eu quero me exercitar, mas com as demandas de cuidar de uma criança e dos meus pais envelhecendo, eu simplesmente não sinto vontade. Eu me sinto sendo puxada em todas as direções; isso aumenta meu **estresse** e então quero comer, comer e comer!" Altura: 1,60 m Peso: **102 kg**

Faça o histórico de enfermagem de base.	Pressão arterial: **152/90 mm Hg** (em repouso) Pulso: 96 batidas/min (em repouso) Frequência respiratória: 20 respirações/min (em repouso) Pressão arterial: **164/96 mm Hg** (após subir 10 degraus) Pulso: **120 batidas/min** (após subir 10 degraus) Frequência respiratória: 36 (após subir 10 degraus)

* **Características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Intolerância à atividade relacionada com a inatividade e falta de condicionamento cardiovascular

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	***Resultados Esperados (NOC)*** †
	Tolerância à Atividade
A tolerância à atividade da Sra. Smith vai melhorar acima da linha de base.	Sra. Smith realiza exercício de 20 minutos duas vezes na semana pelas próximas 2 semanas. O nível de fadiga da Sra. Smith com o exercício continua o mesmo ou diminui.
	Eficácia da Bomba Cardíaca
A resposta cardiopulmonar da Sra. Smith ao exercício vai melhorar.	A pressão arterial diastólica em repouso da Sra. Smith continua abaixo de 80 mmHg. Sua pressão arterial sistólica é abaixo de 120 mmHg. Sua frequência cardíaca em repouso varia de 75 a 85 batidas/min. Sua frequência respiratória é de 16 respirações/min (em repouso).

† Rótulos de classificação de resultados de Moorhead S et al, editores: Nursing outcomes classification (NOC), ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	JUSTIFICATIVA
Promoção de Exercício	
Instrua a Sra. Smith sobre os benefícios fisiológicos de um programa regular de exercícios. Combine as instruções com suas crenças sobre o valor do exercício.	Atividade física e exercício protegem contra maior desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV) e diminuem outros fatores de risco associados a DCV como obesidade, hipertensão e hiperlipidemia (Campos-Outcalt, 2014; Donges et al., 2010).
Desenvolva um plano progressivo de exercício com a Sra. Smith tal como 3 a 5 km ou 20 minutos de caminhada rápida e exercícios isométricos dos músculos quadríceps, bíceps e glúteos 3 a 4 vezes por semana. Instrua a Sra. Smith a usar um diário de exercício e anotar o dia, horário, duração e respostas (pulso, sentimentos, falta de ar, peso diário).	Treinamento cruzado (combinação de atividades de exercícios) fornece variedade para combater o tédio e aumenta o potencial para o condicionamento do corpo todo (Edelman et al., 2013). Manter um diário pode aumentar a adesão à prescrição do exercício. O monitoramento da resposta cardiopulmonar pode indicar potenciais sintomas de intolerância à atividade que podem causar danos (Urden L et al.,

	2014).
Agende visitas de rotina com a Sra. Smith para acompanhamento e revisão do diário de exercícios, progresso e barreiras.	Os pacientes são mais propensos a aumentar a atividade física e manter-se em conformidade com um programa de exercícios se eles forem orientados por um profissional de saúde (Edelman et al., 2013).

‡ Rótulos de classificação de intervenção de Bulechek GM et al, editores: Nursing interventions classification (NIC), ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Obtenção do Resultado***
Revise o diário de exercício do paciente.	Paciente caminhou 20 minutos duas vezes na primeira semana, 20 minutos três vezes na semana seguinte.	A participação no exercício está aumentando.
Anote o peso, pressão arterial e pulso.	Peso, 95 kg; frequência cardíaca em repouso continua entre 80 e 85 batidas/min; pressão arterial, 146/86 mm Hg.	Perda de 7 kg Efeitos cardiovasculares do exercício melhorados: • Frequência cardíaca está dentro do normal. • Pressão arterial está menor, porém não a esperada. Monitore a pressão arterial à medida que o paciente continua a perder peso.
Pergunte à Sra. Smith se o exercício está ajudando a diminuir o nível de fadiga.	"A princípio, encontrar tempo para me exercitar foi difícil; mas uma vez que comecei a me sentir menos cansada e até menos estressada, foi fácil integrar o exercício nas minhas atividades diárias."	Tolerância à atividade melhorada com exercício.

Antes de levantar, avalie o peso a ser levantado, determine a assistência necessária e avalie os recursos disponíveis. Utilize materiais de manejo seguro de pacientes quando o paciente não for apto para ajudar na transferência. Equipes de levantamento, consistindo em duas pessoas em boa condição física competentes nas técnicas de levantamento, reduzem o risco de danos para o paciente e para os membros da equipe de saúde (Burnfield et al., 2013; Cowley e Leggett, 2010). Use o levantamento manual apenas como último recurso quando você precisar levantar uma pequena parte do peso do paciente (Tullar et al., 2010). Ensinar os profissionais da saúde sobre o material de manejo de paciente, mecânica corporal adequada, bem

como a utilização de equipes de levantamento é mais eficaz na prevenção de lesões (Hunter et al., 2010).

Cuidado Agudo

Encoraje os pacientes que estão hospitalizados a fazer exercícios de alongamento, exercícios ADM ativos e uma caminhada de baixa intensidade, dependendo de sua condição. Os fisioterapeutas também podem ajudar os pacientes com exercícios isométricos. Quando os pacientes não podem participar da ADM ativa, mantenha a mobilidade articular e previna contraturas através da implementação de ADM passiva no plano de cuidados. Se necessário, medique os pacientes para dor 30 minutos antes do exercício. Não administre um analgésico que faz o paciente sentir tonturas.

Sistema Musculoesquelético

Ajude a manter o sistema musculoesquelético durante o cuidado agudo, incentivando a utilização de alongamento e exercícios isométricos. Reveja o prontuário do paciente e colabore com a fisioterapia e o médico para identificar possíveis contraindicações antes de iniciar os exercícios isométricos. O fisioterapeuta vai elaborar um programa de exercício isométrico para as necessidades específicas do paciente. O seu papel será o de seguir esse programa e ajudar os pacientes da forma correta. Por exemplo, um programa de exercícios inclui exercícios isométricos de bíceps e tríceps para preparar um paciente para andar de muleta. Instrua o paciente a parar a atividade se ele sentir dor, fadiga ou desconforto.

Durante os exercícios isométricos, um paciente tensiona ou contrai um grupo muscular por 10 segundos e, em seguida, relaxa completamente durante vários segundos (Resnick et al., 2012). As repetições são progressivamente aumentadas para cada grupo muscular até que o exercício isométrico seja repetido 8 a 10 vezes. Instrua os pacientes a realizar os exercícios lentamente e aumentar as repetições ao passo que sua condição física melhora. O paciente precisa fazer exercício isométrico dos músculos quadríceps e glúteos, que são utilizados para andar, 4 vezes por dia até que o paciente esteja

capaz de andar.

Mobilidade Articular

A intervenção mais fácil de manter ou melhorar a mobilidade articular para os pacientes e que pode ser coordenada com outras atividades é o uso de exercícios ADM (Cap. 28). Em exercícios ADM ativos, os pacientes são capazes de mover as articulações de forma independente. Com exercícios ADM passivos, você move cada articulação em pacientes que são incapazes de executar eles próprios esses exercícios. O uso de exercícios ADM fornece dados para avaliar e melhorar a mobilidade das articulações do paciente de forma sistemática.

As articulações que não são movidas periodicamente estão em risco de contraturas, um encurtamento permanente de um músculo, seguido do eventual encurtamento dos ligamentos e tendões associados. Com o tempo a articulação torna-se fixa numa posição e o paciente perde o uso normal da mesma. Exercícios ADM passivos são os exercícios de escolha para pacientes que não têm controle motor voluntário.

Idosos passando por um declínio na atividade física e por mudanças articulares geralmente têm mobilidade e flexibilidade articular limitadas. Use diversas das abordagens recomendadas para ajudar o idoso a usar a mecânica corporal adequada e evitar lesões (Quadro 39-10).

Quadro 39-10

Foco em idosos

Ajudando o Idoso a Iniciar e Manter um Programa de Exercícios

- Encoraje o idoso a evitar ficar sentado por período prolongado e se levantar e alongar. O alongamento frequente diminui o risco de desenvolver contraturas articulares.

- Assegure que o paciente idoso mantenha o correto alinhamento corporal ao sentar para minimizar o estresse sobre articulações e músculos.
- Ensine aos pacientes como usar as articulações mais fortes ou grupos musculares maiores. A distribuição eficiente da carga de trabalho diminui o estresse articular e dor.
- Forneça recursos para o programa de exercícios planejado. Exercícios de apoio de peso e resistência retardam a perda óssea e previnem fraturas em idosos com osteoporose (Roush, 2011).
- Recomende programas de treinamento de resistência e habilidade. Essas formas de exercício reduzem o medo de cair e aumentam a sensação de bem-estar em idosos (Kwun et al., 2012).
- Ensine ao idoso que nunca é tarde demais para iniciar um programa de exercício (Edelman et al., 2013; Elliott, 2011). Consulte um médico antes de iniciar um programa de exercício, particularmente na presença de doença cardíaca ou pulmonar e outras doenças crônicas.
- Use as informações do histórico de enfermagem e consulte um fisioterapeuta para determinar quando você precisa ajustar o programa de exercício para aqueles em idade avançada.
- Encoraje o idoso que não está apto a participar de um programa de exercício formal a melhorar a mobilidade articular e a circulação, simplesmente se alongando e exagerando os movimentos durante a realização das atividades da rotina diária.

O aparelho de movimento passivo contínuo (MPC) é programado para exercitar diversas articulações como o quadril, tornozelo, joelho, ombro e pulso através de ADM repetitivo. O aparelho MPC é mais comumente usado após cirurgia de joelho. Entretanto, tem surgido questionamentos sobre os benefícios do MPC (Maniar et al., 2012). Uma recente revisão de estudos envolvendo cirurgia artroplástica de joelho mostrou que o MPC provavelmente melhora a habilidade do paciente em dobrar o joelho levemente, porém pode não melhorar a dor e a função (Harvey et al., 2014). Ele é geralmente prescrito do

primeiro ao quarto dia após a cirurgia e é aplicado por 1,5 a 24 horas por dia dependendo da preferência do cirurgião e da condição do paciente (Lewis et al., 2013; Harvey et al., 2014). Você programa o aparelho para certos graus de mobilidade articular baseado na ordem do médico, com o objetivo de aumentar a mobilidade ou flexão articular.

A menos que contraindicado, o plano de cuidados de enfermagem inclui exercitar cada articulação através de um ADM o mais completo possível. Inicie os exercícios ADM passivos assim que o paciente perder a habilidade de mover a extremidade ou articulação. O Capítulo 28 detalha os exercícios ADM para cada área e ilustra o movimento de cada articulação.

Caminhada

A caminhada aumenta a mobilidade articular e pode ser medida por período de tempo ou distância. Meça a distância caminhada em pés ou jardas em vez de colocar no prontuário "caminhou até a enfermaria e voltou". Doença ou trauma geralmente reduzem a tolerância à atividade, resultando na necessidade de ajuda para andar ou no uso de dispositivos de assistência como muletas, bengalas ou andadores. Os pacientes que aumentam suas distâncias de caminhadas antes da alta melhoram sua habilidade de realizar as AVDs básicas de forma independente, aumentam sua tolerância à atividade e têm uma recuperação mais rápida após a cirurgia (AAN, 2015; Pashikanti e Von Ah, 2012).

Ajudando um Paciente a Andar

Ajudar o paciente a andar requer preparação. Avalie a força, coordenação, sinais vitais de base e equilíbrio do paciente para determinar o tipo de assistência necessária. Avalie também sua orientação e determine se há sinais de dificuldade. Adie a caminhada se você determinar que o paciente não pode andar com segurança. Avalie a segurança do ambiente antes da caminhada (p.ex., remoção de obstáculos, chão limpo e seco e a identificação de pontos de parada para o caso de a tolerância a atividade do paciente se tornar menor

que a esperada ou se o paciente ficar tonto). Também faça o paciente usar sapatos com apoio e antiderrapantes.

Ajude o paciente a ficar sentado na lateral da cama e pender as pernas para fora da cama por 1 a 2 minutos antes de ficar em pé. Alguns pacientes apresentam hipotensão ortostática (i.e, uma queda da pressão arterial que ocorre quando se muda de uma posição horizontal para vertical) (Fedorowski e Melander, 2013; Lewis et al., 2013). Os pacientes em maior risco são os imobilizados, os que estão sob repouso prolongado, adultos mais velhos e os com doenças crônicas como a diabetes melito e doença cardiovascular. Os sinais e sintomas da hipotensão ortostática incluem vertigem, tontura, náusea, taquicardia, palidez e até desmaio. A hipotensão ortostática geralmente estabiliza rapidamente, porém se o paciente desenvolve vertigem que dura 60 segundos, volte com o paciente para a cama (Perme e Chandrashekar, 2009; Myszenski, 2014). Pender as pernas do paciente antes de ficar em pé é um passo intermediário que permite a avaliação dele antes de mudar de posição para manter a segurança e prevenir lesão ao paciente. Em alguns casos, você precisa aferir a pressão arterial do paciente enquanto ele ou ela está sentado na lateral da cama.

Diversos métodos são usados para ajudar o paciente a andar. Sempre forneça apoio na cintura com um cinto de marcha para que o centro de gravidade do paciente permaneça na linha média. O cinto de marcha envolve a cintura do paciente confortavelmente. Você segura a parte de trás do cinto atrás do paciente. Alguns cintos têm alças para você segurar enquanto o paciente anda.

Se o paciente tiver um episódio de desmaio (síncope) ou comece a cair, assuma uma base ampla de suporte com um pé na frente do outro, suportando, então, o peso corporal do paciente (Fig. 39-11, *A*). Estenda uma perna, deixe o paciente deslizar contra a perna e gentilmente abaixe ele ou ela para o chão, protegendo a cabeça (Fig. 39-11, *B* e *C*). Pratique essa técnica com um amigo ou colega de classe antes de tentá-la num cenário clínico. Proceda com cautela para prevenir uma lesão a si próprio, especialmente se o paciente estiver acima do peso. Quando o paciente tentar andar novamente, proceda

mais devagar, monitorando sinais de tontura; e afira a pressão arterial do paciente antes, durante e depois da caminhada.

FIGURA 39-11 **A,** Fique com os pés afastados para fornecer uma ampla base de apoio. **B,** Estenda uma perna e deixe que o paciente a deslize contra o chão. **C,** Dobre os joelhos para abaixar o corpo conforme o paciente desliza para o chão.

Cuidado Restaurador e Continuado

O cuidado restaurador e continuado envolve implementar estratégias de atividade e exercício para ajudar o paciente com as AVDs após o cuidado agudo não ser mais necessário. O cuidado restaurador e continuado também inclui atividades e exercícios que restauram e promovem funcionamento ótimo em pacientes com doenças crônicas especificas como doença arterial coronariana (DAC), hipertensão, DPOC e diabetes melito.

Dispositivos de Apoio para Caminhar

Em colaboração com outros profissionais da saúde, como fisioterapeutas, promova atividade e exercício ensinando o uso

adequado de bengalas, andadores ou muletas dependendo do dispositivo de apoio mais adequado para a condição do paciente.

Andadores

Um andador é um dispositivo leve e móvel que fica na altura da cintura e consiste em uma armação de metal com pegadores, quatro pernas robustas amplamente localizadas e um lado aberto (Fig. 39-12). Como tem uma ampla base de apoio, o andador proporciona grande estabilidade e segurança durante a caminhada. Um andador pode ser usado por um paciente que está fraco ou tem problemas de equilíbrio. Andadores com rodas são úteis para pacientes que têm dificuldade de levantar e mover para frente o andador conforme andam devido a equilíbrio ou resistência limitados. No entanto, a desvantagem é que o andador pode rolar para frente quando o peso é aplicado. Você mede os andadores deixando o paciente relaxar os braços ao lado do corpo e ficar de pé. A parte superior do andador deve estar alinhada com o vinco no interior do pulso (Academia Americana de Cirurgiões Ortopedistas, 2015). Os cotovelos devem estar flexionados cerca de 15 a 30 graus quando em pé no interior do andador, com as mãos sobre os pegadores. O paciente segura os pegadores nas barras superiores, dá um passo, move o andador para frente e dá mais um passo. Um andador requer que o paciente levante e mova para frente o dispositivo. Ensine aos pacientes a usar os andadores com segurança e evitar risco de queda.

FIGURA 39-12 Paciente usando um andador.

Bengalas

Bengalas são dispositivos leves e fáceis de mover feitos de madeira ou metal. Eles fornecem menos apoio que um andador e são menos

estáveis. O comprimento da bengala de uma pessoa é igual à distância entre o trocanter maior e o chão (Pierson e Fairchild, 2013). Dois tipos comuns de bengalas são a reta de perna única e a de quatro pontas. A bengala reta de perna única é mais comum e é usada para apoiar e equilibrar um paciente com força diminuída nas pernas. O paciente deve manter a bengala do lado forte do corpo. Para máximo apoio ao andar, o paciente coloca a bengala a frente 15 a 25 cm, mantendo o peso corporal sobre as duas pernas. Ele ou ela move a perna mais fraca para frente da bengala para que o peso corporal seja dividido entre a bengala e a perna mais forte. O paciente então passa a perna mais forte na frente da bengala para que a perna mais fraca e o peso corporal sejam suportados pela bengala e pela perna mais fraca. Durante a caminhada, o paciente repete continuamente esses três passos. O paciente precisa aprender que dois pontos de apoio, como os dois pés ou um pé e a bengala, precisam estar no chão a todo o momento.

A bengala de quatro pontas fornece o maior suporte e é usada quando há paralisia parcial ou completa da perna ou alguma hemiplegia (Fig. 39-13). Você ensina ao paciente os mesmos três passos que são usados com a bengala de perna única.

FIGURA 39-13 Parte inferior da bengala de quatro pontas.

Muletas

As muletas são geralmente necessárias para aumentar a mobilidade. Comece as instruções da muleta com as diretrizes de uso seguro (Quadro 39-11). O uso de muletas é geralmente temporário (p.ex., após dano ao ligamento do joelho). Entretanto, alguns pacientes com paralisia das extremidades inferiores precisam delas permanentemente. A muleta é um apoio de madeira ou metal. Os dois tipos de muletas são a ajustável em dobro ou a muleta de antebraço e a muleta axilar de madeira ou metal, que é a mais comum. A muleta de antebraço tem um pegador e uma banda de metal que se encaixa no antebraço do paciente. A banda de metal e o pegador são ajustados de acordo com a altura do paciente. A muleta axilar tem uma superfície curva e acolchoada no topo, que se encaixa por baixo da axila. Um pegador no formato de barra transversal é segurado em nível das palmas para suportar o corpo. É importante medir as muletas para o comprimento apropriado e com o intuito de ensinar aos pacientes como usar suas muletas com segurança a fim de

conseguir uma marcha estável, subir e descer escadas e se levantar quando estiver sentado.

Quadro 39-11

Educação em saúde do paciente

Segurança com as Muletas

Objetivo

- Paciente vai descrever e demonstrar a deambulação segura com as muletas.

Estratégias de Ensino

- Ensine ao paciente a não se apoiar sobre as muletas para sustentar o peso corporal.
- Ensine ao paciente com muletas axilares sobre os perigos da pressão nas axilas, o que ocorre quando o paciente se apoia sobre as muletas para sustentar o peso corporal.
- Explique por que o paciente precisa usar apenas as muletas que são medidas para ele ou ela.
- Mostre ao paciente como inspecionar rotineiramente as pontas da muleta. Prenda de forma segura as pontas de borracha nas muletas. Substitua as pontas gastas. As pontas de borracha da muleta aumentam a fricção com a superfície e ajudam a evitar que o paciente escorregue.
- Explique que as pontas das muletas precisam permanecer secas. A água diminui a fricção com a superfície e aumenta o risco de o paciente escorregar. Mostre ao paciente como secar as pontas da muleta se elas estiverem molhadas; o paciente pode usar papel ou toalhas de pano.
- Mostre ao paciente como inspecionar a estrutura das muletas. Fissuras em uma muleta de madeira diminuem sua habilidade de sustentar o peso. Dobras em uma muleta de alumínio alteram o

alinhamento corporal.

- Forneça ao paciente uma lista de empresas de materiais médicos na vizinhança para obter reparos, novas pontas de borracha, pegadores e almofadas.
- Instrua o paciente a ter muletas de reserva e pontas disponíveis.

Avaliação de Enfermagem

- Paciente diz os princípios de segurança com muletas.
- Paciente demonstra corretamente o uso apropriado das muletas.
- Axilas livres de pressão.

Medindo as Muletas

A medida para a muleta axilar inclui a altura do paciente, o ângulo de flexão do cotovelo e a distância entre a almofada da muleta e a axila. Quando as muletas estiverem ajustadas, certifique-se de que a muleta esteja de dois a três dedos de distância da axila e posicione as pontas aproximadamente 5 cm lateralmente e de 10 a 15 cm anteriormente à frente dos sapatos do paciente (Fig. 39-14).

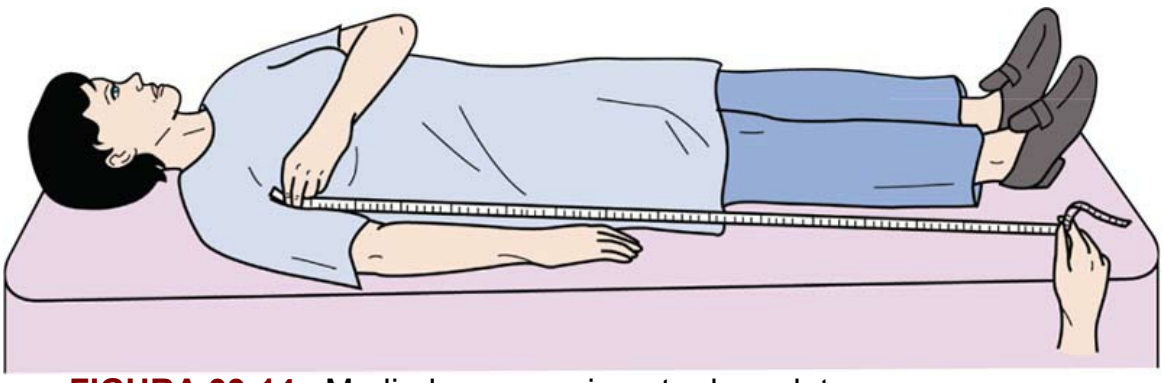


FIGURA 39-14 Medindo o comprimento da muleta.

Posicione os pegadores para que as axilas não suportem o peso corporal do paciente. A pressão nas axilas aumenta o risco para os nervos subjacentes, o que às vezes resulta em paralisia parcial do braço. Determine a correta posição dos pegadores com o paciente

ereto, apoiando o peso pelos pegadores com os cotovelos levemente flexionados em 20 a 25 graus. A flexão do cotovelo pode ser verificada com um goniômetro (Fig. 39-15). Ao determinar a altura e colocação dos pegadores, verifique se a distância entre a almofada da muleta e a axila do paciente é de cerca de 5 cm (distância de dois a três dedos) (Fig. 39-16).

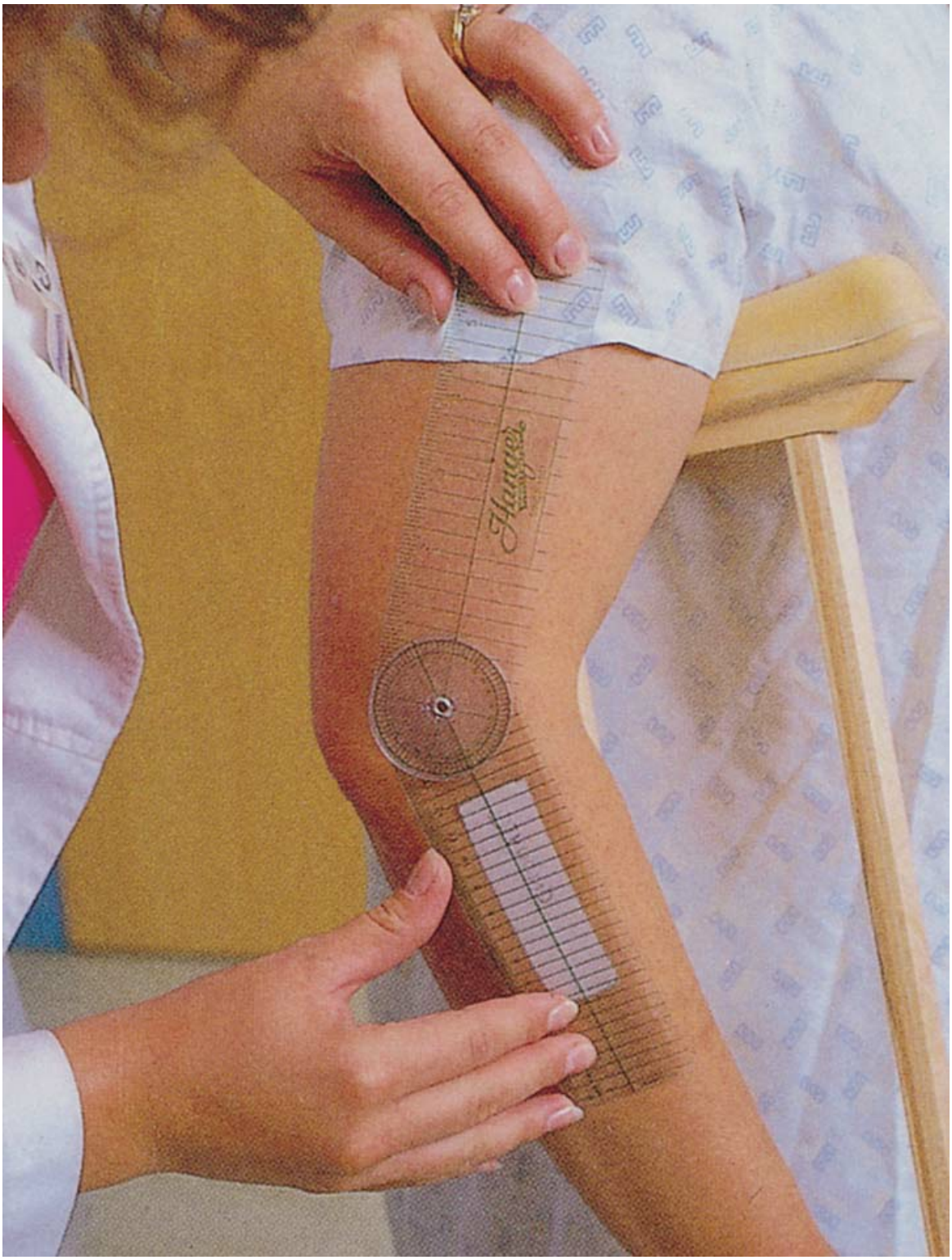


FIGURA 39-15 Usando o goniômetro para verificar o grau correto de flexão do cotovelo para o uso muleta.

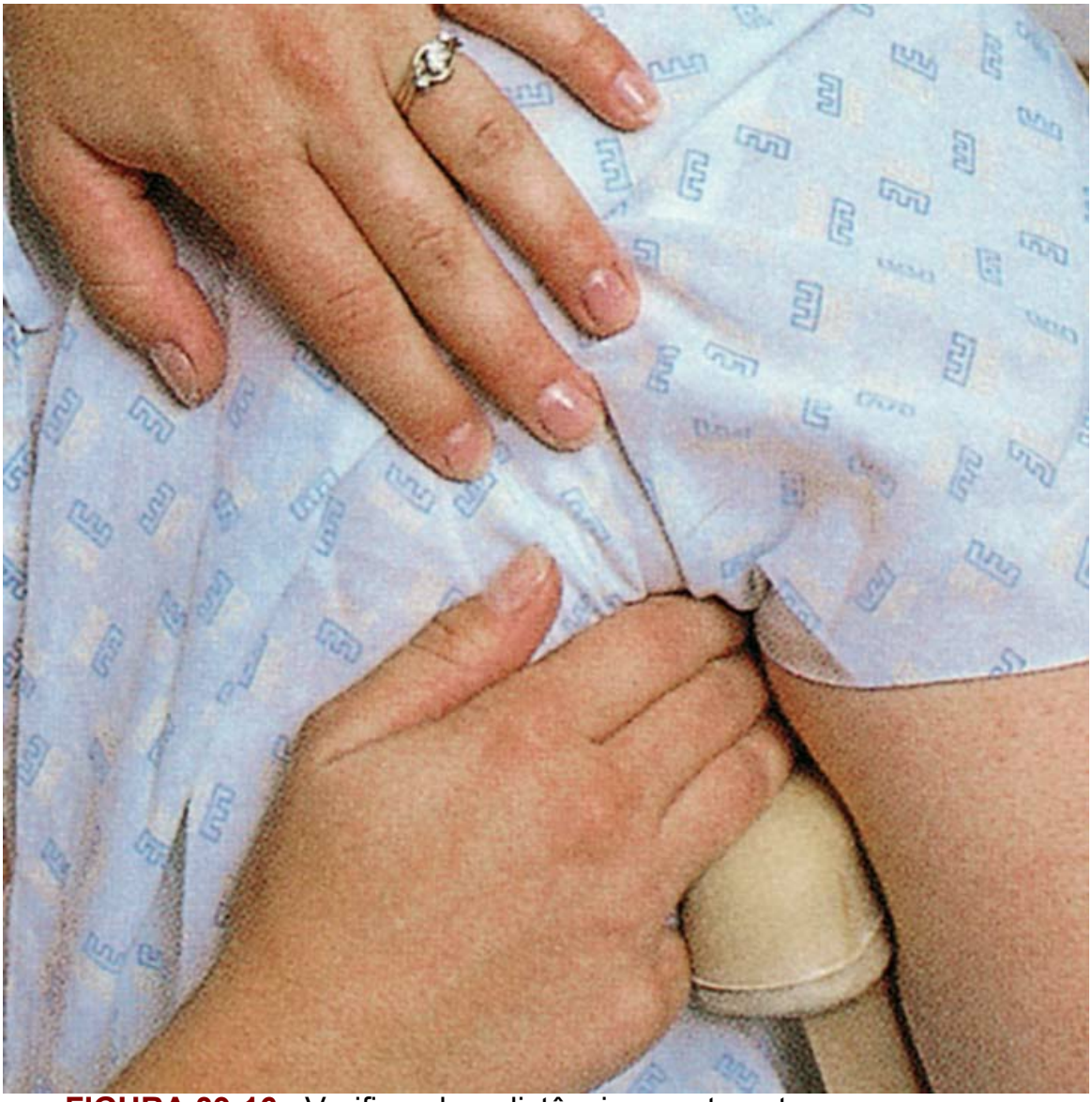


FIGURA 39-16 Verificando a distância correta entre as almofadas da muleta e a axila.

Marcha com Muleta

Os pacientes assumem a **marcha com muleta** alternando o apoio do peso em uma ou ambas as pernas e nas muletas. Determine a marcha avaliando as capacidades físicas e funcionais do paciente e a doença ou lesão que resultou na necessidade de muletas. Esta seção resume a postura básica para muleta e as quatro marchas-padrão: marcha alternada de quatro pontos, marcha alternada de três pontos, marcha

de dois pontos e marcha pendular.

A posição básica para muletas é a posição tripé, formada quando as muletas estão a 15 cm na frente e 15 cm para o lado de cada pé (Fig. 39-17). Essa posição melhora o equilíbrio do paciente, fornecendo uma base mais ampla de apoio. O alinhamento do corpo do paciente na posição de tripé inclui cabeça e pescoço eretos, vértebras em linha reta e quadris e joelhos estendidos. As axilas não devem suportar qualquer peso. O paciente assume a posição do tripé antes de andar com as muletas.

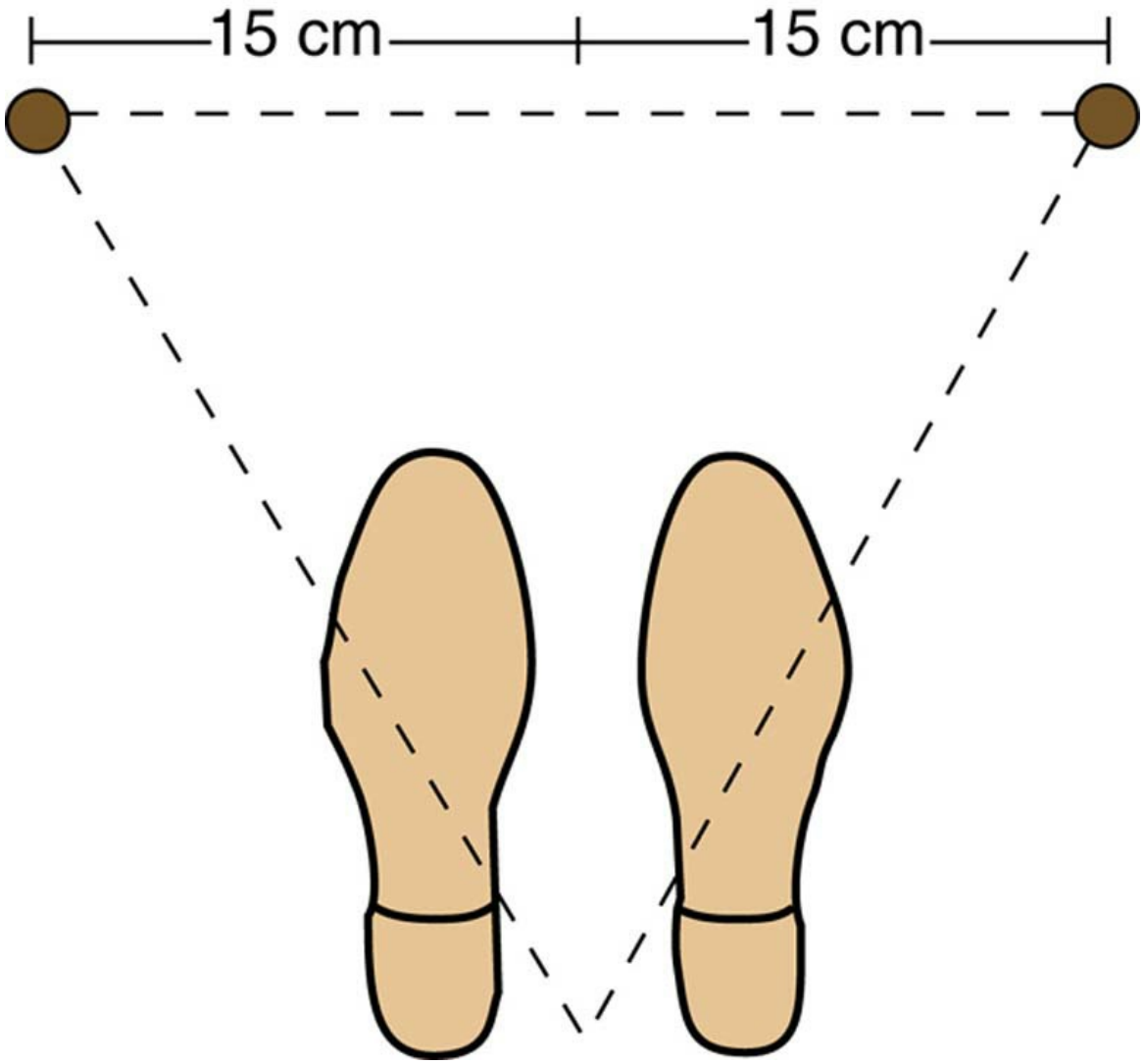


FIGURA 39-17 Posição tripé, postura básica para a muleta.

A marcha alternada de quatro pontas dá estabilidade ao paciente, porém requer apoio do peso em ambas as pernas. Cada perna é movida alternadamente com cada muleta oposta para que três pontos de suporte estejam no chão o tempo todo (Fig. 39-18, *A*).

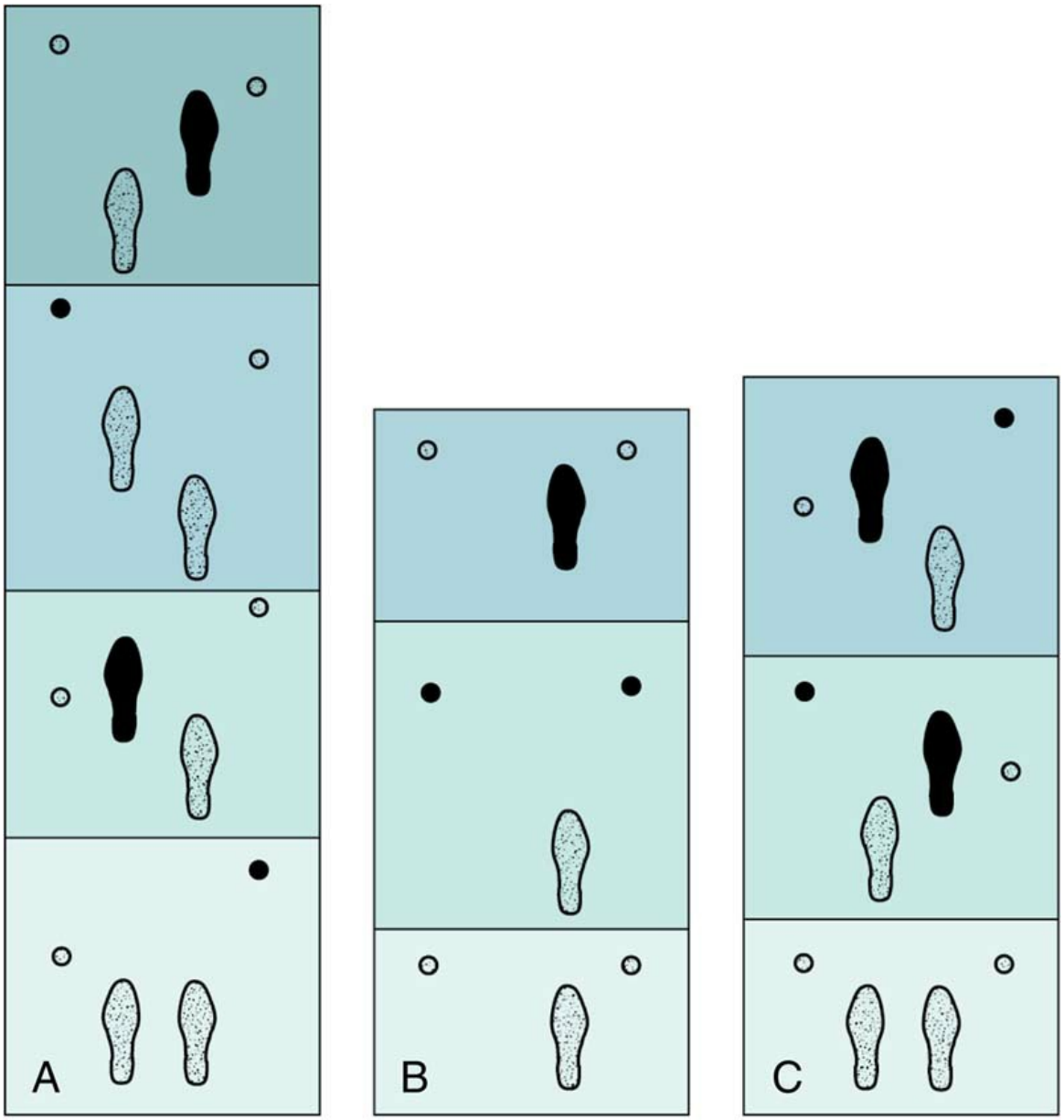


FIGURA 39-18 **A,** Marcha alternada de quatro pontos. Os pés sólidos e as marcas de muleta mostram a ordem de pé e movimento de ponta de muleta em cada uma das quatro fases. (Leia de baixo para cima.) **B,** Três pontos de marcha

com peso sustentado pela perna afetada. Pé sólido e marcas de muleta mostram a sustentação de peso em cada fase. (Leia de baixo para cima.) **C,** Dois pontos de marcha com peso sustentado parcialmente em cada pé e cada muleta avançando com a perna oposta. As áreas sólidas indicam perna e as marcas de muleta, suporte de peso. (Leia de baixo para cima.)

A marcha alternada de três pontas requer que o paciente apoie o peso todo do corpo em um pé. Nessa marcha, o paciente apoia o peso em ambas as muletas e então sobre a perna não envolvida, repetindo a sequência (Fig. 39-18, *B*). A perna afetada não toca o chão durante a fase inicial da marcha de três pontos. O paciente progride gradualmente para colocar o pé no chão e a colocar o peso sobre a perna afetada.

A marcha de dois pontos requer pelo menos apoio parcial do peso em cada pé (Fig. 39-18, *C*). O paciente move a muleta ao mesmo tempo em que a perna do lado oposto para que o movimento da muleta seja similar ao movimento do braço durante a marcha normal.

Indivíduos com paraplegia que usam aparelhos de suporte de peso nas pernas frequentemente usam a marcha pendular. Com o peso colocado sobre as pernas apoiadas, o paciente coloca as muletas um passo a frente e, em seguida, balança para ou através delas, enquanto elas suportam seu peso.

Andando de Muletas nas Escadas

Ao subir escadas com muletas, o paciente geralmente usa a marcha de três pontos modificada (Fig. 39-19). Ele fica na base da escada e transfere o peso do corpo para as muletas. Ele ou ela avança com a perna não afetada entre as muletas em direção a escada. O paciente então troca o peso das muletas para a perna não afetada. Finalmente, ele alinha as muletas na escada. O paciente repete essa sequência até que ele tenha chegado ao topo da escada.

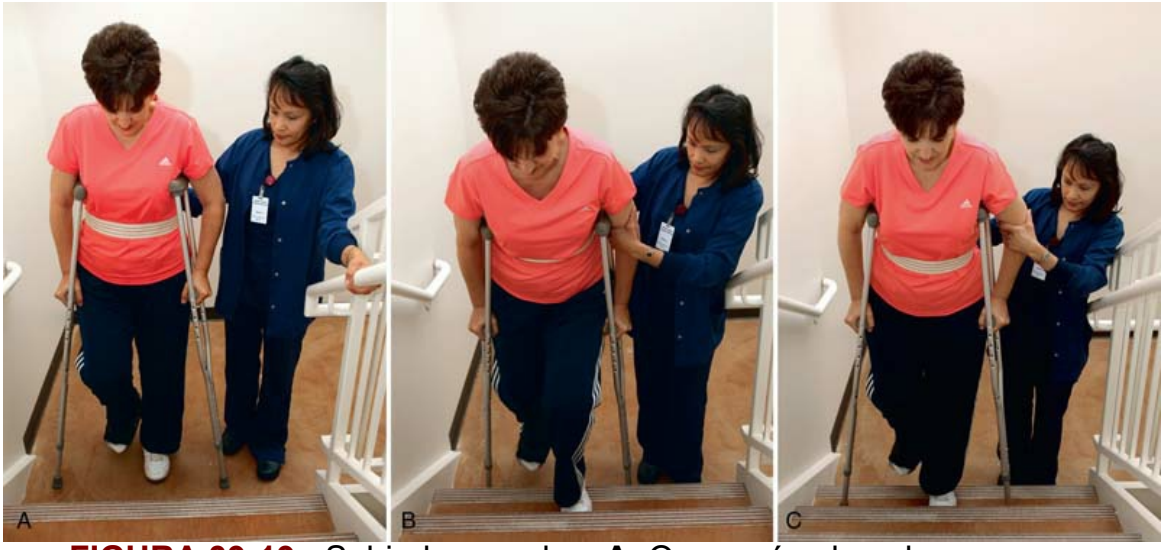


FIGURA 39-19 Subindo escadas. **A,** O peso é colocado na muleta. **B,** O peso é transferido das muletas para a perna afetada na escada. **C,** As muletas estão alinhadas com a perna afetada na escada.

A sequência de três fases também é usada para descer as escadas (Fig. 39-20). O paciente transfere o peso corporal para a perna não afetada. Ele coloca as muletas na escada e começa a transferir o peso corporal para elas, movendo a perna afetada para frente. Finalmente, o paciente move a perna não afetada em direção às escadas com as muletas. O paciente repete a sequência até chegar à base da escada.

FIGURA 39-20 Descendo escadas. **A,** O peso do corpo está na perna não afetada. **B,** O peso do corpo é transferido para as muletas. **C,** Na escada, a perna não afetada é alinhada com as muletas.

Como na maioria das vezes os pacientes precisam usar as muletas por algum tempo, eles precisam ser ensinados a usá-las nas escadas antes da alta. Essa instrução se aplica a todos os pacientes que dependem de muletas, e não apenas àqueles que possuem escadas em suas casas. Frequentemente, você vai colaborar com fisioterapeutas para fornecer instruções sobre andar com muletas.

Sentando na Cadeira com Muletas

Assim como andar e subir e descer escadas com muletas, o procedimento para sentar numa cadeira envolve fases e requer que o paciente transfira peso (Fig. 39-21). Primeiramente, o paciente se posiciona na frente e no meio da cadeira com o aspecto posterior das pernas tocando a cadeira. Então o paciente segura as duas muletas na mão oposta a perna afetada. Se ambas as pernas são afetadas, como em uma pessoa com paraplegia que usa um aparelho de suporte de peso, o paciente segura as muletas na mão de seu lado mais forte. Com as duas muletas em uma mão, o paciente apoia o peso corporal sobre a perna não afetada e sobre as muletas. Enquanto ainda segura as muletas, o paciente segura o braço da cadeira com a outra mão e se abaixa até sentar. Para se levantar, o procedimento é o contrário; e o paciente, quando totalmente ereto, assume a posição de tripé antes de começar a andar.

FIGURA 39-21 Sentando em uma cadeira. **A,** Ambas as muletas são mantidas em uma das mãos. O paciente transfere o peso para as muletas e a perna não afetada. **B,** O paciente segura o braço da cadeira com a mão livre e começa a sentar-se na cadeira. **C,** O paciente senta-se completamente na cadeira.

Restauração da Atividade e Doença Crônica

Enfermeiros elaboram planos de cuidado para aumentar a atividade e exercício em pacientes com condições de doenças específicas e doenças crônicas, como doença arterial coronariana (CHD), hipertensão, DPOC e diabetes melito.

Doença Arterial Coronariana

Pesquisas demonstram que atividade e exercício têm papel na prevenção secundária ou recorrência de DAC. A reabilitação cardíaca é uma parte integral do cuidado compreensivo de pacientes diagnosticados com DAC. Enfermeiros estão envolvidos em muitos aspectos da reabilitação cardíaca e ajudam os pacientes a desenvolver um programa de exercícios que se encaixe em suas necessidades e nível de funcionamento. Atividade física aumentada beneficia indivíduos com IM, *angina pectoris* ou falência cardíaca e pacientes que passaram por enxerto de *bypass* na artéria coronária (EBAC) ou

angioplastia coronária transluminal percutânea (PTCA). Pacientes com DAC se beneficiam do exercício em termos de mortalidade e morbidade reduzidas, melhora na qualidade de vida, função ventricular esquerda melhorada, capacidade funcional aumentada, diminuição dos lipídios e apolipoproteínas sanguíneos (componentes proteicos de complexos lipoproteicos) e bem-estar psicológico (Campos-Outcalt, 2014; Donges et al., 2010).

Hipertensão

Exercício reduz as leituras das pressões sanguíneas sistólica e diastólica. Pesquisas mostram que exercícios aeróbicos de baixa a moderada intensidade (caminhada rápida ou andar de bicicleta) são os mais eficazes na redução da pressão arterial. Além disso, um programa de exercícios *tai chi* tem demonstrado uma redução significativa nas pressões arteriais sistólica e diastólica (Balady et al., 2010; Edelman et al., 2013; Lo et al., 2012).

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A reabilitação pulmonar ajuda os pacientes a alcançarem um nível ótimo de funcionamento. Alguns pacientes temem participar de um exercício devido ao potencial de piorar a dispneia (dificuldade em respirar). Essa aversão à atividade física proporciona um descondicionamento progressivo no qual a menor atividade física resulta em dispneia. A reabilitação pulmonar fornece um ambiente seguro para monitorar o progresso do paciente. Além disso, eles recebem apoio e encorajamento para aumentar a atividade e o exercício (Berry et al., 2010; Salhi et al., 2010).

Diabetes Melito

Junto com a dieta, monitoramento da glicose e medicação, o exercício é um componente importante no cuidado de pacientes com diabetes melito. Indivíduos com diabetes tipo 1 precisam se exercitar pois isso leva a um melhor controle de glicose, boa condição cardiovascular e bem-estar psicológico. O exercício diminui os níveis de açúcar e seus efeitos sobre os níveis de açúcar no sangue geralmente duram por

pelo menos 24 horas. Instrua o paciente com diabetes tipo 1 sobre os riscos e precauções a respeito do exercício. Essa instrução inclui a necessidade de um exame físico antes de começar um programa de exercício e precauções para monitorar o nível de glicose no sangue imediatamente antes e depois do exercício. Instrua também aos pacientes a realizar exercícios de baixa a moderada intensidade, carregar alguma forma concentrada de carboidratos (pacotes de açúcar ou doces duros) e usar um bracelete de alerta médico. Exercícios de tolerância e resistência parecem ser igualmente efetivos em melhorar o controle do metabolismo em pacientes com diabetes tipo 2. Entretanto, o exercício deve ocorrer de forma regular para ter os benefícios desejados continuados no manejo dos níveis de glicose no sangue, lipídios e qualidade de vida geral (ACSM e ADA, 2010; Hameed et al., 2011).

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

Para atividade e exercício, você mede a efetividade das intervenções de enfermagem pelo sucesso em alcançar as expectativas de resultados do paciente e objetivos de cuidado. O paciente é o único que sabe a efetividade e os benefícios da atividade e exercício (Fig. 39-22). Pergunte ao paciente questões do tipo "Quão bem você tolerou andar e era o que você esperava?" e "Você tem caminhado regularmente por um mês agora, como isso tem feito você se sentir?" Avaliação contínuas ajudam a determinar se as terapias novas e revisadas são necessárias e se um novo diagnóstico de enfermagem foi desenvolvido.

Conhecimento

- Características de melhora da tolerância à atividade física e ao exercício
- Papel dos recursos comunitários na manutenção da atividade física e do exercício

Experiência

- Considerar as respostas anteriores do paciente para terapias de atividade física e exercício

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Reavaliar o paciente em busca de sinais de melhora da tolerância à atividade física e ao exercício
- Perguntar sobre a percepção do paciente quanto ao status do exercício e da atividade física depois das intervenções
- Perguntar se as expectativas do paciente estão sendo atendidas

Normas

- Utilizar os resultados esperados para avaliar a resposta do paciente aos cuidados (p.ex., regressar ao ritmo cardíaco em repouso dentro de 5 minutos) como padrão para avaliação
- Aplicar as metas publicadas pelo Colégio Americano de Medicina Esportiva para avaliar resposta ao exercício

Atitudes

- Use a criatividade na concepção de novas intervenções para melhorar a tolerância do paciente à atividade física e ao exercício
- Demonstrar perseverança para planejar intervenções de modo a manter o paciente motivado para aderir ao plano de atividade física e exercícios

FIGURA 39-22 Modelo de pensamento crítico para avaliação de enfermagem de atividades físicas e exercícios.

Resultados dos Pacientes

Para avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem para melhorar a atividade e exercício, fazer comparações com as medidas de base que inclui pulso, pressão sanguínea, saturação de oxigênio (quando disponível), força, fadiga e bem-estar psicológico. Compare os resultados reais com os esperados para determinar o estado de saúde do paciente e progressão.

- Na última vez que nos encontramos você havia planejado caminhar na rua por 20 minutos 3 dias por semana. Entretanto, você relata que só está disponível para caminhar duas vezes por semana agora. O que você acha que o está impedindo de alcançar seu objetivo?
- Seu peso está o mesmo do mês passado. Nós esperávamos que aumentar sua atividade levaria a uma perda de peso. Ajude-me a entender os fatores que você acredita estarem impedindo-o de perder peso neste momento.
- Você relata sentir dor na perna após caminhar curtas distâncias. Descreva sua dor. Que formas de aliviar a dor você tentou?

Procedimentos de enfermagem

Assegurar a segurança do paciente é um papel essencial do enfermeiro. Para tal, comunique-se claramente com os membros da equipe de saúde, avalie e incorpore as prioridades e preferências dos pacientes e use a melhor evidência ao tomar decisões a respeito do cuidado de seu paciente. Ao realizar os procedimentos deste capítulo, lembre-se dos pontos a seguir para garantir o manejo seguro do paciente e cuidado individualizado centrado no paciente.

- Revise mentalmente os passos da transferência antes de começar o procedimento; isso assegura tanto a sua segurança quanto a do paciente.

- Avalie a mobilidade e força do paciente para determinar a assistência que ele ou ela estará apto(a) a oferecer durante a transferência. Fique do lado fraco do paciente ao ajudar (Pierson e Fairchild, 2013).
- Determine a quantidade e o tipo de assistência requerida para a transferência, incluindo o tipo de equipamento de transferência e o número de pessoas para transferir de forma segura e evitar lesões ao paciente e aos profissionais da saúde.
- Levante a grade lateral da cama do lado oposto de onde você está, para evitar que o paciente caia da cama por este lado.
- Arrume os equipamentos (p.ex., linhas intravenosas, tubos de alimentação, cateteres) para que eles não interfiram com o processo de posicionamento e transferência.
- Avalie o paciente para um correto alinhamento corporal e riscos de pressão após a transferência.
- Certifique-se de que todo o pessoal saiba como o equipamento funciona antes dele ser usado.
- Eduque os pacientes sobre como o equipamento funciona para reduzir sua ansiedade e conseguir sua cooperação.

Procedimento 39-1 Usando técnicas de transferência seguras e efetivas

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de técnicas de transferência efetivas pode ser delegado ao pessoal técnico à enfermagem. Pacientes que são transferidos pela primeira vez após período prolongado de repouso, cirurgia extensa, doença grave ou trauma à medula espinhal geralmente requerem supervisão de um enfermeiro. Instrua o técnico de enfermagem sobre:

- Procurar assistência ao mover ou levantar um paciente (p.ex., quando o paciente está acima do peso, medicado ou confuso).
- Limitações do paciente (p.ex., alterações na pressão arterial,

restrições de mobilidade) que afetem as técnicas de transferência segura.

Material

- Cinto, faixa ou prancha de transferência (quando necessário)
- Sapatos antiderrapantes, cobertores de banho e travesseiros
- Cadeira de rodas (posicione a cadeira em ângulo de 45 a 60 graus com a cama, trave os freios, remova os descansos de pé e trave os freios da cama.)
- Maca (Posicione perto da cama, trave os freios da maca e trave os freios da cama.)
- Levantamento mecânico/hidráulico (Utilize armação, tiras de lona ou correntes e rede ou tiras de lona.)
- Dispositivo de levantamento de ajuda para ficar de pé

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identifique o paciente usando duas identificações (p.ex., nome e aniversário ou nome e número do re médico) de acordo com a política da instituição. Explique o procedimento.
2. Avalie a capacidade fisiológica para a transferência:
a. Força muscular (pernas e braços)
b. Mobilidade articular (amplitude de movimento [ADM]) e formação de contratura
c. Paralisia ou paresia (espástica ou flácida)
d. Continuidade óssea
3. Avalie fraqueza, tontura ou hipotensão ortostática (postural) ou risco para hipotensão ortostática (p. previamente em repouso, primeira vez levantando de uma posição supina após um procedimento ci histórico de tontura ao se levantar).

4. Tolerância à atividade, notando fadiga durante a atividade

5. Avalie a função proprioceptiva (consciência de postura e equilíbrio), incluindo habilidade de manter equilíbrio ao sentar na cama ou na lateral da cama e tendência a se inclinar para um lado.

6. Avalie o estado sensorial, incluindo visão central e periférica, adequação da audição e presença de p sensação periférica.

DECISÃO CLÍNICA: *Os pacientes com hemiplegia muitas vezes também "negligenciam" um lado do corpo (de distorce a percepção do campo visual. Se o paciente negligencia um dos lados, instrua-o a verificar todos os ca*

7. Avalie o nível de conforto (p.ex., desconforto articular, espasmo muscular) e meça o nível de dor em de 0 a 10. Ofereça analgésico 30 minutos antes da transferência.

8. Avalie os sinais vitais.

9. Avalie o estado cognitivo do paciente, incluindo a habilidade de seguir instruções verbais, memória curto prazo e reconhecimento de déficits físicos e limitações de movimento.

DECISÃO CLÍNICA: *Pacientes com trauma na cabeça ou AVC podem ter déficits cognitivos perceptivos que c simplifique as instruções, fornecendo um passo de cada vez e mantendo a consistência.*

10. Avalie o nível de motivação do paciente, como ansiedade ou falta de vontade de ser móvel e percep valor do exercício.

11. Avalie o risco específico do paciente de queda ou de se lesionar durante a transferência (p.ex., défic neuromusculares, perda visual, fraqueza motora, medo de cair ou perda óssea).

12. Avalie o modo prévio de transferência (se aplicável).

13. Avalie o risco específico de queda do paciente ou de se lesionar quando transferido (p.ex., déficits neuromusculares, fraqueza motora, perda de cálcio nos ossos, disfunção visual e cognitiva, equilíbri alterado).

14. Avalie materiais especiais de transferência necessários para o cenário domiciliar e modo prévio de transferência (se aplicável).

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna os materiais apropriados.
2. Determine o número de pessoas necessárias para auxiliar na transferência, se referindo ao algoritmo apropriado. Não inicie o procedimento até que todos os cuidadores estejam disponíveis.
3. Realize a higiene das mãos. Verifique se os freios da cama estão travados.
4. Explique o procedimento ao paciente.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Transfira o paciente.
   a. Auxiliando o paciente cooperador para posição sentada na cama:

DECISÃO CLÍNICA: *A avaliação cuidadosa da capacidade do seu paciente em ajudar na seguinte técnica de p mecânico. Seu papel em ajudar o seu paciente para a posição sentada é ser um guia e instruir. Se o paciente c independente, permita que ele ou ela o faça e ofereça assistência (VISN8, 2015).*

(1) Eleve a cama para a altura da cintura.

(2) Fique de frente para a cabeceira da cama num ângulo de 45 graus e remova os travesseiros.

(3) Coloque os pés em uma ampla base de apoio, com os pés perto da cama em frente ao outro pé.

(4) Coloque o braço mais perto da cabeceira da cama embaixo dos ombros do paciente, sustentand cabeça e vértebras cervicais.

(5) Coloque a outra mão sobre a superfície da cama.

(6) Levante o paciente para a posição sentada, mudando o peso da perna da frente para a de trás.

(7) Empurre contra a cama usando o braço que está apoiado sobre ela.

PASSO 1B(1) Posição de decúbito lateral.

b. Ajudando paciente cooperador que consegue apoiar parcialmente o peso para posição sentada na
da cama:

(1) Com a cama plana e na altura da cintura, vire o paciente de lado com ajuda de outro cuidador s
necessário. O paciente precisa ficar de frente para o enfermeiro no lado da cama que o paciente f
sentado (ver ilustração).

(2) Eleve a cabeceira da cama 30 graus.

(3) Fique do lado oposto aos quadris do paciente. Vire diagonalmente para que você fique de frent
paciente e para o canto mais distante da cabeceira da cama.

(4) Coloque os pés afastados, mais perto da cama em frente ao outro pé (ver ilustração).

(5) Coloque o braço mais perto da cabeceira da cama embaixo dos ombros do paciente, sustentand
cabeça e vértebras cervicais.

(6) Coloque o outro braço por cima das coxas do paciente (ver ilustração).

(7) Mova as pernas e pés do paciente para a lateral da cama. Gire em direção à perna de trás, perm
que as pernas do paciente virem para baixo. Ao mesmo tempo, transfira o peso para a perna de
eleve o paciente (ver ilustração).

(8) Permita que o paciente fique sentado na lateral da cama por alguns minutos. Peça para o pacien
flexionar e estender os pés alternadamente e mover as pernas. Pergunte se o paciente está sentin

tonteira. Peça para o paciente relaxar e respirar fundo algumas vezes até que a tonteira passe e o equilíbrio seja recobrado.

c. Transferindo paciente cooperador que consegue apoiar parcialmente o peso da cama para a cadeir

DECISÃO CLÍNICA: *Permita que o paciente faça a transferência de forma independente se apto a apoiar total transferência segura (VISN8, 2015). Se o paciente puder apoiar o peso parcialmente com a força da parte supe paciente, use um dispositivo de levantamento de ajuda para ficar de pé e siga as instruções do fabricante (Fig.*

PASSO 1B(6) Enfermeira coloca o braço sobre as coxas da paciente.

FIGURA 39-23 Dispositivo de ajuda para ficar de pé.

(1) Ajude o paciente a ficar na posição sentada na lateral da cama (ver Passo 1b). Coloque a cadeira da cama em ângulo de 45 graus no lado forte do paciente. Permita que o paciente sente na latera cama (pendendo) por alguns minutos antes de transferir). Pergunte a ele se está sentindo tontur o deixe sem supervisão enquanto estiver pendendo na cama.

(2) Coloque o cinto de transferência ou outros auxiliares de transferência. Certifique-se de que ele circunda completamente a cintura do paciente. Coloque o cinto baixo e assegure-se de que esteja Pode ser que você tenha que ajustar o cinto quando o paciente ficar de pé.

(3) Assegure que o paciente tenha sapatos estáveis e antiderrapantes. A perna forte ou capaz de ap peso vai para frente, com o pé fraco para trás.

(4) Separe os pés.

(5) Flexione quadris e joelhos, alinhando seus joelhos com os do paciente (ver ilustração).

(6) Pegue o cinto de transferência por baixo e pelos lados do paciente.

DECISÃO CLÍNICA: *Use um cinto de transferência ou cinto-andador com pegadores em vez da técnica subax desconfortável para os pacientes (Pierson e Fairchild, 2013).*

(7) Balance o paciente até ficar de pé na contagem até 3 enquanto alinha quadris e pernas e mantém joelhos levemente flexionados (ver ilustração). A menos que contraindicado, instruir paciente a mãos para se empurrar para cima se for o caso.

(8) Mantenha a estabilidade da perna fraca ou paralisada do paciente com o joelho.

(9) Gire o pé para mais longe da cadeira.

(10) Instrua o paciente a usar os braços da cadeira para apoio e para sentar devagar na cadeira (ver ilustração).

PASSO 1C(5) Enfermeira flexiona os quadris e joelhos, alinhando os joelhos com os do paciente.

PASSO 1C(7) Enfermeira balança o paciente até ficar de pé.

PASSO 1C(10) Paciente usa os braços da cadeira para apoio.

(11) Flexione quadris e joelhos enquanto desce o paciente na cadeira (ver ilustração).

(12) Avalie o paciente para alinhamento correto para a posição sentada. Forneça apoio para as extremidades paralisadas. Prancha ou faixa sustentam o braço flácido. Estabilize a perna com co de banho ou travesseiro.

(13) Elogie o progresso, esforço e desempenho do paciente.

d. Usando levantador mecânico e faixa de corpo inteiro para transferir paciente não cooperante capa apoiar peso parcialmente ou paciente incapaz de apoiar peso e é não cooperante ou não tem força parte superior do corpo para se deslocar da cama para a cadeira:

(1) Posicione o levantador corretamente ao lado da cama (ver as instruções do equipamento).

(2) Posicione a cadeira perto da cama e permita espaço adequado para manobrar o levantador.

(3) Eleve a cama para posição alta com o colchão plano. Abaixe a grade lateral.

(4) Mantenha a grade levantada no lado oposto ao seu.

(5) Role o paciente da direção oposta à sua.

(6) Posicione a faixa sob o paciente. Coloque a borda inferior sob os joelhos do paciente (parte larg borda superior sob os ombros do paciente (parte estreita).

(7) Role o paciente para o lado oposto e puxe a faixa até o fim.

(8) Role o paciente supino para o assento de lona.

(9) Remova os óculos do paciente se preciso for.

(10) Se estiver usando um levantador hidráulico portátil, coloque a base em forma de ferradura do levantador sob a lateral da cama (no lado com a cadeira).

(11) Abaixe a barra horizontal superior para a altura do faixa seguindo as instruções do fabricante. Alguns levantadores requerem que a válvula esteja travada.

(12) Prenda os ganchos nos furos da cinta na faixa. As cintas curtas engancham nos furos de cima faixa; cintas mais longas engancham na parte de baixo da faixa.

(13) Eleve a cabeceira da cama.

(14) Dobre os braços do paciente sobre o peito.

(15) Use o levantador para levantar o paciente da cama (ver ilustração).

(16) Use o controle para puxar o levantador da cama e manobrar para a cadeira.

(17) Mova o levantador para a cadeira.

PASSO 1C(11) Enfermeira suavemente senta o paciente na cadeira.

(18) Posicione o paciente e desça lentamente para a cadeira seguindo as diretrizes do fabricante (ve
ilustração).

(19) Remova as cintas e o levantador mecânico/hidráulico.

(20) Verifique o alinhamento do paciente ao sentar e corrija se necessário for.

e. Transferindo o paciente da cama para a maca (cama na altura da maca):

(1) Eleve a cama à altura da maca.

(2) Abaixe a cabeceira da cama o quanto o paciente tolerar. Cruze os braços do paciente sobre o pe
Assegure-se de que os freios da cama estão travados.

(3) Abaixe as grades laterais. Dois cuidadores ficam no lado em que a maca ficará; um terceiro fica
outro lado.

(4) Dois cuidadores ajudam o paciente a rolar em direção a eles (o uso de meio-lençol é opcional) c
movimento suave e contínuo.

(5) Coloque a prancha deslizante sob o meio-lençol ou siga as diretrizes do fabricante (ver ilustraçõ
Role gentilmente o paciente de volta sobre a prancha deslizante.

(6) Alinhe a maca ao lado da cama. Trave as rodas da maca quando esta estiver em posição. Instru
paciente a não se mover.

(7) Todos os três cuidadores colocam os pés afastados com um levemente na frente do outro e peg
dispositivo de redução de fricção.

PASSO 1D(18) Use o levantador mecânico para descer o paciente para a cadeira.

PASSO 1E(5) **A,** Dois cuidadores posicionam a prancha deslizante sob o paciente. **B**, Dois cuidadores posicionam c
enquanto outro cuidador desenrola o dispositivo inflável. **D**, Prenda as tiras de segurança.

(8) Na contagem até três, dois cuidadores puxam o meio-lençol ou o paciente da cama para a maca
enquanto a terceira pessoa segura a prancha deslizante no lugar. Usando a prancha deslizante re
de fricção, transfira o peso do pé da frente para o de trás (ver ilustração). Posicione o paciente no
da maca.

(9) Coloque a grade da maca no lado que os cuidadores estão, empurre a maca para longe da cama
coloque a grade da maca neste lado.

(10) Cubra o paciente com um lençol ou cobertor.

(11) Realize a higiene das mãos.

(12) Seguindo com a transferência, avalie o alinhamento corporal do paciente.

2. Realize a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Avalie os sinais vitais. Pergunte se o paciente se sente cansado ou tonto.

2. Observe se o alinhamento está correto e se há presença de pontos de pressão na pele.

3. Pergunte se o paciente sentiu dor durante a transferência; meça o nível de dor atual.

4. Use o ***Ensino de Retorno*** para determinar o entendimento do paciente e da família sobre as técnicas d

transferência segura. Fale: “Eu quero ter certeza de que expliquei como o uso da prancha deslizante p
o risco de lesão enquanto nós cuidamos de você. Você pode me explicar a importância do uso a pran
deslizante quando nós o transferimos para a maca?” Revise sua instrução agora ou desenvolva um p
revisado para ensinar ao paciente se este não está apto a lhe ensinar de volta corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. Paciente sofre lesão durante a transferência.
   - Avalie o incidente que causou a lesão (p.ex., avaliação inadequada, alteração do estado do paciente
   - Preencha o relatório de ocorrência de acordo com a política da instituição.
2. Nível de fraqueza do paciente não permite transferência ativa.
   - Obtenha ajuda de pessoal de enfermagem adicional.
   - Aumente atividade e exercício na cama para elevar a tolerância.
3. O paciente é transferido bem em alguns casos e em outros, não.
   - Avalie o paciente para fatores que afetem a habilidade de realizar a transferência (p.ex., dor, fadiga
   - Permita um período de descanso antes da transferência, medique contra dor se necessário ou reori

PASSO 1E(8) **A**, Transfira o paciente da cama para a maca usando a prancha deslizante. **B**, Inflando o dispositivo d transferência inflável.

REGISTRO E RELATO

- Registre o procedimento, incluindo observações pertinentes: fraqueza, habilidade de seguir direções, pessoas necessárias para auxiliar e quantidade de assistência (força muscular) requerida nas anotaçõe
- Relate qualquer ocorrência incomum ao enfermeiro encarregado. Relate a habilidade de transferir e a Relate o progresso ou dificuldades de transferência para o pessoal de reabilitação (fisioterapeuta ou t
- Documente sua avaliação da aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Ensine à família do paciente como usar equipamentos de manejo do paciente se necessário for.
- Ensine ao paciente e sua família sobre a importância da segurança enquanto ajuda com a mobilidade

Pontos-chave

- Exercício é atividade física para o propósito de condicionar o corpo, melhorar a saúde e manter a boa forma física; também é uma medida terapêutica.
- O descondicionamento é um risco particular para pacientes hospitalizados que passam a maior parte do tempo na cama até mesmo quando estão aptos a andar.
- O melhor programa de atividade física inclui uma combinação de exercícios que produzem diferentes benefícios fisiológicos e

psicológicos.

- A mecânica corporal é o esforço coordenado dos sistemas musculoesquelético e nervoso enquanto a pessoa se move, levanta, se curva, fica em pé, senta, deita e realiza as atividades diárias.
- O movimento coordenado do corpo requer funcionamento integrado do sistema esquelético, músculos esqueléticos e sistema nervoso.
- A coordenação e regulação dos grupos musculares dependem do tônus muscular e da atividade dos músculos antagonistas, sinergistas e de antigravidade.
- O sistema nervoso controla o equilíbrio através de funções do cerebelo e ouvido interno.
- Você alcança o equilíbrio corporal quando existe uma base ampla de apoio, o centro de gravidade cai dentro da base de apoio e uma linha vertical cai do centro de gravidade através da base de apoio.
- Alterações de desenvolvimento, aspectos comportamentais, questões ambientais, origem cultural e apoio familiar e social influenciam na percepção e motivação do paciente para se comprometer com atividade e exercício.
- Use o processo de enfermagem para fornecer cuidado para pacientes que estão passando ou estão em risco de intolerância à atividade e mobilidade física prejudicada.
- Após identificar o diagnóstico de enfermagem, planeje e implemente intervenções para aumentar a atividade e exercício em colaboração com o paciente quando possível.
- Exercícios ADM incorporados nas atividades diárias incluem uma ou todas as articulações.
- Aplique os algoritmos apropriados ao transferir e levantar pacientes.
- Dispositivos de assistência para promover a deambulação incluem bengalas, andadores e muletas.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Uma enfermeira está instruindo um paciente que tem força diminuída na perna esquerda a usar a bengala. Que ação indica o uso apropriado da bengala pelo paciente?
    1. O paciente mantém a bengala em seu lado esquerdo.
    2. O paciente se inclina ligeiramente para um lado ao andar.
    3. O paciente mantém dois pontos de apoio no chão a todo o momento.
    4. Depois que o paciente passa a bengala a frente, ele ou ela então move a perna direita à frente da bengala.
2. O alinhamento corporal do paciente na posição de tripé inclui os seguintes: (selecione tudo que se aplica.)
    1. Cabeça e pescoço eretos.
    2. Vértebras alinhadas.
    3. Quadris e joelhos estendidos.
    4. Axilas sobre as almofadas das muletas.
    5. Quadris e joelhos flexionados.
3. Um paciente está tendo problemas com a estabilidade articular. O médico prescreveu muletas para o paciente para usar enquanto ainda estava apto a apoiar o peso em ambas as pernas. Qual das seguintes marchas o paciente deve ser ensinado a usar?
    1. Quatro pontos
    2. Três pontos
    3. Dois pontos
    4. Pendular
4. Qual dos seguintes *mais* motiva um paciente a participar de um programa de exercício?
    1. Fornecer ao paciente um panfleto sobre exercício
    2. Fornecer informação ao paciente quando ele ou ela estiver pronto para mudar de comportamento
    3. Explicar a importância do exercício no momento do diagnóstico de uma doença crônica
    4. Fornecer ao paciente um livreto com exemplos de

exercícios
    5. Fornecer ao paciente um programa de exercícios prescritos
5. Quais dos seguintes é um princípio de mecânica corporal apropriado ao levantar ou carregar objetos? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Manter os joelhos em posição travada.
    2. Se curvar na altura da cintura para manter o centro de gravidade.
    3. Manter uma base ampla de suporte.
    4. Segurar os objetos longe do corpo para melhorar a alavancagem.
    5. Encorajar o paciente a ajudar o máximo possível.
6. A enfermeira reconhece que a perda progressiva total de massa óssea no idoso e sua tendência a dar passos menores com os pés mais juntos vão mais provavelmente:
    1. Aumentar o risco do paciente de quedas e lesões.
    2. Resultar em menor estresse sobre as articulações do paciente.
    3. Diminuir a quantidade de trabalho requerido para o movimento do paciente.
    4. Permitir mobilidade apesar dos efeitos do envelhecimento sobre as articulações do paciente.
7. Um enfermeiro planeja fornecer educação aos pais de crianças escolares, o que inclui a prevalência aumentada de _____ como resultado das crianças serem fisicamente menos ativas fora da escola.
8. O pessoal de apoio à enfermagem pede ajuda para transferir um paciente, que pesa 56,8 kg, da cama para uma cadeira de rodas. O paciente é incapaz de ajudar. Qual é a melhor resposta da enfermeira?
    1. “Enquanto usarmos a mecânica corporal adequada, ninguém vai se machucar”.
    2. “O paciente pesa apenas 56,8 kg. Vocês não precisam da minha ajuda”.
    3. “Ligue para a equipe de levantamento para uma assistência

adicional".
4. "Nós dois podemos levantar o paciente facilmente".

9. Qual das seguintes sentenças feitas por um adulto mais velho reflete o melhor entendimento sobre a necessidade de se exercitar independentemente da idade?
   1. "Nunca se é velho demais para começar um programa de exercício".
   2. "Minha neta e eu andamos juntas ao redor da pista da escola 3 vezes por semana".
   3. "Como presente de natal, eu comprei uma assinatura de uma revista de corrida para meu neto".
   4. "Quando eu era criança, eu me exercitava mais que vejo as crianças fazendo hoje em dia".
10. Qual é a marcha correta quando um paciente está subindo escadas com muletas?
   1. Marcha de dois pontos modificada. (A perna afetada é avançada entre as muletas em direção às escadas.)
   2. Marcha de três pontos modificada. (A perna não afetada é avançada entre as muletas em direção às escadas.)
   3. Marcha pendular.
   4. Marcha de quatro pontos modificada. (Ambas as pernas avançam entre as muletas em direção às escadas.)
11. Antes de transferir um paciente da cama para a maca, que dados de avaliação a enfermeira precisa reunir? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Peso do paciente.
   2. Nível de cooperação do paciente.
   3. Habilidade de auxiliar do paciente.
   4. Presença de equipamento médico.
   5. Ingestão nutricional.
12. À paciente com substituição do joelho direito é prescrito não apoiar peso na perna direita. Você reforça a deambulação com muletas sabendo que qual das seguintes marchas com muletas é a mais apropriada para este paciente?
   1. Marcha de dois pontos

2. Marcha de três pontos
3. Marcha de quatro pontos
4. Marcha pendular

13. Qual dos seguintes indica que assistência adicional é necessária para transferir o paciente da cama para a maca?
    1. O paciente mede 1,70 m e pesa 54,5 kg.
    2. O paciente fala e entende inglês.
    3. O paciente está retornando à unidade de enfermagem da sala de recuperação após procedimento que requereu sedação consciente.
    4. O paciente recebeu analgesia para dor 30 minutos atrás.
14. O enfermeiro encoraja um paciente com diabetes tipo 2 a se engajar em um programa de exercício regular primariamente para melhorar:
    1. Motilidade gástrica, facilitando, portanto, a digestão da glicose.
    2. Esforço respiratório, diminuindo, portanto, a intolerância à atividade.
    3. Débito cardíaco geral, retomando assim a frequência cardíaca de repouso.
    4. Uso de glicose e ácidos graxos, diminuindo, portanto, o nível de glicose no sangue.
15. Distúrbios musculoesqueléticos são os riscos ocupacionais de saúde mais prevalentes e debilitantes para os enfermeiros. A fim de reduzir o risco para essas lesões, a Associação Americana de Enfermeiros defende qual dos seguintes?
    1. Que fisioterapeutas façam todas as transferências de pacientes
    2. Requerer níveis adequados de recrutamento em organizações de saúde
    3. Requerer o uso de equipamentos e dispositivos de assistência
    4. Requerer um número adequado de pessoal a ser envolvido em todas as transferências de pacientes

Respostas: 1. 3; **2.** 1, 2, 3; **3.** 1; **4.** 2; **5.** 3, 5; **6.** 1; **7.** Obesidade

Infantil; **8.** 3; **9.** 2; **10.** 2; **11.** 1, 2, 3, 4; **12.** 2; **13.** 3; **14.** 4; **15.** 3.

Referências

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. ed 10 St Louis: Mosby; 2014.

American Academy of Orthopaedist Surgeons: *How to use crutches, canes, and walkers*, 2015, http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00181. Accessed December 2015.

American Association of Critical Care Nurses: *Implementing the ABCDE bundle at the bedside: early progressive mobility protocol*, 2015, http://www.aacn.org/wd/practice/content/actionpak/withlinks-ABCDE-ToolKit.content?menu=practice Accessed November 14, 2015.

American College of Sports Medicine (ACSM): *Position stand: the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise*, 2011, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21694556. Accessed March 2015.

American College of Sports Medicine (ACSM) and the American Diabetes Association (ADA): *Joint Position Statement: Exercise and type 2 diabetes*, 2010, http://care.diabetesjournals.org/content/33/12/e147.abstract. Accessed March 2015.

American Heart Association: *American Heart Association recommendations for physical activity in adults*, 2015, http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/PhysicalActivity/FitnessBasi Heart-Association-Recommendations-for-Physical-Activity-in-Adults_UCM_307976_Article.jsp#.VkjC8aSFOpo. Accessed November 15, 2015.

American Nurses Association (ANA): *Statement of the American Nurses Association for the committee on Health, Education, Labor, and Pensions of the United States Senate subcommittee on Employment and Workplace Safety*, 2010, http://www.nursingworld.org/DocumentVault/GOVA/Federal/Testimonies/SPH Testimony.pdf. Accessed March 2015.

Balady GJ, et al. Clinician's guide to cardiopulmonary exercise testing in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;122(2):191.

Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan T, eds. *Self-efficacy beliefs of adolescents,*. Charlotte, NC: Information Age Publishing; 2006.

Campos-Outcalt D. The new cardiovascular disease prevention guidelines: what you need to know. *J Fam Pract*. 2014;63(2):89.

Childs E, deWit H. Regular exercise is associated with emotional resilience to acute

stress in healthy adults. *Front Physiol*. 2014;5:1.

Edelman CL, et al. *Health promotion throughout the life span*. ed 8 St Louis: Mosby; 2013.

Elliott M. Taking control of osteoporosis to cut down on risk of fracture. *Nurs Older People*. 2011;23(3):30.

Fedorowski A, Melander O. Syndrome of orthostatic intolerance: a hidden danger. *J Intern Med*. 2013;273:322.

Griffis H. Adverse risk: a dynamic interaction model of patient moving and handling. *J Nurs Manag*. 2012;20:713.

Grossklaus H, Marvicsin D. Parenting efficacy and its relationship to the prevention of childhood obesity. *Pediatr Nurs*. 2014;40(2):69.

Hameed UA. Structured exercise interventions for type 2 diabetes mellitus: strength of current evidence. *J Med Allied Sci*. 2011;1(2):61.

Hockenberry M, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Huether SE, McCance KL. *Understanding pathophysiology*. ed 5 St Louis: Mosby; 2012.

Hunter B, et al. Saving costs, saving health care providers' backs, and creating a safe patient environment. *Nurs Econ*. 2010;23(2):130.

Kwun S, et al. Prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *Obstet Gynaecolt*. 2012;14:251.

Lewis SL, et al. *Medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems*. ed 9 St Louis: Mosby; 2014.

Myszenski A: *The essential role of lab values and vital signs in clinical decision making and patient safety for the acutely ill patient*, 2014, http://www.physicaltherapy.com/articles/essential-role-lab-values-and-2336. Accessed November 23, 2015.

Nurse and Health Care Worker Act: H.R. 2381/S. 1788, 2009, http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111s1788is/pdf/BILLS-111s1788is.pdf. Accessed February 15, 2015.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Guidelines for nursing homes: ergonomics for the prevention of musculoskeletal disorders*, 2009, http://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/final_nh_guidelines.p Accessed March 2015.

O'Donovan G, et al. The ABCs of physical activity for health: a consensus statement from the British association of sport and exercise sciences. *J Sports Sci*. 2010;28(6):573.

Patton KT, Thibodeau GA. *Anatomy and physiology*. ed 8 St Louis: Mosby; 2012.

Pelczarski KM. Back in action. *Health Facil Manag*. 2012;55(8):21.

Perme C, Chandrashekar R. Early mobility and walking program for patients in intensive care units: creating a standard of care. *Am J Crit Care*. 2009;18(3):212.

Pierson F, Fairchild S. *Principles & techniques of patient care*. ed 5 St Louis: Saunders; 2013.

Resnick B, et al. *Restorative care nursing for older adults: a guide for all care settings*. ed 2 New York: Springer; 2012.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Urden L, et al. *Critical care nursing: diagnosis and management*. ed 7 St Louis: Mosby; 2014.

US Bureau of Labor Statistics (BLS) Table R9: *Number of nonfatal occupational injuries and illnesses involving days away from work by occupation and selected natures of injury or illness, private industry*, 2010, http://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/ostb2833.pdf. Accessed March 2015.

VISN8 Patient Safety Center (VISN8): *Algorithms for safe patient handling and movement*, 2015, http://www.visn8.va.gov/patientsafetycenter/safepthandling/. Accessed March 2015.

Wilson SF, Giddens JF. *Health assessment for nursing practice*. ed 5 St Louis: Mosby; 2013.

Referências de pesquisa

American Academy of Nursing (AAN) Choosing wisely campaign: five things nurses and patients should questions. *Nurs Outlook*. 2015;63:96.

Bammann K, et al. Early life course risk factors for childhood obesity: the IDEFICS case-control study. *PLoS ONE*. 2014;9(2):1.

Berry MJ, et al. A lifestyle activity intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2010;104(6):829.

Burnfield J, et al. Comparative kinematic and electromagnetic assessment of clinician- and device-assisted sit-to-stand transfers in patients with stroke. *Phys Ther*. 2013;93(10):1331.

Christo P, et al. Effective treatments for pain in the older patient. *Curr Pain Headache Rep*. 2011;15(1):22.

Clarke DM, et al. The inspired study: a randomized controlled trial of the whole person model of disease self-management for people with type 2 diabetes. *BMC Public Health*. 2014;14:134.

Combs S, et al. Community-based group exercise for persons with Parkinson disease: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation*. 2013;32:117.

Cowley SP, Leggett S. Manual handling risks associated with the care, treatment, and transportation of bariatric patients and clients in Australia. *Int J Nurs Pract*. 2010;16:262.

Davison KK, Jago R. Change in parent and peer support across ages 9 to 15 years and adolescent girls' physical activity. *Med Sci Sports Exercise*. 2010;41(9):1816.

Donges CE, et al. Effects of resistance or aerobic exercise training on interleukin-6, C-reactive protein, and body composition. *Med Sci Sports Exercise*. 2010;42(2):304.

Dunton GF. Adolescents' sports and exercise environments in the US time use survey. *Am J Prevent Med*. 2010;39(2):122.

Esposito E, Fitzpatrick J. Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour, and their patient teaching regarding exercise. *Int J Nurs Pract*. 2011;17:351.

Harvey LA, et al. Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2): Art No.: CD0024260.

Healthy People 2020 Physical activity, office of disease prevention and health promotion, 2015 http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/physical-activity Accessed November 14, 2015.

Jain A, Paranjape S. Prevalence of type 2 diabetes mellitus in elderly in primary care facility: an ideal facility. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013;17(1):S318.

Lin P, et al. Prevalence, characteristics, and work-related risk factors of low back pain among hospital nurses in Taiwan: a cross-sectional survey. *Int J Occup Environ Health*. 2012;25(1):41.

Lo HM, et al. A tai chi exercise programme improved exercise behavior and reduced blood pressure in outpatients with hypertension. *Int J Nurs Pract*. 2012;18:545.

Maniar RN, et al. To use or not to use continuous passive motion post-total knee arthroplasty: presenting functional assessment results in early recovery. *J Arthroplast*. 2012;27(2):193.

McGann S, et al. Taking the stairs instead: the impact of workplace design standards on health promotion strategies. *Aust Med J*. 2013;6(1):23.

Pashikanti L, Von Ah D. Impact of early mobilization protocol on medical-surgical inpatient population. *Clin Nurse Spec*. 2012;26(2):97.

Roush K. Prevention and treatment of osteoporosis in postmenopausal women: a review. *Am J Nurs*. 2011;111(8):26.

Salhi B, et al. Effects of pulmonary rehabilitation in patients with restrictive lung diseases. *Chest*. 2010;137(2):273.

Suesada MM, et al. Effect of short-term hospitalization on functional capacity in patients not restricted to bed. *Am J Phys Med Rehabil*. 2007;86(6):455–462.

Tullar JM, et al. Occupational safety and health interventions. *J Occup Rehabil*. 2010;20(2):199.

Wallace R, et al. Effects of a 12-week community programme on older people. *Art Sci*. 2014;26(1):20.

40

Higiene

OBJETIVOS

• Descrever os fatores que influenciam as práticas de higiene pessoal.

• Discutir o papel que o pensamento crítico desempenha na prestação da higiene.

• Conduzir uma avaliação abrangente de todas as necessidades de higiene do paciente.

• Discutir as condições que colocam os pacientes em risco de integridade da pele prejudicada.

• Discutir os fatores que influenciam a condição das unhas e dos pés.

• Explicar a importância dos cuidados com os pés para o paciente com diabetes.

• Discutir as condições que colocam o paciente em risco de mucosas orais prejudicadas.

• Listar problemas comuns nos cabelos e couro cabeludo e suas intervenções relacionadas.

• Descrever como os cuidados de higiene para o idoso diferem daqueles para pacientes mais jovens.

• Discutir as diferentes abordagens utilizadas na manutenção do conforto e segurança do paciente durante os cuidados de higiene.

• Realizar com sucesso procedimentos de higiene para os cuidados com a pele, períneo, pés e unhas, boca, olhos, orelhas e nariz.

• Adaptar os cuidados de higiene ao paciente com comprometimento cognitivo.

• Adaptar cuidados de higiene para o paciente bariátrico.

TERMOS-CHAVE

Alopecia, p. 820
Banho de leito completo, p. 829
Banho de leito parcial, p. 829
Cáries dentárias, p. 815
Cáries, p. 817
Cerume, p. 822
Cuidado perineal, p. 830
Edêntulo, p. 820
***Effleurage*, p. 830**
Enucleação, p. 836
Epiderme, p. 814
Estomatite, p. 833
Gengivite, p. 815
Glossite, p. 819
Halitose, p. 819
Maceração, p. 830
Mucosite, p. 824
Pediculose de couro cabeludo, p. 820
Quelite, p. 820

Xerostomia, p. 815

A higiene pessoal afeta o conforto, a segurança e o bem-estar dos pacientes. Os cuidados de higiene incluem atividades de limpeza e higiene pessoal que mantêm a limpeza e a aparência corporal. Atividades de higiene pessoal — como tomar banho, escovar os dentes e passar fio dental — também promovem conforto e relaxamento, uma autoimagem positiva, uma pele saudável e auxiliam na prevenção de infecções e doenças. Indivíduos saudáveis são geralmente capazes de atender às suas próprias necessidades de higiene. Entretanto, deficiências físicas ou cognitivas e problemas emocionais muitas vezes fazem que necessitem de algum tipo de assistência com os cuidados de higiene. Diversos fatores pessoais, sociais e culturais influenciam as práticas de higiene.

No cuidado prestado em instituições ou em domicílio, a capacidade do paciente de realizar os cuidados de higiene pessoal é avaliada de acordo com as necessidades e preferências individuais. Adaptações podem ser necessárias nas técnicas de higiene e abordagens para o cuidado com o paciente. Integre outras atividades de enfermagem durante os cuidados de higiene, incluindo avaliações e intervenções, como exercícios de amplitude de movimento (ADM), trocas de curativos, inspeção e cuidado de locais com cateter intravenoso (IV). Como os cuidados de higiene requerem contato estreito com os pacientes, utilize a comunicação a fim de construir uma relação de cuidado terapêutico e proporcionar orientações ou aconselhamento necessários ao paciente. Durante os cuidados de higiene garanta privacidade, transmita respeito e proporcione segurança e conforto.

Base do conhecimento científico

Os cuidados de higiene adequados requerem uma compreensão da anatomia e da fisiologia da pele, unhas, cavidade oral, olhos, orelhas e nariz. A pele e as células da mucosa trocam oxigênio, nutrientes e fluidos com os vasos sanguíneos adjacentes. As células necessitam de nutrição, hidratação e circulação adequadas para resistir a lesões e doenças. Boas técnicas de higiene promovem a estrutura e a função normal desses tecidos.

Aplique os conhecimentos de fisiopatologia para prestar cuidados de higiene preventivos. Reconheça estados patológicos que criam alterações no tegumento, na cavidade oral e nos órgãos sensoriais. Por exemplo, o diabetes melito muitas vezes resulta em alterações vasculares crônicas que prejudicam a cicatrização da pele e mucosas. Nas fases iniciais da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), infecções fúngicas da cavidade oral são comuns. A paralisia do nervo trigêmeo (nervo craniano V) elimina o reflexo de piscar, causando risco de ressecamento da córnea. Na presença de condições como essas, adapte as práticas de higiene para minimizar as lesões. Utilize o tempo dedicado à prestação de cuidados de higiene para identificar anormalidades e iniciar ações adequadas para evitar mais prejuízos aos tecidos sensíveis.

A Pele

A pele desempenha diversas funções, incluindo proteção, secreção, excreção, regulação da temperatura corporal e sensibilidade cutânea (Tabela 40-1). É constituída por duas camadas principais: a epiderme e a derme. Logo abaixo da pele, encontra-se o tecido subcutâneo (também conhecido como a hipoderme), que compartilha algumas das funções protetoras da pele.

Tabela 40-1

Função da Pele e Implicações para o Cuidado

Função/Descrição	Implicações para o Cuidado
Proteção	
A epiderme é uma camada relativamente impermeável que impede a entrada de microrganismos. Embora microrganismos residam na superfície da pele e nos folículos pilosos, a relativa secura da superfície da pele inibe o crescimento bacteriano. O sebo remove as bactérias dos folículos pilosos. O pH ácido da pele retarda ainda mais o crescimento bacteriano.	• O enfraquecimento da epiderme ocorre ao raspar ou descamar sua superfície (p.ex., uso de aparelhos de barbear a seco, remoção de fita adesiva, técnicas inadequadas ao mudar de posição). • A secura excessiva provoca rachaduras e rupturas na pele e mucosas, que permitem a entrada de bactérias. Os hidratantes amaciam a pele e evitam a perda de umidade, embeber a pele melhora a retenção de umidade e hidratar as mucosas evitam o ressecamento. • A exposição constante da pele à umidade causa maceração ou amolecimento, interrompendo a integridade cutânea e promovendo a formação de úlceras e o crescimento bacteriano. • Mantenha as roupas de cama e as vestimentas secas. • O mau uso de sabonetes, detergentes, cosméticos, desodorantes e depilatórios causa irritação química. Sabonetes alcalinos neutralizam a condição ácida protetora da pele. A limpeza da pele remove o excesso de óleo, suor, células mortas e sujeira, que promovem o crescimento bacteriano.
Sensibilidade	
A pele contém órgãos sensitivos para o tato, dor, calor, frio e pressão.	• Minimize o atrito para evitar a perda do estrato córneo, o que resulta no desenvolvimento de lesões por pressão. • Alise as roupas para remover fontes de irritação mecânica. • Remova anéis dos dedos para evitar ferir a pele do paciente. • Certifique-se de que a água do banho não está excessivamente quente ou fria.
Regulação da Temperatura	
Radiação, evaporação, condução e convecção controlam a temperatura corporal.	• Fatores que interferem na perda de calor alteram o controle da temperatura. Roupas de cama ou vestimentas molhadas interferem na convecção e condução. O excesso de cobertores ou lençóis interfere na perda de calor por radiação e condução. As cobertas promovem a conservação de calor.

Excreção e Secreção	
O suor promove a perda de calor por evaporação. O sebo lubrifica a pele e o cabelo.	• A transpiração e o óleo abrigam microrganismos. • O banho remove o excesso de secreções corporais; entretanto, se em excesso, faz com que a pele fique seca.

A camada externa, ou **epiderme**, é composta por várias camadas finas de células epiteliais, que formam uma barreira contra a perda de água e ferimentos e evitam a entrada de microrganismos causadores de doenças. A camada mais interna da epiderme gera novas células para substituir as células mortas que a superfície externa da pele solta continuamente. As bactérias comumente residem na camada mais externa da epiderme. Essas bactérias residentes constituem a flora normal (Cap. 29), que não causam doenças, mas em vez disso inibem a multiplicação de microrganismos patológicos.

Feixes de fibras colágenas e elásticas formam a derme, mais espessa, que sustenta e apoia a epiderme. Fibras nervosas, vasos sanguíneos, glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e folículos pilosos percorrem as camadas dérmicas. As glândulas sebáceas secretam sebo, um fluido oleoso e odorífero, que é liberado nos folículos pilosos. O sebo suaviza e lubrifica a pele e retarda a perda de água pela pele quando a umidade está baixa. E o mais importante, o sebo tem ação bactericida.

A camada de tecido subcutâneo contém vasos sanguíneos, nervos, linfa e tecido conectivo frouxo rico em células adiposas. O tecido adiposo atua como um isolante térmico para o corpo. O tecido subcutâneo também oferece suporte às camadas superiores da pele para resistir às tensões e pressões sem causar lesões, e ancora a pele vagamente às estruturas subjacentes, como os músculos. Há muito pouco tecido subcutâneo subjacente à mucosa oral.

A pele muitas vezes reflete uma alteração na condição física por mudanças na sua coloração, espessura, textura, turgescência, temperatura e hidratação (Cap. 31). Enquanto a pele permanecer intacta e saudável, sua função fisiológica permanece ótima. As práticas de higiene frequentemente influenciam o estado da pele e podem ter efeitos benéficos ou negativos sobre ela. Por exemplo,

tomar banho com muita frequência e utilizar água quente habitualmente fazem com que a pele fique seca e escamosa e perca seus óleos protetores.

Pés, Mãos e Unhas

Os pés, as mãos e as unhas muitas vezes requerem atenção especial para evitar infecções, odores e lesões. A condição das mãos e dos pés de um paciente influencia a capacidade de realizar cuidados de higiene. Sem a capacidade de sustentar o peso, deambular ou manipular as mãos, o paciente corre o risco de perder sua capacidade de autocuidado.

A mão conta com uma ampla gama de destreza, por causa dos movimentos entre o polegar e os dedos. Qualquer condição (p.ex., artrite, esclerose múltipla, lesão traumática das mãos) que interfira no movimento das mãos (p.ex., dor superficial ou profunda ou inflamação das articulações) prejudica a capacidade de autocuidado do paciente. A dor no pé muitas vezes altera a marcha do paciente, causando sobrecarga em diferentes articulações e grupos musculares. O desconforto ao ficar em pé ou ao caminhar limita a capacidade de autocuidado.

As unhas crescem a partir da raiz do leito ungueal, que está localizado na pele, no sulco da unha, escondida pela dobra de pele chamada de **cutícula**. Uma modificação da epiderme parecida com escamas forma a parte visível da unha (corpo da unha), que tem uma área branca em forma de lua crescente conhecida como lúnula. Sob a unha fica uma camada de epitélio chamada de leito ungueal. Uma unha normal saudável é transparente, lisa e convexa, com um leito ungueal rosado e ponta branca translúcida. A doença causa alterações na forma, espessura e curvatura da unha (Cap. 31).

A Cavidade Oral

A cavidade oral é constituída por lábios (que rodeiam a abertura da boca), bochechas (que formam as paredes laterais da cavidade), língua e seus músculos, e pelo palato duro e mole. A mucosa, contínua com a

pele, reveste a cavidade oral. O assoalho da boca e a superfície inferior da língua são ricamente vascularizados. A mucosa oral normal é brilhante e rosa, macia, úmida, lisa e sem lesões. Ulcerações ou trauma frequentemente resultam em sangramento significante. Várias glândulas dentro e fora da cavidade oral secretam saliva, que limpa a boca, dissolve produtos químicos de alimentos para promover o sabor, umedece os alimentos para facilitar a formação do bolo alimentar e contêm enzimas que começam a quebra de alimentos ricos em amido. Os efeitos de medicamentos, exposição à radiação, desidratação e respiração pela boca prejudicam a secreção de saliva na boca. A forte estimulação do sistema nervoso simpático inibe quase completamente a liberação de saliva e resulta em **xerostomia** ou boca seca.

Os dentes encontram-se em soquetes na mandíbula e na maxila cobertas por gengiva; eles rasgam e moem os alimentos ingeridos para que possam ser misturados com a saliva e engolidos para a digestão. Um dente normal é dividido em três partes: coroa, colo e raiz. A coroa coberta por esmalte estende-se acima da gengiva, que normalmente envolve o dente como um anel apertado. Uma parte estreita do dente, chamada de *colo*, conecta a coroa e a raiz; a raiz está inserida dentro do osso maxilar. A membrana periodontal fica logo abaixo das margens da gengiva, envolve um dente e o prende firmemente no lugar. Dentes saudáveis são brancos, lisos, brilhantes e bem alinhados.

A dificuldade na mastigação ocorre quando os tecidos gengivais ao redor ficam inflamados ou infeccionados ou quando os dentes são perdidos ou ficam moles. A higiene oral regular ajuda a prevenir **gengivite** (inflamação da gengiva) e **cáries dentárias** (deterioração do dente produzida pela interação do alimento com bactérias).

Cabelo

O crescimento, distribuição e padrão capilar indicam o estado de saúde geral de um indivíduo. Alterações hormonais, nutrição, estresses emocionais e físicos, envelhecimento, infecções e algumas doenças afetam as características do cabelo. O fio do cabelo em si é sem vida e fatores fisiológicos não o afetam diretamente. Entretanto,

deficiências hormonais e nutricionais do folículo piloso causam alterações na coloração e condição dos cabelos.

Olhos, Orelhas e Nariz

Os olhos, as orelhas e o nariz requerem muita atenção ao realizar a higiene, devido as suas estruturas anatômicas sensíveis. Por exemplo, a córnea do olho contém muitas terminações nervosas sensíveis a substâncias irritantes, como o sabão. O Capítulo 31 descreve a estrutura e a função desses órgãos.

Base do conhecimento de enfermagem

Uma série de fatores influencia as preferências pessoais de higiene e a capacidade de manter as práticas de higiene. Uma vez que dois indivíduos não realizam os cuidados higiênicos da mesma maneira, você individualiza o tratamento do paciente com base na aprendizagem acerca de suas práticas de higiene e preferências. O cuidado de higiene individualizado exige conhecer o paciente e usar procedimentos de comunicação terapêuticos para promover uma relação terapêutica de confiança. Use as oportunidades oferecidas durante os cuidados de higiene para avaliar as práticas de promoção da saúde de um paciente, seu estado emocional e suas necessidades de aprender sobre os cuidados de higiene e, em seguida, ofereça intervenções educativas. Esteja ciente de que mudanças no desenvolvimento influenciam as necessidades e preferências pelo tipo de cuidados de higiene.

Fatores que Influenciam a Higiene

Práticas Sociais

Os grupos sociais influenciam as preferências e práticas de higiene, incluindo o tipo de produtos de higiene utilizado e a natureza e frequência das práticas de cuidado pessoal. Um exemplo disso é a escolha feita pelas adolescentes do tipo de absorvente higiênico usado durante a menstruação (Kamaljit et al., 2012). Os pais e babás executam os cuidados de higiene para bebês e crianças. Os costumes familiares desempenham um papel importante durante a infância na determinação das práticas de higiene, tais como a frequência e a hora do dia em que os banhos são tomados, e até mesmo se certas práticas de higiene, como escovar os dentes ou usar fio dental, são realizadas. Conforme as crianças entram na adolescência, os colegas e a mídia muitas vezes influenciam suas práticas de higiene; por exemplo, algumas jovens tornam-se mais interessadas na sua aparência e começam a usar maquiagem. Na idade adulta, o envolvimento com

amigos e grupos de trabalho molda as expectativas que as pessoas têm acerca de sua aparência pessoal. Algumas práticas de higiene dos adultos mudam devido a alterações nas condições de vida e na disponibilidade de recursos.

Preferências Pessoais

Os pacientes têm preferências individuais sobre quando realizar suas atividades de limpeza e higiene pessoal. Alguns preferem tomar banho de chuveiro, enquanto outros preferem banho de banheira. Os pacientes selecionam diferentes produtos de limpeza e higiene de acordo com suas preferências pessoais. Conhecê-las permite um cuidado individualizado. A cultura desempenha um papel na sensibilidade ao espaço pessoal e ao gênero (Quadro 40-1 e Cap. 9). Ajude um paciente a desenvolver novas práticas de higiene quando acometido por uma doença ou outra condição. Por exemplo, você pode precisar ensinar a um paciente com diabetes como realizar a higiene adequada dos pés; ou a um paciente bariátrico, métodos adaptados de banho. Uma assistência de enfermagem segura e eficaz centrada no paciente aumenta a satisfação e saúde do paciente e reduz gastos (Burman et al., 2013).

Quadro 40-1

Aspectos culturais do cuidado

Práticas de Higiene

Os pacientes merecem um plano de cuidados de higiene correspondente à sua cultura. Para muitos pacientes, a cultura influencia as práticas de higiene, de modo que os cuidados higiênicos tornam-se uma potencial fonte de conflito e estresse no ambiente de cuidado. O cuidado centrado no paciente exige que o tratamento tenha como base o respeito pelas referências culturas do paciente (Douglas et al., 2014). Uma enfermeira deve também considerar outros aspectos da cultura, tais como os níveis de

educação e desenvolvimento do paciente, a extensão de quaisquer deficiências físicas e a localização geográfica da origem do paciente quando fornecer higiene.

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Mantenha a privacidade, especialmente das mulheres de culturas que valorizam o recato feminino (p.ex., asiáticas, muçulmanas, hispânicas, nigerianas) (Giger, 2013).
- Evite descobrir a parte inferior do tronco e expor os braços de mulheres do Oriente Médio e leste asiático.
- Permita que os familiares participem dos cuidados, se desejado, adaptando o cronograma de atividades de higiene.
- Escolha cuidadores do mesmo sexo do paciente, conforme necessário ou solicitado.
- Reconheça que algumas culturas proibem ou restringem o toque. Tenha consciência de que pessoas de diferentes origens culturais têm preferências distintas sobre o espaço pessoal. Em alguns casos, o toque é considerado mágico e curativo; outros o consideram como um mal ou causador de ansiedade (Giger, 2013).
- Não corte ou raspe os cabelos sem conversar previamente com o paciente ou familiar por causa das crenças culturais ou religiosas (p.ex., muçulmanos) (Giger, 2013).
- Esteja ciente de que as práticas de uso do vaso sanitário variam de acordo com a cultura (Giger, 2013).
- Reconheça que diferentes culturas (p.ex., hindu, asiáticos, hispânicos) têm preferências acerca da temperatura da água e seus efeitos sobre a cura ou doenças (Giger, 2013).

Imagem Corporal

A imagem corporal é um conceito subjetivo de uma pessoa sobre seu corpo, incluindo aparência física, estrutura ou função (Cap. 34). A imagem corporal afeta a maneira como os indivíduos mantêm sua higiene pessoal. Se um paciente mantém uma aparência impecável,

considere os detalhes de sua arrumação quando planejar os cuidados e consulte o paciente antes de fazer decisões sobre como realizar a higiene. Pacientes que aparentam ser desleixados ou desinteressados com a higiene por vezes precisam de educação sobre a sua importância ou uma avaliação mais aprofundada em relação à sua capacidade de realizar a higiene diária.

Cirurgias, doenças ou alterações no estado emocional ou funcional muitas vezes afetam a imagem corporal de um paciente. Desconforto e dor, estresse emocional ou fadiga diminuem a capacidade ou vontade de realizar os cuidados pessoais de higiene e exigem um esforço extra para fazer a higiene e arrumação.

Status Socioeconômico

Os recursos econômicos de um indivíduo influenciam o tipo e a extensão das práticas de higiene realizadas. Seja compreensivo ao considerar que o *status* econômico de um paciente influencia a sua capacidade de manter a higiene regularmente. Ele ou ela pode não ter recursos suficientes para custear produtos básicos de higiene, como desodorante, xampu e pasta de dente. Um paciente pode precisar modificar o ambiente doméstico, adicionando aparelhos de segurança, tais como superfícies antiderrapagem e barras de apoio no banheiro para realizar a higiene pessoal com segurança. Quando os pacientes carecem de recursos socioeconômicos, torna-se difícil para eles assumirem a responsabilidade em atividades de promoção da saúde, como a higiene básica.

Crenças de Saúde e Motivação

O conhecimento sobre a importância da higiene e suas implicações para o bem-estar influencia as práticas de higiene. Contudo, o conhecimento sozinho não é suficiente. A motivação também desempenha um papel-chave nas práticas de higiene de um paciente. A educação em saúde do paciente é muitas vezes necessária para estimular os cuidados com a higiene pessoal. Forneça informações focadas em questões relacionadas com a saúde pessoal do paciente,

relevantes para os comportamentos de cuidados de higiene desejados. As percepções do paciente dos benefícios dos cuidados de higiene e a suscetibilidade e gravidade de desenvolvimento de um problema afetam sua motivação para mudança de comportamento (Pender et al., 2011). Por exemplo, os pacientes percebem que correm risco de doenças dentárias, que as doenças dentárias são sérias e que a escovação e o fio dental são eficazes na redução do risco? Quando eles reconhecerem que há um risco e que podem adotar medidas razoáveis sem consequências negativas, estão mais propensos a ser receptivos ao aconselhamento das enfermeiras e aos esforços da orientação.

Variáveis Culturais

As crenças culturais e valores pessoais influenciam os cuidados de higiene (Quadro 40-1). Indivíduos de diversas origens culturais (p.ex., nível de educação, preferência de gênero, localização geográfica) frequentemente seguem diferentes práticas de autocuidado (Cap. 9). Por exemplo, a manutenção da limpeza não tem a mesma importância para alguns grupos étnicos ou sociais como o tem para outros (Giger, 2013). Na América do Norte, muitos têm a sorte de poder tomar banho ou uma ducha diariamente e usar desodorante para evitar odores corporais. No entanto, indivíduos de alguns grupos socioeconômicos ou culturais não são sensíveis aos odores corporais, preferem tomar banho com menos frequência e não usam desodorantes. Não expresse desaprovação ao cuidar de pacientes cujas práticas de higiene são diferentes das suas. Evite forçar mudanças nas práticas de higiene, a menos que estas afetem a saúde do paciente. Nessas situações, seja delicado, forneça informações e permita escolhas. Alguns sem-teto podem ser relutantes em tirar os sapatos para tomar banho ou para verificar se há lesões na pele. Seus pés podem ser edematosos ou apresentar sintomas neuropáticos (Chen et al., 2014).

As crenças religiosas associadas à cultura às vezes influenciam as práticas de higiene. Práticas do Oriente Médio incentivam que uma mão deve ser sempre mantida limpa. Pacientes muçulmanos muitas vezes tiram os sapatos e assumem diferentes posições para a oração.

Isso aumenta o risco de desenvolver doenças nos pés, como calos nos dedos e na região lateral dos tornozelos. Ao cuidar de pacientes muçulmanos com diabetes melito, é preciso ser solidário com as práticas religiosas, ao mesmo tempo salientando a necessidade de ser diligente na inspeção dos pés em busca de bolhas ou calos após as sessões de oração.

Estágio de Desenvolvimento

O processo normal de envelhecimento influencia a condição dos tecidos e estruturas do corpo. O estágio de desenvolvimento de um paciente afeta a sua capacidade de realizar os cuidados de higiene e o tipo de cuidados necessários.

Pele

A pele do recém-nascido é relativamente imatura ao nascer. A epiderme e a derme são frouxamente unidas e a pele é muito fina. O atrito contra as camadas de pele provoca contusões. Manuseie um recém-nascido com cuidado durante o banho; qualquer solução de continuidade na pele resulta facilmente em uma infecção.

As camadas da pele de uma criança tornam-se mais fortemente unidas. Assim, ela tem maior resistência à infecção e irritação da pele. Contudo, por causa de suas atividades mais ativas e ausência de hábitos de higiene estabelecidos, os pais e as pessoas que auxiliam no cuidado precisam realizar a higiene completa e ensinar bons hábitos de higiene.

Durante a adolescência, há o aumento do crescimento e da maturação dos tegumentos. Nas meninas, a secreção de estrogênio faz com que a pele fique macia, lisa e espessa, com aumento da vascularização. Nos meninos, os hormônios masculinos levam a um aumento da espessura da pele, com um leve escurecimento da cor. As glândulas sebáceas tornam-se mais ativas, o que predispõe os adolescentes à acne (i.e., a inflamação ativa das glândulas sebáceas, acompanhada por espinhas). As glândulas sudoríparas passam a funcionar totalmente durante a puberdade. Os adolescentes geralmente começam a usar antitranspirantes. Também é necessária

maior frequência de banhos e lavagem da cabeça, a fim de reduzir os odores corporais e eliminar a oleosidade do cabelo.

A condição da pele do adulto depende de práticas de higiene e da exposição a substâncias irritantes do ambiente. Normalmente, a pele é elástica, hidratada, firme e lisa. Quando o adulto toma banho com frequência ou é exposto a um ambiente com baixa umidade, a pele torna-se seca e escamosa. Com o envelhecimento, a taxa de reposição das células epidérmicas diminui e a pele torna-se mais fina e perde a resiliência. A pele perde umidade, aumentando o risco de hematomas e outros tipos de lesões. Conforme a produção de substâncias lubrificantes pelas glândulas da pele diminui, a pele torna-se seca e com prurido (Touhy and Jett, 2014). Essas alterações justificam o cuidado prestado aos idosos durante o banho e ao reposicioná-los. Banhos muitos frequentes e com água quente ou sabonete forte fazem que a pele se torne excessivamente seca (American Academy of Dermatology, 2014).

Pés e Unhas

Com o envelhecimento e a exposição prolongada ao trauma de andar e sustentar o próprio peso, o paciente torna-se mais propenso a desenvolver problemas crônicos nos pés, como resultado de maus cuidados com os pés, ajuste impróprio do calçado, anormalidades locais e doença sistêmica. Por exemplo, o neuroma de Morton, uma condição comum em mulheres de meia-idade, afeta a qualidade de vida relacionada com a saúde, causando queimação, dormência e dor no pé com a sustentação do peso (Edwards et al., 2015). A dor nos pés em idosos resulta de uma variedade de deformidades congênitas, estrutura fraca e doenças como diabetes e artrite reumatoide (Green, 2014).

Os idosos nem sempre têm força, flexibilidade, acuidade visual ou destreza manual para cuidar de seus pés e unhas. Problemas nos pés podem ser negligenciados e impactar o conforto, a mobilidade e a qualidade de vida de um paciente (Chan et al., 2012). Os idosos frequentemente se queixam de dor no pé. Eles também costumam ter pés secos, por causa de uma diminuição da secreção das glândulas

sebáceas e desidratação das células epidérmicas. Os problemas que mais comumente afetam os pés dos idosos incluem calos superficiais e profundos, joanetes, dedo em martelo, atrito entre os dedos e infecções fúngicas (Stolt et al., 2013).

A Boca

Aproximadamente aos 6 a 8 meses de idade, começam a surgir os dentes dos lactentes. Os primeiros dentes permanentes (secundários) irrompem por volta dos 6 anos (Hockenberry and Wilson, 2013). Da adolescência, quando todos os dentes permanentes já nasceram, até a idade adulta média, os dentes e as gengivas se mantém saudáveis se o indivíduo seguir padrões alimentares apropriados e cuidados dentários. Evitar carboidratos fermentáveis e doces pegajosos ajuda a manter os dentes livres de **cáries**. Além disso, escovar e passar fio dental regularmente (duas vezes ao dia) ajuda a prevenir cáries e doença periodontal.

Conforme o indivíduo envelhece, vários fatores resultam em má saúde bucal. Estes incluem mudanças na boca relacionadas com a idade, doenças crônicas como diabetes, deficiências físicas que envolvem a preensão manual ou força que afetam a capacidade de realizar cuidados bucais, falta de atenção à saúde bucal e medicamentos prescritos que têm efeitos colaterais bucais. As gengivas perdem a vascularização e a elasticidade tecidual, fazendo que as próteses dentárias se ajustem mal.

Cabelo

Ao longo da vida, mudanças no crescimento, distribuição e condição dos cabelos influenciam a higiene dos mesmos. Quando os meninos chegam à adolescência, o ato de barbear torna-se parte da higiene pessoal de rotina. As meninas que atingem a puberdade muitas vezes começam a depilar pernas e axilas. Com o envelhecimento, o cabelo fica mais fino e seco; sua lavagem geralmente é realizada com menos frequência.

Olhos, Orelhas e Nariz

O Capítulo 49 aborda mudanças na audição, visão e olfato ao longo da vida decorrentes do crescimento e desenvolvimento. Alterações da função sensorial muitas vezes exigem modificações nos cuidados de higiene. Use seu conhecimento das mudanças relacionadas com o desenvolvimento ao planejar os cuidados de higiene.

Condição Física

Os pacientes com certos tipos de limitações físicas ou incapacidades associadas a doenças e lesão não têm a energia física e destreza para realizar o autocuidado de higiene com segurança. Um paciente cujo braço está engessado ou com um cateter IV precisa de ajuda com os cuidados de higiene. A fraqueza na preensão palmar resultante de artrite, acidente vascular encefálico ou transtornos musculares torna difícil ou ineficaz o uso da escova de dentes, pano ou escova de cabelo. Os déficits sensoriais não só alteram a capacidade de o paciente realizar o cuidado, mas também o colocam em risco de lesão. A segurança é uma prioridade para o paciente com déficit sensorial. Por exemplo, a incapacidade de sentir se a água está quente demais pode levar a uma queimadura durante o banho.

Doenças crônicas — como doenças cardíaca, pulmonar e neurológica; câncer; demência; e algumas doenças mentais — muitas vezes esgotam ou incapacitam os pacientes. Os pacientes que se tornam fatigados frequentemente precisam receber cuidados de higiene completos. Inclua períodos de descanso durante o cuidado, para permitir que tais pacientes tenham a oportunidade de participar do cuidado. A dor muitas vezes acompanha doenças e lesões, limitando a capacidade do paciente de tolerar atividades de higiene e cuidados pessoais ou realizar o autocuidado. A dor frequentemente limita a ADM, resultando no uso deficiente dos braços ou das mãos ou em capacidade limitada para se movimentar no ambiente, prejudicando a capacidade de realizar o autocuidado de higiene. A sedação e a sonolência associadas a analgésicos utilizados para o manejo da dor também limitam a capacidade do paciente de participar de maneira segura no cuidado.

A limitação na mobilidade causada por uma variedade de fatores

(p.ex., obesidade, lesão física, fraqueza, cirurgia, dor, inatividade prolongada, efeito de medicação e presença de aparelhos médicos [p.ex., cateter permanente ou cateter IV ou tubo de alimentação]) diminui a capacidade do paciente realizar atividades de autocuidado de higiene de maneira segura. O atendimento individualizado considera a capacidade do paciente realizar o cuidado, a quantidade de assistência necessária e a necessidade de dispositivos de assistência e segurança para facilitar cuidados de higiene seguros.

Deficiências cognitivas agudas e crônicas, como acidente vascular encefálico, lesão cerebral, psicose e demência muitas vezes resultam em incapacidade de realizar o autocuidado de modo independente. Quando os indivíduos com deficiências cognitivas não estão cientes de suas necessidades de limpeza e higiene pessoal, tornam-se temerosos e agitados durante os cuidados de higiene, resultando em um comportamento agressivo (Zimmerman et al., 2014). O cuidado seguro e eficaz ao paciente considera o efeito do comprometimento cognitivo nos cuidados de higiene e permite modificações apropriadas.

Pensamento crítico

O pensamento crítico eficaz requer a síntese de conhecimento, experiências, informações coletadas de pacientes, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos exigem que você antecipe as informações necessárias para analisar os dados e tomar decisões relacionadas com os cuidados. A condição de um paciente está sempre mudando, exigindo um pensamento crítico em constante evolução. Durante o histórico de enfermagem, considere todos os fatores importantes para o estabelecimento de diagnósticos em enfermagem apropriados (Fig. 40-1). Aplique os elementos do pensamento crítico enquanto utiliza o processo de enfermagem para atender as necessidades de higiene dos pacientes. Integre os conhecimentos de enfermagem com conhecimentos de outras disciplinas. Por exemplo, um paciente com diabetes melito tem necessidades especiais para o cuidado das unhas e dos pés. O conhecimento da fisiopatologia do diabetes e seus potenciais efeitos na circulação periférica e no estado sensorial do paciente fornece a base do conhecimento científico necessária para realizar um cuidado dos pés seguro e eficaz. Além disso, integre o conhecimento sobre as influências culturais e do desenvolvimento enquanto identifica e atende as necessidades de higiene.

Conhecimento

- Anatomia e fisiologia do tegumento, cavidade oral e órgãos dos sentidos
- Princípios de conforto e segurança
- Princípios de comunicação que transmitem carinho
- Fatores de risco que podem levar a problemas de higiene
- Conhecimento das variações culturais na higiene

Experiência

- Experiência prévia ao cuidar de pacientes que necessitam de assistência com a higiene
- Práticas de higiene pessoal

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Observe a condição física do paciente e a integridade do tegumento, cavidade oral e órgãos dos sentidos
- Explore quaisquer fatores de desenvolvimento que influenciam as necessidades de higiene do paciente
- Observe a capacidade de autocuidado e práticas de higiene do paciente
- Determine as preferências culturais, valores e crenças relacionados com a higiene do paciente

Padrões

- Aplique os padrões da ADA para o cuidado com os pés
- Aplique as diretrizes da WOCN e NPUAP sobre a prevenção e tratamento de lesões por pressão
- Avalie as alterações de pele, utilizando medidas precisas e consistentes

Atitudes

- Mostre curiosidade; seja abrangente ao avaliar a condição dos tecidos do paciente; alterações podem indicar sinais de doenças
- Mostre humildade; os cuidados higiênicos devem ser centrados no paciente; saiba quando aprender mais sobre as preferências dele

FIGURA 40-1 Modelo de pensamento crítico para o Histórico de enfermagem de higiene. *ADA*, American Diabetes Association; *NPUAP*, National Pressure Ulcer Advisory Panel; *WOCN*, Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.

Esteja ciente do impacto das atitudes de pensamento crítico ao planejar e implementar os cuidados. Por exemplo, seja criativo para ajudar pacientes a adaptar práticas de higiene existentes ou a desenvolver novas, quando a capacidade de autocuidado for prejudicada devido à doença, perda de função ou diminuição da tolerância à atividade. Não julgue; e seja confiante ao prestar cuidado. Devido às variações no estado físico individual e nas práticas de higiene dos pacientes, é necessário abordá-los com uma atitude flexível. Por exemplo, ao cuidar de um paciente que esteja fatigado, você deve marcar o ritmo das atividades e planejar períodos de descanso durante o banho para evitar a exaustão.

Baseie-se em suas próprias experiências enquanto ajuda nos cuidados de higiene do seu paciente. Reflita sobre os momentos em que você ajudou membros da família ou outras pessoas próximas a você com a sua higiene. Uma experiência clínica precoce normalmente envolve fornecer ou ajudar com os cuidados de higiene de um paciente. Por fim, conte com as normas profissionais, como as normas para cuidados da pele e pés da American Diabetes Association (ADA), e dos grupos de enfermagem especializados, como o Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN), ao planejar os cuidados para atender às necessidades de higiene de um paciente. Conforme você adquire mais experiência e conhecimento, seu conforto e capacidade de atender às necessidades de higiene individuais de seus pacientes também aumentam.

Processo de enfermagem

Utilize uma abordagem de pensamento crítico no cuidado aos pacientes ao aplicar o processo de enfermagem, o qual fornece uma abordagem de tomada de decisões clínicas para você desenvolver e implementar um plano individualizado de cuidados.

Histórico de Enfermagem

Avalie cuidadosamente cada paciente e analise criticamente os resultados para garantir que você tome as decisões clínicas centradas no paciente necessárias para realizar os cuidados de higiene de forma segura. O histórico de enfermagem do estado de higiene e das capacidades de autocuidado de um paciente exige que você complete um histórico de enfermagem e realize uma avaliação física (Cap. 31). Você não avalia todas as regiões do corpo rotineiramente antes de realizar a higiene do paciente. No entanto, faça um breve histórico para determinar as áreas prioritárias (p.ex. as dobras cutâneas de um paciente obeso, a condição da pele pós-trauma de um paciente) para auxiliar no planejamento dos cuidados de higiene individualizados. A avaliação da capacidade de um paciente de realizar os autocuidados de higiene ajuda na tomada de decisões sobre o tipo e quantidade de cuidados de higiene a serem fornecidos e o quanto o paciente pode ser encorajado a participar no tratamento.

Pelos Olhos do Paciente

Fornecer cuidados de higiene seguros e de qualidade requer uma consciência completa da perspectiva do paciente. Uma vez que os pacientes têm expectativas variadas, é preciso evitar que os cuidados de higiene pessoal se tornem uma rotina simples. Faça um histórico de enfermagem que não só desperte as preferências pessoais, mas também aborde os costumes e crenças culturais ou religiosas do paciente.

Explore o ponto de vista de um paciente acerca dos cuidados de

higiene perguntando a ele sobre suas preferências pessoais de práticas de higiene e arrumação. Pergunte sobre os produtos de cuidado pessoal desejados e preferidos, assim como a frequência, hora do dia e a quantidade de assistência necessária. Faça também perguntas como "Para torná-lo mais confortável e se sentir em casa, como posso melhor realizar seu banho e cuidados pessoais?". Determine a conscientização do paciente de quaisquer problemas relacionados com a higiene e seu conhecimento e capacidade de executar as medidas de cuidado de higiene (Quadro 40-2). Estar ciente das expectativas do paciente e colocá-las em prática promove uma relação de carinho. Individualizar totalmente os cuidados de higiene mostra o seu respeito pelas necessidades do paciente. Conforme aprende o que o paciente espera, você incorpora essas informações a um plano de cuidados.

Quadro 40-2 Perguntas de Avaliação de Enfermagem

Práticas Culturais e/ou Religiosas

- Você tem preferências para tomar banho ou escovar os dentes?
- Como você se sente com alguém o ajudando, com a forma com que cuidamos de você?
- De que maneira eu posso melhor ajudá-lo com o seu banho, cuidados com o cabelo. …?

Tolerância a Atividades de Higiene

- Tomar banho causa algum sintoma como falta de ar, dor ou fadiga?
- O que posso fazer para minimizar esses sintomas?
- Quais aspectos de tomar banho ou escovar os dentes causam desconforto ou fadiga?

Assistência com a Higiene

- Você usa algum apoio para ajudá-lo a tomar banho, como barras de apoio no chuveiro ou banheira?
- Você prefere alguém do mesmo sexo para ajudá-lo nos seus cuidados de higiene?
- Quais as partes do banho, escovação de dentes e cuidados com os pés você pode fazer por si mesmo? Com quais partes dos cuidados de higiene você precisa de ajuda?

Cuidados com a Pele

- Que tipo de banho você prefere?
- Quantas vezes e quanto você costuma tomar banho?
- Que tipos de sabonete e loção você usa?
- Você já notou alguma alteração cutânea ou irritação?
- Você tem alguma alergia conhecida ou reação a sabonetes, cosméticos ou produtos de cuidados com a pele?

Cuidados com a Boca

- Você sente alguma dor na boca ou nos dentes? Você tem notado alguma ferida na boca? As suas gengivas sangram durante a escovação ou uso do fio dental?
- Você usa dentaduras ou uma placa parcial?

Cuidados com os Pés e as Unhas

- Como você costuma cuidar dos seus pés e unhas? Você deixa os pés de molho?
- Você lixa ou apara as suas próprias unhas das mãos e dos pés?

Cuidados com o Cabelo e o Couro Cabeludo

- Você recentemente sentiu coceira do couro cabeludo ou notou descamação ou caspa?
- Você notou qualquer alteração na textura ou espessura do seu cabelo?

Avaliação da Capacidade de Autocuidado

Avalie o estado físico do paciente, que está relacionado com a capacidade de realizar ou ajudar com os cuidados de higiene de forma segura e eficiente; inclua avaliação da força física, flexibilidade, equilíbrio, acuidade visual e capacidade de detectar estímulos térmicos e táteis do paciente. Determine o estado mental dele, incluindo orientação e função cognitiva (Cap. 31). Um paciente com função cognitiva prejudicada pode não estar ciente das necessidades dos cuidados de higiene ou ser menos capaz de seguir instruções e ajudar com o cuidado. Observe o paciente realizando os cuidados de higiene, observando reclamações ou manifestações físicas que sugerem intolerância à atividade. Avalie a frequência respiratória e esforço, a cor da pele e a pulsação. Faça perguntas para avaliar se o paciente sente tontura, fraqueza ou fadiga. Para determinar a quantidade de assistência necessária, observe o paciente executar atividades de cuidados, como escovar os dentes ou pentear os cabelos (Fig. 40-2). Pacientes com mobilidade superior limitada, visão reduzida, fadiga ou incapacidade de manusear pequenos objetos necessitam de ajuda. Pacientes apresentando dificuldades com destreza manual e função cognitiva são propensos a mostrar deterioração da saúde física ou oral (Burns, 2012). Além disso, observe a presença de dispositivos médicos, tais como tubos de alimentação, linhas IV ou cateteres urinários, que exigem medidas de higiene especiais.

FIGURA 40-2 Enfermeira observa o paciente escovando os dentes. Durante tais observações, ela pode determinar o quanto de assistência o paciente pode necessitar.

Quando os pacientes apresentam limitação de autocuidado, a família pode ajudar com o cuidado. Determine como a família pode ajudar o paciente, quantas vezes eles podem oferecer essa assistência e seus sentimentos quanto a serem cuidadores. Avalie ainda o ambiente doméstico e a influência dele nas práticas de higiene do paciente. Existem barreiras em casa que afetam a capacidade de autocuidado do paciente (p.ex., torneiras de água muito apertadas para ajustar facilmente, banheiras com laterais muito altas, um banheiro muito pequeno para caber uma cadeira na frente da pia e a falta de uma cama ajustável ou disponibilidade de equipamentos de adaptação para auxiliar no banho).

Avaliação da Pele

Faça uma avaliação da pele (Cap. 31), observando a cor, textura, espessura, turgor, temperatura e hidratação. A pele de uma pessoa

saudável é lisa, quente e maleável com bom turgor. Preste atenção especial para a presença e a condição de quaisquer lesões. Observe o ressecamento indicado por descamação, vermelhidão e rachaduras. Também verifique cuidadosamente a pele em contato com qualquer dispositivo médico, pelo menos diariamente (p.ex., a pele sob uma cânula nasal de oxigênio ou a mucosa nasal sob um tubo endotraqueal ou de alimentação) (NPUAP, 2013). Procure por edema nesses locais. Descobrir manifestações de problemas comuns de pele influencia a administração dos cuidados de higiene (Tabela 40-2).

Tabela 40-2

Problemas Comuns de Pele

Características	Implicações	Intervenções
Pele Seca		
Textura escamosa e áspera em áreas expostas, como mãos, braços, pernas e rosto	A pele torna-se infectada se a camada epidérmica rachar.	Tome banho com menos frequência. Enxague o corpo sem deixar resíduos de sabão, pois podem causar irritação e rachaduras. Aumente a umidade do ar utilizando um umidificador. Aumente a ingestão de líquidos quando a pele estiver seca. Use cremes hidratantes para auxiliar na cicatrização. (O creme forma uma barreira de proteção e ajuda a reter a hidratação da pele). Use creme para limpar a pele seca ou alérgica a sabões e detergentes.
Acne		
Erupções cutâneas papulopustulosas inflamatórias, geralmente envolvendo quebra bacteriana do sebo; aparece no rosto, pescoço, ombros e costas	O material infectado no interior da pústula se espalha se a área for espremida, podendo resultar em cicatrizes permanentes.	Lave os cabelos e a pele diariamente com água morna e sabonete para remover a oleosidade. Utilize cosméticos com moderação. Cosméticos oleosos ou cremes acumulam-se nos poros e pioram o quadro. Faça restrições alimentares, se necessário. (Elimine da dieta

		alimentos que agravam a condição.) Utilize antibióticos tópicos prescritos para formas graves de acne.
Erupções Cutâneas		
Erupções cutâneas que resultam de exposição prolongada ao sol ou à umidade ou a partir de reações alérgicas (planas ou elevadas, localizadas ou sistêmicas, pruriginosas ou não)	Coçar a pele continuamente pode causar inflamação e infecção. Erupções cutâneas também causam desconforto.	Lave a área completamente e aplique *spray* antisséptico ou loção para evitar coceira e auxiliar na melhora do quadro. Aplique compressas de água morna ou fria para aliviar a inflamação, se houver.
Dermatite de Contato		
Inflamação da pele caracterizada por início abrupto com eritema; prurido; dor; e aparência escamosa, lesões exsudativa (vistas no rosto, pescoço, mãos, antebraços e genitália)	A dermatite é muitas vezes difícil de ser eliminada, porque o indivíduo está normalmente em contato contínuo com a substância causadora da reação. A substância é geralmente difícil de identificar.	Evite os agentes causadores (p.ex., produtos de limpeza e sabões).
Abrasão		
Escoriação superficial da pele que resulta em sangramento localizado e posterior exsudação de líquido seroso	Infecções ocorrem facilmente pela perda da camada protetora da pele.	Tome cuidado para não arranhar os pacientes com joias ou com as unhas. Lave as abrasões com sabão neutro e água; enxugue completa e suavemente. Observe os curativos para evitar retenção de umidade, que aumenta o risco de infecção.

Determine o grau de limpeza observando a aparência da pele e detectando odores corporais que podem indicar limpeza inadequada ou transpiração excessiva causada por febre ou dor. Inspecione superfícies da pele menos óbvias ou difíceis de alcançar, como sob os seios ou bolsa escrotal, ao redor do períneo do paciente do sexo feminino, ou na virilha para procurar vermelhidão, umidade excessiva e sujeiras ou detritos. Separe as dobras cutâneas para observação e palpação. O amido de milho pode ser utilizado para diminuir o atrito e absorver a umidade (Cowell and Radley, 2014).

Esteja atento às características dos problemas de pele mais

influenciados por medidas de higiene. A pele está seca por excesso de banho ou pelo uso de água quente ou sabonete irritante? O paciente tem uma erupção cutânea causada por uma reação alérgica a um produto de cuidados da pele? Certas condições colocam os pacientes em risco de integridade da pele prejudicada (Tabela 40-3). Devido ao risco aumentado, esteja particularmente atento ao avaliar pacientes com sensação reduzida, circulação prejudicada, alterações na nutrição ou hidratação, secreções corporais, incontinência, cognição alterada, aparelhos médicos externos e mobilidade diminuída. Os pacientes podem não estar cientes de problemas de pele por serem incapazes de sentir dor ou pressão ou de observar a sua pele em alguns locais (p.ex., nas costas ou nos pés). Avalie cuidadosamente a pele sob aparelhos ortopédicos (suportes ortopédicos, ataduras, gesso) e abaixo de itens como meias antiembolia e esparadrapo. Avalie a condição e limpeza das áreas perineal e anal durante os cuidados de higiene e quando o paciente precisar de assistência para ir ao banheiro. Quando ocorre contato prolongado de urina ou fezes, como na diarreia ou incontinência, frequentemente ocorrem lesões na pele. A maioria das pessoas considera essas áreas privadas; portanto, sensíveis ao serem abordadas (Touhy and Jett, 2012).

Tabela 40-3

Fatores de Risco para Problemas de Higiene

Riscos	Implicações na Higiene
Problemas Bucais	
Pacientes que são incapazes de usar os membros superiores por causa de fraqueza, paralisia ou restrição (p.ex., aparelho gessado, curativo)	Paciente não tem força ou destreza nos membros superiores necessárias para escovar os dentes (Lewis et al., 2014).
Desidratação, incapacidade de ingerir líquidos ou alimentos por via oral	A desidratação provoca ressecamento em excesso e fragilidade da mucosa; aumenta o acúmulo de secreções na língua e gengivas.
Presença de sonda nasogástrica ou tubos de oxigênio; respiradores bucais	Os tubos causam ressecamento da mucosa e lábios.

Fármacos quimioterápicos	Os fármacos matam rapidamente as células que se multiplicam, incluindo as células normais que revestem a cavidade oral. Desenvolvem-se úlceras e inflamações.
Pastilhas, remédios para tosse, antiácidos e vitaminas mastigáveis de venda livre	Esses medicamentos contêm grandes quantidades de açúcar. Seu uso repetido aumenta o conteúdo de açúcar ou acidez da boca, causando a cárie dentária.
Radioterapia na cabeça e pescoço	A radioterapia reduz o fluxo salivar e diminui o pH da saliva, levando à estomatite e deterioração dos dentes (Lewis et al., 2014).
Cirurgia oral, trauma à boca, colocação de via respiratória oral	Isso causa trauma à cavidade oral com inchaço, úlceras, inflamação e hemorragia.
Imunossupressão; coagulação sanguínea alterada	Isso predispõe à inflamação e sangramento das gengivas.
Diabetes melito	Os pacientes são propensos a ressecamento da boca, gengivite, doença periodontal e perda de dentes.
Intubação endotraqueal com ventilação mecânica	Há um potencial de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). O uso de gluconato de clorexidina (CHG) reduz o risco de PAV. A clorexidina é um agente eficaz e pouco dispendioso para a redução da VAP, especialmente em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (Nicolosi et al., 2014).
Diálise	Problemas bucais comumente encontrados nesses pacientes incluem halitose, xerostomia (boca seca), gengivite, estomatite, deterioração dos dentes, perda de dentes e problemas de mandíbula. As causas podem incluir glicemia elevada, controle de peso e tabagismo (Genco, 2014).

Problemas de Pele

Imobilização	Partes do corpo dependentes são expostas à pressão das superfícies adjacentes. A incapacidade de virar-se ou mudar de decúbito aumenta o risco de lesões por pressão.
Paciente bariátrico	O paciente não consegue visualizar a pele adequadamente e mantê-la limpa e seca. Tecido adiposo em excesso cria pressão devido ao peso, falta de circulação de ar e um aumento na umidade com má perfusão tecidual (Cowell and Radley, 2014).
Redução na sensibilidade por acidente vascular encefálico, trauma raquimedular, diabetes, ferimentos locais ao nervo	O paciente não recebe transmissão normal dos impulsos nervos na aplicação de calor ou frio excessivo, pressão, atrito ou irritantes químicos à pele.
Cognição alterada resultante de demência, distúrbios psicológicos ou delírio temporário	O paciente é incapaz de verbalizar as necessidades de cuidados da pele. Não percebe o efeito da pressão ou contato prolongado com excreções e secreções, o que requer uma avaliação mais vigilante.
Ingestão proteica ou calórica limitada e hidratação reduzida (p.ex., febre, queimaduras, alterações gastrointestinais, próteses dentárias mal ajustadas)	Predispõe a prejuízo na síntese tecidual. A pele torna-se fina, menos elástica e mais mole, com perda de tecido subcutâneo, resultando em má cicatrização da ferida. A hidratação reduzida prejudica o turgor da pele.

Secreções ou excreções excessivas na pele por suor, urina, fezes aquosas e secreção da ferida	A umidade é um meio para o crescimento bacteriano e provoca irritação local da pele, amolecimento das células epidérmicas e maceração da pele.
Presença de aparelhos externos (p.ex., aparelho gessado, contenção, bandagens, curativos)	Aparelhos como gessos, contenção, bandagens, tubos e aparelhos ortopédicos exercem pressão ou atrito contra a superfície da pele.
Insuficiência vascular	O suprimento de sangue arterial para os tecidos é inadequado, ou o retorno venoso está prejudicado, causando circulação diminuída para as extremidades. Isquemia do tecido e solução de continuidade ocorrem com frequência. O risco de infecção é alto.
Problemas nos Pés	
Paciente incapaz de curvar-se ou com diminuição da acuidade visual	O paciente é incapaz de visualizar totalmente a superfície do pé, prejudicando a capacidade de avaliar adequadamente a condição da pele e das unhas.
Problemas com Cuidados Oculares	
Redução na destreza e coordenação da mão	As limitações físicas criam incapacidade de inserir ou remover lentes de contato com segurança.

Ao cuidar de pacientes com pele de pigmentação escura, esteja ciente das técnicas de avaliação e das características únicas da pele com alta pigmentação (Ball et al., 2015). Avalie cuidadosamente a pele em pacientes de pele negra com risco de lesões por pressão (Cap. 48).

Avaliação dos Pés e das Unhas

Diversos problemas comuns de pés e das unhas podem ser causados por higiene inadequada e são detectados durante os cuidados de higiene. Os problemas às vezes resultam do mau cuidado dos pés e das unhas, como roer as unhas ou apará-las de forma inadequada, exposição a produtos químicos e o uso de sapatos mal ajustados. Questione o paciente para determinar o tipo de calçado e as práticas usuais de cuidados com os pés e as unhas.

Examine toda a superfície da pele dos pés, incluindo as áreas entre os dedos e ao longo de toda a sola do pé. Calçados inadequados muitas vezes irritam os calcanhares, as solas e as laterais dos pés. A inspeção de lesões nos pés inclui a observação de áreas ressecadas, inflamadas ou com fissuras. Problemas crônicos dos pés são comuns em idosos, que muitas vezes apresentam pés secos devido à

diminuição na secreção das glândulas sebáceas, desidratação ou sapatos em mau estado.

Os indivíduos muitas vezes não percebem problemas nos pés ou nas unhas até que ocorra dor ou desconforto. Avalie os pacientes com doenças que afetam a circulação periférica e sensibilidade para a adequação da circulação e da sensibilidade dos pés. A ulceração dos pés é o precursor único mais comum para amputação de membros inferiores entre os indivíduos com diabetes (Jarrett, 2013). A inspeção diária e os cuidados preventivos com os pés ajudam a mantê-los livres de úlceras. Sinta o pulso da artéria dorsal do pé e da tibial posterior e avalie a sensibilidade ao toque leve, a alfinetada e a temperatura (Ball et al., 2015).

Observe a marcha do paciente. Distúrbios dolorosos dos pés ou sensibilidade diminuída resultam em uma marcha não natural ou manca. Pergunte se o paciente sente desconforto nos pés e determine os fatores que agravam a dor. Problemas nos pés podem ser originados de alterações ósseas ou musculares ou pelo uso de calçados inadequados.

Inspecione a condição das unhas das mãos e dos pés, procurando lesões, ressecamento, inflamação ou rachaduras, que são frequentemente associadas a uma variedade de problemas comuns dos pés e das unhas (Tabela 40-4). A cutícula que circunda a unha pode crescer sobre ela e inflamar, se o tratamento das unhas não for executado correta e periodicamente. Pergunte às mulheres se elas pintam as unhas e se utilizam removedor de esmalte com frequência, porque os químicos desses produtos causam ressecamento excessivo das unhas. Algumas doenças podem alterar o formato e curvatura das unhas (Ball et al., 2015). Lesões inflamatórias e fungos do leito ungueal deixam as unhas espessadas e córneas, que se separam do leito ungueal.

Tabela 40-4

Problemas Comuns de Pés e Unhas

Características	Implicações	Intervenções

Calos		
Porção espessa da epiderme que consiste em uma massa de células córneas, ceratóticas. O calo é geralmente plano, indolor e encontrado na superfície plantar do pé ou palma da mão.	O atrito ou pressão local provocam a formação do calo, que causa desconforto ao se usar sapatos apertados.	Recomendam-se sapatos de solado macio com palmilhas. Aconselhe o paciente a usar luvas ao manusear ferramentas ou objetos que criam atrito às superfícies palmares. Aconselhe os pacientes, especialmente aqueles com formação de calos, a não se autotratar, mas buscar intervenções de um podólogo.
Calosidades		
O atrito e a pressão de sapatos mal ajustados ou soltos provocam a ceratose, encontrada principalmente nos dedos ou entre eles, sobre proeminências ósseas. As calosidades geralmente têm uma forma cônica, redonda e elevada. As calosidades macias são maceradas.	Comprime a derme subjacente, tornando-a fina e mole. A dor é agravada ao se usar sapatos apertados. O tecido torna-se conectado ao osso se for permitido que cresça. O paciente sofre alteração na marcha em decorrência da dor.	É necessária remoção cirúrgica, dependendo da gravidade da dor e do tamanho do calo. Evite o uso de amortecedores ovais para calos, que aumentam a pressão sobre os dedos e reduzem a circulação. A absorção de água quente amolece a calosidade antes da fricção suave com uma lixa de calos ou pedra-pomes. (Consulte o seu médico. Não permitido para pacientes com diabetes.) Sapatos mais largos e macios, especialmente aqueles com um espaço maior para as articulações, são úteis.
Verrugas Plantares		
Lesões fúngicas que aparecem na sola do pé e são causadas pelo papiloma vírus.	Algumas verrugas são contagiosas. São dolorosas e tornam difícil o caminhar.	O tratamento prescrito pelo médico muitas vezes inclui aplicações de ácido salicílico, eletrodissecção (queimar com faísca elétrica) ou congelamento com dióxido de carbono sólido.
Pé de Atleta (*Tinea pedis*)		
O pé de atleta é uma infecção fúngica do pé; ocorrem descamação e rachadura da pele entre os dedos e na planta dos pés. Surgem pequenas bolhas contendo líquido.	O pé de atleta dissemina-se para outras partes do corpo, especialmente para as mãos. É contagioso e recorre com frequência.	Certifique-se de que os pés estejam bem ventilados. Seque bem os pés após o banho e aplique talco para ajudar a prevenir infecções. Usar meias limpas reduz a incidência. O médico prescreve a aplicação de griseofulvina, miconazol ou tolnaftato.
Unhas Encravadas		
A unha da mão ou do pé cresce para dentro dos tecidos moles ao redor. As unhas encravadas muitas vezes resultam de cortes indevidos.	Unhas encravadas causam dor localizada quando é aplicada pressão.	O tratamento envolve a imersão frequente em água quente com solução antisséptica e remoção da parte da unha que cresceu para dentro da pele. Instrua o paciente sobre técnicas adequadas de corte das unhas e encaminhe-o a um podólogo.

Odores nos Pés		
Os odores nos pés são resultado do excesso de transpiração, promovendo o crescimento de microrganismos.	A condição provoca desconforto por causa da transpiração excessiva.	A lavagem frequente, a aplicação de desodorantes e talcos para os pés e o uso de calçados limpos previnem ou reduzem o problema.

Avaliação da Cavidade Oral

A condição da cavidade oral reflete a saúde em geral e também indica as necessidades de higiene oral. Inspecione todas as áreas da boca com cuidado, atentando para a coloração, hidratação, textura e lesões (Cap. 31). Os pacientes frequentemente desenvolvem problemas orais comuns como resultados de cuidado oral inadequado ou doenças (p.ex., lesões malignas na boca) ou como um efeito colateral de tratamentos como radiação e quimioterapia. Esses problemas incluem retração do tecido gengival, gengivas inflamadas (gengivite), língua revestida, **glossite** (língua inflamada) e dentes descoloridos (principalmente nas margens da gengiva), **queilite** (lábios rachados), cáries dentárias, perda de dentes e **halitose** (mau hálito). Dor localizada e infecções geralmente acompanham problemas bucais. Utilize luvas limpas para apalpar todas as áreas sensíveis ou lesionadas. Observe a limpeza e utilize o olfato para detectar halitose. Se identificar quaisquer problemas orais, notifique o médico do paciente. A identificação precoce de práticas de higiene inadequadas e de problemas bucais comuns reduz o risco de doenças da gengiva e de cárie dentária (USDHHS, 2015). Se o idoso tornar-se **edêntulo** (i.e., sem dentes) e usar próteses totais ou parciais, inclua uma avaliação das gengivas subjacentes e do palato.

Avaliação do Cabelo e dos Cuidados com o Cabelo

Avalie a condição do cabelo e do couro cabeludo do paciente antes de realizar os cuidados. As descobertas ajudam a determinar a frequência e o tipo de cuidado necessário. Alguns pacientes que possam exigir uma avaliação mais focada podem ser antecipados, como um paciente

que sofreu traumatismo craniano ou um paciente sem-teto incapaz de realizar a higiene regular. Normalmente, o cabelo é limpo, brilhoso e desembaraçado; e o couro cabeludo não apresenta lesões. A tabela 40-5 resume os problemas dos cabelos e do couro cabeludo com implicações e intervenções.

Tabela 40-5
Problemas do Cabelo e do Couro Cabeludo

Características	Implicações	Intervenções
Caspa		
A descamação do couro cabeludo é acompanhada de coceira. Em casos extremos, a caspa é nas sobrancelhas.	A caspa causa constrangimento. Se entrar nos olhos, pode levar ao desenvolvimento de conjuntivite.	Lave a cabeça regularmente com xampu anticaspa. Em casos extremos, procure aconselhamento de um profissional de saúde.
Carrapatos		
Pequenos parasitas castanho acinzentados que penetram na pele e sugam o sangue.	Os carrapatos transmitem diversas doenças para as pessoas. As mais comuns são febre maculosa, tularemia e doença de Lyme.	Com uma pinça sem corte, segure o carrapato o mais perto da cabeça possível e puxe-o para cima com pressão constante. Segure até que o carrapato se solte, geralmente por cerca de 3-4 minutos. Guarde o carrapato em um saco plástico e coloque no congelador, se for necessário identificar o tipo de carrapato.
Pediculose (Piolho)		
Pediculosis Capitis (*Piolho da Cabeça*)		
O parasita reside no couro cabeludo agarrado aos fios de cabelo. Os ovos são parecidos com partículas ovais, semelhantes a caspa. Picadas ou pústulas podem ser obervadas atrás das orelhas e no couro cabeludo.	Os piolhos da cabeça são difíceis de remover e infestam móveis e outras pessoas, se não forem tratados. Eles não são portadores de doenças, não podem voar ou saltar e são transportados por animais.	Utilizando luvas, verifique todo o couro cabeludo com uma espátula ou pente especial para piolhos. Utilize xampu adequado para eliminar os piolhos. *Cuidado com o uso de produtos contendo lindano, ingrediente toxico e conhecido por causar reações adversas* (CDC, 2015). A remoção manual é a melhor opção em caso de falha do tratamento. Aspire as áreas infestadas da casa.
Pediculosis Corporis (*Piolho do Corpo*)		
Os parasitas tendem a	O paciente se coça	Tome banho completamente e, após secar a pele,

agarrar-se à roupa; com isso, nem sempre são fáceis de serem vistos. Os piolhos do corpo sugam o sangue e depositam os ovos nas roupas e móveis.	constantemente. Os arranhões vistos na pele tornam-se infectados. Manchas hemorrágicas aparecem na pele no local onde os piolhos sugam o sangue.	aplique a loção pediculicida recomendada. Após 12 a 24 horas tome banho novamente. Ensaque as roupas infestadas até lavá-las em água quente. Aspire os quartos por completo e, em seguida, jogue fora o saco de lixo.
Pediculosis Pubis (*Piolho do Púbis*)		
Os parasitas são brancoacinzentados com pernas vermelhas e são encontrados nos pelos pubianos.	Os piolhos do púbis espalham-se através das roupas de cama, roupas ou móveis ou entre indivíduos através do contato sexual.	Raspe os pelos da área afetada. Realize a mesma limpeza para os piolhos do corpo. Se os piolhos tiverem sido transmitidos através de contato sexual, notifique o parceiro.
Perda de Cabelo (Alopecia)		
A alopecia ocorre em todas as raças. Áreas de calvície aparecem na periferia do couro cabeludo. O cabelo torna-se frágil e quebradiço.	Manchas de crescimento irregular e perda de cabelo alteram a aparência do paciente.	Acabe com as práticas de cuidado que danificam o cabelo. O uso de rolos de cabelo, prendedores, tranças apertadas e secadores contribui para a perda de cabelo.

Observe a capacidade do paciente realizar os cuidados com os cabelos. A aparência e a sensação de bem-estar de uma pessoa estão muitas vezes relacionadas com o aspecto dos cabelos. Doenças, invalidez e condições como artrite, fadiga, obesidade e a presença de barreiras físicas (p.ex., gesso ou acesso IV) alteram a capacidade do paciente em manter os cuidados diários com os cabelos.

Nas dependências da área da saúde e dos cuidados domiciliares é particularmente importante inspecionar o cabelo em busca de piolhos para que o tratamento adequado possa ser oferecido. Em caso de suspeita de **pediculose** (piolhos), proteja-se contra autoinfestações realizando a higiene das mãos e utilizando luvas ou espátulas para examinar os cabelos do paciente.

A perda de cabelo (**alopecia**) resulta dos efeitos dos medicamentos da quimioterapia, alterações hormonais ou práticas inadequadas de cuidados com os cabelos. A alopecia geralmente surge como fios frágeis e quebradiços que progridem para áreas de calvície. Se for observado, não se esqueça de perguntar ao paciente sobre as práticas

específicas de cuidados com os cabelos, especialmente sobre o uso de químicos e aplicação de calor durante os cuidados.

Avaliação dos Olhos, Orelhas e Nariz

Examine a condição e a função dos olhos, orelhas e nariz (Cap. 31). O olho saudável não apresenta inflamação e drenagem. A presença de vermelhidão indica conjuntivite alérgica ou infecciosa, que pode ser altamente contagiosa. A drenagem associada à conjuntivite se espalha facilmente de um olho para o outro. Utilize luvas limpas para examinar os olhos e realize a higiene adequada das mãos antes e após o exame. Determine se um paciente usa lentes de contato, especialmente quando ele entrar em um estabelecimento de saúde confuso ou sem resposta. Para determinar a presença de lentes de contato, posicione-se ao lado dos olhos do paciente e observe as córneas atentando para a presença de lentes macias ou rígidas. Observe também a esclerótica, pois a lente pode ter deslocado para fora da córnea. Uma lente de contato não detectada provoca lesão na córnea quando deixada no local por muito tempo.

A avaliação das estruturas externas das orelhas inclui a observação da orelha e do canal auditivo externo (Cap. 31). Observe a presença de acúmulo de **cerume** (cera) ou drenagem no canal do ouvido e inflamação local. Pergunte aos pacientes sobre sensibilidade e presença de dor à palpação e como eles costumam limpar as orelhas.

Examine as narinas buscando sinais de inflamação, coriza, lesões, edema e deformidades (Cap. 31). A mucosa nasal é normalmente rosada e clara e tem pouco ou nenhum muco. As alergias causam uma coriza clara e aquosa. No caso de os pacientes possuírem qualquer forma de tubo saindo do nariz (p.ex., nasogástrico), observe edema, ulceração da pele, sensibilidade localizada, inflamação, coriza e sangramento no local onde o tubo entra em contato com as narinas.

Uso de Aparelhos Sensoriais

Para os pacientes que usam óculos, lentes de contato, olhos artificiais ou aparelhos auditivos, avalie seus conhecimentos e métodos

utilizados para o cuidado e peça para que descrevam a abordagem típica utilizada em seus cuidados de rotina. Quando possível, observe o paciente realizar os cuidados. Compare as informações coletadas com as técnicas adequadas de cuidado para esses aparelhos. Qualquer diferença entre as técnicas do paciente e as padronizadas é uma oportunidade para que ele aprenda.

Avaliação das Práticas de Cuidados de Higiene

A avaliação das práticas de higiene revela as preferências de arrumação do paciente. Por exemplo, um paciente escolhe arrumar o cabelo em um determinado estilo ou cortar as unhas de certa maneira. Quando o paciente apresenta uma deficiência física, podem ser necessárias precauções especiais para que ele se arrume sem se machucar. Por exemplo, ensine pacientes com perda de sensibilidade a lixar as unhas em vez de cortá-las. Ao observar um paciente realizar os cuidados de higiene, é possível identificar as áreas em que ele necessita de aprendizado ou assistência, mantendo o máximo de independência do paciente.

Avaliação das Influências Culturais

Pergunte o que faz um paciente se sentir mais confortável durante um banho ou outras medidas de higiene. Talvez o paciente prefira que a enfermeira lhe dê um banho parcial em vez de um banho completo, com um membro da família completando a limpeza das partes do corpo mais privadas. Alguns pacientes também adiam parte da higiene. Se você acredita que a higiene é fundamental para evitar o desenvolvimento ou agravamento de problemas como lesões na pele, reserve um tempo para compreender as preocupações do paciente e, em seguida, ofereça uma explicação que o ajude a aceitar a sua intervenção. Por exemplo, muitas instituições utilizam o gluconato de clorexidina (CHG) para dar banho diariamente. A clorexidina pode deixar a pele com uma sensação pegajosa. Se os pacientes queixarem-se do seu uso, é necessário explicar a vulnerabilidade deles à infecção e como a clorexidina ajuda a reduzir a ocorrência de infecções

hospitalares. Considere o nível de conhecimento do paciente e assegure-se de adaptar as perguntas de avaliação para um nível que o paciente possa compreender.

Pacientes em Risco de Problemas de Higiene

Alguns pacientes apresentam riscos que requerem cuidados de higiene mais atentos e rigorosos (Tabela 40-3). Esses riscos resultam de efeitos colaterais de medicamentos ou outra terapia médica; da falta de conhecimento; de imobilização; de uma incapacidade de realizar a higiene; ou de uma condição física que potencialmente fere a pele, boca, pés e unhas ou cabelo. Veja se um paciente está predisposto aos riscos e siga com uma avaliação completa. Por exemplo, se um paciente está sendo submetido à quimioterapia contra o câncer, há um risco de um medicamento produzir ulcerações orais, que são dolorosas e criam um risco de infecção e prejuízo da nutrição devido à relutância em comer e beber. Um paciente que toma antibióticos de amplo espectro pode desenvolver uma infecção oportunista quando a flora normal da boca é alterada pelo medicamento. Seja minucioso durante o exame oral, verificando todas as superfícies da língua e da mucosa. Para um paciente bariátrico ou um paciente que está diaforético, dê atenção especial às áreas do corpo como sob os seios da mulher e na virilha, dobras cutâneas e área perineal, onde a umidade é retida e irrita a superfície da pele (Cowell and Radley, 2014). A avaliação deve incluir uma revisão dos históricos médicos e cirúrgicos, dos medicamentos e os fatores de risco específicos que o paciente apresenta.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

A avaliação completa do estado de higiene e da capacidade de autocuidado de um paciente identifica grupos de fatores de risco ou características definidoras que apoiam diagnósticos relacionados com a higiene atuais ou de risco. A identificação dessas características definidoras ou fatores de risco leva a enfermeira a selecionar o título diagnóstico da NANDA Internacional (Herdman and Kamitsuru,

2014) que melhor comunica a situação individual de cada paciente. Por exemplo, ao cuidar de um paciente idoso com artrite degenerativa, a enfermeira observa inchaço nas articulações, fraqueza e limitação na amplitude de movimento (ADM) da mão dominante, juntamente com uma aparência geralmente despenteada. Uma revisão mais atenta dos dados revela características de incapacidade de lavar as partes do corpo e dificuldade em virar-se e regular a abertura da torneira. O diagnóstico de enfermagem *Déficit no Autocuidado para Banho* torna-se parte do plano de cuidado. A seleção correta dos diagnósticos de enfermagem requer pensamento crítico para identificar problemas reais ou potenciais. Seja abrangente na avaliação para revelar todas as características definidoras ou fatores de risco apropriados para que seja feito um diagnóstico preciso (Quadro 40-3).

Quadro 40-3

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Déficit no Autocuidado para Banho

Atividades de Avaliação de Enfermagem	Resultados/Características Definidoras
Observe a tentativa do paciente de tomar banho sozinho.	O paciente é incapaz de lavar a parte inferior do corpo, costas ou área perineal.
Avalie a força e amplitude de movimento dos membros superiores do paciente.	O paciente tem restrição na amplitude de movimento e fraqueza em membros superiores. O paciente tem dificuldade em virar-se na cama ou de alcançar itens necessários. O paciente é incapaz de abrir e fechar a torneira do chuveiro.
Observe a capacidade do paciente de se mover do leito para o banheiro e de se movimentar no banheiro.	O paciente é incapaz de transferir-se do leito para a cadeira sem assistência, não consegue deambular, depende da cadeira de rodas para deslocar-se, é incapaz de manobrar a cadeira de rodas no banheiro ou de transferir-se para a cadeira de banho sem ajuda. O paciente pode precisar de equipamento de elevação para as transferências.

Use a alteração real (p.ex., *Integridade Tissular Prejudicada*) ou a

alteração para qual um paciente está em risco (p.ex., *Risco de Infecção*) para determinar o foco das intervenções de enfermagem. Um paciente com uma alteração real requer cuidados de higiene extensos, muitas vezes mais aprofundados que a higiene de rotina. Por exemplo, se o paciente tem lesões na pele, realize o cuidado com mais frequência para manter as superfícies da pele limpas e secas e eliminar fatores como umidade ou secreção. Forneça também assistência para promover a cicatrização de superfícies cutâneas com feridas (Cap. 48). Se um paciente está em risco de um problema, tome medidas preventivas. Por exemplo, se o paciente está em risco de desenvolver uma infecção na boca e tem o diagnóstico de enfermagem *Risco de Infecção*, mantenha as mucosas bem hidratadas, minimize alimentos irritantes aos tecidos e forneça limpeza que alivie ou reduza a inflamação tecidual.

Completar um diagnóstico de enfermagem requer identificação do fator relacionado (para um diagnóstico real ou opcional para um diagnóstico de risco), que vai orientar a seleção das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico de *Mucosa Oral Prejudicada Relacionada com a Desnutrição* e um diagnóstico de *Mucosa Oral Prejudicada Relacionada com Trauma Químico* exigem intervenções distintas. Quando a má nutrição é o fator causal, a enfermeira precisa consultar um nutricionista para buscar suplementos alimentares adequados e incorporar a orientação do paciente ao plano. Quando a quimioterapia prejudica a mucosa oral, a enfermeira segue as diretrizes de enfermagem para o câncer em relação aos cuidados para a **mucosite** oral (i.e., inflamação dolorosa das membranas mucosas orais), incluindo escovação delicada frequente com escova de dentes macia, uso do fio dental, enxágue com enxaguatório bucal suave, restrição da dieta a alimentos macios e aplicação de hidratante à base de água nos lábios (USDHHS, 2015). Embora muitos possíveis diagnósticos de enfermagem se apliquem aos pacientes que necessitam de cuidados de apoio à higiene, a lista a seguir representa exemplos de diagnósticos comumente associados a esses problemas:

- Intolerância à Atividade
- Déficit de Autocuidado para Banho

- Déficit de Autocuidado para Vestir-se
- Mobilidade Física Prejudicada
- Mucosa Oral Prejudicada
- Manutenção Ineficaz da Saúde
- Risco de Infecção
- Risco de Integridade da Pele Prejudicada

Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento de enfermagem, sintetize as informações de múltiplas fontes (Fig. 40-3). O pensamento crítico assegura que o plano de cuidado de um paciente integre tudo o que se sabe sobre ele e os principais elementos de pensamento crítico. Em muitas situações, os pacientes apresentam múltiplos diagnósticos de enfermagem. Use um mapa conceitual (Fig. 40-4) para visualizar e entender como os diagnósticos de enfermagem se inter-relacionam. Conte com o conhecimento, experiência e padrões de cuidado estabelecidos ao desenvolver um plano de cuidado. Lembre-se das atitudes de pensamento crítico, como a criatividade, ao desenvolver um plano de cuidado de higiene centrado no paciente. Inclua conscientemente o paciente nesse passo importante do processo de enfermagem, para identificar os objetivos e resultados do paciente, definir prioridades de cuidado e selecionar intervenções baseadas em evidências. Considere a continuidade dos cuidados e envolva outros membros da equipe de cuidados de saúde (p.ex., terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta) ao desenvolver o plano.

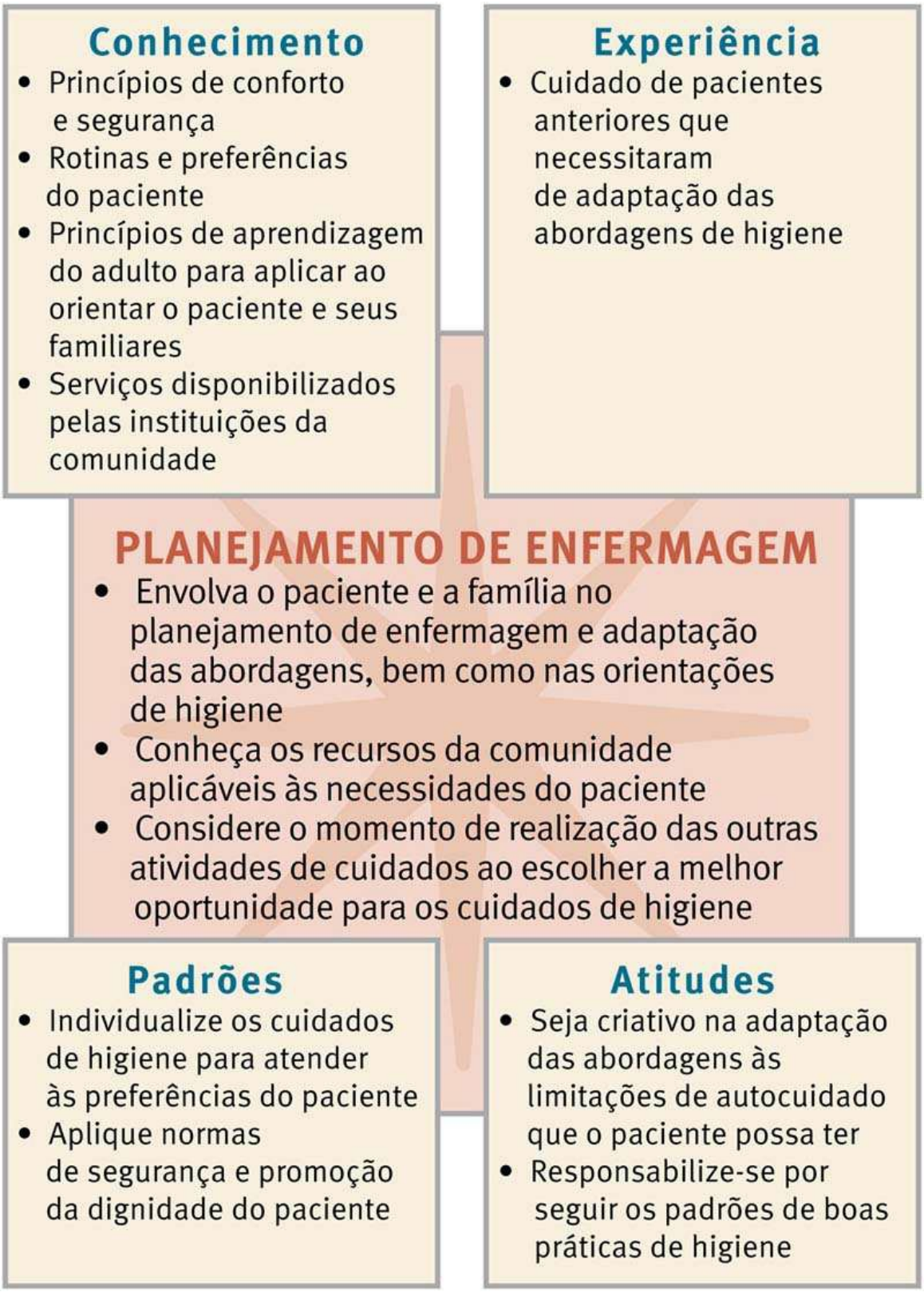


FIGURA 40-3 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem da higiene.

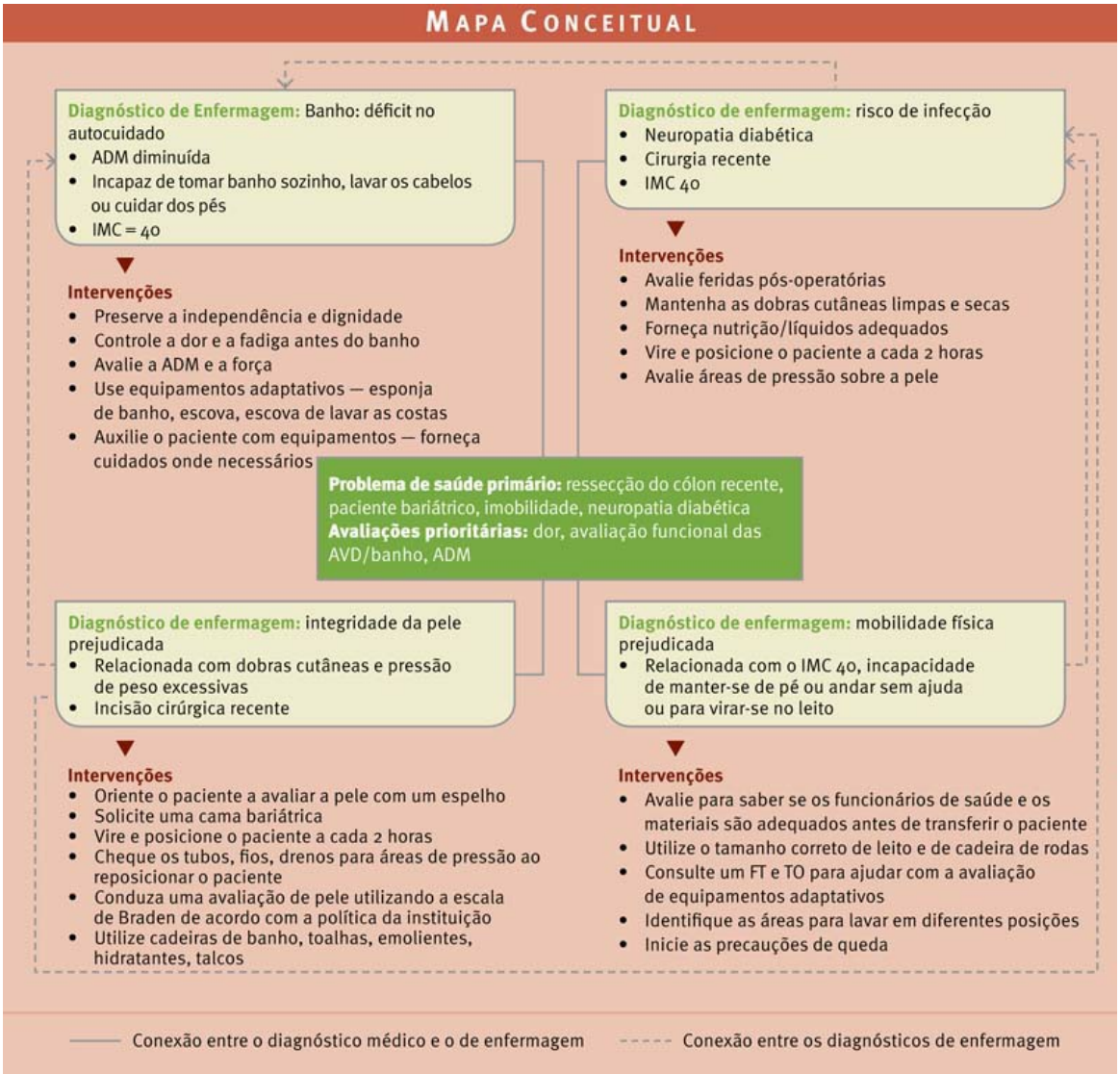


FIGURA 40-4 Mapa conceitual para a Sra. White. *ADM*, amplitude de movimento; *AVDs*, Atividades da vida diária; *FT*, fisioterapeuta; *IMC*, índice de massa corporal; *TO*, terapeuta ocupacional.

A experiência anterior com outros pacientes é útil para saber como adaptar as técnicas de higiene às necessidades especiais. Os padrões profissionais orientam a escolha das intervenções de enfermagem mais eficazes. Eles muitas vezes estabelecem diretrizes baseadas em evidências para o cuidado.

Metas e Resultados

Coopere com o paciente e a família a fim de identificar os objetivos e resultados esperados para desenvolver um plano de cuidados de comum acordo focado nos diagnósticos de enfermagem do paciente (Plano de Cuidado de Enfermagem). Por exemplo, estabeleça metas considerando a capacidade e recursos de autocuidado do paciente e concentre-se em manter ou melhorar a condição da pele e da cavidade oral. Estabeleça resultados mensuráveis e alcançáveis dentro das limitações do paciente. Além disso, trabalhe com ele para selecionar medidas de higiene individualizadas. Ao prestar cuidados de higiene, a enfermeira cuidará de uma variedade de pacientes com diferentes capacidades e necessidades de autocuidado. Por exemplo, uma enfermeira e um paciente com hemiparalisia após um acidente vascular cerebral desenvolvem o seguinte objetivo: "O paciente será capaz de se arrumar (vestir-se e tomar banho) antes de receber alta." A enfermeira estabelece resultados esperados realistas e individualizados para medir o progresso do paciente no cumprimento dessa meta. Esses resultados podem incluir:

- Paciente ser capaz de se lavar na frente da pia.
- Paciente utiliza dispositivos de assistência (luva de banho e esponja de cabo longo) para tomar banho.
- Paciente veste-se sozinho, utilizando um bastão de vestir roupas e uma calçadeira de meias.

Plano de cuidado de enfermagem

Déficit de Autocuidado para Banho

Histórico de enfermagem

A Sra. White é uma mulher de 70 anos, internada com dor abdominal e uma mudança nos hábitos intestinais. Ela agora está no segundo dia do pós-operatório depois de uma ressecção de cólon. A Sra. White foi transferida da unidade de terapia intensiva (UTI) para a unidade cirúrgica. Ela tem se tornado progressivamente mais fraca desde a sua cirurgia. Sua mobilidade é limitada devido ao seu

desconforto abdominal e obesidade, embora ela possa andar distâncias curtas. A Sra. White tem diabetes, um histórico de hipertensão e índice de massa corporal de 40. Ela prefere ficar no leito, porque diz sentir-se cansada, fraca e dolorida. Contudo, o fisioterapeuta recomendou a deambulação para começar e a fisioterapia está ajudando-a a aprender a usar o andador. A Sra. White afirma que sente ardência em suas nádegas, coxas e dobras cutâneas com um escore de dor 7/10. Ela mora sozinha, mas sua neta está cursando Enfermagem e se ofereceu para ajudá-la em casa.

Atividades para o Histórico de Enfermagem	*Achados/Características Definidoras*[*]
Perguntar a Sra. White quais cuidados de higiene são importantes esta manhã.	A Sra. White diz: "Eu quero me **sentir limpa** e **cheirosa**."
Avaliar a condição da pele da Sra. White.	Na inspeção visual, o estudante de Enfermagem observa **vermelhidão nos cotovelos e sob os seios e coxas**. A incisão abdominal está seca e rosada, e as suturas estão bem aproximadas.
Avaliar a capacidade da Sra. White para tomar banho, incluindo uma avaliação da sua amplitude de movimento (ADM) e força nos membros superiores e inferiores.	A Sra. White é incapaz de apanhar os produtos para o banho por causa da sua imobilidade. Ela pode ficar de pé e andar até a pia do banheiro, mas não consegue lavar todo o seu corpo. A paciente diz que tem **dificuldade em visualizar as áreas do seu corpo**. Ela transpira facilmente. Seus **braços são restritos com ADM diminuída** e têm **sensibilidade diminuída** por causa de sua **neuropatia diabética**. A Sra. White afirma que seu nível de dor é 7/10 quando vira de lado no leito desde a sua cirurgia.

[*] **As características definidoras** são mostradas em negrito.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Déficit de autocuidado para banho relacionado com a imobilidade associada a obesidade; índice de massa corporal (IMC) 40, ADM limitada, neuropatia diabética e escore de dor 7/10

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	***Resultados Esperados (NOC)***[†]
	Autocuidado: Banho
A Sra. White permanecerá livre de odores	A Sra. White se sentirá limpa e revigorada após o

corporais.	banho todos os dias.
A Sra. White manterá a pele intacta durante a hospitalização.	Pele limpa e seca sem rachaduras entre as dobras cutâneas. A Sra. White descreverá os fatores de risco pessoais para a integridade da pele prejudicada.
A Sra. White descreverá o melhor método para tomar banho utilizando os dispositivos adaptativos quando receber alta.	A Sra. White determinará duas maneiras para utilizar os dispositivos adaptativos durante seu banho quando receber alta. Ela tomará banho sozinha, utilizando esponja de banho e espelho.
A Sra. White aceitará ajuda de um assistente para ajudá-la com os cuidados de higiene durante a próxima semana.	A Sra. White ficará satisfeita com a ajuda no banho oferecida pelo assistente.

† Rótulos de classificação do resultado de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	**JUSTIFICATIVA**
Assistência de Autocuidado: Banho/Higiene	
Administrar analgésicos, quando necessário, antes do banho; começar o banho 30 minutos depois.	A participação do paciente durante o banho ou em outras atividades de autocuidado irão melhorar o controle da dor. Dê medicamentos para dor, quando necessário, antes de a dor ficar severa (Bulechek et al., 2013).
Ajudar a paciente a tomar banho e colocá-la em uma cadeira de banho. Demonstrar à paciente como usar a luva de banho com sabonete. Oferecer um espelho com cabo longo para melhorar a visão das superfícies dos pés. Ficar por perto para evitar uma queda acidental.	O uso de uma luva de banho com sabonete em sachê ou em um porta-sabonete de parede minimiza a dificuldade de manipular o sabonete e um pano. Uma cadeira ou banco de banho torna mais fácil para o paciente concentrar-se na lavagem em vez de focar no equilíbrio necessário para ficar de pé (Sokol-McKay, 2013).
Opção de banho: Considerar o uso de lenços embalados para banho/lenços de gluconato de clorexidina (CHG) para o banho de leito, se a paciente não conseguir utilizar o	Lenços de banho são fáceis de serem usados e descartados e não necessitam de enxágue. O banho diário com lenços de clorexidina diminui o risco de infecções hospitalares (Singh and Subhashni, 2013). Manter a pele limpa e seca ajuda a evitar o risco de atrito e corte e diminui a umidade que fica retida das glândulas sudoríparas, causando a infecções bacterianas e fúngicas na pele (Cowell and Radley, 2014).

chuveiro.	
Ensinar a Sra. White as razões pelas quais ela está vulnerável a integridade da pele prejudicada: transpiração, obesidade, efeitos do diabetes, imobilidade e alterações na pele decorrentes do envelhecimento.	A autoineficácia (i.e., o julgamento de um indivíduo sobre o que se pensa que pode realizar com conhecimento e habilidades) (Bandura, 1997) afeta a desempenho do autocuidado, especialmente se as tarefas e as circunstâncias não são ambíguas.
Ensinar a paciente e a neta (conforme necessário) como usar os equipamentos adaptativos para tomar banho e os procedimentos seguros para a manipulação da paciente e como realizar avaliações da pele. Fazer com que a Sra. White planeje o cronograma de higiene com a neta.	Ensinar os membros da família métodos para atender as necessidades de banho do paciente aumenta a satisfação do paciente, tornando a experiência segura, fácil e menos estressante. Aparelhos de assistência adequados incentivam a independência. O retorno da demonstração identifica áreas problemáticas e aumenta a autoconfiança. O "Ensino de Retorno" garante que o paciente e sua família entenderam a importância da integridade da pele e do controle da infecção para minimizar os riscos para o paciente obeso com diabetes (Cowell and Radley, 2014). Indivíduos em relações sociais de apoio são mais felizes e saudáveis que aqueles socialmente isolados. Oferecer ajuda que atenda às necessidades e desejos de um paciente é edificante para um cuidador (Schulz and Sherwood, 2008).

‡ Rótulos de classificação da intervenção de Bulechek GM et al: *Nursing interventions classifications (NIC)*, ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Resultados Alcançados***
Perguntar à Sra. White a importância de que ela inspecione a pele e tome banhos regulares.	A Sra. White diz que ela agora sabe que está em risco de infecção, porque ela está acima do peso e tem diabetes. Ela também está ciente de que o seu risco de infecção é maior no hospital.	A Sra. White é capaz de identificar seus fatores de risco pessoais para infecção se ela não tomar banho adequadamente.
Inspecionar a pele da Sra.	A pele da Sra. White está limpa e sem irritações sob os seios e períneo. Teve dificuldades de lavar as costas e a sola dos pés, mas não há	A Sra. White requer ajuda para lavar as áreas do corpo que ela não consegue alcançar. Vai procurar a

White após ela tomar banho e avaliar qualquer odor corporal restante.	sinais de irritação. Sem odor aparente. A paciente expressa sensação de estar limpa.	terapia ocupacional para buscar um dispositivo auxiliar com cabo longo apropriado.
	Por ser idosa, a Sra. White aprendeu que ela não precisa tomar banhos todos os dias. Ela e a neta planejaram tomar banho a cada três dias à noite, depois que a neta retornar do trabalho. A neta é capaz de explicar a técnica correta para ajudar a paciente com o andador e a transferi-la da cadeira de banho e no sentido contrário.	A Sra. White tem um plano realista para tomar banho em casa. A neta demonstra conhecimento da manipulação segura da paciente. Anotações de consulta serão feitas para a enfermeira de saúde domiciliar checar as habilidades da neta de avaliação da pele.

Definir Prioridades

A condição do paciente influencia na determinação de prioridades para os cuidados de higiene. Estabeleça prioridades de acordo com a assistência necessária requerida pelo paciente, a extensão dos problemas relacionados com a higiene e a natureza dos diagnósticos de enfermagem do paciente. Por exemplo, um paciente gravemente enfermo geralmente precisa de um banho diário, pois as secreções do corpo se acumulam e ele é incapaz de manter a limpeza de modo independente. Alguns pacientes idosos requerem a visita domiciliar de um auxiliar de cuidados para ajudá-los com o banho de banheira ou chuveiro. Os pacientes que normalmente estão inativos durante o dia e têm uma pele que tende a ser seca podem precisar tomar banho apenas duas vezes por semana, enquanto o paciente com incontinência urinária e intestinal precisa de limpeza perineal a cada episódio de evacuação/micção. Planeje a assistência necessária para os pacientes que estão debilitados ou possuem má coordenação. Por exemplo, um paciente que está parcialmente paralisado e tem dificuldades para sair da banheira necessita de uma cadeira de banho, corrimãos ou funcionários extras disponíveis para ajudá-lo.

O momento também é importante no planejamento dos cuidados de higiene. Ser interrompido no meio do banho muitas vezes frustra e

constrange o paciente. Avalie se há preferências culturais da hora do dia ou quem pode ajudar o paciente com os cuidados de higiene.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Se um paciente estiver hospitalizado, planeje como será o cuidado antes de receber alta para o domicílio, uma clínica de reabilitação ou cuidado estendido. Forneça instruções claras para a família ou auxiliares que assumirão os cuidados do paciente para que sejam utilizados os equipamentos e suprimentos de higiene apropriados. Certifique-se de que os cuidadores tenham conhecimento de quaisquer limitações físicas ou cognitivas que afetarão sua capacidade em proporcionar os cuidados de higiene de forma segura e eficaz. Por exemplo, o paciente precisa de assistência para entrar na banheira ou no chuveiro? O paciente tem sensibilidade reduzida fazendo que corra o risco de queimar-se com a água quente? O paciente consegue lembrar os passos a serem seguidos para o cuidado adequado com os pés? Colabore com os outros membros da equipe de saúde conforme indicado (p.ex., trabalhe com o fisioterapeuta e com o terapeuta ocupacional para aumentar a independência do paciente nas atividades de autocuidado).

Quando um paciente necessita de assistência em decorrência de uma limitação no autocuidado e os familiares ajudam o paciente, uma orientação e preparação devem ser incluídas no plano de cuidado. Os membros da família também precisam de orientação na adaptação de técnicas para atender às limitações do paciente. Esteja ciente dos equipamentos e procedimentos utilizados na instituição para que o paciente e seus familiares estejam bem informados sobre os cuidados, tenham as habilidades necessárias para fornecê-los e tenham acesso aos equipamentos necessários. Dependendo das limitações do paciente, alguns planos de saúde fornecem funcionários para ajudar com as necessidades básicas de higiene. Explore essa opção com o paciente e seus familiares.

Colabore com entidades da comunidade, conforme necessário. Por exemplo, a enfermeira envolvida no cuidado de um paciente sem-teto precisa estar ciente da localização dos centros de distribuição de

roupas para os suprimentos básicos de higiene, um abrigo onde estão disponíveis instalações de banho e qualquer organização que ofereça cuidados de saúde gratuitos ou com taxas reduzidas. Coopere com os assistentes sociais ou funcionários de igrejas locais, organizações sem fins lucrativos e escolas para ter certeza de que os pacientes tenham os recursos necessários para manter a higiene.

◆ Implementação

A higiene é uma parte dos cuidados básicos com o paciente. Use práticas afetuosas ao realizar as medidas de higiene, para reduzir a ansiedade do paciente e promover conforto e relaxamento. Por exemplo, ao dar banho e trocar as roupas do paciente, use uma abordagem delicada ao virá-lo e reposicioná-lo. Uma voz suave e gentil ao conversar com os pacientes ajuda a aliviar seus medos ou preocupações. Para pacientes com sintomas de dor ou náusea, a administração de medicamentos para aliviar os sintomas antes de fornecer as intervenções de higiene ajuda a manter o conforto durante os procedimentos.

Considere o estresse que os cuidados de higiene causam e esteja alerta para quaisquer sinais de constrangimento ou ansiedade. Alguns pacientes temem a dor ou estão com medo de quedas ou ferimentos associados aos cuidados de higiene.

A implementação também foca em auxiliar e preparar os pacientes para serem capazes de realizar o máximo possível de seus cuidados higiênicos de modo independente. Ensine aos pacientes as técnicas adequadas de higiene e como a sua execução está relacionada com uma saúde melhor. Converse sobre quaisquer sinais e sintomas de problemas de higiene. Informe os pacientes sobre os recursos disponíveis na comunidade para lidar com esses problemas, se eles surgirem. Use sempre o método de "ensino de retorno" durante as orientações para confirmar se eles entenderam.

Promoção da Saúde

Em situações de cuidados primários de saúde, oriente e aconselhe os pacientes e cuidadores sobre a necessidade das técnicas de higiene adequadas. Por exemplo, uma mãe recente precisa aprender a dar banho no recém-nascido para reduzir os riscos de irritação e infecção da pele, ao passo que um idoso precisa de informações sobre a importância de cuidados regulares com a orelha para evitar acúmulo de cerume e deficiência auditiva. Os procedimentos de higiene

descritos ao longo deste capítulo estabelecem normas para o cuidado físico de excelência. Ao cuidar de pacientes em ambientes de cuidado básico de saúde, mantenha esses padrões e incorpore adaptações conforme necessário para atender ao estilo de vida, estado funcional, condições de vida e preferências do paciente. Os pontos-chave ao orientar os pacientes em relação à higiene incluem:

- Forneça qualquer orientação relevante com base em sua avaliação do conhecimento, motivação, preferências e crenças de saúde do paciente. Por exemplo, ao orientar o paciente com diabetes, inclua como a circulação para os pés é prejudicada e como isso leva à má cicatrização e à infecção, especialmente quando a pele é ferida ou danificada. Use o método de "Ensino de Retorno" para garantir que o paciente entendeu os cuidados a serem tomados com a pele.
- Adapte as orientações ao banheiro onde o paciente toma banho e aos recursos existentes. Nem todos os pacientes dispõem da situação ideal que existe em uma instituição de cuidados de saúde (p.ex., chuveiro facilmente acessível ou mesa de cabeceira para colocar sobre o leito). Adapte os recursos disponíveis para que o paciente possa alcançar e utilizar com segurança e conforto os itens necessários. Por exemplo, uma jovem mãe tem mais espaço e acredita que é mais seguro dar banho em seu lactente utilizando o balcão e a pia da cozinha em vez da pia do banheiro.
- Oriente o paciente em relação a modos de evitar lesões. Quase todos os procedimentos de higiene apresentam riscos (p.ex., cortar uma unha muito próximo da pele ou ajustar mal a temperatura da água do banho). Inclua os riscos de segurança e dicas em todas as orientações.
- Reforce as práticas de controle de infecção. Danos à pele, mucosa, olhos ou outros tecidos criam um risco imediato de infecção. Garanta que o paciente compreenda a relação entre uma pele e tecidos saudáveis e intactos, práticas de higienização das mãos e prevenção de infecção.

Cuidados Agudos, de Recuperação e de Manutenção

O conhecimento de enfermagem e as habilidades necessárias para a prestação de cuidados higiênicos são consistentes em todas as unidades de saúde. Além disso, alguns dos procedimentos desta seção são aplicáveis a áreas de promoção da saúde. A variedade, frequência e o momento das medidas de higiene variam entre as instituições de saúde e de acordo com as necessidades individuais do paciente. Nos cuidados agudos, fatores como planos de diagnósticos e de tratamento mais frequentes e a necessidade de cuidados de higiene mais extensivos em decorrência de uma doença ou lesão aguda afetam o cronograma. Em instituições de cuidados prolongados e casas de repouso, o banho pode ser agendado com menor frequência.

Banhos e Cuidados com a Pele

Considere as rotinas de cuidados pessoais normais do paciente, incluindo os tipos de produtos de higiene utilizados e a hora do dia em que a higiene é realizada rotineiramente. Individualize o atendimento com base nas preferências do paciente. A extensão, o tipo e o momento ou frequência dos banhos e os métodos utilizados dependem da capacidade física, dos problemas de saúde e do grau de higiene necessário do paciente (Quadros 40-4 e 40-5). Além dos banhos de limpeza, podem ser prescritos banhos terapêuticos, incluindo banhos de assento. Os banhos medicinais (p.ex., aveia, amido de milho ou Aveeno®) podem ser recomendados em domicílio. Um banho de assento limpa e reduz a dor e a inflamação das regiões perineal e anal (Cap. 48). Os banhos medicinais aliviam a irritação da pele e criam um efeito antibacteriano e de secagem.

Quadro 40-4 Programação para Cuidados de Higiene em Instituições de Cuidados Agudos e Prolongados

Cuidados no Início da Manhã

A equipe de enfermagem do turno da noite fornece noções básicas

de higiene para os pacientes que estão se preparando para o café da manhã, para exames agendados ou para cirurgias no início da manhã. Os cuidados matinais incluem oferecer uma comadre ou urinol se o paciente não estiver deambulando, lavar as mãos e o rosto do paciente e auxiliar com os cuidados bucais.

Cuidados de Rotina da Manhã

Após o café da manhã, ajude oferecendo uma comadre ou urinol aos pacientes restritos ao leito; ofereça um banho ou ducha, incluindo cuidados perineais e bucais, das unhas e dos cabelos; faça uma massagem nas costas; troque a roupa ou pijama do paciente; troque a roupa de cama; e arrume a unidade à beiro do leito e o quarto do paciente. Isso é muitas vezes chamado de "cuidado matinal completo".

Cuidados Vespertinos

Pacientes hospitalizados frequentemente passam por muitos exames diagnósticos ou procedimentos exaustivos no período da manhã. Nos centros de reabilitação, os pacientes fazem fisioterapia pela manhã. Os cuidados de higiene vespertinos incluem lavar as mãos e o rosto, auxiliar nos cuidados bucais, oferecer uma comadre ou urinol e arrumar a roupa de cama.

Cuidados Noturnos ou Antes de Dormir

Antes de o paciente se deitar, ofereça cuidados de higiene pessoal que o ajudem a relaxar e promovam o sono. Os "cuidados noturnos" muitas vezes incluem trocar roupas de cama sujas, aventais ou pijamas; ajudar o paciente a lavar o rosto e as mãos; proporcionar a higiene bucal; fazer uma massagem nas costas; e oferecer a comadre ou urinol aos pacientes que não deambulam. Alguns pacientes desfrutam de bebidas, como um suco; verifique a dieta para determinar quais bebidas são permitidas.

Quadro 40-5 Tipos de Banhos

Banho de leito completo: Banho administrado ao paciente totalmente restrito ao leito (Procedimento 40-1).

Banho de leito parcial: Banho de leito que consiste em banhar apenas as partes do corpo que causariam desconforto se não lavadas, como as mãos, rosto, axilas e região perineal. O banho parcial também pode incluir lavagem e massagem das costas. Forneça um banho de leito parcial a pacientes dependentes que necessitam de higiene parcial ou pacientes acamados autossuficientes que são incapazes de alcançar todas as partes do corpo.

Banho de esponja na pia: Envolve o banho com uma bacia de banho ou pia, com o paciente sentado em uma cadeira. O paciente é capaz de realizar parte do banho de maneira independente. É necessária ajuda para alcançar áreas difíceis.

Banho de banheira: Envolve a imersão em uma banheira de água que permite a lavagem e enxague mais completos que no banho de leito. Comumente usado em cuidados de longo prazao. O paciente pode necessitar de ajuda da enfermeira. Algumas instituições têm banheiras equipadas com dispositivos de elevação, que facilitam o posicionamento de pacientes dependentes na banheira.

Chuveiro: O paciente senta ou fica de pé sob um fluxo contínuo de água. O chuveiro proporciona uma limpeza mais completa que um banho de leito, mas pode causar fadiga.

Banho de saco/banho de viagem: Contém vários panos de algodão macios de produtos não tecidos, pré-umedecidos em uma solução tensoativa de limpeza e hidratação que não precisa de enxague. O banho de saco é uma boa alternativa devido à facilidade de uso, ao tempo de banho reduzido e ao conforto do paciente.

Banho de gluconato de clorexidina (CHG): Esse banho antimicrobiano de limpeza é usado para diminuir a frequência de infecções hospitalares na pele, cânulas invasivas e cateteres.

Se um paciente é fisicamente dependente ou apresenta comprometimento cognitivo, aumente a frequência de avaliação da

pele e proporcione cuidados com a pele voltados à redução do risco de ruptura da pele. Ao dar banho em paciente com deficiências cognitivas, considere as necessidades e desafios especiais. Esses pacientes amedrontam-se facilmente. Pacientes com demência muitas vezes se recusam, tentam se desvencilhar ou brigam durante um banho. Pode ser difícil lidar com seus comportamentos agressivos físicos e verbais. Se possível, aprenda os gatilhos que rotineiramente desencadeiam esses comportamentos (Warchol, 2010). Por exemplo, dor não controlada; sentir frio; sentir-se com medo, vulnerável e exposto; sentir constrangimentos; sentir uma perda do controle; ou não compreender o que está acontecendo muitas vezes provoca um comportamento agressivo. Adapte os procedimentos de banho e do ambiente para reduzir os gatilhos. Por exemplo, administre qualquer analgésico prescrito 30 minutos antes de um banho e seja gentil em sua abordagem. Mantenha o corpo do paciente o mais aquecido possível com toalhas mornas e assegure-se de que a temperatura do quarto está confortável. Reduza o medo certificando-se de que todos os aparelhos de segurança (p.ex., barras de apoio no chuveiro, tapetes de banho) estão disponíveis. Peça permissão para conduzir o banho e dê opções ao paciente para fazer decisões (p.ex., escolha do sabonete, momento de lavar o rosto). Utilize palavras reconfortantes durante o banho para aumentar o relaxamento do paciente. Colabore e comunique para ensinar os membros da família como auxiliar pacientes dependentes de ajuda para tomar banho ou cognitivamente comprometidos, para otimizar os resultados quando o paciente receber alta (Hardin, 2012).

Banho de Leito Completo

Um **banho de leito completo** (Procedimento 40-1), banho de banheira ou chuveiro muitas vezes esgota o paciente. Virar o paciente durante o banho de leito completo e prestar cuidado às costas aumenta o consumo e demanda de oxigênio. Sair de uma banheira baixa requer um esforço considerável. Avalie e esteja alerta à intolerância para atividade durante os cuidados de higiene. Avaliar a frequência cardíaca antes, durante e depois do banho fornece uma medida da

tolerância física do paciente. Forneça um **banho de leito parcial** (Procedimento 40-1) a pacientes idosos, dependentes, aqueles que necessitam apenas de higiene parcial ou a indivíduos acamados e incapazes de alcançar todas as partes do corpo. Utilize luvas quando houver risco de contato com fluidos corporais. Controle os fatores ambientais que alteram a integridade da pele, incluindo umidade, calor e fontes externas de pressão, como roupas de cama enrugadas e drenos torácicos incorretamente colocados.

Tradicionalmente, os banhos têm sido dados utilizando sabonete e água morna. A questão de se usarem bacias de banho com sabão e água é um problema, porque elas proporcionam um reservatório para bactérias e são uma possível fonte de transmissão de infecções hospitalares (Johnson et al., 2009). Há uma ligação entre agentes patogênicos transmitidos pela água e o desenvolvimento de biofilme (múltiplas colônias de microrganismos ligados a uma superfície como uma bacia de banho). A formação de um biofilme combinado com a transmissão de organismos através do contato com mãos que não foram lavadas pode criar um reservatório de bactérias. As bactérias podem ser transferidas e mantidas em uma bacia de banho de um paciente. Por outro lado, foi demonstrado que o uso de solução de clorexidina a 4%, no lugar do padrão sabonete e água em bacias de banho, diminuiu o crescimento bacteriano nas bacias (Powers et al., 2012) e reduziu a aquisição de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) na unidade de terapia intensiva (Petlin et al., 2014). É importante secar as bacias de banho completamente e não usar a bacia para armazenar suprimentos.

Outra opção para utilizar clorexidina em bacias de banho é o uso de clorexidina a 2% em panos impregnados (Quadro 40-6). A clorexidina age rapidamente nas toalhas, tem amplo espectro de ação contra microrganismos, atividade antimicrobiana contínua por até 24 horas após a aplicação, não precisa de enxágue e é descartável (AHRQ, 2013). Foi demonstrado que tomar banho diariamente com toalhas impregnadas com clorexidina a 2% *versus* panos não antimicrobianos reduz a aquisição de organismos multirresistentes (MDROs) (Climo et al., 2013). O custo da implementação de toalhas com clorexidina tem

reduzido as taxas de infecção hospitalar e melhorado os resultados de pacientes hospitalizados durante um curto período (Rubin et al., 2013). O único fator que pode resultar para as instituições de saúde da escolha da solução clorexidina a 4% em vez das toalhas com clorexidina a 2% é o fato de que as toalhas com clorexidina a 2% são mais dispendiosas, mas não mais eficazes. O banho diário com alguma forma de clorexidina está se tornando mais uma prática-padrão em hospitais.

- Ao usar solução de clorexidina na água de banho ou nos panos impregnados, use um pano com clorexidina limpo para cada área do corpo. Não use acima da linha da mandíbula de um paciente, pois pode ser irritante para os olhos e ouvidos (AHRQ, 2013). Use um pano normal umedecido em água morna para o rosto. É necessário não enxaguar a clorexidina para manter seus efeitos antibacterianos. Os pacientes muitas vezes descrevem a sua pele como um pouco pegajosa. Certifique-se de explicar aos pacientes a importância de usar clorexidina para protegê-los contra infecções severas.
- Existem precauções a serem tomadas na utilização da clorexidina. A clorexidina é segura para uso em feridas superficiais, abrasões e erupções cutâneas (AHRQ, 2013). No caso de feridas abertas ou profundas, tais como lesões de pressão estágio III ou IV, limpe com clorexidina ao redor de um curativo ou ferida. Não use clorexidina em queimaduras de terceiro ou quarto grau (AHRQ, 2013).

Quadro 40-6

Prática baseada em evidências

Reduzindo as Infecções Hospitalares Utilizando Técnicas de Banho

Questão PICO: Há uma diminuição das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) em pacientes adultos hospitalizados utilizando gluconato de clorexidina (CHG) para tomar banho em

comparação com aqueles que utilizam sabão e água, durante a sua permanência no hospital?

Resumo da Evidência

Os banhos de bacias hospitalares do paciente são uma fonte conhecida de microrganismos que podem levar à infecção. Esses reservatórios de bactérias têm sido associados às IACS. Estudos têm indicado que as soluções de clorexidina utilizadas para o banho diário diminuem a incidência de IACS. Pesquisas baseadas em evidências indicam que o uso de clorexidina também podem reduzir o crescimento de cultura de bactérias em cateteres de linha central, que levam a infecções sanguíneas e diminuição dos organismos multirresistentes na pele e em áreas cirúrgicas (Powers et al., 2012). Isso é especialmente importante para os pacientes imunocomprometidos ou suscetíveis a infecções. São necessários mais estudos para identificar os diferentes tipos de organismos afetados por clorexidina e contaminantes da água (Rubin et al., 2013). Os efeitos no longo prazo em recém-nascidos e idosos também devem ser pesquisados.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- A Comissão Mista (TJC) recomendou que haja uma necessidade de práticas baseadas em evidências para ajudar a prevenir IACS (Rubin et al., 2013).
- Lavar as mãos e utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs) pode não ser suficiente para evitar infecções nosocomiais durante a hospitalização (TJC, 2016). Verifique se o paciente tem alergias antes de usar na pele. Lenços embalados são convenientes e fáceis de usar. Eles diminuem o tempo para o banho. Sempre verifique se o paciente apresenta sensibilidade ou alergia. Use lenços conforme indicado na embalagem — um lenço para cada área do corpo (Procedimento 40-1).
- Os lenços de clorexidina são fáceis de usar e acessíveis para pacientes idosos e pacientes bariátricos, oferecendo um procedimento sem enxágue ou secagem. Os Centros para Controle

e Prevenção de Doenças (CDC, 2012; 2009) sugeriram o uso de lenços de clorexidina junto com adequada higiene das mãos e precauções de isolamento para diminuir as IACS multirresistentes. Reduções nas taxas de infecções da corrente sanguínea com o uso de lenços de clorexidina estão sendo observadas em pacientes imunocomprometidos, pacientes propensos a infecções de pele, pacientes com cateteres de linha central e pacientes em unidades de terapia intensiva (Climo et al., 2013).

Use uma banheira ou chuveiro (Procedimento 40-1) para dar um banho mais completo que um banho de leito. A solução de clorexidina a 4% pode ser utilizada em chuveiros, mas instrua os pacientes a saírem do chuveiro após a aplicação e a não enxaguar a clorexidina. Implemente medidas de segurança para evitar lesões por queda, pois a superfície da banheira ou do box do chuveiro é escorregadia. Em alguns locais, é necessário que um enfermeiro solicite um chuveiro ou banheira. Coloque uma cadeira no chuveiro para pacientes com fraqueza ou falta de equilíbrio. Ambos, a banheira e o chuveiro, precisam ter barras de apoio para os pacientes segurarem durante a entrada e saída e manobras durante o banho. Os pacientes variam em relação a quantidade de ajuda necessária.

Independentemente do tipo de banho que um paciente receba, utilize as seguintes diretrizes:

- *Proporcione privacidade*. Feche a porta e/ou puxe as cortinas do quarto em torno da área de banho. Ao dar banho em um paciente, exponha somente as áreas que estão sendo banhadas utilizando protetores adequados.
- *Mantenha a segurança*. Mantenha as grades laterais elevadas quando estiver longe da cabeceira do paciente em caso de pacientes dependentes ou inconscientes. OBSERVAÇÃO: quando as grades laterais servirem como restrição, a enfermeira precisa de uma prescrição médica (consulte a política específica da instituição para o uso de restrição) (Cap. 27). Coloque a campainha de chamada ao alcance do paciente se deixar o leito, mesmo que por pouco tempo.
- *Mantenha o aquecimento*. Mantenha o quarto quente, porque o

paciente está parcialmente descoberto e se resfria facilmente. A pele molhada provoca uma perda excessiva de calor por evaporação. Controle as correntes de ar e mantenha as janelas fechadas. Mantenha o paciente coberto, expondo apenas a parte do corpo que está sendo lavada durante o banho.

- *Promova a independência*. Encoraje o paciente a participar o máximo possível das atividades do banho. Ofereça ajuda quando necessário.
- *Antecipe as necessidades.* Traga um novo conjunto de roupas e produtos de higiene à cabeceira do leito ou ao banheiro.

Ensine os pacientes a seguir algumas regras gerais para a saúde da pele. Incentive-os a inspecionar rotineiramente sua pele por mudanças na cor ou textura e relate anormalidades ao seu médico. Instrua-os a manipular a pele delicadamente, evitando a fricção excessiva. Aqueles com pele excessivamente seca estão predispostos à deterioração da pele. Se eles utilizam sabonete em barra em casa, recomende que eles escolham um que contenha emolientes para hidratar a pele seca. Evite água excessivamente quente, pois pode secar a pele, removendo os óleos naturais. Lubrifique a pele com loções emolientes para reduzir o ressecamento.

Também incentive os pacientes a ingerir alimentos nutritivos de todos os grupos alimentares, incluindo aqueles ricos em vitaminas e minerais, e a consumir líquidos adequadamente. Enfatize as preocupações de segurança, como falha em ajustar ou verificar a temperatura da água, cortar as unhas muito perto da pele e escorregar em superfícies molhadas. Certifique-se de que os pacientes entendem que a pele e tecidos saudáveis e intactos protegem-nos contra infecções. Reforce as práticas de controle de infecção, incluindo a higiene adequada das mãos.

Cuidado Perineal

A limpeza das áreas genital e anal dos pacientes é chamada de **cuidado perineal**. Geralmente, ocorre como parte de um banho de leito completo; no entanto, deve ser fornecida pelo menos uma vez por dia e com maior frequência (ver política da instituição) se o

paciente tem um cateter urinário (Procedimento 40-1). Os pacientes que mais necessitam de cuidados perineal incluem aqueles com maior risco de adquirir uma infecção (p.ex., homens não circuncidados, pacientes que têm cateteres urinários ou que estão se recuperando de uma cirurgia genital ou retal ou parto). Além disso, mulheres em período menstrual requerem cuidado perineal. A clorexidina é segura para ser usada na mucosa do períneo e externa para limpeza profunda (AHRQ, 2013).

Quando a condição do paciente permitir, incentive-o a realizar o cuidado perineal. Às vezes, a enfermeira fica envergonhada em prestar o cuidado perineal, particularmente em pacientes do sexo oposto. Da mesma forma, o paciente pode sentir-se envergonhado. Não deixe que a vergonha faça que você ignore as necessidades de higiene do paciente. Quando possível, use um cuidador do mesmo sexo do paciente. Uma abordagem profissional, digna e sensível reduz o constrangimento e ajuda o paciente a ficar à vontade.

Se o paciente realiza o autocuidado, vários problemas — como corrimento vaginal e uretral, irritação da pele e odores desagradáveis — muitas vezes passam despercebidos. Enfatize a importância do cuidado perineal na prevenção de lesões à pele e infecção. Esteja alerta para queixas de ardência ao urinar ou desconforto localizado, escoriação ou dor no períneo. Inspecione as áreas vaginal e perineal e a roupa de cama do paciente em busca de sinais de secreção e use o olfato para detectar odores anormais. Fatores de risco para solução de continuidade da pele na área perineal incluem incontinência urinária ou fecal, curativos cirúrgicos retais e perineais, cateteres urinários e obesidade mórbida.

Massagem nas Costas

Uma massagem ou fricção nas costas geralmente é feita após o banho do paciente. Promove o relaxamento, alivia a tensão muscular e diminui a percepção da dor. A **effleurage** (i.e., movimentos de deslizamento longos e lentos) está associada à redução na ansiedade e nas frequências cardíaca e respiratória. Estudos mostram que massagens lentas nas costas por 3 minutos e massagens nas mãos por

10 minutos melhoram significativamente os indicadores fisiológicos e psicológicos de relaxamento em idosos (Touhy and Jett, 2012).

Ao realizar uma massagem nas costas, maximize o relaxamento reduzindo os ruídos e garantindo que o paciente esteja confortável. É importante perguntar se ele gostaria de receber uma massagem nas costas, porque alguns indivíduos não gostam de contato físico. Consulte a ficha médica para verificar quaisquer contraindicações para uma massagem (p.ex., costelas fraturadas, queimaduras e cirurgia cardíaca).

Cuidados com os Pés e as Unhas

Incorpore cuidados com os pés e as unhas à rotina de higiene regular do indivíduo. Os cuidados de rotina envolvem a imersão das mãos e dos pés para amolecer as cutículas e as camadas de células córneas, limpeza profunda, secagem e corte adequado das unhas. A única exceção são os pacientes com diabetes melito ou doença vascular periférica, devido ao risco de ulceração tecidual ou infecção por causa da imersão, que promove suavização da pele ou **maceração** do tecido.

Ao fornecer o cuidado às unhas, o paciente permanece no leito ou se senta em uma cadeira (Procedimento 40-2). Em alguns locais ou com pacientes específicos, como aquele com diabetes melito, a enfermeira precisa de uma prescrição médica para cortar as unhas dos pés. Antes de implementar esse procedimento, verifique a política da instituição para determinar se é necessária uma prescrição.

Reserve um tempo durante o procedimento para ensinar o paciente e os familiares as técnicas adequadas de limpeza e corte das unhas. A enfermeira precisa ressaltar a importância dos cuidados completos com as unhas na prevenção de infecção e na promoção de uma boa circulação. Os pacientes devem aprender a proteger os pés de lesões, nunca andar descalços, manter os pés limpos e secos e usar calçados apropriados. Instrua os pacientes sobre a forma de inspecionar todas as superfícies dos pés e das mãos em busca de vermelhidão, lesões, ressecamento ou sinais de infecção. Ensine os cuidados com os pés aos familiares de pacientes que necessitam de tratamento regular para os pés e têm doença vascular periférica, dificuldades visuais, limitações

físicas que impedem o movimento ou problemas cognitivos.

Algumas condições colocam os pacientes com diabetes em maior risco de amputação (ADA, 2015). Esses fatores incluem neuropatia periférica, mobilidade articular limitada, deformidade óssea, doença vascular periférica e histórico de úlceras cutâneas ou amputação prévia. Observe as mudanças que indicam neuropatia periférica ou insuficiência vascular (Quadro 40-7). Aconselhe os pacientes a usar as diretrizes a seguir em um programa de cuidados de rotina com os pés e unhas (Sheridan, 2012):

- Inspecione os pés diariamente, incluindo a planta e o dorso, calcanhares e áreas entre os dedos. Use um espelho para ajudar a inspecionar os pés minuciosamente ou peça a um familiar para verificá-los diariamente.
- Lave os pés diariamente em água morna e seque bem, especialmente entre os dedos. Evite produtos químicos ou de longa absorção, que podem causar a suavização da pele ou maceração do tecido, causando ulceração ou infecção.
- Use sapatos adequados e meias limpas e secas em todos os momentos; nunca ande descalço. Verifique dentro dos sapatos antes de usá-los, buscando por áreas ásperas ou objetos que possam causar atrito contra o pé.
- Mantenha a pele macia e suave, aplicando uma loção emoliente sobre todas as superfícies dos pés, mas não entre os dedos.
- Se você for capaz de ver e alcançar suas unhas dos pés, corte-as em linha reta na frente e lixe os cantos em formato quadrado, formando bordas lisas.
- Mantenha o sangue fluindo para os pés, colocando-os para cima ao sentar e movendo os dedos dos pés e tornozelos para cima e para baixo por 5 minutos, duas ou três vezes ao dia. Não cruze as pernas por longos períodos e não fume.
- Proteja os pés do frio e calor. Não use almofadas de aquecimento ou cobertores elétricos e sempre use sapatos na praia ou no asfalto quente.

Quadro 40-7 Sinais de Neuropatia Periférica

ou Insuficiência Vascular

Neuropatia Periférica

- Perda de massa muscular dos membros inferiores
- Ausência de reflexos profundos
- Deformidades do pé
- Infecções
- Alteração da marcha

Insuficiência Vascular

- Diminuição do crescimento de pelos nas pernas e nos pés
- Pulsos ausentes ou diminuídos
- Infecção no pé
- Má cicatrização de feridas
- Espessamento das unhas
- Pele com aspecto brilhante
- Branqueamento da pele quando elevada

Dados retirados de Ball J et al: *Seidel's guide to physical examination*, ed 8, St Louis, 2015, Mosby.

Higiene Bucal

A higiene bucal regular, incluindo escovação, uso do fio dental e enxágue, previne e controla doenças bucais associadas à placa bacteriana. Evidências relacionam a má saúde bucal ao risco da nutrição deficiente, acidente vascular cerebral, controle precário do açúcar no sangue em diabéticos e pneumonia adquirida em lar de idosos (Barnes, 2014). A higiene bucal inadequada e alguns medicamentos diminuem a produção salivar, que, por sua vez, reduz a capacidade do meio oral de ajudar no combate dos efeitos de patógenos. Os idosos em particular requerem uma boa higiene bucal (Quadro 40-8).

Quadro 40-8

Foco em idosos

Saúde Bucal

- Muitos idosos são edentados (sem dentes) e os dentes remanescentes muitas vezes estão doentes ou cariados (Touhy and Jett, 2014).
- A membrana periodontal diminui com o envelhecimento, tornando-se mais suscetível a infecções. A doença periodontal predispõe o idoso à infecção sistêmica.
- As dentaduras ou placas parciais nem sempre se encaixam adequadamente, causando dor e desconforto, o que, por sua vez, afeta o processo digestório, o desfrutar dos alimentos e o estado nutricional.
- Um declínio na secreção de saliva relacionado com a idade e alguns fármacos (p.ex., anti-hipertensivos, diuréticos, anti-inflamatórios, antidepressivos) causam boca seca (Touhy and Jett, 2014).
- Limitações financeiras e a crença de que as próteses dentárias eliminam a necessidade de cuidados odontológicos de rotina são razões pelas quais os idosos não procuram atendimento odontológico (Touhy and Jeff, 2014).

Escovar os dentes remove as partículas de alimentos, placa e bactérias. Também massageia as gengivas e alivia o desconforto resultante de odores e gostos desagradáveis. O uso do fio dental remove o tártaro que se acumula na linha da gengiva. O enxágue remove partículas de alimentos desalojadas e o excesso de creme dental. A higiene oral completa aumenta o bem-estar e conforto e estimula o apetite.

Quando os pacientes adoecem, muitos fatores influenciam sua necessidade de higiene bucal, como a capacidade de ingerir líquidos por via oral, a presença de lesões orais ou trauma e nível de

consciência. Os pacientes de hospitais ou instalações de cuidados prolongados nem sempre recebem os cuidados bucais intensivos que precisam. Baseie a frequência dos cuidados na condição da cavidade oral, no risco de aspiração de saliva e no nível de conforto do paciente. Alguns pacientes (p.ex., pacientes que sofreram acidente vascular cerebral, trauma à cavidade oral ou com tubo endotraqueal) necessitam de cuidados bucais frequentemente a cada 1 a 2 horas.

Frutas ácidas na dieta de um paciente reduzem a formação de placa. Uma dieta balanceada contribui para a integridade dos tecidos bucais. Para prevenir a cárie dentária, os pacientes às vezes precisam mudar os hábitos alimentares (p.ex., reduzir a ingestão de carboidratos, principalmente lanches doces entre as refeições). Aconselhe os pacientes de todas as idades a consultar um dentista regularmente para avaliação. Orientações sobre distúrbios comuns da gengiva e dos dentes e métodos de prevenção podem motivar os pacientes a seguir boas práticas de higiene oral.

Escovação

As diretrizes da American Dental Association (2014) sobre higiene bucal eficaz incluem escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia com um creme dental com flúor aprovado pela American Dental Association. Os enxaguatórios bucais com flúor e antimicrobianos ajudam a prevenir a cárie dentária. Não use enxaguatório com flúor em crianças com 6 anos ou menos de idade, por causa do risco de engoli-lo. Use cremes dentais antimicrobianos e enxágues com clorexidina 0,12% por via oral para pacientes com risco aumentado de higiene bucal deficiente (p.ex., idosos e pacientes com deficiências cognitivas e que são imunocomprometidos) (Garcia and Caple, 2014). A escova de dentes deve ter um cabo reto e um pincel pequeno o suficiente para alcançar todas as áreas da boca. Cerdas macias arredondadas estimulam as gengivas sem causar abrasão e sangramento. Todo paciente que sofre diminuição na destreza como resultado de uma condição médica ou processo de envelhecimento requer um cabo alargado, com uma pegada mais fácil.

Escove bem todas as superfícies dos dentes (Quadro 40-9). Escovas

de espuma disponíveis comercialmente são ineficazes na remoção da placa bacteriana (Garcia and Caple, 2014). Quando os enfermeiros prestam assistência a pacientes dependentes, as escovas de dentes elétricas ou movidas à bateria melhoram a qualidade da limpeza e podem ser mais fáceis de usar que as escovas manuais. Não use esponjas com limão-glicerina, pois secam as mucosas e corroem o esmalte do dente.

Quadro 40-9

Diretrizes para o procedimento

Fornecendo a Higiene Bucal

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de realizar a higiene bucal pode ser delegado ao técnico de enfermagem.
Contudo, a enfermeira é responsável por avaliar o reflexo do vômito do paciente para determinar o risco de aspiração. Oriente o técnico de enfermagem para:

- Posicionar o paciente para evitar aspiração.
- Comunicar imediatamente à enfermeira tosse excessiva do paciente ou asfixia durante ou após a higiene bucal.
- Relatar sangramento da mucosa oral ou das gengivas, a queixa de dor do paciente e quaisquer tipos de alterações na mucosa oral (p.ex., áreas abertas ou lesões)

Material

Escova de cerdas macias; creme dental com flúor não abrasivo; fio dental; espátula; copo com água fria, soro fisiológico ou um enxaguatório bucal antisséptico com óleos essenciais (*opcional, dependendo da preferência do paciente*); cuba rim; toalha de rosto; toalhas de papel; luvas limpas; lanterna; saco ou cesto.

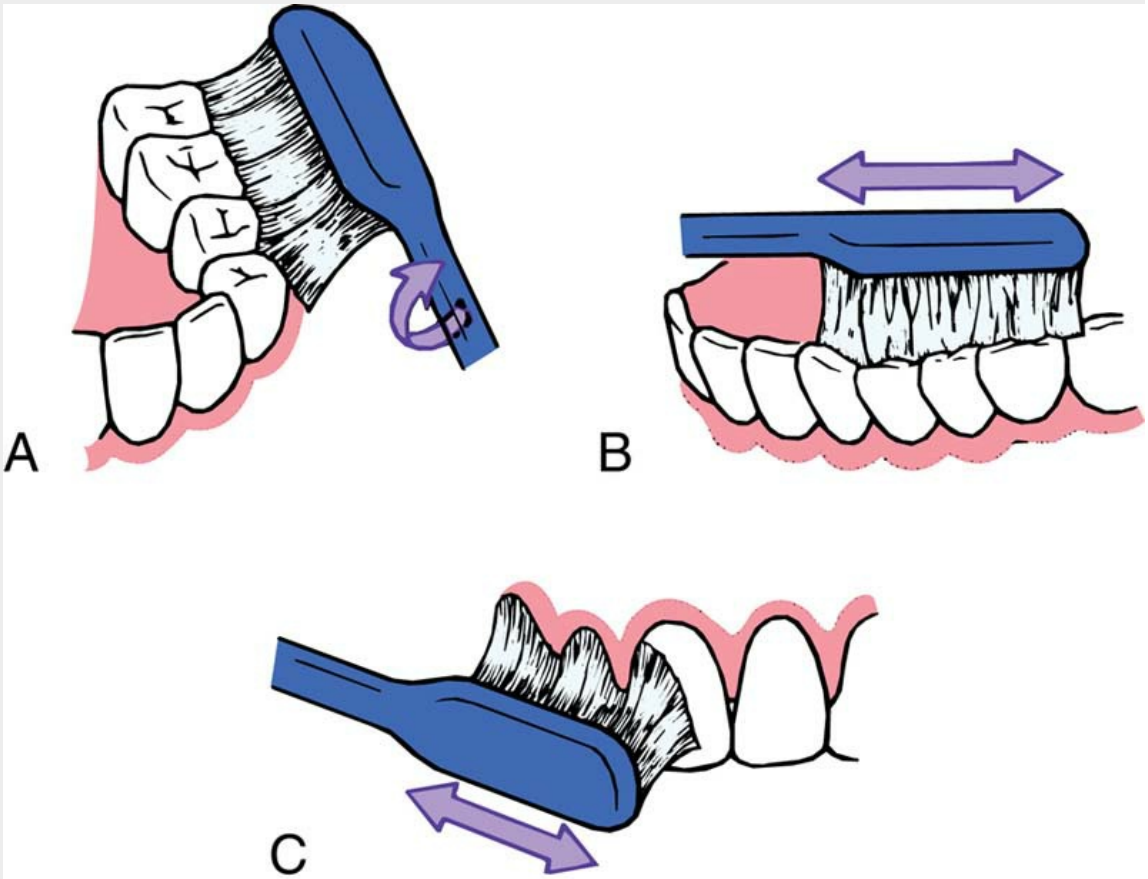
Passos

1. Revise a ficha médica e identifique a presença de problemas comuns de higiene bucal: cáries dentárias – descoloração branco giz do dente ou presença de descoloração marrom ou preta; gengivite – inflamação das gengivas; periodontite – retração gengival, inflamação, lacunas entre os dentes; halitose – mau hálito; queilite – lábios rachados; língua seca, rachada e revestida.
2. Higienize as mãos e use luvas limpas.
3. Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário), de acordo com a política da instituição.
4. Utilizando a espátula e a lanterna, inspecione a integridade dos lábios, dentes, mucosa bucal, gengivas, palato e língua; também avalie o reflexo do vômito e a capacidade de deglutição (Cap. 31).
5. Confirme a presença de problemas bucais comuns.
6. Determine as práticas de higiene bucal do paciente, como frequência de escovação e uso do fio dental, tipo de creme dental e enxaguatório bucal usados, duração e frequência das consultas ao dentista.
7. Remova as luvas e higienize as mãos.
8. Explique o procedimento para paciente, discutindo preferências e disposição para ajudar com os cuidados bucais.
9. Avalie a capacidade do paciente de segurar e manipular a escova de dentes.
10. Coloque toalhas de papel em uma mesa sobre o leito e disponha outros materiais ao alcance do paciente.
11. Proporcione privacidade fechando as portas do quarto e delimitando o espaço com cortinas. Eleve o leito para uma posição de trabalho confortável. Levante a cabeceira da cama (se for permitido) e abaixe a grade lateral mais próxima. Mova o paciente ou ajude-o a mover-se mais para o lado. Coloque o paciente em posição deitada de lado, se necessário (se houver risco de aspiração). Coloque a toalha sobre o peito do paciente.
12. Coloque luvas limpas.

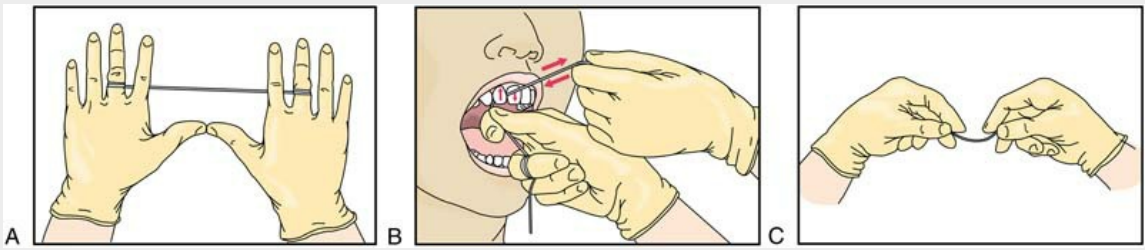
13. Aplique creme dental suficiente para cobrir o comprimento das cerdas. Segure a escova sobre a cuba. Despeje uma pequena quantidade de água sobre o creme dental.
14. O paciente pode ajudar com a escovação. Posicione as cerdas da escova em um ângulo de 45 graus a linha da gengiva (ver ilustração). Certifique-se de que as pontas de cerdas estejam contra e penetrando abaixo da linha da gengiva. Escove as superfícies interior e exterior da arcada superior e inferior, escovando da gengiva para a coroa de cada dente. Limpe as superfícies de mastigação dos dentes posicionando o topo das paralelamente aos dentes e escove suavemente para trás e para frente (ver ilustração). Escove os lados dos dentes movendo as cerdas para trás e para frente (ver ilustração).
15. Faça com que o paciente escove levemente a superfície e os lados da língua. Evite provocar o reflexo do vômito.
16. Permita ao paciente enxaguar a boca por completo, tomando vários goles de água fria, bochechando a água em todas as superfícies dos dentes e cuspindo na cuba. Use esse tempo para observar a técnica de escovação do paciente e para ensinar importância da higiene regular.
17. Faça com que o paciente enxágue a boca com antisséptico durante 30 segundos. Em seguida, após o paciente cuspir na cuba, ajude-o a limpar a boca.
18. Passe o fio dental, ou permita que o paciente o faça, entre todos os dentes (ver ilustração).
19. Permita ao paciente enxaguar a boca com água fria e cuspir na cuba. Ajude-o a limpar a boca.
20. Inspecione a cavidade oral para determinar a eficácia da higiene oral e do enxágue. Pergunte ao paciente se ele sente a boca limpa ou se existem áreas doloridas ou sensíveis. Retire a toalha e coloque-a no saco.
21. Utilize o "***Ensino de Retorno***" para determinar a compreensão do paciente e da família sobre os cuidados bucais. Diga: "Eu quero ter certeza de que você sabe quantas vezes deve escovar os dentes e usar o fio dental. Você pode explicar isso para

mim?" Reveja suas instruções nesse momento ou desenvolva um plano para orientar o paciente, caso ele não seja capaz de repetir corretamente.

22. Retire as luvas. Ajude o paciente a retornar a uma posição confortável e retorne as grades lateral e inferior do leito à posição original.
23. Higienize as mãos. Utilize luvas limpas para limpar e secar a cuba antes de retorná-la junto com os suprimentos não descartáveis.
24. Remova as luvas e a higienize as mãos.
25. Registre o procedimento. Faça anotações de enfermagem da condição da cavidade oral, da quantidade de cuidados que paciente foi capaz de realizar e se são necessárias instruções adicionais sobre higiene bucal.
26. Relate sangramento, dor ou presença de lesões para a enfermeira responsável ou médico.



PASSO 14 Direção para posicionamento da escova de dentes. **A,** Ângulo de 45 graus para escovar a linha da gengiva. **B,** Posição paralela para escovar as superfícies de mastigação. **C,** Posição lateral para escovar as laterais dos dentes.



PASSO 18 Uso do fio dental. **A,** Segurar o fio dental entre os dedos médios para passar nos dentes superiores. **B,** Mover o fio dental para cima e para baixo entre os dentes. **C,** Segurar o fio dental entre os dedos indicadores para passar nos dentes inferiores.

Para evitar a contaminação cruzada, ensine os pacientes a evitar o compartilhamento de escovas de dentes com familiares ou beber diretamente do frasco de enxaguatório. O uso de comprimidos ou gotas que tingem a placa que se acumula na linha da gengiva é útil para mostrar qual a real efetividade da escovação do paciente. Instrua-os a trocar de escova a cada três meses ou após uma gripe ou infecção do trato respiratório superior, para minimizar o crescimento de microrganismos sobre as superfícies da escova (American Dental Association, 2014).

Uso do Fio Dental

O fio dental remove a placa bacteriana e o tártaro entre os dentes. Passar o fio dental envolve a inserção do fio dental encerado ou não entre todas as superfícies dos dentes, uma de cada vez. O movimento de gangorra usado para puxar o fio dental entre os dentes remove a placa bacteriana e o tártaro de esmalte dentário. Use fio dental sem cera e evite o uso vigoroso de fio dental próximo da linha da gengiva em pacientes que recebem quimioterapia, radioterapia ou terapia anticoagulante, para evitar sangramentos. Se for aplicado creme dental aos dentes antes de usar o fio dental, o flúor entra em contacto direto com as superfícies dos dentes, ajudando na prevenção de cáries. De acordo com as recomendações da American Dental Association (2014), o uso do fio dental uma vez por dia é suficiente. Uma vez que é importante limpar todas as superfícies dos dentes minuciosamente, não se apresse para concluir o uso do fio dental. A colocação de um espelho na frente do paciente ajuda a demonstrar o método adequado para segurar o fio dental e limpar entre os dentes. A prática de passar fio dental nos dentes do paciente não é realista ou adequada em todos os locais de cuidado.

Pacientes com Necessidades Especiais

Alguns pacientes necessitam de métodos especiais de higiene bucal. Por exemplo, pacientes com diabetes melito e que estão em

quimioterapia frequentemente apresentam doença periodontal. Por isso, precisam visitar um dentista a cada 3 a 4 meses, escovar os dentes até quatro vezes ao dia e lidar delicadamente com os tecidos bucais, com o mínimo de trauma possível. Xerostomia, bruxismo e cáries dentárias podem estar presentes em pacientes usuários de metanfetamina. O impulso de comer doces açucarados pode causar cáries e doenças gengivais.

Os pacientes podem depender de assistência para realizar o cuidado oral. Estar inconsciente ou ter uma via respiratória artificial (p.ex., tubo endotraqueal ou traqueal) aumenta a suscetibilidade dos pacientes de apresentarem das secreções salivares, porque são incapazes de comer ou beber, de engolir e frequentemente respiram pela boca. Os pacientes inconscientes não são capazes de engolir as secreções salivares que se acumulam na boca. Essas secreções muitas vezes contêm bactérias Gram-negativas que causam pneumonia se aspiradas para dentro dos pulmões. Ao prestar cuidados higiênicos, proteja o paciente de asfixia e aspiração e use clorexidina tópica, especialmente em pacientes em ventilação mecânica (Procedimento 40-3). Evidências atuais mostram que o uso de clorexidina na higiene bucal reduz o risco de pneumonia associada à ventilação (Wiech et al., 2012).

Os pacientes com diminuição dos níveis de consciência precisam de atenção especial, porque muitas vezes não têm reflexo faríngeo. A higiene bucal adequada busca manter a mucosa úmida e remover secreções que contribuam para infecções. O acúmulo de secreções salivares na parte de trás da garganta promove o crescimento de microrganismos. Ao fornecer higiene bucal a um paciente inconsciente, a enfermeira precisa protegê-lo de asfixia e aspiração. Conte com dois enfermeiros ao prestar o cuidado; vire a cabeça do paciente em direção aa enfermeira e coloque o leito na posição de semi-Fowler. A enfermeira pode delegar a participação de técnicos de enfermagem. Uma enfermeira faz a limpeza e a outra pessoa remove as secreções com o equipamento de aspiração. Algumas instituições usam equipamentos que combinam um cotonete bucal com um dispositivo de sucção; a enfermeira pode usar esse equipamento sem

auxílio com segurança. Ao limpar a cavidade oral, utilize uma pequena via aérea oral ou uma espátula de língua para manter a boca aberta. Nunca use os dedos para manter a boca do paciente aberta. Uma mordida humana contém vários microrganismos patogênicos. Mesmo que o paciente não esteja desperto ou alerta, explique as etapas do cuidado bucal e as sensações que ele vai sentir. Também diga ao paciente quando o procedimento estiver sido concluído.

Alguns tratamentos — como a quimioterapia, agentes imunossupressores, radioterapia de cabeça e pescoço e a intubação nasogástrica — colocam o paciente em maior risco de ocorrência de estomatite ou inflamação da mucosa oral. A **estomatite** causa queimação, dor e alterações na tolerância a alimentos e líquidos. Ao cuidar de pacientes com estomatite, escove os dentes com uma escova macia e passe fio dental cuidadosamente para evitar o sangramento das gengivas. Em alguns casos o uso do fio dental pode precisar ser suspenso temporariamente do cuidado oral. Aconselhe os pacientes a evitar álcool e enxaguatórios bucais comerciais e a parar de fumar. Enxágues com soro fisiológico comum (aproximadamente 30 mL) ao despertar pela manhã, depois de cada refeição e ao deitar ajudam a limpar a cavidade oral. Os pacientes podem aumentar as lavagens para a cada 2 horas, se necessário. Consulte um prestador de cuidados de saúde para obter analgésicos tópicos ou bucais para controle da dor.

Cuidados com a Prótese Dentária

Encoraje os pacientes a limpar suas próteses regularmente para evitar infecções e irritações gengivais. Quando os pacientes tornam-se inativos, outra pessoa assume responsabilidade pelos cuidados da prótese dentária (Quadro 40-10). As próteses são de propriedade pessoal do paciente e devem ser manuseadas com cuidado, pois se quebram com facilidade. Elas devem ser removidas durante a noite para descansar as gengivas e evitar o acúmulo de bactérias. Para evitar deformações, mantenha as próteses cobertas com água quando não estiverem sendo usadas e sempre as armazene em um copo fechado identificado, colocado na cabeceira do paciente. Desencoraje

os pacientes a remover suas próteses e colocá-las em um guardanapo ou pano, porque podem ser facilmente jogadas fora.

Quadro 40-10

Diretrizes para o procedimento

Cuidados com a Prótese Dentária

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de cuidados com a prótese pode ser delegado ao técnico de enfermagem. Instrua-o a:

- Informar à enfermeira se encontrar rachaduras na prótese dentária.
- Informar à enfermeira se o paciente queixar-se de desconforto bucal.
- Informar à enfermeira de qualquer lesão na boca.

Material

Escova de dentes de cerdas macias ou escova de prótese, agente de limpeza ou creme dental de prótese dentária, adesivo de prótese (*opcional*), copo de água, cuba rim ou pia, pano, luvas limpas, copo para prótese dentária (se a prótese for armazenada após a limpeza)

Passos

1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário), de acordo com a política da instituição.
2. Perguntar ao paciente se as próteses dentárias se encaixam e se há alguma sensibilidade ou irritação nas mucosas ou gengivas.
3. Perguntar ao paciente sobre suas preferências de cuidados com a prótese e os produtos utilizados. Se o paciente for incapaz de cuidar da prótese dentária sozinho, preste esse cuidado. Limpar a prótese dentária para o paciente durante o

tratamento bucal de rotina.

4. Higienizar as mãos e coloque luvas limpas. Encher a cuba rim com água morna; ou, se estiver usando a pia, coloque o pano no fundo da pia e encha a pia com 2,5 cm de água.
5. Retirar as próteses dentárias: se o paciente for incapaz de fazer isso de forma independente, segure a prótese superior pela frente, com o polegar e o dedo indicador envoltos em gaze, e puxe para baixo. Para remover a prótese inferior, levante-a delicadamente da mandíbula e gire um lado para baixo. Coloque as próteses na cuba ou pia.
6. Colocar o agente de limpeza na escova e escovar as superfícies das próteses (ver ilustração). Segurar as próteses próximas da água. Segurar a escova horizontalmente e faça movimentos de vai e vem para limpar as superfícies de mastigação. Fazer movimentos curtos da parte superior da prótese para a superfície de mastigação, a fim de limpar as superfícies externas e internas dos dentes. Segurar a escova verticalmente e faça movimentos curtos para limpar as superfícies internas dos dentes. Segurar a escova horizontalmente e fazer movimentos de vai e vem para limpar a superfície inferior da prótese dentária.

PASSO 6 Escovação da prótese dentária.

7. Alguns pacientes utilizam um adesivo para fixar a prótese no lugar. Aplicar uma fina camada na superfície inferior antes de inseri-la.
8. Se o paciente precisar de ajuda para colocar as próteses, umedeça a prótese superior e pressione-a firmemente para fixá-la no lugar. Insira a prótese inferior umedecida. Perguntar ao paciente se as próteses dentárias estão confortáveis.
9. Alguns pacientes preferem armazenar suas próteses para descansar as gengivas e reduzir o risco de infecção. Manter as próteses dentárias úmidas evita a deformação e facilita a colocação. Armazenar em local seguro para evitar a perda.
10. Remover e descartar as luvas e higienize as mãos.

Implemente medidas para prevenir a estomatite induzida pela prótese dentária ao cuidar de pacientes que a utilizam. Próteses mal ajustadas, o uso de próteses durante o sono e maus hábitos de higiene dental contribuem para a estomatite induzida pela prótese dentária (Martori et al., 2014). Os sinais e sintomas variam de vermelhidão e

inchaço sob as próteses a feridas dolorosas e vermelhas no céu da boca e infecção com a levedura *Candida albicans*. Alguns pacientes negam sentir dor e outros se queixam de dor agravada pelo uso da prótese. Para evitar a estomatite induzida pela prótese dentária, lave a boca e as próteses após as refeições, limpe-as cuidadosa e regularmente, retire-as e mergulhe-as em água durante a noite, escove e passe fio dental (se for o caso) em todos os dentes remanescentes e visite um dentista regularmente para exame (American Dental Association, 2014).

Cuidados com o Cabelo e Couro Cabeludo

A aparência e sensação de bem-estar de um indivíduo dependem muitas vezes do aspecto e aparência dos cabelos. As doenças ou deficiências muitas vezes impedem que o paciente mantenha os cuidados diários com os cabelos. Quando os pacientes estão imobilizados, os cabelos logo se tornam emaranhados. Alguns curativos ou procedimentos diagnósticos deixam resíduos pegajosos no cabelo. Os cuidados básicos com o cabelo e couro cabeludo incluem escová-los, penteá-los e lavá-los.

Escovar e Pentear os Cabelos

A escovação frequente ajuda a manter o cabelo limpo e distribui o óleo uniformemente ao longo dos fios. Pentear impede que o cabelo embarace. Encoraje os pacientes a manter os cuidados com os cabelos e forneça ajuda para pacientes com mobilidade limitada ou fraqueza e aqueles que estão confusos ou debilitado pela doença. Os pacientes em um hospital ou unidade de cuidados prolongadas apreciam a oportunidade de ter seu cabelo escovado e penteado antes de serem vistos pelos outros.

Ao cuidar de pacientes de diferentes culturas, aprenda com eles ou seus familiares o máximo possível sobre as práticas preferidas de cuidados com os cabelos. Por exemplo, o cabelo de afro-americanos tende a ser bastante seco. Use condicionadores de lanolina especiais para o condicionamento. As preferências culturais também afetam o modo como o cabelo é penteado, seu estilo e se ele pode ser cortado.

O cabelo longo torna-se emaranhado facilmente quando um paciente está restrito ao leito, mesmo que por um curto período. Quando lacerações ou incisões envolverem o couro cabeludo, sangue e medicamentos tópicos também causam embaraço. Escovar e pentear frequentemente mantém os cabelos longos perfeitamente arrumados. Tranças ajudam a evitar emaranhados repetidos; no entanto, os pacientes precisam destrançar o cabelo periodicamente e penteá-lo para garantir uma boa higiene. Tranças muito apertadas levam a áreas calvas. Obtenha a permissão do paciente antes de trançar seu cabelo.

Para escovar o cabelo, reparta-o em duas partes e separe cada parte em outras duas mechas. Escovar do couro cabeludo para as pontas dos cabelos minimiza o repuxamento. Umedecer os fios com água ou um produto sem álcool para desemaranhá-lo torna mais fácil o pentear. Nunca corte o cabelo de um paciente sem consentimento.

Os pacientes que desenvolvem piolhos requerem considerações especiais na forma de pentear (Quadro 40-11). Os piolhos são pequenos, do tamanho de uma semente de gergelim; assim, a enfermeira precisa de luz clara ou natural para vê-los. O pentear minucioso é mais eficaz que o uso de xampus pediculicidas, que são muitas vezes tóxicos e ineficazes contra piolhos resistentes.

Quadro 40-11 Cuidados de Higiene para Piolhos

- Higienize as mãos e coloque uniforme e luvas descartáveis.
- Use um pente ou escova de cabelo para remover os nós.
- Divida o cabelo do paciente em partes e prenda o cabelo que não está sendo penteado.
- Penteie do couro cabeludo para o final do cabelo (pentes especiais estão disponíveis em farmácias).
- Mergulhe o pente em um copo de água ou use uma toalha de papel para remover os piolhos entre cada passagem.
- Depois de pentear, observe o cabelo atentamente em busca de piolhos fixados; os piolhos vivos podem ser pegos com uma pinça

ou pente.

- Depois de pentear completamente, prossiga para a próxima parte do cabelo.
- Instrua os familiares do paciente a limpar o pente com uma escova de dentes antiga e fio dental e, em seguida, ferver o pente. O ideal é descartar o pente após cada utilização, mas a situação financeira de alguns pacientes os impede de comprar vários pentes.
- Instrua os familiares a pentear e buscar por piolhos diariamente.
- Instrua os familiares a separar as roupas do paciente e lavá-las em água quente.
- Instrua os familiares a aspirar a casa e o quarto do paciente e, imediatamente em seguida, descartar os resíduos do aspirador de pó.
- Instrua os cuidadores sobre como prevenir a transmissão de piolhos: Não compartilhe roupas de cama ou produtos para o cabelo. Evite colocar as mãos desprotegidas na cabeça do paciente. Lave imediatamente as mãos após a prestação de cuidados com o cabelo.

Se for prescrito um xampu pediculicida, reveja as informações pertinentes e instrua o paciente e cuidador sobre seu uso adequado. Use com cuidado, porque esses xampus podem ter efeitos adversos neurológicos graves. Certifique-se de enxaguar completamente o xampu do cabelo para evitar a coceira.

Lavagem dos Cabelos

A frequência de lavagem depende da rotina diária do indivíduo e da condição do cabelo. Lembre aos pacientes de hospitais ou instituições de cuidados prolongados que, ficar no leito, o excesso de transpiração ou os tratamentos que deixam sangue ou outras soluções no cabelo requerem lavagem mais frequente. Em algumas instituições, a enfermeira precisa de uma prescrição do médico para lavar os cabelos de um paciente dependente ou com mobilidade limitada, pois é um

desafio encontrar maneiras de realizar o procedimento sem causar ferimentos.

O paciente que pode tomar banho no chuveiro ou banheira normalmente lava o cabelo sem dificuldades. Uma cadeira no chuveiro ou banheira facilita a lavagem do cabelo de pacientes que deambulam e descarregam peso e que se tornam cansados ou fracos. Duchas de mão permitem que os pacientes lavem facilmente os cabelos na banheira ou chuveiro. Alguns pacientes autorizados a sentar em uma cadeira escolhem ter seus cabelos lavados quando sentados na frente de uma pia ou sobre um lavatório; no entanto, certas condições (p.ex., cirurgia ocular ou lesão no pescoço) limitam a flexão. Nessas situações, oriente o paciente e a família sobre o grau de flexão permitido.

Se um paciente é incapaz de se sentar, mas pode ser movido, transfira-o para uma maca para o transporte até uma pia ou chuveiro equipado com uma ducha de mão. Tenha cuidado ao posicionar a cabeça e o pescoço do paciente, particularmente em pacientes com algum tipo de ferimento na cabeça ou no pescoço.

Se um paciente é incapaz de se sentar em uma cadeira ou de ser transferido para uma maca, lave o cabelo com o paciente no leito (Quadro 40-12). Posicione um recipiente especial para lavar os cabelos sob a cabeça do paciente, para coletar água e espuma. Após a lavagem, os pacientes gostam de ter seus cabelos arrumados e secados. A maioria dos centros de saúde tem secadores de cabelo portáteis. Também estão disponíveis xampus secos, que reduzem a necessidade de molhar o cabelo do paciente, mas não são muito eficazes. As toucas de banho promovem uma massagem morna e úmida no couro cabeludo durante a limpeza do cabelo (Quadro 40-13).

Quadro 40-12

Diretrizes para o procedimento

Lavar o Cabelo do Paciente Acamado

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de lavar o cabelo pode ser delegado ao técnico de enfermagem. Instrua-o:

- Sobre as precauções necessárias no posicionamento do paciente.
- A informar à enfermeira se o paciente relatar dor no pescoço.
- A informar à enfermeira de quaisquer novas lesões na pele.

Material

Escova, pente, recipiente especial para lavar o cabelo, xampu, condicionador (*opcional*), peróxido de hidrogênio (*opcional*), toalhas (três ou mais), protetor impermeável, secador de cabelo, bacia com água quente, luvas limpas (*se necessário*) ou touca de banho

Passos

1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário), de acordo com a política da instituição.
2. Antes de lavar os cabelos do paciente, determine se não há contraindicações para o procedimento (p.ex., lesão no pescoço).
3. Higienize as mãos e coloque as luvas, se necessário. Inspecione o cabelo e couro cabeludo antes de iniciar o procedimento, para determinar a presença de quaisquer condições que requeiram o uso de xampus ou tratamentos especiais (p.ex., para a caspa ou remoção de sangue seco).
4. Coloque o protetor impermeável sob os ombros, pescoço e cabeça do paciente. Posicione o paciente em decúbito dorsal, com a cabeça e os ombros na borda superior do leito. Coloque o recipiente especial sob a cabeça do paciente e o lavatório na extremidade do recipiente (ver ilustração). Certifique-se de que o bico do recipiente se estende para além da borda do colchão.

PASSO 4 Paciente posicionado para a lavagem. (Copyright © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

5. Coloque uma toalha enrolada sob o pescoço do paciente e a toalha de banho sobre seus ombros.
6. Escove e penteie o cabelo do paciente.
7. Pegue água morna.
8. Ofereça ao paciente a opção de segurar uma toalha de rosto ou pano sobre os olhos.
9. Despeje lentamente a água do jarro sobre o cabelo até que esteja completamente molhado (ver ilustração). Se o cabelo contiver sangue emaranhado, coloque luvas, aplique peróxido de hidrogênio para dissolver os coágulos e enxágue o cabelo com soro fisiológico. Aplique uma pequena quantidade de xampu.

PASSO 9 Derramando água sobre o cabelo do paciente.
(Copyright © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

10. Ensaboe com as duas mãos. Comece no couro cabeludo e vá em direção à parte posterior do pescoço. Levante ligeiramente a cabeça com uma mão para lavar a parte de trás da cabeça. Lave as laterais da cabeça. Massageie o couro cabeludo, aplicando pressão com os dedos.
11. Enxágue o cabelo com água. Certifique-se de que a água está caindo na bacia. Repita o enxágue até que o cabelo esteja sem espuma.
12. Aplique condicionador ou creme, se solicitado, e enxágue o cabelo abundantemente.
13. Envolva a cabeça do paciente na toalha de banho. Seque o rosto do paciente com o pano usado para proteger os olhos. Seque toda a umidade do pescoço ou dos ombros.
14. Seque o cabelo e couro cabeludo do paciente. Use a segunda toalha se a primeira ficar encharcada.
15. Penteie o cabelo para desembaraçá-lo e seque com secador, se desejado.
16. Aplique a preparação de óleo ou produto de condicionamento para o cabelo, se desejado pelo paciente.
17. Ajude o paciente a assumir uma posição confortável e finalize a arrumação do cabelo.

Quadro 40-13 Lavagem com Produto de Limpeza Descartável

1. Higienize as mãos; coloque luvas, conforme necessário.
2. O paciente pode estar sentado em uma cadeira ou no leito.
3. Penteie o cabelo para remover os emaranhados ou detritos.
4. Aqueça o pacote no microondas de acordo com a política da instituição e instruções.
5. Abra o pacote; aplique a touca com todo o cabelo por baixo para o ajuste correto (ver ilustração).

PASSO 5 Paciente usando touca de banho descartável.

6. Massageie a cabeça por cima da touca por 2-4 minutos.
7. Descarte a touca no lixo; não descarte no vaso sanitário, pois pode entupir os canos.
8. Seque o cabelo com uma toalha.
9. Escove ou penteie o cabelo do paciente.
10. Retire as luvas, se for o caso; higienize as mãos.

Barbear

Barbear o rosto do paciente após o banho ou depois de lavar o cabelo. Algumas mulheres preferem depilar as pernas ou axilas durante o banho. Ao ajudar um paciente, tome cuidado para não o cortar com a lâmina de barbear. Pacientes mais propensos à hemorragia (p.ex., aqueles que receberam anticoagulantes ou altas doses de aspirina ou com baixa contagem de plaquetas) precisam usar o seu barbeador elétrico pessoal. Antes de usar o barbeador elétrico, verifique se os cabos não estão desgastados ou se não há outros riscos elétricos. Utilize a mesma lâmina de barbear em apenas um paciente, por causa das considerações de controle de infecção.

Ao usar uma lâmina para fazer a barba, a pele deve estar flexível para evitar puxões, raspões ou cortes. Umedeça a pele com água morna e aplique o creme de barbear. Sabonetes em barra podem deixar uma película sobre a lâmina, resultando em um barbear de pior qualidade. A enfermeira precisa fazer a barba do paciente quando ele for incapaz de barbear-se de maneira independente. Para evitar causar desconforto ou cortes ao barbear, puxe delicadamente a pele esticada e faça movimentos longos e firmes com a lâmina no sentido do crescimento dos pelos (Fig. 40-5). Pequenas passadas para baixo funcionam melhor para remover os pelos sobre o lábio superior ou queixo. O paciente geralmente explica a melhor maneira de passar a lâmina pela pele. O pelo facial de afro-americanos tende a ser encaracolado e encravar, a menos que raspado próximo da pele.

FIGURA 40-5 Barbear utilizando movimentos curtos e firmes no sentindo do crescimento dos pelos.

Cuidados com o Bigode e Barba

Bigodes ou barbas requerem cuidados diários. Os cuidados evitam que as partículas de alimentos e muco se acumulem nos pelos. Se o paciente é incapaz de realizar o autocuidado, faça-o em seu lugar, conforme solicitado. Penteie a barba delicadamente e obtenha permissão do paciente antes de cortar ou raspar o bigode ou a barba.

Cuidados com os Olhos, Orelhas e Nariz

Dê atenção especial à limpeza dos olhos, orelhas e nariz durante o banho de rotina e quando secreções ou exsudatos se acumularem. Esse aspecto da higiene não só torna o paciente mais confortável, mas também melhora a percepção sensitiva (Cap. 49). Os cuidados concentram-se na prevenção de infecções e manutenção da função sensitiva normal. Além disso, o cuidado com os olhos, orelhas e nariz requer abordagens que considerem as necessidades especiais do paciente.

Dispositivos Médicos

Se um paciente utiliza tubo de oxigênio, tubo de alimentação ou tubo nasotraqueal, é essencial cuidar das áreas da pele ao redor do nariz ou orelhas subjacentes ao dispositivo. O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2013) recomenda o seguinte: amortecer e proteger a pele com curativos em áreas de alto risco (p.ex., ponte nasal) (Cap. 48); não colocar o(s) dispositivo(s) sobre áreas de lesão por pressão prévia ou existente; e não se esqueça de limpar suavemente uma área com potencial de irritação subjacente ao dispositivo pelo menos uma vez por dia.

Cuidados Básicos com os Olhos

A limpeza dos olhos envolve simplesmente a lavagem com um pano limpo umedecido em água (Procedimento 40-1). Sabonetes podem causar queimaduras e irritação. Nunca aplique pressão direta sobre o globo ocular porque provoca lesões graves. Ao limpar os olhos de um paciente, utilize um pano limpo e passe do canto interno para o canto externo do olho. Use uma parte diferente do pano para cada olho.

Lembre-se, nunca use solução ou lenços com clorexidina para limpar os olhos, orelhas ou rosto.

Pacientes inconscientes necessitam de cuidados oftalmológicos mais frequentes. Uma complicação da sedação e do coma é que alguns pacientes são incapazes de manter os olhos fechados (Werli-Alvarenga et al., 2013). Assim, esses pacientes perdem os seus mecanismos naturais de proteção da córnea. Quando os olhos estão desprotegidos, existe maior risco de desidratação da córnea, abrasão, perfuração e infecção. Os mecanismos de proteção normais incluem piscar e lubrificação do olho (Douglas e Berry, 2011). O ato de piscar promove uma barreira mecânica à lesão e evita a desidratação. Quando o reflexo de piscar está ausente ou quando o olho não se fecha completamente, as secreções se acumulam ao longo das margens da pálpebra e no canto interno do olho. Quando o olho não fecha completamente, a enfermeira pode precisar colocar um tapa-olho sobre ele para evitar o ressecamento da córnea e irritação. Aplique colírios lubrificantes de acordo com a prescrição médica.

Óculos

Tenha cuidado ao limpar os óculos e proteja-os de quebra ou outros danos quando não estiverem sendo usados, pois são caros. Guarde-os em uma caixa dentro de uma gaveta da mesa de cabeceira quando não estiverem em uso. A água fria limpa adequadamente as lentes de vidro. Evite arranhões utilizando um pano macio para secar; não use toalhas de papel. As lentes de plástico em especial se rompem facilmente; estão disponíveis soluções especiais de limpeza e lenços de secagem.

Lentes de Contato

A lente de contato é um disco fino, transparente e circular que se encaixa diretamente sobre a córnea do olho. As lentes de contato corrigem erros de refração dos olhos ou anormalidades na forma da córnea. Instrua os pacientes no hospital ou nas dependências domiciliares sobre as rotinas a serem seguidas para a limpeza regular e cuidado das lentes (Quadro 40-14). Explique que todas as lentes de

contato devem ser removidas periodicamente para prevenir infecções oculares e úlceras ou abrasões da córnea por agentes infecciosos, tais como *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus*. Dor, lacrimejamento, desconforto e vermelhidão da conjuntiva indicam uso excessivo da lente. Relate a persistência desses sintomas, mesmo após a remoção da lente, ao oftalmologista do paciente.

Quadro 40-14

Educação em saúde do paciente

Cuidados com as Lentes de Contato

Objetivo

- O paciente verbaliza e/ou demonstra cuidado adequado com as lentes de contato e sinais de alerta comuns de problemas associados ao uso de lentes de contato.

Estratégias de Educação em Saúde

- Instrua os pacientes sobre o seguinte:
  - Não use a unha na lente para remover sujeiras ou detritos.
  - Não utilize água da torneira para limpar lentes gelatinosas.
  - Siga as recomendações do fabricante de lentes ou oftalmologista ao colocar, limpar e desinfetar as lentes.
  - Mantenha as lentes úmidas ou molhadas quando não estiverem sendo usadas.
  - Use uma solução nova diariamente durante o armazenamento e desinfecção das lentes.
  - Lave e enxágue abundantemente o frasco de armazenamento da lente diariamente. Limpe-o periodicamente com sabão ou detergente líquido, enxágue abundantemente com água morna e deixe secar ao ar livre.
  - Se a lente cair, molhe o dedo com a solução de limpeza e toque-a delicadamente para pegá-la. Em seguida, limpe, lave e desinfete a lente.

- Para evitar trocar os lados, sempre comece com a mesma lente ao remover ou colocar as lentes.
- Descarte as lentes descartáveis ou a serem substituídas após o período de uso prescrito.
- Incentive o paciente a se lembrar da sigla VSPD: *V*ermelhidão, *S*ensibilidade, *P*roblemas de visão e *D*or. Se um desses problemas ocorre, remova as lentes de contato imediatamente. Se os problemas persistirem, consulte um oftalmologista (Lewis et al., 2014).

Avaliação de Enfermagem

- Peça ao paciente que diga quais são os sinais de alerta de irritação da córnea e infecção ocular.
- Peça ao paciente que descreva os métodos de cuidados com a lente de contato que levam à infecção.
- Peça ao paciente para demonstrar a limpeza e armazenamento das lentes de contato.

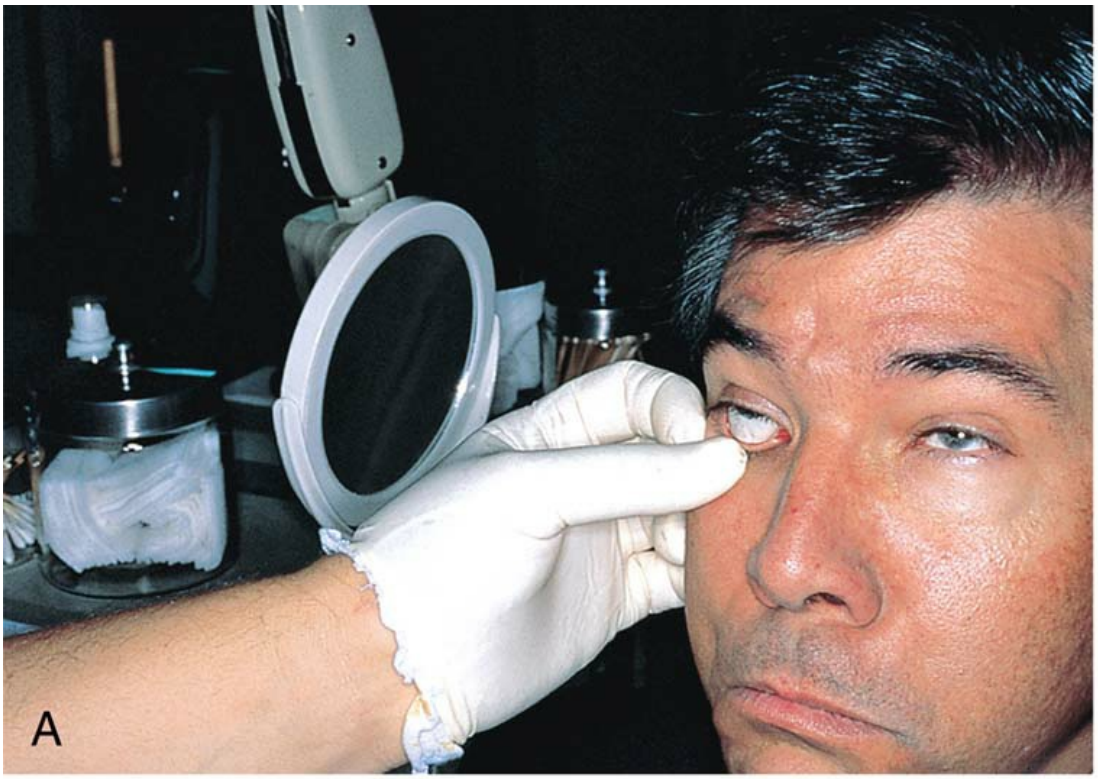
Quando os pacientes são admitidos no hospital ou instituição em um estado não responsivo ou confuso, determine se eles normalmente usam lentes de contato e se elas estão no lugar. Se o paciente usa lentes de contato e ninguém detectar, isso pode resultar em graves lesões à córnea. Se você descobrir que seu paciente está usando lentes de contato e ele não conseguir removê-las, peça ajuda. Quando as lentes forem removidas, documente a remoção, a condição dos olhos do paciente após a remoção e o armazenamento das lentes.

Olhos Artificiais

Pacientes com olhos artificiais tiveram uma **enucleação** (i.e., remoção) de um globo ocular inteiro, como um resultado de um crescimento tumoral, infecção grave ou trauma do olho. Alguns olhos artificiais são implantados definitivamente, enquanto outros devem ser removidos para limpeza. Pacientes com olhos artificiais geralmente preferem cuidar de seus próprios olhos. Respeite os desejos do

paciente e ajude a preparar os materiais necessários.

Às vezes, os pacientes necessitam de assistência na remoção e limpeza da prótese. Para remover um olho artificial, retraia a pálpebra inferior e faça uma leve pressão logo abaixo do olho (Fig. 40-6). Essa ação faz que o olho artificial saia do soquete, porque a sucção que o mantinha no lugar foi quebrada. A enfermeira também pode usar uma pequena seringa de bulbo de borracha ou conta-gotas medicinal para criar um efeito de sucção. Coloque a ponta do bulbo diretamente sobre o olho e aperte-o para criar a sucção necessária para levantar o olho do soquete.



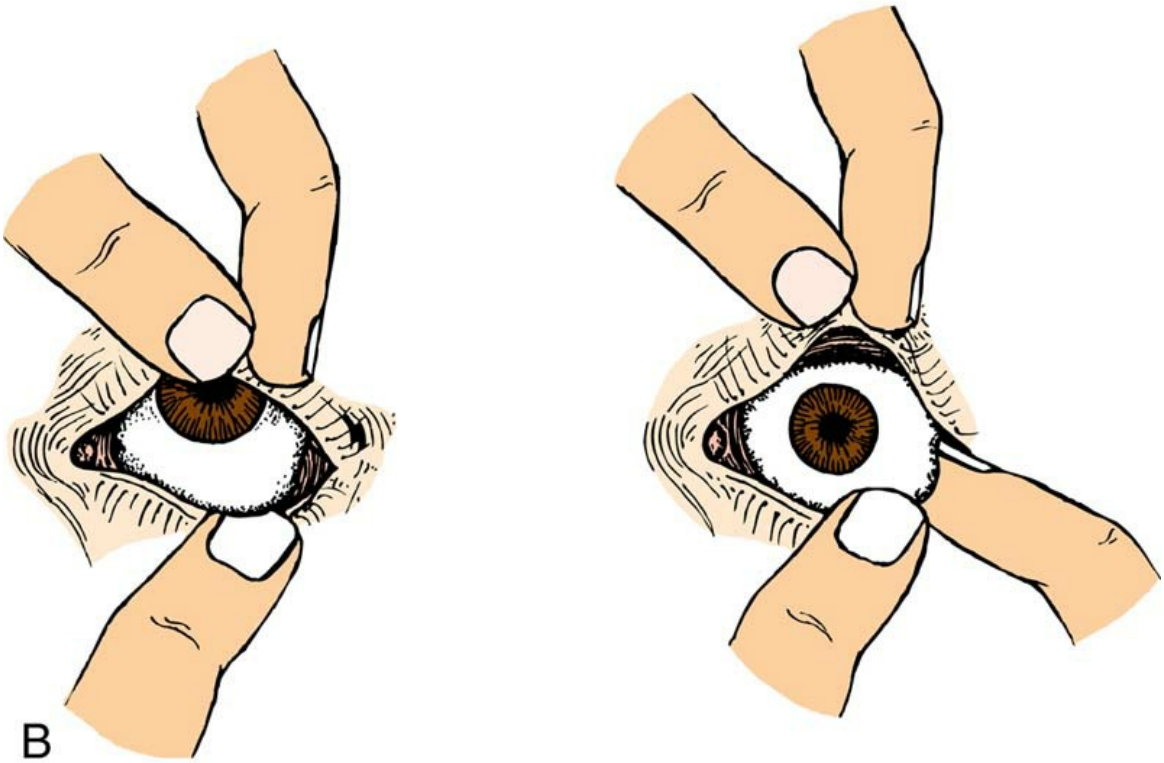


FIGURA 40-6 Remoção de olho prostético.

O olho artificial é geralmente feito de vidro ou de plástico. O soro

fisiológico normal aquecido limpa eficazmente a prótese. Limpe também as bordas da cavidade ocular e os tecidos adjacentes com gaze macia umedecida em soro fisiológico ou água corrente limpa. Relate sinais de infecção imediatamente, pois as bactérias podem se espalhar para o olho vizinho, seios subjacentes ou mesmo para o tecido cerebral. Para reinserir o olho, retraia as pálpebras superiores e inferiores e coloque gentilmente o olho no soquete, encaixando-o cuidadosamente sob a pálpebra superior. Armazene o olho artificial em um recipiente rotulado preenchido com água da torneira ou soro fisiológico.

Cuidados com a Orelha

Os cuidados de rotina com a orelha envolvem a limpeza da orelha com a ponta de um pano umedecido, girando suavemente dentro do meato acústico. A retração suave para baixo na entrada do meato acústico geralmente faz com que o cerume visível se solte e escorregue para fora. Instrua os pacientes a nunca usar objetos como grampos, palitos, grampos de papel ou cotonetes para remover a cera. Esses objetos podem ferir o meato acústico da orelha e romper a membrana timpânica. Também podem fazer com que o cerume se torne impactado dentro do meato acústico.

Crianças e idosos normalmente têm cerume impactado. Geralmente, é possível remover o cerume em excesso ou impactado por irrigação, o que requer uma prescrição médica. Analise a prescrição para o tipo de solução e orelha(s) a receber a irrigação. Antes da irrigação, pergunte se o paciente tem histórico de tímpano perfurado e inspecione a membrana timpânica para ter certeza de que está intacta; uma membrana timpânica perfurada contraindica a realização de irrigação. Inspecione visualmente a orelha e o meato acústico em busca de vermelhidão, inchaço, secreção e presença de objetos estranhos. Também determine a capacidade do paciente ouvir na orelha afetada antes da irrigação.

Para irrigar a orelha, coloque o paciente sentado ou deitado em decúbito lateral com a orelha afetada para cima. Para adultos e crianças acima de 3 anos, puxe a orelha para cima e para trás. Em

crianças com 3 anos ou mais jovens, o pavilhão auricular deve ser puxado para baixo e para trás. Usando uma seringa com bulbo irrigante ou um irrigador oral Water Pik® na configuração n° 2, lave cuidadosamente o meato acústico com uma solução morna (37°C), tomando o cuidado para não obstruir o meato, o que resultaria em pressão sobre a membrana timpânica. Introduza o líquido de forma lenta e suave no aspecto superior do meato acústico da orelha, mantendo um fluxo constante. Periodicamente, durante a irrigação, pergunte se está sentindo dor, náusea ou vertigem. Esses sintomas indicam que a solução está muito quente ou muito fria ou está sendo instilada com muita pressão. Depois que o meato acústico estiver limpo, seque toda a umidade da orelha com bolas de algodão e inspecione o meato para ver se há cera remanescente.

Cuidados com o Aparelho Auditivo

O aparelho auditivo amplifica os sons de maneira controlada; o aparelho recebe estímulos sonoros normais de baixa intensidade e os encaminha à orelha do paciente como estímulos mais altos. Existem diversos tipos de aparelhos auditivos. A nova classe de aparelhos auditivos reduz a interferência dos ruídos de fundo. Os chips de computador colocados nos aparelhos permitem ajustes finos às necessidades auditivas específicas do paciente.

Existem vários tipos populares de aparelhos auditivos. O aparelho intracanal (CIC, do inglês, *completely-in-canal*) (Fig. 40-7, *A*) é o mais moderno, menor e menos visível e se encaixa inteiramente no meato acústico. Ele é usado em pacientes com perda auditiva moderadamente severa. Tem um apelo estético, é fácil de manipular e colocar na orelha e não interfere no uso de óculos ou telefone; o paciente pode usá-lo durante a maioria dos exercícios físicos. No entanto, requer diâmetro e profundidade da orelha adequados para o ajuste apropriado. Não se acomoda à perda auditiva progressiva e exige destreza manual para operar, inserir, remover e trocar as baterias. Além disso, o cerume tende a obstruir esse modelo mais que os outros.

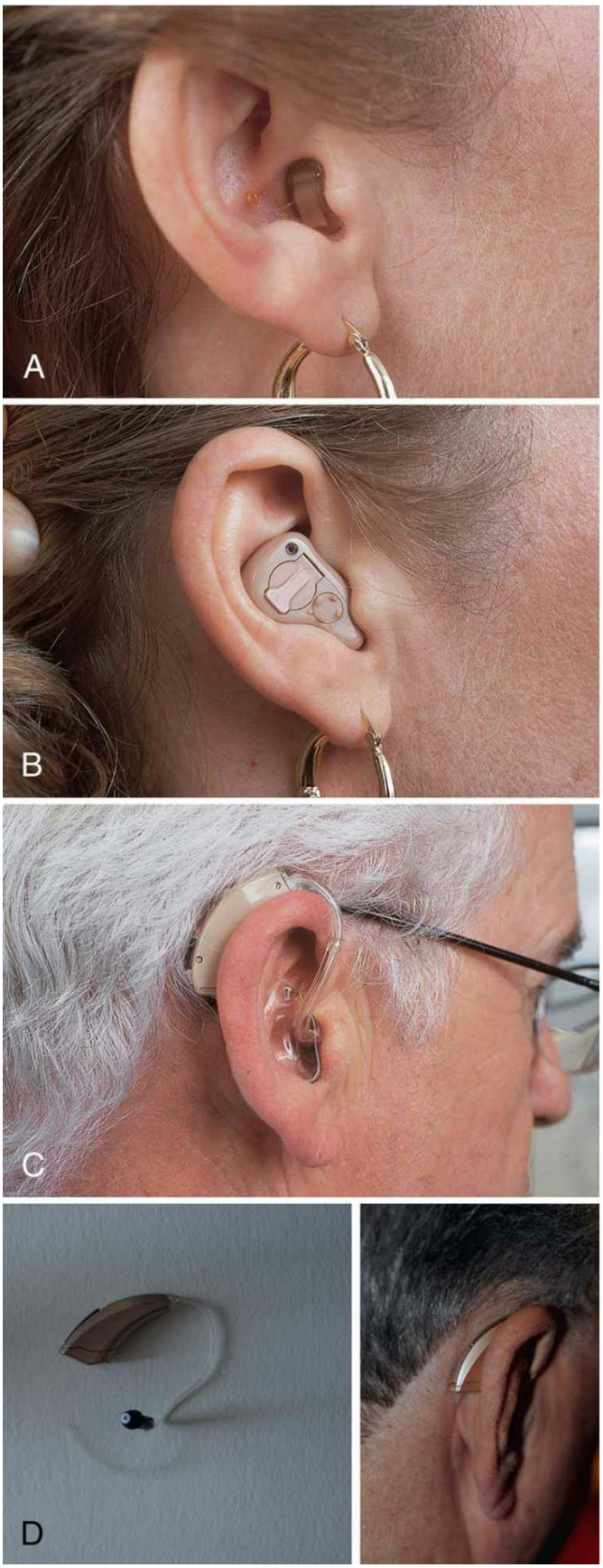

A
B
C
D

FIGURA 40-7 Tipos comuns de aparelhos auditivos. **A,** Intracanal (CIC). **B,** Intra-auricular (ITE). **C,** Retroauricular (BTE). **D,** Aparelho auditivo digital.

A prótese intra-auricular (ITE, do inglês, *in-the-ear*) (Fig. 40-7, *B*) se encaixa no meato acústico externo e permite uma maior sintonia fina. É mais potente e mais forte e, portanto, é útil para uma gama maior de perda auditiva que o aparelho CIC, de leve a severa. É fácil de ajustar e posicionar e não interfere no uso de óculos. No entanto, é mais visível que o aparelho CIC e não serve para indivíduos com problemas de umidade ou pele no meato acústico.

O aparelho retroauricular (BTE, do inglês, *behind-the-ear*) (Fig. 40-7, *C*) se engancha ao redor e atrás da orelha. É conectado por um tubo plástico oco curto e claro a um molde auricular inserido no meato acústico externo. Permite um ajuste fino. É o maior dos três aparelhos e é útil para pacientes com perda auditiva de leve a severa ou dificuldades de destreza manual ou aqueles que acham intolerável a oclusão parcial da orelha. O maior tamanho deste tipo de aparelho pode dificultar o uso de óculos e telefones; é mais difícil mantê-lo no lugar durante o exercício físico.

Os aparelhos auditivos digitais (Fig. 40-7, *D*) analisam os sons para remover os ruídos de fundo. Esse aparelho é útil para indivíduos com perda auditiva leve a severa. Os aparelhos auditivos digitais trabalham com sons de baixa e alta frequência e devem ser programados e ajustados por um audiologista licenciado. O Quadro 40-15 revisa as diretrizes para o cuidado e limpeza dos aparelhos auditivos.

Quadro 40-15 Cuidado e Uso de Aparelhos Auditivos

- Inicialmente use o aparelho auditivo por 15 a 20 minutos; aumente gradualmente esse tempo para até 10 a 12 horas.
- Uma vez inserido, ligue lentamente o aparelho a um terço a metade do volume.
- Um som sibilante indica inserção incorreta do molde na orelha,

ajuste inadequado ou acúmulo de cera ou líquido.

- Ajuste o volume a um nível confortável para falar a uma distância de 90 cm.
- Não use o aparelho sob lâmpadas de calor ou secador de cabelo ou em um clima muito úmido e frio.
- As baterias duram 1 semana com o uso diário de 10 a 12 horas.
- Remova ou desconecte a bateria quando o aparelho não estiver em uso.
- Substitua os moldes auriculares a cada 2 ou 3 anos.
- Verifique regularmente o compartimento da bateria: Está limpo? As pilhas estão inseridas corretamente? O compartimento está completamente fechado?
- Certifique-se de que os comandos do aparelho auditivo estão limpos e fáceis de serem girados, não criando estática durante o ajuste.
- Mantenha o aparelho limpo. Veja as instruções do fabricante. Geralmente, as próteses são limpas com um pano macio.
- Evite o uso de *spray* de cabelo e perfume durante o uso de aparelhos auditivos; o resíduo da pulverização deixa o aparelho oleoso e gorduroso.
- Não mergulhe o aparelho em água.
- Verifique regularmente os cabos ou tubulações (dependendo do tipo de aparelho) para detectar rachaduras, desgaste e má conexão.
- Recomenda-se acompanhamento de rotina com o fonoaudiólogo para avaliar a eficácia do aparelho atual.

Dados retirados de Touhy T, Jett P: *Toward healthy aging*, ed 8, St Louis, 2012, Mosby.

Cuidados Nasais

O paciente quase sempre remove as secreções do nariz assoando-o delicadamente em um lenço macio. Alerte o paciente para não assoar forte, o que cria uma pressão capaz de ferir o tímpano, a mucosa nasal

e até mesmo estruturas sensíveis do olho. O sangramento das narinas é um sinal de assoar forte. Se o paciente for incapaz de remover as secreções nasais, ajude-o usando uma toalha molhada ou um cotonete umedecido com água ou soro fisiológico. Nunca insira o cotonete além do comprimento da ponta de algodão. A enfermeira pode remover o excesso de secreções nasais com uma aspiração suave.

Quando as sondas nasogástricas, de alimentação ou endotraqueais estiverem inseridas pelo nariz do paciente, troque a fita de fixação da sonda pelo menos uma vez por dia. Quando a fita é umedecida pelas secreções nasais, a pele e a mucosa se tornam facilmente maceradas. O atrito do tubo causa descamação do tecido e eventual ulceração. Depois de remover cuidadosamente a fita, mantenha o tubo preso e limpe e seque a superfície nasal.

Ambiente do Quarto do Paciente

Tente fazer com que o quarto do paciente esteja tão confortável quanto o de casa. Ela precisa ser seguro e grande o suficiente para permitir que o paciente e os visitantes possam caminhar livremente. Remova barreiras ao longo das passagens para reduzir o risco de quedas. Controle a temperatura ambiente, ventilação, ruídos e odores. Manter o ambiente limpo e arrumado também contribui para a sensação de bem-estar do paciente.

Mantendo o Conforto

O que torna o ambiente confortável depende da idade do paciente, da gravidade da doença e do nível de atividade diária normal. Dependendo da idade e da condição física, mantenha a temperatura entre 20°C e 23°C. Crianças, idosos e pacientes com doenças agudas muitas vezes precisam de um quarto mais quente. No entanto, alguns pacientes se beneficiam de temperaturas mais frias para diminuir as demandas metabólicas do corpo.

Um sistema de ventilação eficaz evita que o ar fique preso e que os odores permaneçam no quarto. Proteja os pacientes agudamente enfermos, crianças e idosos de correntes de ar, garantindo que estejam vestidos adequadamente e cobertos com uma manta leve. Sempre

esvazie e enxágue urinóis, comadres e mictórios imediatamente. Os desodorizantes de ambiente ajudam a remover muitos odores desagradáveis. Antes de usar desodorizantes de ambiente, determine se o paciente não é alérgico ou sensível ao produto. Medidas de higiene minuciosas fornecem o melhor controle de odores corporais ou respiratórios.

Os pacientes enfermos parecem ser mais sensíveis a ruídos e iluminação comumente encontrados nos cuidados de saúde. Tente controlar o nível de ruído, especialmente quando um paciente está tentando dormir. Explique a fonte de ruídos estranhos, como uma bomba IV ou alarme de oxímetro de pulso. A iluminação adequada proporciona segurança e conforto. Um quarto bem iluminado normalmente estimula, ao passo que um quarto escuro promove descanso e sono. Ajuste a iluminação do ambiente fechando ou abrindo cortinas, regulando as luzes sobre o leito e de chão, e fechando ou abrindo as portas do quarto. Ao entrar no quarto do paciente durante a noite, evite ligar repentinamente a luz do teto, a menos que necessário.

Equipamentos do Quarto

Embora haja variações entre as instituições de saúde, um quarto de hospital típico contém as seguintes peças básicas de mobiliário: mesa sobre o leito, mesinha de cabeceira, cadeiras e leito (Fig. 40-8). As instituições de cuidados prolongados e de reabilitação muitas vezes têm equipamentos similares. A enfermeira pode ajustar a mesa sobre o leito, que tem rodas, a várias alturas sobre o leito ou cadeira. A mesa fornece um espaço de trabalho ideal para a realização de procedimentos. Também é uma superfície sobre a qual podem ser colocadas bandejas de refeição, artigos de higiene e objetos frequentemente utilizados pelo paciente. Limpe a parte superior da mesa sobre o leito com um limpador antisséptico antes de utilizá-la para as refeições. Não coloque a comadre ou urinol na mesa sobre o leito. A mesinha de cabeceira serve para armazenar objetos pessoais do paciente e equipamentos de higiene. O telefone, jarro de água e copo quase sempre ficam sobre a mesinha de cabeceira.

FIGURA 40-8 Quarto de hospital típico.

A maioria dos quartos de hospital tem uma cadeira de encosto reto sem braços ou uma poltrona estofada com braços. As cadeiras de encosto reto são convenientes ao transferir temporariamente o paciente do leito, como para arrumá-lo. As poltronas tendem a ser mais confortáveis quando o paciente está disposto e é capaz de ficar sentado por um longo período.

Cada quarto normalmente tem uma luz sobre o leito e iluminação de orientação noturna. Posicione as luzes móveis da parede que iluminam o leito de modo a acessá-las facilmente, mas afaste-as para o lado quando não estiverem em uso. Uma iluminação portátil adicional fornece luz extra durante os procedimentos de beira de leito. Algumas instalações têm luzes de exame permanentemente montadas no teto ou na parede.

Outros equipamentos normalmente encontrados no quarto de um paciente incluem a campainha de chamada, um aparelho de televisão, um conjunto de parede com medidor de pressão arterial, oxigênio,

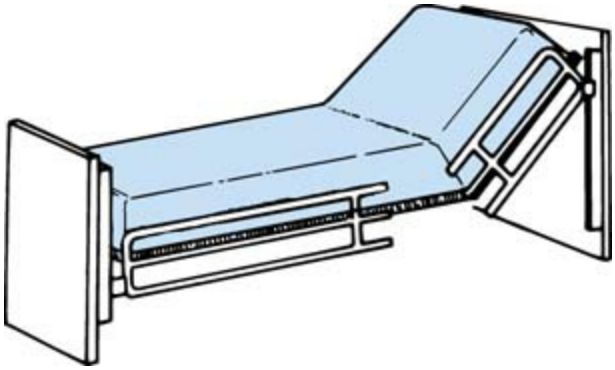
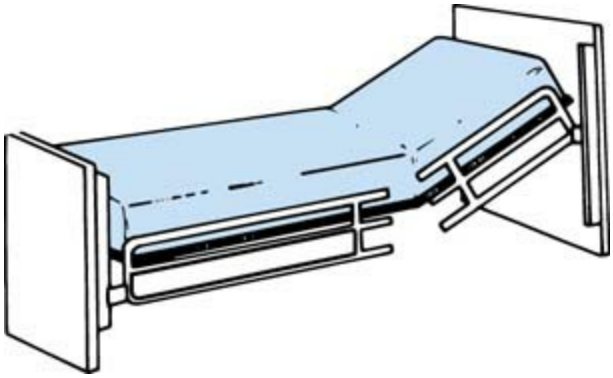
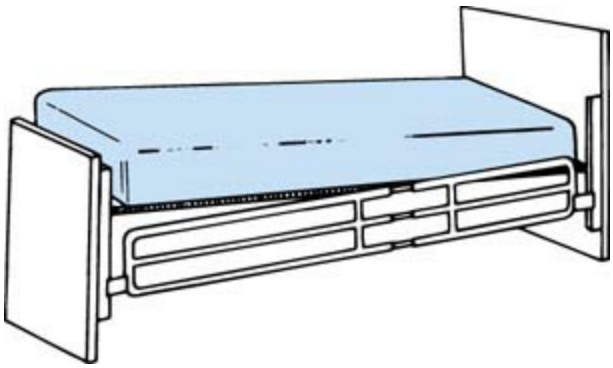
tomadas a vácuo e itens de higiene pessoal. Equipamentos especialmente projetados para o conforto ou posicionamento do paciente incluem botas para pés e colchões especiais (Cap. 48). Sempre que a enfermeira usar equipamento de conforto e posicionamento, verifique a política da instituição e as instruções do fabricante antes do uso.

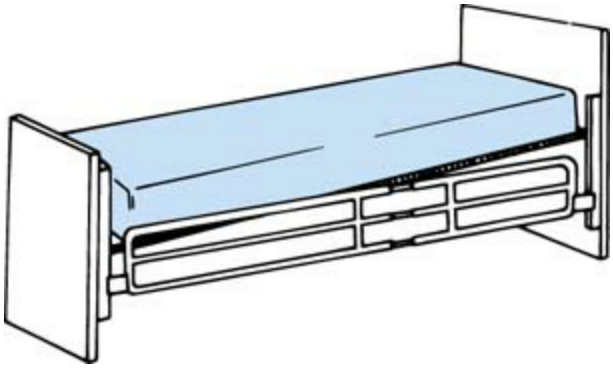
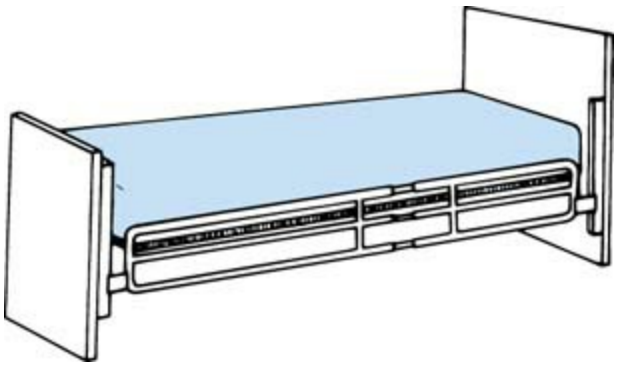
Leitos

Pacientes graves muitas vezes permanecem no leito por um longo tempo. Como o leito é a peça mais utilizada pelo paciente internado, ele é projetado para oferecer conforto, segurança e adaptabilidade para a mudança de posição. O leito de hospital típico tem um colchão firme sobre uma armação de metal que pode ser levantada e abaixada horizontalmente. Os hospitais estão cada vez mais trocando o leito de hospital convencional por um no qual a superfície do colchão possa ser ajustada eletronicamente para segurança e conforto do paciente. Por exemplo, leitos baixos estão sendo usados para prevenir quedas e leitos que regulam a pressão no colchão ajudam a reduzir lesões por pressão. Diferentes posições do leito promovem o conforto do paciente, minimizam sintomas, promovem a expansão do pulmão e melhoram o acesso durante determinados procedimentos (Tabela 40-6).

Tabela 40-6
Posições de Leito Comuns

Posição	Descrição	Usos
Fowler	Cabeceira do leito elevada a um ângulo de 45 graus ou mais; posição semissentada; parte inferior do leito também pode ser elevada no joelho	Enquanto o paciente es comendo Durante a inserção de sonda nasogástri aspiração nasotraque Promove a expansão pulmonar

		Facilita a respiração difícil
Semi-Fowler 	Cabeceira do leito elevada a cerca de 30 graus; inclinação inferior à posição de Fowler; parte inferior do leito também pode ser elevada no joelho	Promove a expansão pulmonar, especialme de paciente em ventila mecânica Usada quando pacientes recebem alimentaçã gástrica pa reduzir a regurgitaç risco de aspiração
Trendelenburg 	Todo o leito é inclinado com a cabeceira para baixo	Utilizada para drenagem postural Facilita o reto venoso em pacientes c má perfusã periférica
Trendelenburg Reverso	Todo o leito é inclinado com a parte inferior do leito para baixo	Pouco utilizac Promove o esvaziame gástrico Evita o reflux esofágico

		
Horizontal 	Todo o leito permanece na posição horizontal, paralelo com o chão	Utilizado para pacientes c lesões vertebrais em tração cervical Utilizado para pacientes c estão hipotensos Os pacientes geralmente preferem e posição pa dormir

A enfermeira pode alterar a posição do leito, normalmente utilizando controles elétricos incorporados à campainha de chamada do paciente e em um painel na lateral ou aos pés da cama (Fig. 40-9). Familiarize-se com o uso dos controles do leito. A facilidade em levantar e abaixar o leito e mudar a posição da cabeceira e do pé elimina a sobrecarga musculoesquelética indevida. Instrua os pacientes e familiares sobre o uso correto dos controles e adverta-os contra a elevação do leito a uma posição que cause dano ao paciente. Mantenha a altura do leito na posição horizontal mais baixa quando o paciente estiver sem supervisão.

FIGURA 40-9 Enfermeiro instruindo o paciente a usar a campainha de chamada e os controles do leito.

Os leitos contêm recursos de segurança, como travas nas rodas ou rodízios. Bloqueie as rodas quando o leito estiver parado para impedir o movimento acidental. As grades laterais permitem que os pacientes se movam mais facilmente no leito e evitam acidentes. Não use as grades laterais para restringir o movimento do paciente no leito. Ao utilizar as grades laterais como restrição, a enfermeira precisa de uma prescrição médica (Cap. 27). A enfermeira pode remover a cabeceira e os pés da maioria dos leitos. Isso é importante quando a equipe médica precisa ter fácil acesso ao paciente, como durante a reanimação cardiopulmonar.

Arrumando o Leito

Mantenha o leito do paciente limpo e confortável. Isso requer inspeção frequente para assegurar que a roupa de cama está limpa, seca e livre de rugas. Quando os pacientes estão diaforéticos, têm feridas com secreção ou estão incontinentes, verifique com mais frequência se a roupa de cama está suja ou molhada.

Em geral, a equipe de enfermagem arruma o leito de manhã, após o banho do paciente ou quando ele está tomando banho no chuveiro, sentado na cadeira alimentando-se ou fora do quarto para realização de procedimentos ou exames. Ao longo do dia, arrume a roupa de cama que estiver solta ou amassada. Verifique também a roupa de cama procurando por partículas de alimentos após as refeições e por umidade ou sujeira. Troque a roupa de cama que estiver suja ou molhada.

Ao trocar a roupa de cama, siga os princípios de assepsia médica, mantendo a roupa suja longe do uniforme (Fig. 40-10). Coloque a roupa de cama suja em sacos especiais antes de colocá-las no cesto. Para evitar que as correntes de ar disseminem os microrganismos, nunca sacuda a roupa de cama. Para evitar transmissão de infecções, não coloque a roupa suja no chão. Se a roupa de cama limpa tocar o chão ou qualquer superfície suja, coloque-a imediatamente no recipiente de roupa suja.

FIGURA 40-10 Manter as roupas de cama longe do uniforme evita o contato com microrganismos.

Ao arrumar o leito, utilize procedimentos de manuseio seguro de pacientes (Cap. 28). Sempre eleve o leito a uma altura apropriada antes de trocar a roupa de cama, para que você não precise dobrar-se ou esticar-se sobre o colchão. Mova-se para trás e para os lados opostos da cama ao colocar a roupa de cama limpa. A mecânica corporal adequada e a manipulação segura são importantes ao virar ou reposicionar um paciente no leito.

Quando os pacientes estão restritos ao leito, a enfermeira deve arrumar o leito ocupado. Organize a atividade de arrumar o leito para economizar tempo e energia (Quadro 40-16). Privacidade, conforto e segurança do paciente são importantes ao fazer o leito. Usar as grades laterais para auxiliar no posicionamento e mudança de decúbito, manter a campainha de chamada ao alcance do paciente e manter a posição do leito adequada são ações que ajudam a promover conforto e segurança. Depois de arrumar o leito, coloque-o novamente na

posição horizontal mais baixa e verifique se as rodas estão travadas para evitar quedas acidentais quando o paciente deitar e levantar sozinho.

Quadro 40-16

Diretrizes para o procedimento

Arrumando um Leito Ocupado

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de arrumar um leito ocupado pode ser delegado a técnicos de enfermagem. A enfermeira revisa as precauções ou restrições de atividades. Instrua o técnico de enfermagem em relação a:

- Quaisquer restrições de atividade ou posicionamento do paciente, incluindo a necessidade de utilização de equipamentos de elevação e posicionamento do paciente.
- Procurar por secreções de feridas, materiais de curativos, drenos torácicos ou cateter intravenoso (IV) que se desaloja ou é encontrado na roupa de cama.
- O que fazer se o paciente ficar cansado.

Material

Saco de roupa de cama suja, protetor de colchão (*opcional, dependendo da prática da instituição*; precisa ser trocado apenas quando estiver sujo), lençol de baixo (simples ou com elástico), estrado, cobre-leito, cobertor (*opcional, dependendo da preferência do paciente*), colcha, protetor impermeável e/ou protetor de banho (*opcional*), fronhas, cadeira ou mesa de cabeceira, luvas limpas (*opcionais*), toalhas de papel ou pano, desinfetante (Fig. 40-11).

FIGURA 40-11 Equipamentos para arrumar um leito ocupado.

Passos

1. Verifique o prontuário à procura de pedidos ou precauções específicas relacionadas com a movimentação e posicionamento do paciente.
2. Reúna todos os suprimentos necessários, certificando-se de não deixar a roupa de cama limpa tocar seu uniforme.
3. Explique o procedimento ao paciente, inclusive que ele será solicitado a virar de lado e rolar sobre o lençol.
4. Realize a higiene das mãos e coloque luvas limpas (utilizar luvas apenas se a roupa de cama antiga estiver suja ou se houver risco de contato com secreções corporais).
5. Avalie o potencial de incontinência do paciente ou excesso de secreção nas roupas de cama.

6. Organize o material na cadeira de beira de leito ou mesa sobre o leito. Remova o material desnecessário, como bandeja de dieta ou itens utilizados para a higiene. Puxe as cortinas e feche a porta.
7. Ajuste a altura do leito a uma posição de trabalho confortável, com o leito na posição plana se o paciente tolerar. Abaixe a grade lateral de um dos lados do leito. Remova a campainha de chamada.
8. Solte o cobre-leito da parte inferior do leito.
9. Retire a colcha e o cobertor separadamente. Se estiverem sujos, coloque-os no saco de roupa suja. Mantenha a roupa suja longe do seu uniforme.
10. Se for reutilizar o cobertor e a colcha, dobre-os unindo as bordas superior e inferior. Dobre a borda inferior mais distante sobre a borda mais próxima. Una as bordas superior e inferior novamente. Coloque o lençol dobrado sobre o encosto da cadeira.
11. Cubra o paciente com o protetor de banho da seguinte maneira: desdobre o protetor de banho sobre o cobre-leito. Peça ao paciente para segurar a borda superior do protetor de banho. Se o paciente for incapaz de ajudar, coloque a dobra superior do protetor de banho sob os ombros. Retire a borda superior do cobre-leito, que está sob o protetor de banho, dos ombros do paciente e traga o cobre-leito para baixo, até o pé do leito. Remova o cobre-leito e descarte-o no saco de roupa suja.
12. Ajude o paciente a virar-se para o outro lado do leito, virado de lado e de costas para você. Certifique-se de que a grade lateral na frente do paciente está elevada. Ajuste o travesseiro sob a cabeça do paciente.
13. Solte os lençóis de baixo, movendo-se da cabeceira aos pés. Com a costura lateral para baixo (de frente para o colchão), dobre o lençol de baixo e o estrado em forma de leque em direção ao paciente. Coloque as bordas do lençol quase embaixo das nádegas, costas e ombros. Não dobrar o protetor

de colchão em forma de leque, se for reutilizá-lo (ver ilustração).

PASSO 13 Roupa de cama suja sob o paciente.

14. Remova toda a umidade do colchão exposto com uma toalha de papel e desinfetante apropriado. Certifique-se de que a

superfície do colchão está seca antes de colocar a roupa de cama.

15. Coloque a roupa limpa na metade exposta do leito:
    a. Coloque o protetor de colchão limpo no leito (se usado), dobrando-o longitudinalmente, com o vinco central no meio do leito. Dobre o cobre-leito em forma de leque sobre o colchão. (Se a capa de colchão for reutilizada, simplesmente alise as rugas.)
    b. Se usar um lençol sem elástico, desdobre-o longitudinalmente de modo que o vinco central situe-se ao longo do centro do leito, ao longo da lateral do paciente (ver ilustração). Alise a parte inferior do lençol sobre o colchão e traga a borda sobre o lado mais próximo do colchão. Se estiver usando um lençol com elástico, puxe o lençol delicadamente sobre as extremidades do colchão.

PASSO 15B Roupa de cama limpa colocada no leito.

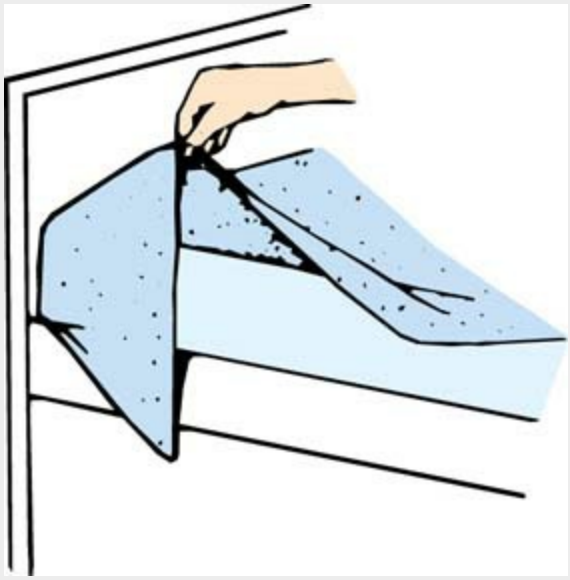
c. Permita que uma borda do lençol sem elástico fique pendurada cerca de 25 cm além da borda do colchão. Certifique-se de que a bainha inferior do lençol de baixo encontra-se com a costura para baixo e emparelhada com a borda inferior do colchão.

16. Se for utilizado um lençol sem elástico, dobre-o na cabeceira do leito:

a. Fique de frente para a cabeceira do leito diagonalmente. Coloque a mão distante da cabeceira do leito sob o canto superior do colchão, próximo da borda do colchão, e levante-o.

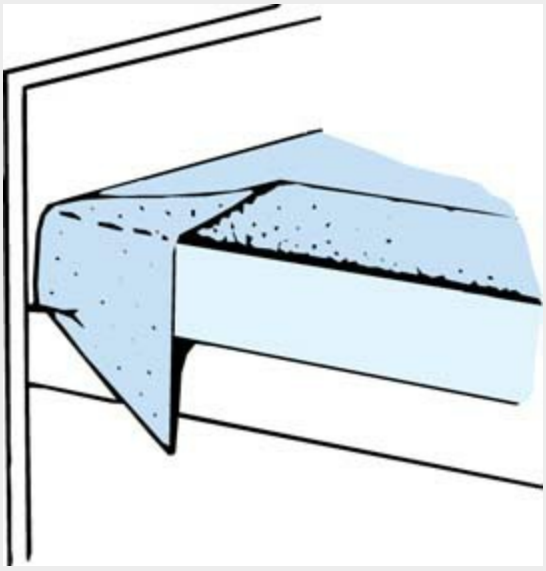
b. Com a outra mão, prenda a parte superior do lençol de baixo suavemente sob o colchão, de modo que as bordas do lençol acima e abaixo do colchão se encontrem quando reunidas.

c. Fique de frente para a lateral do leito e pegue a borda superior do lençol a aproximadamente 45 cm do topo do colchão (ver ilustração).



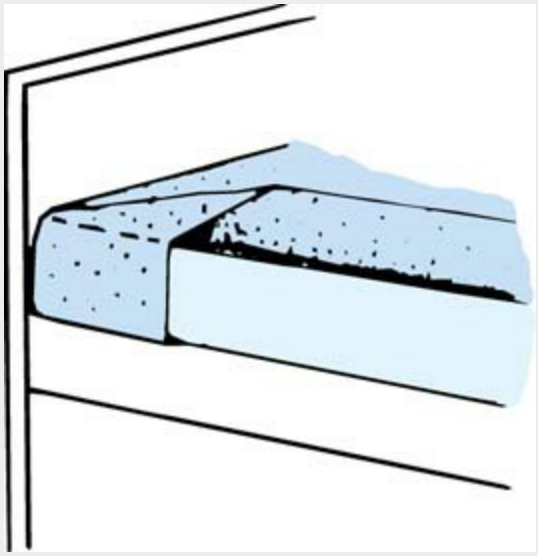
PASSO 16C Pegue a borda superior do lençol.

d. Levante o lençol e coloque-o no topo do colchão, de modo a formar uma dobra triangular reta, com a base inferior do triângulo emparelhada com a borda lateral do colchão (ver ilustração).



PASSO 16D Lençol da parte superior do colchão com dobra triangular.

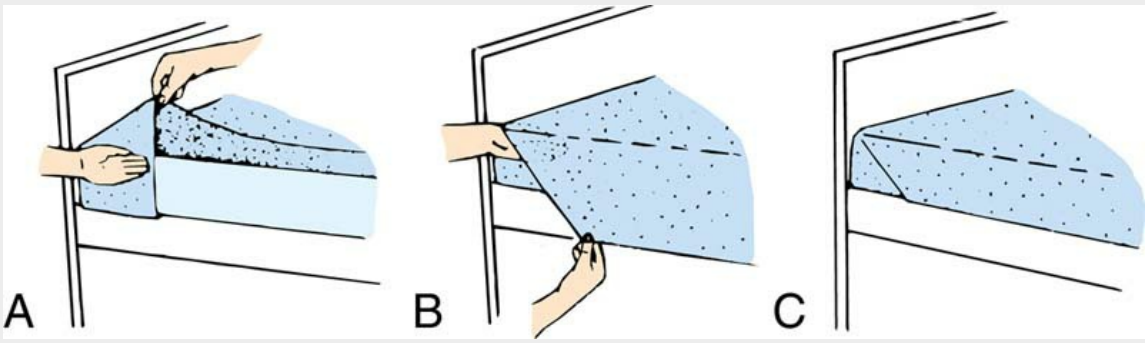
e. Esconda a borda inferior do lençol, que está solto abaixo do colchão, sob o colchão. Faça isso com as palmas das mãos para baixo, sem puxar a dobra triangular (ver ilustração).



PASSO 16E Coloque a borda do lençol sob o colchão.

f. Segure a porção do lençol que cobre a lateral do colchão com uma mão. Com a outra mão, pegue o topo da dobra

triangular do lençol e desdobre-a sobre a lateral do colchão. Dobre essa porção sob o colchão (ver ilustração).



PASSO 16F **A e B**, Dobra triangular colocada sobre a lateral do colchão. **C,** Lençol colocado debaixo do colchão.

g. Esconda a parte restante do lençol sob o colchão, movendo-se em direção ao pé do leito. Mantenha o lençol esticado.

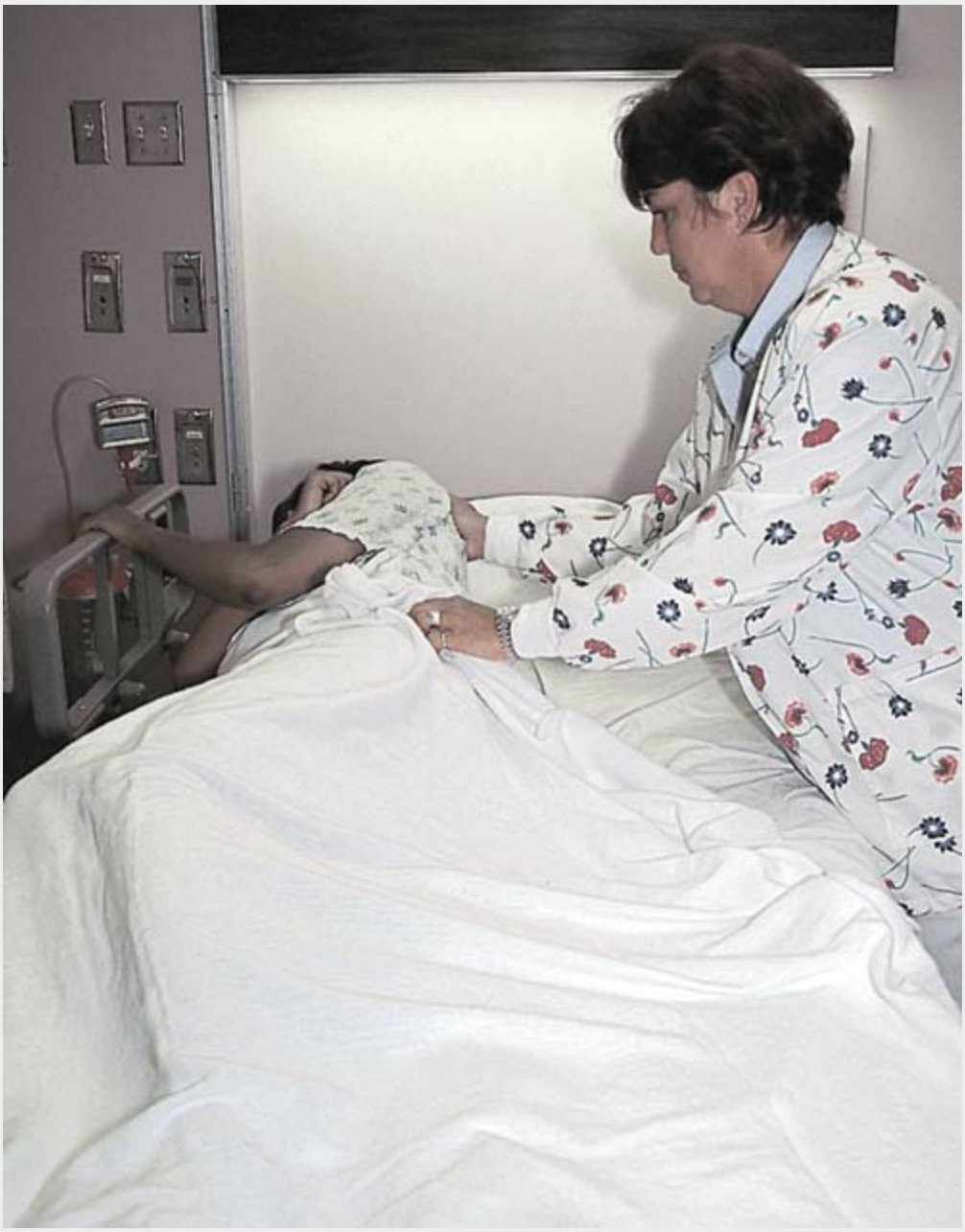
17. *Opcional:* Abra o estrado limpo, desdobrando-o ao meio. Coloque a prega central longitudinalmente no meio do leito e posicione o estrado de modo que esteja sob as nádegas e tronco do paciente (ver ilustração). Dobrar a parte superior em forma de leque em direção ao paciente, com a borda ao longo das costas do paciente. Alise a parte inferior sobre o colchão e esconda o excesso de borda sob o colchão (mantenha as palmas das mãos para baixo).

PASSO 17 Estrado opcional.

18. Coloque o protetor impermeável sobre o estrado (*opcional*), com a prega central contra a lateral do paciente. Dobre a parte superior em forma de leque em direção ao paciente.
19. Informe ao paciente que ele precisará rolar sobre uma camada espessa de lençóis e que ele vai sentir como se estivesse passando por uma rampa. Role o paciente lentamente na sua direção, sobre as camadas de lençol (enrolando como um

tronco). Eleve a grade lateral no lado de trabalho antes de ir para o outro lado do leito.

20. Abaixe a grade lateral. Auxilie o paciente a posicionar-se confortavelmente no outro lado, conforme necessário. Solte as bordas da roupa de cama suja debaixo do colchão (ver ilustração).

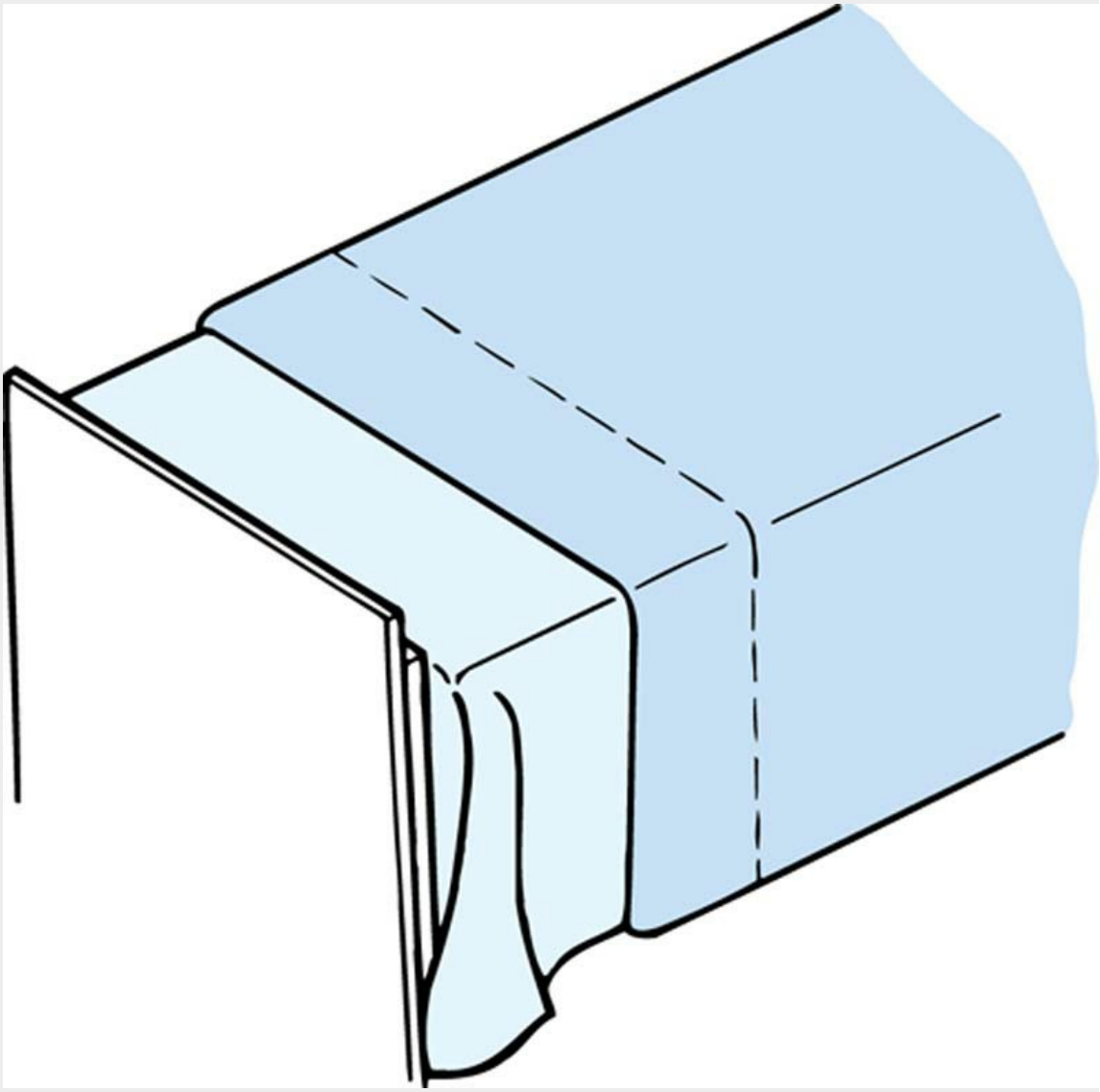


PASSO 20 Ajudando o paciente a se posicionar após

rolar sobre a camada de roupas de cama.

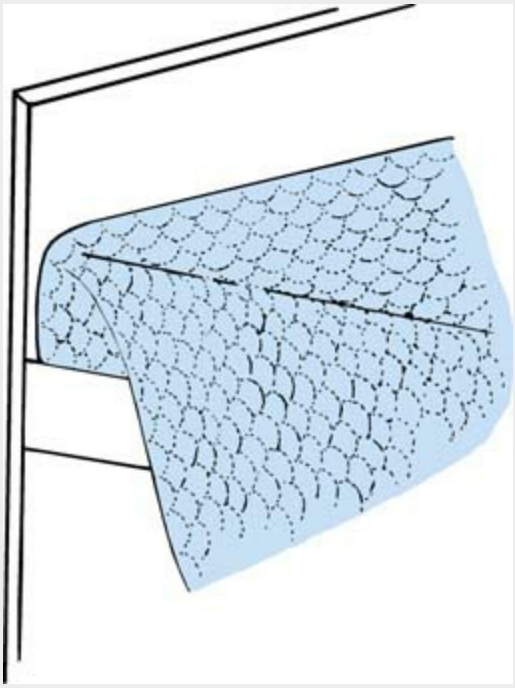
21. Remova a roupa de cama suja, dobrando-a em uma trouxa ou quadrado, com o lado sujo virado para dentro. Descarte-a no saco de roupa suja. Se necessário, limpe o colchão com solução antisséptica e seque a superfície do colchão antes de colocar a roupa de cama limpa.
22. Puxe a roupa de cama limpa dobrada em forma de leque delicadamente sobre a borda do colchão, da cabeceira para os pés do leito. Ajude o paciente a rolar de volta para a posição supina (se preferir). Reposicione o travesseiro.
23. Se estiver usando um lençol com elástico, puxe-o suavemente sobre as extremidades do colchão. Se estiver usando um lençol sem elástico, dobre o canto superior do lençol de baixo a 45 graus (Passos 16 a-g). Ao esconder o canto, certifique-se de que o lençol está esticado e sem rugas.
24. De frente para a lateral do leito, segure a borda restante do lençol sem elástico. Incline-se para trás, mantenha as costas retas e puxe, enquanto esconde o restante do lençol sob o colchão. Proceda da cabeceira para os pés do leito. (Evite levantar o colchão ao colocar o lençol, para garantir a firmeza.)
25. Alise o estrado dobrado em forma de leque sobre o lençol de baixo. Segure a borda do lençol com as palmas das mãos para baixo, incline-se para trás e esconda o lençol sob o colchão. Esconda do meio para cima e então para baixo.
26. Coloque o cobre-leito sobre o paciente, com a prega central longitudinalmente no meio do leito. Abra o cobre-leito da cabeceira para os pés e desdobre-o sobre o paciente. Peça ao paciente para segurar o cobre-leito limpo ou coloque sua ponta ao redor de seus ombros. Remova o protetor de banho e descarte-o no saco de roupa suja.
27. Coloque o cobertor no leito, desdobrando-o de modo que o vinco corra longitudinalmente ao longo do meio do leito. Desdobre o cobertor para cobrir o paciente. Certifique-se de que a borda superior esteja paralela à borda do cobre-leito e a 15 a 20 cm da borda do cobre-leito.

28. Coloque a colcha sobre o leito, de acordo com o Passo 27. Assegure-se de que a borda superior da colcha se estende cerca de 2,5 cm acima da borda do cobertor. Esconda a borda superior da colcha sob a borda superior do cobertor.
29. Faça uma dobra na borda do cobre-leito sobre a borda superior do cobertor e colcha.
30. Ficando em um dos lados nos pés do leito, levante o canto do colchão ligeiramente com uma das mãos e coloque a roupa de cama sob o colchão. Certifique-se de que as roupas de cama estão soltas o suficiente para permitir o movimento dos pés do paciente. Fazer uma prega horizontal nos pés é opcional (ver ilustração).



PASSO 30 Prega opcional para os pés.

31. Faça o canto modificado, dobrado em 45 graus com o cobre-leito, cobertor e colcha (siga os Passos 16 a-e). Depois de fazer a dobra triangular, não esconda a ponta do triângulo sob o colchão (ver ilustração).



PASSO 31 Dobra de canto de 45 graus modificada.

32. Levante a grade lateral. Arrume o outro lado do leito; abra o cobre-leito, o cobertor e a colcha uniformemente. Dobre a borda superior da colcha sobre o cobertor e faça uma dobra com o cobre-leito (Passos 28 e 29); faça o canto modificado dobrado em 45 graus no lençol do pé do leito (Passo 31).
33. Trocar a fronha:
    a. Peça ao paciente que levante a cabeça. Apoiando o pescoço com uma mão, retire o travesseiro. Permita que o paciente abaixe a cabeça.
    b. Remova a fronha suja, segurando o travesseiro na extremidade aberta com uma mão e puxando a fronha sobre o travesseiro com a outra mão. Descarte a fronha no saco de roupa suja.
    c. Segure a fronha limpa no centro da extremidade fechada. Enrugue a fronha, virando-a do avesso sobre a mão que a segura. Com a mesma mão, pegue no meio de uma extremidade do travesseiro. Puxe a fronha sobre o travesseiro com a outra mão.
    d. Certifique-se de que os cantos do travesseiro estão

encaixados uniformemente nos cantos da fronha. Coloque o travesseiro sob a cabeça do paciente.

34. Coloque a campainha de chamada ao alcance do paciente e retorne o leito a uma posição e altura confortáveis. Abra as cortinas do quarto e reorganize os móveis. Coloque os itens pessoais ao alcance na mesa sobre o leito ou mesinha de cabeceira.
35. Coloque a roupa suja no cesto. Retire as luvas (se usadas); descarte e realize a higiene das mãos.
36. Pergunte se o paciente se sente confortável.
37. Utilize esse tempo para inspecionar a pele em busca de áreas de irritação.

Quando possível, arrume o leito enquanto ele estiver desocupado (Quadro 40-17). Use o bom senso para determinar o melhor momento para o paciente sentar-se em uma cadeira para que o leito possa ser arrumado. Ao arrumar o leito desocupado, siga os mesmos princípios básicos para a arrumação do leito ocupado.

Quadro 40-17

Diretrizes para o procedimento

Arrumando um Leito Desocupado

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de arrumar um leito desocupado pode ser delegado a auxiliares e técnicos de enfermagem.

Material

Saco de roupa de cama suja, protetor de colchão (precisa ser trocado apenas quando estiver sujo), lençol de baixo (simples ou com elástico), estrado (opcional), cobre-leito, cobertor, colcha, protetor impermeável (*opcional*), fronhas, cadeira ou mesa de cabeceira,

luvas limpas (se a roupa de cama estiver suja), toalhas de papel ou pano e limpador antisséptico.

Passos

1. Se o paciente estiver incontinente ou se houver secreção em excesso na roupa de cama, são necessárias luvas.
2. Avalie as prescrições relacionadas com a atividade física ou restrições de mobilidade ao planejar se o paciente pode levantar do leito para o procedimento. Ajude-o na transferência para a cadeira ou poltrona na beira do leito.
3. Abaixe as grades laterais de ambos os lados da cama e eleve o leito a uma posição de trabalho confortável.
4. Retire a roupa de cama suja e coloque-a no saco de roupa suja. Evite chacoalhar ou balançar os lençóis.
5. Reposicione o colchão e retire toda a umidade com um pano ou toalha de papel umedecido em solução antisséptica. Seque bem.
6. Coloque o lençol de baixo de um lado do leito (antes de passar para o lado oposto):
   a. Certifique-se de que o lençol com elástico está colocado alisadamente sobre o colchão.
   b. Para colocar o lençol sem elástico, deixe uma borda de cerca de 25 cm pendurada sobre a borda do colchão. Certifique-se de que as costuras do lençol estão para baixo, emparelhadas com a borda inferior do colchão. Puxe a parte superior restante do lençol sobre a borda superior do colchão.
7. Permanecendo na cabeceira do leito, dobre o canto superior do lençol de baixo em um ângulo de 45 graus (Quadro 40-16, Passos 16a-f).
8. Esconda a parte restante do lençol sem elástico sob o colchão, da cabeça aos pés do leito.
9. *Opcional:* Coloque o estrado, com a dobra central ao longo da metade do leito longitudinalmente. Alise o estrado sobre o colchão e esconda o excesso de borda sob o colchão, mantendo

as palmas das mãos para baixo.

10. Mova para o lado oposto do leito e espalhe delicadamente o lençol de baixo sobre a borda do colchão, da cabeça aos pés do leito.
11. Coloque o lençol com elástico suavemente sobre cada canto do colchão. Em caso de lençol sem elástico, dobre o canto superior do lençol em um ângulo de 45 graus (Passo 7), certificando-se de que o canto está tensionado.
12. Segure a borda restante do lençol de baixo sem elástico e esconda-a bem sob o colchão, movendo-se da cabeceira para os pés do leito.
13. Coloque o estrado alisado sobre o lençol de baixo e esconda-o sob o colchão, primeiramente no meio, depois na parte superior e, em seguida, na parte inferior.
14. Se necessário, coloque um protetor impermeável sobre o lençol de baixo ou estrado.
15. Coloque o cobre-leito, com a prega vertical longitudinalmente no meio do leito. Abra o cobre-leito da cabeça para os pés, assegurando-se de que a borda superior está emparelhada com a margem superior do colchão.
16. Faça a dobra horizontal para os pés: permanecendo na parte inferior do leito, dobre 5 a 10 cm do cobre-leito em forma de leque em toda a largura do leito. Dobre o lençol de baixo sobre o cobre-leito, fazendo uma dobra de aproximadamente 15 cm na borda inferior do colchão.
17. Esconda a parte restante do lençol sob a parte inferior do colchão. Em seguida, coloque o cobertor sobre o leito, com a borda superior paralela à borda superior do cobre-leito e 15 a 20 cm abaixo da borda do lençol de baixo. (*Opcional:* Coloque uma colcha extra sobre o leito.)
18. Faça uma dobra virando a borda do cobre-leito para baixo, sobre a borda superior do cobertor e colcha.
19. Ficando de um lado dos pés do leito, levante o canto do colchão ligeiramente com uma mão; com a outra mão, esconda o cobre-leito, cobertor e a colcha sob o colchão. Certifique-se de

que a dobra para os pés não está puxada.

20. Faça uma dobra de canto de 45 graus modificado com o cobre-leito, cobertor e colcha. Depois de fazer uma dobra triangular, não esconda a ponta do triângulo (Quadro 40-16, Passo 31).
21. Vá para o outro lado do leito. Coloque o lençol, cobertor e colcha uniformemente. Faça a dobra com o cobre-leito e cobertor. Faça a dobra de canto modificado no pé do leito.
22. Coloque a fronha limpa (Quadro 40-16, Passo 33).
23. Coloque a campainha de chamada ao alcance do paciente sobre a grade lateral ou travesseiro e retorne o leito a uma altura que permita a transferência do paciente. Ajude-o a retornar para o leito.
24. Organize o quarto do paciente. Remova e descarte os suprimentos. Higienize as mãos.

O leito desocupado pode ser arrumado como um leito aberto ou fechado. No leito aberto, os cobre-leitos são dobrados para trás, de modo que fique mais fácil para o paciente deitar no leito. No leito fechado, o cobre-leito, cobertor e colcha são arrumados até a cabeceira do colchão e sob os travesseiros. O leito fechado é preparado no quarto de hospital antes da internação de um novo paciente no quarto. O leito de recuperação, cirurgia ou pós-operatório é uma versão modificada do leito aberto. O cobre-leito é organizado para facilitar a transferência do paciente da maca para o leito. O cobre-leito e a colcha não são dobrados ou colocados sob o colchão nos cantos. Em vez disso, são dobrados para um lado ou até o terço inferior do leito (Fig. 40-12). Isso faz que a transferência do paciente para o leito seja mais fácil.

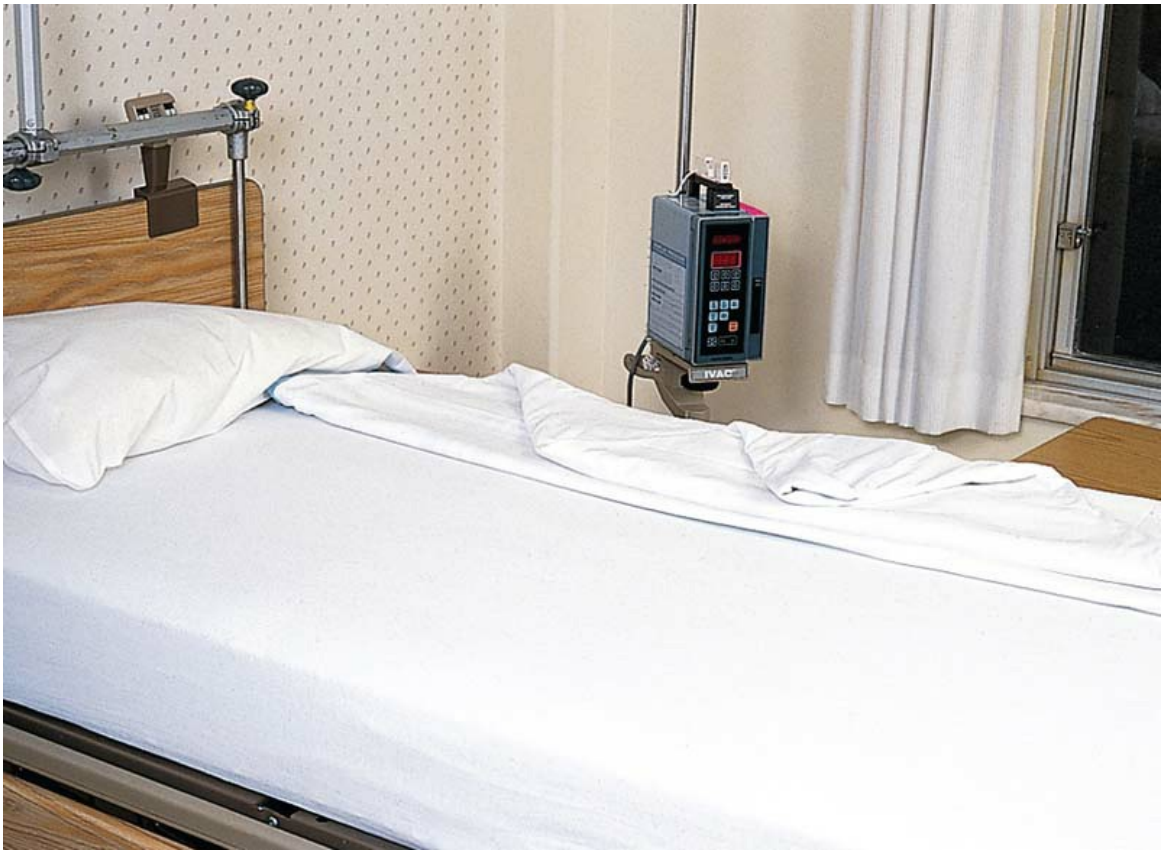


FIGURA 40-12 Leito cirúrgico ou de recuperação.

Lençóis

Muitas instituições têm "servidores de enfermagem" dentro ou fora do quarto do paciente, onde é armazenado um suprimento diário de lençóis. Devido à importância do controle de custos em cuidados de saúde, evite trazer roupa de cama em excesso para o quarto do paciente. Depois de trazê-la para o quarto do paciente, se esta não for usada, deverá ser lavada antes de ser usada novamente. O excesso de lençóis no quarto cria desordem e obstáculos para as atividades de atendimento ao paciente.

Antes de arrumar o leito, colete as roupas de cama necessárias e itens pessoais do paciente. Dessa forma, todos os equipamentos estarão acessíveis para a arrumação do leito e do quarto. Quando lençóis com elástico não estão disponíveis, lençóis comuns geralmente são passados de modo que seu vinco central seja colocado no centro do leito. O lençol desdobra-se facilmente para os lados, com os vincos

muitas vezes encaixando-se sobre a borda do colchão. Coloque lençóis limpos sempre que os antigos estiverem sujos.

Lide com os lençóis adequadamente para minimizar a disseminação de infecções (Cap. 29). As políticas da instituição fornecem diretrizes para a maneira correta de ensacar e dispor a roupa de cama suja. Depois que o paciente receber alta, a roupa de cama vai para a lavanderia e a faxineira limpa o colchão e o leito antes de uma roupa de cama limpa ser colocada.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelos Olhos do Paciente

Durante a avaliação foram coletadas informações sobre as expectativas de atendimento do paciente. Avalie as respostas do paciente às medidas de higiene durante e após cada intervenção de higiene para saber se o cuidado está sendo prestado de maneira aceitável (Fig. 40-13). Por exemplo, ao dar banho em um paciente, incentive-o a verbalizar qualquer desconforto, como água muito fria ou desconforto com o movimento. Para avaliar a satisfação do paciente com o seu cuidado, faça perguntas como: "Você acha que o seu banho o ajudou a se sentir mais confortável?", "Existem maneiras que podem fazer você se sentir menos cansado durante o seu banho?", "Você ficou satisfeito com o modo com que cuidamos do seu pé?" Estar ciente e atender as expectativas do paciente e quaisquer preocupações fomentam uma relação terapêutica de carinho.

Conhecimento

- Características da pele, mucosas, unhas, cabelo e órgãos dos sentidos em condições intactas e saudáveis
- Reconhecimento de que é necessário tempo para que o tegumento e outras estruturas cicatrizem

Experiência

- Avaliar as respostas do paciente aos cuidados de higiene

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Inspecione a condição do tegumento, unhas, cavidade oral e órgãos dos sentidos do paciente
- Determine se o nível de conforto do paciente pode melhorar
- Peça ao paciente para demonstrar a capacidade de autocuidado de higiene
- Pergunte ao paciente se suas expectativas estão sendo atendidas

Padrões

- Utilize os resultados esperados estabelecidos para avaliar a resposta do paciente ao tratamento (p.ex., melhora na integridade da pele, hidratação da mucosa) como padrões para a avaliação
- Meça todas as características, como o tamanho das lesões e o grau de edema, com exatidão e precisão

Atitudes

- Atue com disciplina, seja muito cuidadoso ao examinar o estado da pele e mucosas do paciente em busca de melhora

FIGURA 40-13 Modelo de pensamento crítico para Avaliação de enfermagem da higiene.

Resultados do Paciente

Avalie as respostas do paciente às medidas de higiene durante e após cada intervenção de higiene específica. Por exemplo, ao dar banho no paciente, inspecione a pele com cuidado para ver se as sujidades ou secreções foram efetivamente removidas. Após o banho, avalie se o paciente se sente mais confortável utilizando uma escala de dor (Cap. 44). Frequentemente, é preciso tempo para que os cuidados de higiene resultem em melhora na condição do paciente. A presença de lesões bucais, uma infestação do couro cabeludo ou escoriações na pele muitas vezes requerem repetição das medidas e uma combinação de intervenções de enfermagem. A base de conhecimento e experiência da enfermeira fornecem perspectivas importantes quando se analisam os dados de avaliação do paciente. Por exemplo, a observação frequente da pele ajuda a determinar a eficácia das práticas de higiene. Será que uma erupção melhorou? Ou uma lesão por pressão foi curada? O paciente é capaz de realizar os cuidados de higiene utilizando equipamentos adaptativos?

Para avaliar a capacidade de um paciente ou familiar para executar as medidas de higiene pessoal, utilize o método de "Ensino de Retorno". Por exemplo: "Eu quero ter certeza de que ficou claro para você por que os cuidados com os pés são tão importantes, já que você é diabético. Diga-me três coisas que você pode fazer para proteger seus pés de infecção?" Outro exemplo: "Nós conversamos sobre formas de prevenir o ressecamento da sua pele. Descreva-os para mim."

Se os resultados estabelecidos para o plano de cuidados não forem atingidos, é preciso revê-los. Continue aplicando atitudes de pensamento crítico ao considerar todos os resultados da avaliação. Quando os resultados não forem atingidos, faça perguntas ao paciente para determinar as alterações necessárias nas intervenções. Exemplos de perguntas incluem:

- O que o está impedindo de poder realizar o seu cuidado com os pés em casa?
- Que outras medidas você acha que são necessárias para manter sua boca limpa?
- O que acha que poderia ajudá-lo a ser mais independente com a sua higiene?

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é um papel fundamental da enfermeira. Para garantir a segurança do paciente, comunique-se claramente com os membros da equipe de saúde, avalie e incorpore as prioridades de cuidados e preferências do paciente e use as melhores evidências na tomada de decisões sobre os cuidados do seu paciente. Durante a realização dos procedimentos deste capítulo, lembre-se dos pontos a seguir para garantir o cuidado seguro e individualizado ao paciente.

- A fim de implementar a segurança do paciente para a prática, identifique-o utilizando dois identificadores (TJC, 2016).
- Sempre realize as medidas de higiene das áreas mais limpas para as menos limpas ou mais sujas. Isso muitas vezes requer que a enfermeira troque as luvas e higienize as mãos durante as atividades de cuidado.
- Use luvas limpas quando houver possibilidade de contato com a pele não intacta ou mucosas ou quando provavelmente houver contato com exsudatos, secreções, excreções ou sangue durante os cuidados de higiene.
- Quando utilizar água ou soluções para cuidados de higiene, certifique-se de testar a temperatura para evitar queimaduras.
- Utilize os princípios de mecânica corporal e manipulação segura do paciente para evitar lesões ao realizar os cuidados de higiene e reduzir o risco de danos a si ou aos outros (QSEN, 2014).
- Lembre-se de que você é responsável e presta contas pelos cuidados prestados. Forneça direcionamentos adequados aos

auxiliares e técnicos de enfermagem ao delegar tarefas e assegure-se de que eles são competentes com as medidas de higiene.

Procedimento 40-1 Banho e cuidado perineal

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de dar banho e prestar cuidados perineais pode ser delegado ao técnico de enfermagem. Instrua-o a:

- Evitar massagear áreas da pele avermelhadas.
- Realizar exercícios de amplitude de movimento (ADM) em pacientes capazes de tolerá-los.
- Informar a enfermeira sobre alterações ou primeiros sinais de integridade da pele prejudicada, incluindo vermelhidão ou palidez.
- Posicionar corretamente os pacientes com limitações musculoesqueléticas e cateter vesical de demora ou intravenoso (IV).
- Relatar se o paciente apresentar fadiga, falta de ar ou dor durante os cuidados de higiene.

Material

- Panos e toalhas de banho (*panos descartáveis opcionais*)
- Protetor de banho
- Sabonete e detergente ou gluconato de clorexidina (CHG) líquido (*panos de CHG opcionais*)
- Itens de higiene (desodorante, talco, loção, colônia).
  OBSERVAÇÃO: Ao usar o sabão de clorexidina, use uma loção aprovada para hospitais, como Aloe Vesta®.
- Papel ou lenços higiênicos
- Água morna
- Avental hospitalar limpo ou pijama ou roupa própria do paciente
- Saco de roupa suja
- Luvas limpas (quando houver risco de entrar em contato com fluidos corporais)

- Bacia (*opcional quando utilizar panos de clorexidina*)

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário), de acordo com a política da instituição.
2. Avaliar a tolerância do paciente ao banho: tolerância à atividade, nível de conforto durante os movin capacidade cognitiva, função musculoesquelética e a presença de falta de ar.
DECISÃO CLÍNICA: *Os pacientes com demência podem se tornar agitados e agressivos durante as atividades esses pacientes, como o uso de lenços umedecidos. Mantenha um ambiente calmo, tranquilo e silencioso utiliz*
3. Avaliar o estado visual, a capacidade de sentar sem apoio, a preensão manual e a amplitude de mov (ADM) dos membros do paciente.
4. Avaliar a presença de equipamentos (p.ex., cateter intravenoso [IV], tubo de oxigênio, cateter de Fole
5. Avaliar em busca de alergia ou sensibilidade a clorexidina.
6. Avaliar as preferências de banho do paciente: frequência e período do dia preferido, tipo de produto higiene usados e outros fatores relacionados com as preferências do paciente.
7. Perguntar se o paciente notou algum problema relacionado com a condição da pele e genitália: exces umidade, inflamação, secreção ou excreção de lesões ou cavidades corporais, erupções ou lesões na p
8. Antes ou durante o banho, avaliar a condição da pele do paciente. Observar a presença de ressecame indicado por descamação, vermelhidão, esfoliação e rachaduras.
9. Avaliar o conhecimento do paciente em relação à importância, às medidas preventivas a tomar e aos problemas comuns da higiene da pele.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Rever as prescrições por medidas de precaução específicas relacionada com a movimentação ou posicionamento do paciente.
2. Verificar se há prescrição médica de banho terapêutico; se houver, observe o tipo de solução, tempo banho e parte do corpo a ser atendida.
3. Explicar o procedimento e pedir sugestões ao paciente sobre como preparar os suprimentos. Em cas banho parcial, perguntar quais partes do corpo o paciente deseja que sejam lavadas. Se usar clorexidi explicar os benefícios na redução de infecções e que a solução deixa a pele com sensação pegajosa.
4. Preparar os equipamentos e materiais. Se for necessário sair do quarto, certificar-se de que a campai chamada está ao alcance do paciente.
IMPLEMENTAÇÃO
1. Banho de leito completo ou parcial
a. Avaliar a segurança do ambiente (p.ex. cheque derramamentos no quarto, assegure-se de que os

equipamentos estão funcionando corretamente e que o leito está na posição baixa e travada).

b. Fechar o quarto, a porta e as janelas; dividir o quarto com a cortina. Oferecer a comadre ou urinol
paciente. Fornecer papel higiênico.

c. Higienizar as mãos. Utilizar luvas limpas se a pele do paciente não estiver intacta ou estiver suja c
secreções, excreções ou fluidos corporais. Certificar-se de que o paciente não é alérgico ao látex.

d. Verificar se o leito está na posição travada e elevá-lo a uma altura de trabalho confortável. Abaixa
grade lateral do lado mais próximo a você e ajudar o paciente a ficar em decúbito dorsal de modo
confortável, mantendo o alinhamento do corpo. Trazer o paciente para a lateral mais próxima de v

e. Colocar o protetor de banho sobre o paciente e soltar e remover o cobre-leito sem expô-lo. Se possí
pedir ao paciente para segurar a ponta do protetor de banho. Colocar o lençol sujo no saco de roup
Tomar cuidado para que o lençol não toque o seu uniforme. *Opcional*: Usar o cobre-leito quando o
protetor de banho não estiver disponível ou o paciente preferir.

f. Remover a camisola ou pijama do paciente.

(1) Se estiver usando aventais com laços ou fechos nas mangas para o paciente com cateter IV, lesã
membro superior ou ADM limitada, simplesmente abrir ou desatar e remover o avental.

(2) Se estiver usando uma camisola comum e o paciente tiver ADM dos membros superiores limita
um acesso IV, retirar o avental *primeiramente pelo lado não afetado.*

(3) Retirar a camisola do braço com cateter IV (ilustrações A–C). Remover o equipo IV do suporte
equipo e deslizar o frasco IV e o equipo pelo braço do aventalda camisola do paciente. Rependu
frasco IV e verificar a velocidade de vazão (ilustração D). Regular, se necessário.

(4) Se estiver utilizando uma bomba IV, desligá-la, colocar a pinça do equipo, remover o equipo da
e proceder como no Passo 3). Reinserir o equipo na bomba, soltar a pinça do equipo e ligar a bo
velocidade correta. Observar a velocidade de fluxo e regulá-la, se necessário. *Não desconectar o eq*

g. Elevar a grade lateral. Abaixar o leito temporariamente para a posição mais baixa e levantar a uma
de trabalho confortável ao retornar, após encher dois terços da bacia com água morna. (*Opção:* se e
usando solução clorexidina a 4%, despejar o frasco de uso único na bacia.) Colocar a bacia e os ma
na mesa na lateral do leito. Verificar a temperatura da água e pedir também ao paciente para coloc
dedos na água para testar a tolerância à temperatura. Colocar o recipiente plástico de loção de ban
água do banho para aquecê-lo, se desejado.

h. Abaixar a grade lateral, retirar o travesseiro, se tolerado, e elevar a cabeceira do leito a 30–45 graus
permitido. Colocar a toalha de banho sob a cabeça do paciente. Colocar a segunda toalha de banho
o tórax do paciente.

PASSOS 1F(3) **A**, Retire a camisola do paciente. **B,** Remova o equipo IV do suporte de equipo. **C,** Deslize o equipo

i. Lavar o rosto

DECISÃO CLÍNICA: *Se estiver usando solução de clorexidina na água do banho, não a utilize para lavar o ros*

(1) Perguntar se o paciente está usando lentes de contato.

(2) Dobrar o pano ao redor dos dedos de sua mão, formando uma luva (ilustração). Mergulhar a na água e torça bem.

(3) Lavar os olhos do paciente com água morna limpa. Utilizar uma parte diferente da luva para olho. Mover a luva do canto interno para o externo do olho (ilustração). Umedecer quaisquer da pálpebra por 2 a 3 minutos com o pano úmido antes de tentar a remoção. Secar os olhos completamente, mas delicadamente.

(4) Quando usar sabonete e água, perguntar ao paciente se ele prefere usar sabonete no rosto. Ca lavar, enxaguar e secar a testa, bochechas, nariz, pescoço e orelhas sem o uso de sabonete. (Os homens podem desejar fazer a barba neste momento ou esperar até depois do banho.)

j. Lavar o tronco e membros superiores.

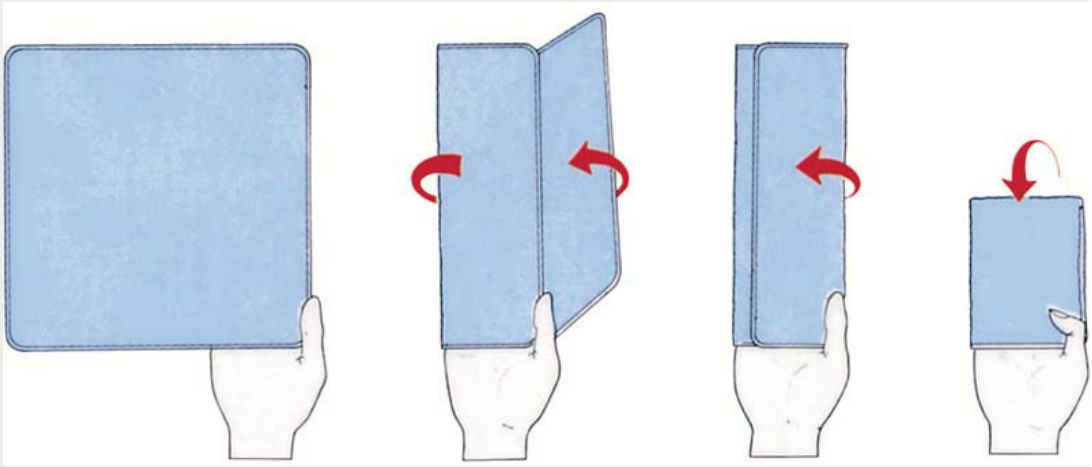
(1) Retirar o protetor de banho do braço do paciente que está mais próximo de você. Colocar a to banho longitudinalmente sob o braço. Lavar o braço com água e sabonete usando passadas lo firmes, das áreas distais para as proximais (dos dedos para a axila).

(2) Elevar e apoiar o braço acima da cabeça (se possível) para lavar, enxaguar e secar bem a axila (ilustração). Aplicar desodorante ou talco nas axilas, se desejado ou necessário.

(3) Ir para o outro lado do leito e repetir os Passos 1) e 2) com o outro braço.

(4) Colocar a toalha de banho no tórax do paciente de modo a cobrir o tórax e os braços e dobrar protetor de banho até o umbigo. Levantando a borda da toalha do tórax com uma mão, lavar com o pano em luva na outra mão, usando passadas longas e firmes. Tomar especial cuidado lavar as dobras de pele sob os seios femininos. Muitas vezes, é necessário levantar os seios ao sob eles. Manter o tórax do paciente coberto entre os períodos de lavar e enxaguar. Lavar e se bem.

k. Lavar as mãos e unhas.



PASSO 1I(2) Passos para dobrar o pano formando uma luva.

PASSO 1I(3) Lave o olho do canto interno para o externo.

(1) Dobrar a toalha de banho ao meio e colocá-la no leito ao lado do paciente. Colocar a bacia na to
Mergulhar a mão do paciente na água. Deixar que a mão fique de molho por 2 a 3 minutos antes
lavar as mãos e unhas. Retirar a bacia e secar bem a mão. Repetir o procedimento com a outra m

l. Verificar a temperatura da água do banho e trocar a água quando ela estiver fria ou com sabonet
(Seguir a política da instituição em relação a trocar a água quando estiver usando solução de
clorexidina.)

DECISÃO CLÍNICA: *Se o paciente estiver em risco de queda, certifique-se de que as duas grades laterais esta*
quando for necessário deixar a cabeceira. OBSERVAÇÃO: Manter todas as grades laterais elevadas é conside

m. Lavar o abdome.

(1) Colocar a toalha de banho longitudinalmente ao longo do tórax e abdome (podem ser necess
duas toalhas). Dobrar o protetor de banho até um pouco acima da região pubiana. Com uma m
levantar a toalha de banho. Com a mão com a luva de pano, lavar e enxaguar o abdome, dand
especial atenção ao umbigo e às dobras do abdome e virilha. Movimentar-se de um lado para
Manter o abdome coberto entre lavar e enxaguar. Lavar e secar bem.

(2) Colocar o avental ou pijama limpo. Se um membro estiver ferido ou imobilizado, vestir prim
lado afetado. (Esse passo pode ser omitido até a conclusão do banho; o avental não deve sujar
durante o resto do banho.)

n. Lavar os membros inferiores.

(1) Cobrir o tórax e o abdome com a parte superior do protetor de banho. Cobrir as pernas com a
inferior do protetor. Expor a perna próxima dobrando o protetor em direção à linha média.
Certificar-se de manter a outra perna e o períneo cobertos.

(2) Colocar a toalha de banho sob a perna, segurando a perna no joelho e tornozelo. Se for o caso
colocar o pé do paciente de molho na bacia de banho durante a lavagem e enxaguar (dobrar a
do paciente no joelho; segurando o calcanhar, elevar um pouco a perna do colchão e colocar a
de banho sobre a toalha). Se o paciente for incapaz de sustentar a perna, a limpeza pode ser fe
lavando-se os pés cuidadosamente com um pano.

DECISÃO CLÍNICA: *Se o paciente tem diabetes ou doença vascular periférica com prejuízo na circulação e/ou predispor a infecções.*

~~(3) Lavar as pernas utilizando passadas longas e firmes, do tornozelo ao joelho e do joelho até a~~ (ilustração). Não esfreguar nem massagear a parte de trás da panturrilha. Lavar e secar bem. I os pés, certificando-se de lavar entre os dedos. Lavar e secar bem os dedos e os pés. Limpar e as unhas, se necessário (Procedimento 40-2). Retirar e descartar a toalha.

PASSO 1N(3) Lavando a perna.

(4) Levantar a grade lateral, mover-se para o lado oposto do leito, abaixar a grade lateral e repetir Passos 2) e 3) para a outra perna e pé. Se a pele estiver seca, aplicar creme hidratante. Ao termin cobrir o paciente com o protetor de banho.

DECISÃO CLÍNICA: *Não usar passadas longas e firmes para lavar os membros inferiores de pacientes com h sanguínea. Em vez disso, utilizar movimentos curtos e leves.*

o. Cobrir o paciente com o protetor de banho, elevar a grade lateral para segurança do paciente, re as luvas sujas e/ou higienizar as mãos. Trocar a água do banho.

p. Fornecer a higiene perineal.

(1) Se o paciente for capaz de manobrar e segurar o pano, permitir que ele próprio limpe o seu p

DECISÃO CLÍNICA: *É seguro utilizar clorexidina no períneo e na mucosa externa (AHRQ, 2013).*

(2) Paciente do sexo feminino

(a) Colocar um par de luvas limpas. Abaixar a grade lateral. Ajudar a paciente a ficar em decú dorsal. Observar as restrições ou limitações no posicionamento da paciente. Colocar um pro impermeável sob as nádegas da paciente. Cobrir a paciente com o protetor de banho coloca forma de um diamante. Levantar a borda inferior do protetor de banho para expor o períne (ilustração).

(b) Dobrar o canto inferior do protetor de banho entre as pernas da paciente até o abdome. La secar a parte superior das coxas da paciente.

(c) Lavar os grandes lábios. Usar a mão não dominante para retrair suavemente os lábios da c com a mão dominante, lavar cuidadosamente as dobras cutâneas. Limpar na direção do per para o reto. Repetir no lado oposto com outra parte do pano. Lavar e secar a área completar

(d) Separar delicadamente os lábios com a mão não dominante para expor o meato uretral e o vaginal. Com a mão dominante, lavar da área pubiana para o reto, em uma passada suave (ilustração). Lavar o meio e ambos os lados do períneo. Usar uma nova parte do pano a cad passada. Limpar cuidadosamente em torno dos pequenos lábios, clitóris e orifício vaginal. E tensionamento da sonda vesical de demora, se houver, e limpar minuciosamente a área em

dela.

(e) Fornecer cuidados ao cateter, conforme necessário (Cap. 46)

(f) Enxaguar a área abundantemente. Pode-se usar a comadre e despejar água morna sobre a á
perineal. Secar bem de frente para trás.

(g) Dobrar o canto inferior do protetor de banho de novo para a região entre as pernas da paci
sobre o períneo. Pedir à paciente para abaixar as pernas e assumir uma posição confortável.

PASSO 1P(2)(A) Cubra a paciente para o cuidado perineal.

(3) Paciente do sexo masculino

(a) Colocar um par de luvas limpas. Abaixar a grade lateral. Ajudar o paciente a ficar em decú dorsal. Observar qualquer restrição de mobilidade.

(b) Dobrar a metade inferior do protetor de banho para expor as coxas. Lavar e secar as coxas.

(c) Cobrir as coxas com toalhas de banho. Levantar o protetor de banho para expor a genitália Levantar delicadamente o pênis e colocar a toalha de banho sob ele. Segurar gentilmente a l pênis. Se o paciente não for circuncidado, retrair o prepúcio (ilustração). Se o paciente tiver ereção, adiar o procedimento.

(d) Lavar primeiramente o meato uretral da ponta do pênis. Usando movimentos circulares, li do meato para fora (ilustração). Descartar o pano e repetir com um pano limpo até que o pê esteja limpo. Lavar e secar delicadamente.

(e) Retornar o prepúcio à sua posição natural. Isso é extremamente importante em pacientes c sensibilidade diminuída nos membros inferiores.

(f) Limpar delicadamente a haste do pênis e o escroto, mantendo o paciente com as pernas abduzidas. Prestar atenção especial à superfície subjacente do pênis. Levantar o escroto com cuidado e lavar as dobras cutâneas subjacentes. Lavar e secar bem.

(g) Evitar o tensionamento do cateter de demora, se houver, e limpar minuciosamente a área e torno dele. Prestar cuidados ao cateter (Cap. 46).

q. Remover as luvas sujas e descartar no lixo; levantar a grade lateral antes de deixar a cabeceira d para descartar a água e pegar água limpa.

r. Lavar as costas (isso é feito após o cuidado perineal tanto em pacientes do sexo feminino quanto masculino).

(1) Higienizar as mãos e colocar um par de luvas limpas. Abaixar a grade lateral. Ajudar a pacie ficar em decúbito ventral ou lateral (quando aplicável). Colocar a toalha longitudinalmente ao

da lateral do paciente e mantê-lo coberto com o protetor de banho.

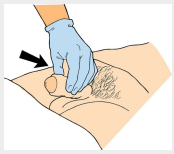
(2) Manter o paciente coberto deslizando o protetor de banho sobre os ombros e coxas durante o
Lavar, enxaguar e secar as costas, do pescoço até as nádegas, usando movimentos longos e fir

(3) Em seguida, limpar das costas para as nádegas e o ânus. Fazer com que o paciente permaneç
decúbito ventral ou lateral e mantê-lo coberto para evitar resfriamento. Limpar o ânus e as ná

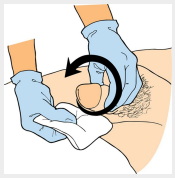
(4) Se houver presença de material fecal, colocá-lo em uma dobra do pano ou papel higiênico e r
com lenços descartáveis.

(5) Limpar as nádegas e ânus, lavando de frente para trás (ilustração). Limpar, enxaguar e secar
área. Se necessário, colocar um absorvente limpo sob as nádegas do paciente. Retirar as luvas
contaminadas. Levantar a grade lateral e higienizar as mãos.

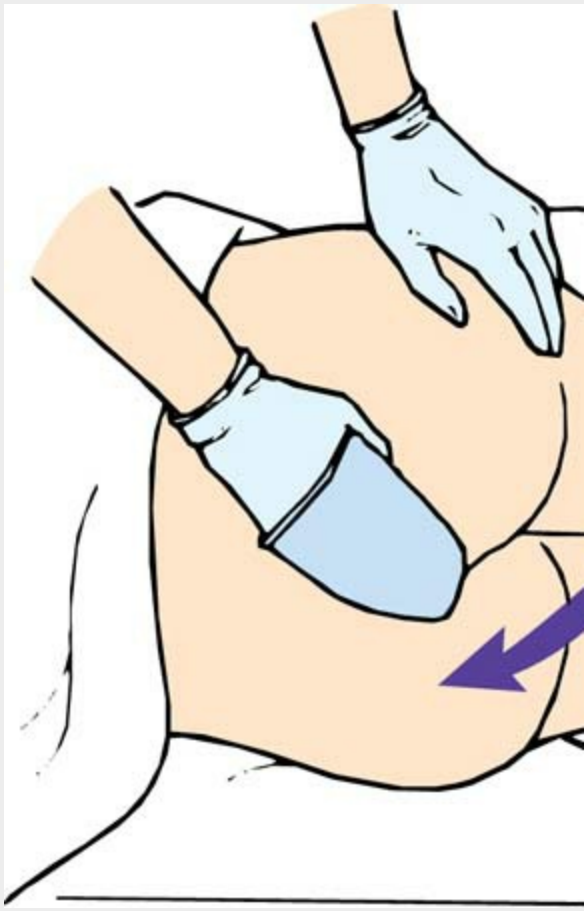
(6) Voltar para o leito e abaixar a grade lateral; realizar uma massagem nas costas.



PASSO 1P(3)(C) Retraia o prepúcio.



PASSO 1P(3)(D) Use um movimento circular para limpar a ponta do pênis.



PASSO 1R(5) Limpe as nádegas da frente para trás.

s. Aplicar loção corporal ou óleo adicional à pele do paciente, conforme necessário.

t. Retirar a roupa suja e colocar no saco de roupa suja. Limpar e trocar os equipamentos de banho. as mãos.

u. Ajudar o paciente a se vestir. Pentear o cabelo do paciente. As mulheres podem querer passar maquiagem. Ajudar conforme necessário.

v. Arrumar o leito do paciente (Quadros 40-16 e 40-17).

w. Verificar a função e posição de dispositivos externos (p.ex., cateteres uretrais, sondas nasogástri cateteres IV).

x. Colocar o leito na posição mais baixa.

y. Recolocar a campainha de chamada e os objetos pessoais. Deixar o espaço tão limpo e confortáv quanto possível.

z. Higienizar as mãos.

2. Banho de saco comercial ou pacote para banho de clorexidina

a. O pacote para banho contém de oito a 10 toalhas de limpeza pré-umedecidas. Aquecer o conteú embalagem no microondas, seguindo as instruções da embalagem. Se estiver utilizando as toalh comerciais ou de clorexidina aquecidas para limpar o paciente, verificar a temperatura da toalha de usar. As luvas diminuem a sensação do calor.

b. Usar todas as toalhas de clorexidina na seguinte ordem (ilustração):

- Toalha 1: Pescoço, ombros e peito
- Toalha 2: Braços, mãos, espaço entre os dedos e axilas
- Toalha 3: Abdome e, em seguida, virilha/períneo
- Toalha 4: Perna direita, pé direito e espaço entre os dedos
- Toalha 5: Perna esquerda, pé esquerdo e espaço entre os dedos
- Toalha 6: Atrás do pescoço, costas e nádegas

c. Massagear a pele firmemente ao usar as toalhas. Deixar a pele secar ao ar livre durante 30 segun
Não enxaguar. É permitido cobrir levemente o paciente com uma toalha de banho para evitar
resfriamento.

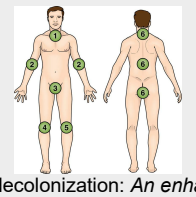
d. OBSERVAÇÃO: Se houver muita sujeira (p.ex., na região perineal), utilizar uma toalhinha extra
panos convencionais, sabonete, água e toalhas.

3. Banho de banheira ou chuveiro

a. Considerar a condição do paciente e rever as prescrições para precauções relativas à movimenta
ao posicionamento.

b. Programar o uso do chuveiro ou banheira.

c. Verificar a limpeza da banheira ou chuveiro. Utilizar as técnicas de limpeza descritas na política
instituição. Colocar um tapete de borracha na banheira ou no assoalho do chuveiro. Colocar um
de banho descartável ou toalha no chão, na frente da banheira ou chuveiro.



PASSO 2B Utilizando lenços de clorexidina para banho. (Retirado de Universal ICU decolonization: *An enhanced pr*
September 2013, Agency for Healthcare Research and Quality.)

d. Coletar todos os auxiliares de higiene, artigos de higiene e roupas de cama solicitados pelo paci
Colocar em um local que seja fácil acessar de dentro da banheira ou chuveiro.

e. Ajudar o paciente a se deslocar até o banheiro, se necessário. O paciente estará vestindo roupão
chinelos.

f. Demonstrar como usar a campainha de chamada para solicitar assistência.

g. Colocar um sinal de "ocupado" na porta do banheiro.

h. Encher a banheira até a metade com água morna. Verificar a temperatura da água do banho, pe
paciente que teste a água e ajustar a temperatura se a água estiver muito quente. Explicar qual t
controla a água quente. Se o paciente for tomar uma ducha, ligar o chuveiro e ajustar a temperat
água antes do paciente entrar no chuveiro. Usar a cadeira de chuveiro ou de banheira, se necess
(ilustração).

i. Instruir o paciente a usar as barras de segurança ao entrar e sair da banheira ou chuveiro. Instrui
também a puxar a campainha para pedir ajuda (se disponível). Alertar o paciente contra o uso d
de banho na água da banheira.

j. Instruir o paciente a não permanecer na banheira mais de 10 a 15 minutos. Verificá-lo a cada 5 m

k. Retornar ao banheiro quando o paciente chamar e bater antes de entrar.

l. Para o paciente instável, drenar a água da banheira antes que ele saia. Colocar a toalha de banho os ombros do paciente. Ajudá-lo a sair da banheira, quando necessário, e a se secar.

DECISÃO CLÍNICA: *Pacientes fracos ou instáveis precisam de ajuda extra para sair da banheira. O planejame paciente. Equipamento de elevação pode ser utilizado para a transferência. Verifique a política da instituição.*

m. Ajudar o paciente, se necessário, a se vestir com o avental ou pijama limpo, chinelos e roupa (e de ambiente domiciliar, o paciente pode colocar roupa comum).

n. Ajudar o paciente a ir para o quarto e ficar em uma posição confortável no leito ou cadeira.

o. Limpar a banheira ou chuveiro de acordo com a política da instituição. Remover a roupa suja e la no saco de roupa suja. Descartar o material descartável em recipiente adequado. Colocar uma de "desocupado" na porta do banheiro. Retornar os suprimentos para a área de armazenamento

p. Higienizar as mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observar a pele, dando especial atenção às áreas anteriormente sujas, avermelhadas, secas ou mos os primeiros sinais de solução de continuidade.

2. Observar a ADM durante o banho.

PASSO 3H Cadeira de chuveiro para a segurança do paciente.

3. Pedir ao paciente que classifique o seu nível de conforto.

4. Pedir ao paciente que classifique o seu nível de fadiga.

5. Utilize o método "***Ensino de Retorno***" para determinar se o paciente e os familiares compreendera importância dos cuidados de higiene para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde. Perguntar o seguinte: "Nós falamos sobre por que é importante para você tomar banho diariament enquanto está no hospital. Você pode me explicar por que estamos usando panos de banho para o banho? Você pode me explicar o que você pretende fazer para ter certeza de que a área ao redor da ferida está lavada corretamente quando você voltar para casa?." Revise suas instruções nesse mom ou desenvolva um plano para orientar o paciente caso ele não seja capaz de se lembrar corretamen

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. A pele apresenta áreas de ressecamento excessivo, erupções cutâneas ou lesões por pressão.
   - Realize uma avaliação da lesão por pressão (Cap. 48).
   - Aplique loções hidratantes ou aplicações tópicas à pele, de acordo com a política da instituição.
   - Limite a frequência de banhos completos. Pode se tornar necessário (se o paciente tiver sensibilid
   - Solicite uma superfície de leito especial se o paciente estiver em risco de solução de continuidade
2. O paciente torna-se excessivamente cansado ou incapaz de colaborar ou participar do banho.
   - Reprograme o banho para um momento em que o paciente esteja mais descansado.
   - Forneça travesseiros ou eleve a cabeceira do leito durante o banho para o paciente com dificulda
   - Notifique o médico, se isso representar uma mudança no nível de fadiga do paciente.
   - Realize as medidas de higiene em etapas, entre os períodos programados para descanso.

3. O reto, períneo ou área genital estão inflamados ou inchados ou têm odor fétido.
   - Lave a área perineal com frequência suficiente para mantê-la limpa e seca.
   - Solicite uma prescrição para um banho de assento.
   - Aplique pomada ou creme de barreira protetora anti-inflamatório.
   - Relate os achados ao médico.

REGISTRO E RELATO

- Informe quaisquer irritações na pele, soluções de continuidade na pele ou ulcerações à enfermeira res
  circulação de membros inferiores.
- Relate a intolerância à atividade para a enfermeira do paciente.
- Registre o procedimento, a quantidade de assistência prestada, a participação do paciente no cuidado
  avermelhadas, rupturas na pele, inflamações, ulcerações).
- Documente sua Avaliação sobre a aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Avalie área da banheira e do chuveiro do paciente para a necessidade de dispositivos de segurança (
- Avalie o paciente quanto à necessidade de dispositivos de apoio ao banho (p.ex., esponja de cabo lon

Procedimento 40-2 Realizando os cuidados com as unhas e os pés

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de cuidados com as unhas e os pés dos pacientes sem problemas circulatórios ou diabetes pode ser delegado ao técnico de enfermagem. Instrua-o a:

- Não cortar as unhas dos pés do paciente.
- Usar água morna, não quente, para imergir as unhas.
- Não imergir os pés dos pacientes que têm diabetes ou doença vascular periférica.
- Informar quaisquer alterações que possam indicar inflamação ou lesão tecidual.

Material

- Bacia de banho
- Cuba rim
- Pano de banho
- Toalha de banho ou de rosto
- Cortadores de unha

- Escova macia de unha ou cutícula
- Palito de plástico laranja
- Lixa de unhas
- Loção corporal
- Tapete de banho descartável (opcional)
- Toalhas de papel
- Luvas limpas (se houver secreção)
- Saco para roupa suja

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário), de acordo com a política da instituição.
2. Higienizar as mãos. Colocar luvas limpas se houver secreção. Inspecione todas as superfícies dos de e unhas. Preste atenção especial às áreas de ressecamento, inflamação ou rachaduras. Inspecionar tam áreas entre os dedos dos pés, calcanhares e solas dos pés.
DECISÃO CLÍNICA: *Os pacientes com doenças vasculares periféricas ou diabetes melito, idosos e pacientes de um especialista de unhas, a fim de reduzir o risco de lesão tecidual e infecção. Nesses casos, adie os cuida*
3. Avaliar cor e temperatura dos dedos, pés e dedos. Avaliar o enchimento capilar das unhas. Palpar os radial e ulnar de cada mão e o pulso dorsal do pé; anotar as características dos pulsos (Cap. 31).
4. Perguntar às pacientes do sexo feminino se elas utilizam esmalte e removedor de esmalte com frequ
5. Avaliar o tipo de calçado usado pelo paciente: o paciente usa meias? Os sapatos estão apertados ou r ajustados? A paciente usa ligas ou meia fina na altura do joelho? O calçado está limpo?
6. Identificar o risco do paciente ter problemas nos pés ou unhas:
a. Idosos
b. Diabetes melito, doença vascular periférica
c. Insuficiência cardíaca, doença renal

d. Acidente vascular cerebral (AVC)

7. Avaliar o tipo de remédio que o paciente usa para os problemas existentes nos pés:

a. Utiliza preparações líquidas de venda livre, sem prescrição médica, para remover calos

b. Corta calos ou calosidades com lâmina de barbear ou tesoura

c. Usa amortecedores ovais para calos

d. Coloca fita adesiva

8. Avaliar a capacidade do paciente de cuidar das unhas e pés: alterações visuais, fadiga e fraqueza musculoesquelética.

9. Avaliar o conhecimento do paciente sobre as práticas de cuidados com os pés e unhas.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Obter uma prescrição médica para cortar as unhas, se a política da instituição assim exigir.

2. Explicar o procedimento, incluindo a necessidade de imersão, o que requer vários minutos.

3. Coletar os materiais adequados.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienizar as mãos. Colocar luvas se lesões ou secreções estiverem presentes ou forem esperadas.

2. Organizar o material sobre a mesa de cabeceira.

3. Fornecer privacidade, fechando as cortinas ao redor do leito ou fechando portas.

4. Auxiliar o paciente ambulatorial a sentar-se na cadeira ao lado do leito. Ajudar o paciente restrito ao ficar em decúbito dorsal, com a cabeceira do leito elevada. Colocar tapetes de banho descartáveis ou t no chão, sob os pés do paciente, ou colocar a toalha no leito.

5. Encher a bacia de banho com água morna. Verificar a temperatura da água.

6. Colocar a bacia no tapete de banho ou toalha e ajudar o paciente a colocar o pé na bacia. Colocar a campainha de chamada ao alcance do paciente.

DECISÃO CLÍNICA: *A imersão dos pés de pacientes com diabetes melito ou doença vascular periférica não é*

ao ressecamento da pele (ADA, 2014), levando a colapso do tecido e infecção.

7. Ajustar a mesa sobre o leito na posição mais baixa e colocá-la no colo do paciente (paciente sentado r cadeira ou deitado no leito)

8. Encher a cuba rim com água morna e colocá-la sobre toalhas de papel na mesa sobre o leito.

9. Instruir o paciente a colocar os dedos na cuba rim e os braços em uma posição confortável.

10. Deixe que os pés e unhas do paciente fiquem de molho por 10 a 20 minutos. Reaquecer a água após minutos.

11. Limpar delicadamente sob as unhas com um palito de plástico, com os dedos imersos em água na b em seguida, secar os dedos completamente (ilustração).

12. Usando cortadores de unhas, cortar as unhas retas e alinhadas com as pontas dos dedos; verificar a da instituição sobre o corte de unhas (ilustração). Usando uma lixa, deixá-las em formato reto. Se o pa tiver problemas circulatórios, não cortar as unhas, somente lixá-las.

13. Usar uma escova macia de cutícula ou unha em torno das cutículas. Não empurrar as cutículas com ou cortá-las.

14. Afastar a mesa sobre o leito do paciente.

15. Colocar luvas limpas e esfregar as áreas calejadas dos pés com um pano.

16. Limpar delicadamente sob as unhas com o palito de plástico. Remover os pés da bacia e secar bem.

17. Limpar e aparar as unhas dos pés usando os procedimentos descritos nos Passos 11 e 12. Não lixar cantos das unhas dos pés. Verificar a política da instituição relacionada com o aparo das unhas dos pacientes.

18. Aplicar loção nos pés e mãos e ajudar o paciente a voltar para o leito e assumir uma posição confort

19. Retirar as luvas limpas e colocá-las em um recipiente. Limpar e devolver os equipamentos e suprim ao local adequado. Descartar a roupa suja no cesto. Higienizar as mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Inspecionar as unhas e superfícies de pele ao redor após imergir e cortas as unhas.

PASSO 11 Limpe sob as unhas.

2. Pedir ao paciente para explicar ou demonstrar os cuidados com as unhas.

3. Observar a marcha do paciente após os cuidados com as unhas.

4. Utilize o método "***Ensino de Retorno***" para determinar se o paciente e os familiares compreenderam riscos envolvidos nos cuidados das unhas. Perguntar o seguinte: "Eu quero ter certeza de que você es ciente dos problemas que pode ter se não cuidar das suas unhas corretamente. Você pode me falar co você pode adquirir uma infecção?." Revise suas instruções nesse momento ou desenvolva um plano p orientar o paciente caso ele não seja capaz de se lembrar corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. As cutículas e tecidos circundantes estão inflamados e sensíveis ao toque.
   - São necessárias imersões repetidas para aliviar a inflamação e soltar as camadas de células da pele.
   - Os pacientes com doença vascular periférica ou diabetes muitas vezes precisam de encaminhamen
   - Avalie a necessidade de creme antifúngico.
2. Ocorrem áreas localizadas de sensibilidade nos pés, com calos ou calosidades nos pontos de atrito.
   - É necessário recomendar uma mudança do calçado.
   - Encaminhe a um podólogo ou enfermeiro responsável.
3. A lesão aparece entre os dedos ou em outras áreas sob pressão no pé.
   - Notifique o médico ou enfermeiro responsável.
   - Implemente intervenções adequadas para lesões de pressão (Cap. 48).
   - Encaminhe a um podólogo ou enfermeiro com formação em cuidados com os pés.
   - Aumente a frequência de avaliação e higiene dos pés.

REGISTRO E RELATO

- Registre o procedimento e observações (p.ex., soluções de continuidade na pele, inflamação, lesões
- Comunique quaisquer soluções de continuidade na pele ou lesões à enfermeira responsável ou mé

doenças nas quais a circulação do paciente está prejudicada. Muitas vezes, é necessário tratamento
- Documente a sua avaliação da aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Se o paciente tem diabetes ou diminuição da circulação periférica, realize o procedimento somente
- Terapias alternativas: a aplicação de Moleskin® nas áreas dos pés que se encontram sob atrito é me adesivos circulares protegem contra o atrito, mas não têm acolchoamento para proteger contra a p dedos do pé reduz a irritação de calos moles entre os dedos.
- Se o paciente deambula, instrua-o a mergulhar os pés na banheira. Quando a mobilidade do pacier

Procedimento 40-3 Realizando cuidados bucais no paciente inconsciente ou debilitado

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de realizar cuidados de higiene bucal em um paciente inconsciente ou debilitado pode ser delegado ao técnico de enfermagem. A enfermeira deve avaliar o risco de aspiração do paciente através da determinação da presença de reflexo faríngeo. Instrua o auxiliar ou técnico de enfermagem a:

- Posicionar adequadamente o paciente para diminuir a chance de aspiração.
- Utilizar de modo seguro o cateter de sucção oral para remoção de secreções bucais (Procedimento 40-1).
- Relatar à enfermeira sinais de integridade prejudicada da mucosa oral.
- Informar à enfermeira sobre quaisquer sangramentos da mucosa ou gengivas, reação dolorosa do paciente, tosse excessiva ou obstrução das vias respiratórias.

Material

- Solução antibacteriana (p.ex., enxaguatório e creme com clorexidina a 0,12%) (requer prescrição médica) (Sedwick et al., 2012)
- Pequenas escovas de dentes pediátricas de cerdas macias ou esponjas Toothette® a pacientes para os quais a escovação é contraindicada

- Espátula de língua
- Lanterna
- Toalha de banho
- Pequena via aérea oral
- Toalhas de papel
- Cuba rim
- Copo com água fria
- Protetor labial solúvel em água
- Seringa de bulbo pequena ou equipamento de aspiração (necessário para pacientes com reflexo faríngeo pobre ou ausente)
- Luvas limpas

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário), de acordo com a política da instituição.
2. Higienizar as mãos. Colocar luvas limpas.
3. Avaliar o risco do paciente para problemas de higiene bucal (Tabela 40-3).
4. Testar a presença de reflexo faríngeo, colocando a espátula de língua na metade posterior da língua paciente. Não colocar os dedos na língua do paciente.
5. Use a espátula de língua e a lanterna para inspecionar a condição da cavidade oral (Cap. 31).
6. Avaliar a respiração do paciente.
7. Retirar as luvas. Higienizar as mãos.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Explicar o procedimento ao paciente, mesmo se ele estiver inconsciente.
2. Separar o material adequado.
3. Colocar toalhas de papel na mesa sobre o leito e organizar o material. Se necessário, ligar o aparelho sucção e conectar o tubo ao cateter de aspiração.

4. Puxar as cortinas ao redor do leito ou fechar a porta do quarto.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Exceto se contraindicado (p.ex., traumatismo craniano, trauma na região cervical), elevar o leito, abai grade lateral e posicionar o paciente próximo à lateral do leito, com a cabeceira elevada a até 30 graus cabeça do paciente em direção ao colchão. O paciente também pode ser colocado em decúbito lateral (posição de Sims). Elevar a grade lateral se for necessário deixar a cabeceira.

2. Abaixar a grade lateral (se necessário). Colocar luvas limpas.

3. Colocar uma toalha sob a cabeça do paciente e a cuba rim sob o queixo.

4. Retirar a placa ou prótese dentária parcial, se houver (Quadro 40-10).

5. Se o paciente estiver não cooperativo ou tiver dificuldade em manter a boca aberta, insira a via aérea Insira de cima para baixo, vire-a lateralmente e depois sobre a língua para manter os dentes separado force.

DECISÃO CLÍNICA: *Nunca coloque os dedos na boca de um paciente inconsciente ou debilitado. A resposta r*

6. Limpar a boca usando a escova ou Toothette® umedecida com água ou um agente de limpeza, como de clorexidina (se prescrito). Primeiramente, escovar as superfícies de mastigação e interna dos dente Escovar as superfícies externas. Umedecer a escova com enxaguatório de clorexidina para enxaguá-la uma Toothette® para limpar o céu da boca, gengivas e parte interna das bochechas (ilustração). Escov suavemente a língua, mas evitar estimular o reflexo faríngeo. Umedecer a escova limpa ou Toothette® clorexidina para enxaguar. Utilizar a seringa de bulbo ou sucção para remover o excesso de enxaguat conforme necessário.

7. Para paciente sem dentes, use uma Toothette® umedecida com enxaguatório de clorexidina para lim cavidade oral.

8. Faça a sucção das secreções bucais conforme elas se acumulam, se necessário.

DECISÃO CLÍNICA: *Não utilizar um cateter para aspiração oral e, em seguida, reutilizar para a aspiração traq*

9. Use uma esponja Toothette® para aplicar uma fina camada de gel solúvel em água nos lábios (ilustra

10. Informar ao paciente que o procedimento está concluído.

11. Retirar as luvas e descartá-las em recipiente adequado. Elevar a grade lateral. Higienizar as mãos.

12. Reposicionar o paciente confortavelmente, elevar a grade lateral e retornar o leito à posição original

13. Colocar luvas limpas para limpar os equipamentos. Retornar os suprimentos ao local adequado. Co roupa suja em recipiente adequado.

14. Retirar e descartar as luvas sujas. Higienizar as mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Colocar luvas limpas e inspecionar a cavidade oral.
   Retirar as luvas e descartá-las em recipiente adequado. Higienizar as mãos.

2. Perguntar ao paciente se a boca parece limpa.

3. Avaliar a respiração e auscultar os sons pulmonares do paciente seguidamente.

4. Utilize o método "***Ensino de Retorno*** " para determinar a capacidade dos familiares do paciente reconhecerem sinais precoces de aspiração. Perguntar o seguinte: "Seu marido está em risco de aspira líquidos pelo seu tubo de respiração. Eu quero ter certeza de que você sabe os sinais de aspiração. Vo identificá-los para mim?" Revise suas instruções nesse momento ou desenvolva um plano para orient familiar caso ele não seja capaz de se lembrar corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. Secreções ou crostas permanecem na mucosa oral, língua ou gengivas.
   - Aumente a frequência da higiene bucal.
   - Use uma escova de tamanho pediátrico para proporcionar melhor higiene.
2. Inflamação localizada na gengiva ou mucosa, ou os lábios estão rachados e inflamados.
   - Aumente a frequência da higiene bucal com uma escova de cerdas macias.
   - Aplique gel hidratante solúvel em água na mucosa oral e massageie.
   - Aplique gel hidratante solúvel em água ou lubrificante nos lábios.
3. O paciente aspira secreções.
   - Vire o paciente de lado imediatamente.
   - Aspire as vias aéreas por sucção oral conforme as secreções se acumulam, para manter as vias aére
   - Realize sucção brônquica traqueal, conforme necessário.
   - Notifique o médico imediatamente.
   - Eleve a cabeceira do leito do paciente, quando estiver livre de secreções, para facilitar a respiração.
   - Esteja preparado para realizar a radiografia de tórax prescrita pelo médico.

REGISTRO E RELATO

- Registre o procedimento, incluindo as observações pertinentes (p.ex., presença de sangramento nas g verificação ou anotações dos enfermeiros.
- Informar os achados incomuns à enfermeira responsável ou médico.
- Documente a sua avaliação da aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Irrigue a cavidade oral com uma seringa com bulbo; o paciente pode usar uma colher de molho para
- Forneça cuidado bucal pelo menos duas vezes ao dia.
- Peça aos cuidadores que demonstrem o posicionamento do paciente para evitar a aspiração.

PASSO 6 Usando uma Toothette® umedecida para enxaguar os dentes.

Pontos-chave

- Avalie a capacidade física e cognitiva do paciente para realizar medidas básicas de higiene.
- Forneça cuidados de higiene de acordo com as necessidades e preferências do paciente.
- Durante a higiene, integre outras atividades como exame físico, tratamento de feridas e exercícios de ADM.
- Ao atender às necessidades diárias de higiene, use as habilidades de orientaçao e comunicação para desenvolver uma relação afetuosa com o paciente.
- Vários fatores pessoais, socioculturais, econômicos e de desenvolvimento influenciam as práticas de higiene dos pacientes.
- As crenças de saúde do paciente predizem a probabilidade de assumir um comportamento de promoção da saúde, como manter uma boa higiene.
- A redução da sensibilidade, insuficiência vascular e imobilidade colocam o paciente em maior risco de integridade da pele

prejudicada.

- A administração de terapias de alívio dos sintomas antes da higiene a pacientes que sofrem de sintomas como dor ou náuseas os prepara melhor para qualquer procedimento.
- Ao administrar cuidados bucais a pacientes inconscientes, tome medidas para prevenir a aspiração.
- O quarto do paciente precisa ser confortável, seguro e grande o suficiente para permitir que o paciente e os visitantes possam caminhar livremente.
- A avaliação dos cuidados de higiene é feita com base na noção de conforto, relaxamento, bem-estar do paciente e na compreensão das técnicas de higiene.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Qual é a posição correta a ser usada para um paciente não responsivo durante a higiene bucal para prevenir aspiração? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Decúbito ventral
    2. Posição de Sims
    3. Posição semi-Fowler com a cabeça para o lado
    4. Posição Trendelenburg
    5. Decúbito dorsal
2. O estudante de enfermagem está ensinando um membro da família a importância dos cuidados com os pés para a sua mãe, que tem diabetes. Quais precauções de segurança são importantes que o membro da família saiba para prevenir infecções? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Cortar as unhas frequentemente.
    2. Avaliar a pele diariamente em busca de vermelhidão, abrasões e áreas abertas.

    3. Mergulhar os pés na água pelo menos 10 minutos antes do cuidado com as unhas.
    4. Aplicar loção para os pés diariamente.
    5. Limpar entre os dedos dos pés após o banho.
3. Uma enfermeira realiza passadas longas e firmes na direção distal para a proximal enquanto dá banho na perna de um paciente, porque:
    1. Promove a circulação venosa.
    2. Cobre uma área maior da perna.
    3. Completa os cuidados em tempo hábil.
    4. Evita coágulos sanguíneos nas pernas.
4. A integridade da mucosa oral depende da secreção salivar. Qual dos seguintes fatores prejudica a secreção salivar? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Utilização de pastilhas para a tosse
    2. Imunossupressão
    3. Radioterapia
    4. Desidratação
    5. Presença de via aérea oral
5. São atribuídos a uma enfermeira os cuidados dos seguintes pacientes. Qual dos pacientes apresenta maior risco de desenvolver problemas de pele e, portanto, exige banho e cuidados com a pele completos?
    1. Uma paciente de 44 anos, que teve a remoção de uma lesão mamária e está tendo o seu período menstrual
    2. Um paciente de 56 anos, que é sem-teto e foi admitido no serviço de emergência com desnutrição e desidratação e que tem um cateter intravenoso
    3. Uma mulher de 60 anos, que sofreu um acidente vascular cerebral com paralisia do lado direito e tem um colete ortopédico aplicado à perna esquerda
    4. Uma paciente de 70 anos, que tem diabetes e demência e tem sofrido de incontinência fecal
6. Quando você é responsável por um paciente que tem um nível reduzido de consciência e requer cuidados bucais, quais

técnicas de avaliação física você deve executar antes do procedimento? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Saturação de oxigênio
   2. Frequência cardíaca
   3. Respiração
   4. Reflexo faríngeo
   5. Resposta a estímulo doloroso
7. Uma enfermeira está ouvindo um estudante fornecer instruções a um paciente que está tendo dificuldade com as atividades necessárias para cuidar de lentes de contato gelatinosas. Qual das seguintes declarações feita pelo estudante de enfermagem pode exigir alguma correção pela enfermeira?
   1. Use água da torneira para limpar lentes gelatinosas.
   2. Siga as recomendações do fabricante de lentes ao colocar as lentes.
   3. Mantenha as lentes úmidas ou molhadas quando não estiverem sendo usadas.
   4. Use uma solução nova diariamente ao armazenar e desinfectar as lentes.
8. A American Dental Association sugere que os pacientes que estão em risco devido aos maus hábitos de higiene utilizem as seguintes intervenções para higiene bucal: (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Use creme dental antimicrobiano.
   2. Escove os dentes quatro vezes por dia.
   3. Use enxaguatórios bucais de clorexidina (CHG) a 0,12%.
   4. Use uma escova macia para o cuidado oral.
   5. Evite limpar as gengivas e a língua.
9. Ao planejar os cuidados matinais, qual dos seguintes pacientes teria a maior prioridade para receber o seu primeiro banho?
   1. Um paciente que acabou de voltar à unidade de enfermagem de um teste de diagnóstico
   2. Um paciente que prefere um banho à noite, quando sua esposa o visita e pode ajudá-lo

3. Um paciente que sofre de fezes diarreicas incontinentes frequentes e urina
4. Um paciente que ficou acordado durante toda a noite por causa de dor 8/10

10. Um paciente de 88 anos frequenta a clínica médica regularmente. Durante uma visita recente, a enfermeira notou que o paciente havia perdido 4,5 kg em 6 semanas sem estar em uma dieta especial. O paciente diz à enfermeira que teve problemas para mastigar seu alimento. Qual dos seguintes fatores são alterações normais do envelhecimento que podem afetar a saúde bucal de um idoso? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. As próteses dentárias nem sempre se encaixam corretamente.
    2. A maioria dos idosos tem um aumento na secreção salivar.
    3. Com o envelhecimento, a membrana periodontal se torna mais apertada e dolorosa.
    4. Muitos idosos são edêntulos, e seus dentes remanescentes estão muitas vezes deteriorados.
    5. Os dentes de pacientes idosos são mais sensíveis ao calor e ao frio.
11. Um paciente com um tumor cerebral maligno requer cuidados bucais. O nível de consciência do paciente diminuiu, e ele é capaz apenas de responder a comandos de voz. Coloque as etapas seguintes na ordem correta para a administração de cuidados bucais.
    1. Se o paciente estiver não cooperativo ou tiver dificuldade em manter a boca aberta, insira uma via aérea.
    2. Eleve o leito, abaixe a grade lateral e posicione o paciente próximo à lateral do leito, com a cabeceira elevada a até 30 graus.
    3. Usando uma escova umedecida com pasta de clorexidina, limpe primeiramente as superfícies de mastigação e interna dos dentes.
    4. Para paciente sem dentes, use uma Toothette® umedecida

com enxaguatório de clorexidina para limpar a cavidade oral.
5. Retire a placa parcial ou prótese dentária, se houver.
6. Escove suavemente a língua, mas evite estimular reflexo faríngeo.

12. A enfermeira delega os cuidados de higiene necessários para um paciente idoso que sofreu derrame. Qual intervenção seria adequada para os auxiliares ou técnicos de enfermagem realizarem durante o banho?
    1. Verificar pulsos distais
    2. Fornecer exercícios de amplitude de movimento (ADM) para as extremidades
    3. Determinar o tipo de tratamento para lesão por pressão estágio 1
    4. Trocar o curativo de um local intravenoso
13. A enfermeira observa um paciente adulto do Oriente Médio tentando se banhar com apenas a mão esquerda. A enfermeira reconhece que esse comportamento provavelmente relaciona-se com:
    1. Comportamento obsessivo compulsivo.
    2. Preferências pessoais.
    3. Norma cultural do paciente.
    4. Comportamentos controladores.
14. Quando uma enfermeira delega cuidados de higiene a um paciente do sexo masculino para um técnico de enfermagem, ele deve usar um barbeador elétrico para depilar o paciente com o seguinte diagnóstico:
    1. Insuficiência cardíaca congestiva
    2. Pneumonia
    3. Artrite
    4. Trombocitopenia
15. Um paciente recebendo quimioterapia apresenta estomatite. A enfermeira aconselha o paciente a usar:
    1. Antisséptico bucal.
    2. Enxaguatório bucal à base de álcool.

3. Lavagens com soro fisiológico.
4. Escova de dentes média.

Respostas: **1.** 2, 3; **2.** 2, 4, 5; **3.** 1; **4.** 3, 4; **5.** 4; **6.** 3, 4; **7.** 1; **8.** 1, 3, 4; **9.** 3; **10.** 1, 4; **11.** 2, 5, 1, 3, 6, 4; **12.** 2; **13.** 3; **14.** 4; **15.** 3.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): *Universal ICU decolonization: an enhanced protocol*. 2013, http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/universal_icu_decolonizati icu-ape4.html. Accessed November 2015.

American Academy of Dermatology: *Dry skin tips for relieving*. 2014, http://www.aad.org/dermatology-a-to-z/diseases-and-treatments/a—d/dry-skin/tips. Accessed November 2015.

American Dental Association: *Cleaning teeth and gums*. 2014, http://www.mouthhealthy.org/en/standard-items/search-results?searchStr=cleaning%20teeth%20and%20gums. Accessed November 2015.

American Diabetes Association (ADA): *Foot care*. 2014, http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/foot-complications/foot-care.html. Accessed November 2015.

American Diabetes Association (ADA): *Foot complications/neuropathy*. 2015, http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/foot-complications/. Accessed November 2015.

Ball J, et al. *Seidel's Guide to physical examination*. ed 8 St Louis: Mosby; 2015.

Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman; 1997.

Barnes C. Dental hygiene intervention to prevent nosocomial pneumonias. *J Evid Based Dent Pract*. 2014;14(Suppl):103.

Bulechek GM, et al. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

Burman M, et al. Linking evidenced-based nursing practice and patient-centered care through patient preferences. *Nurs Adm Q*. 2013;37(3):231.

Burns B. Oral care for older people in residential care. *Nurs Residential Care*. 2012;14(1):26.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *2009 CAUTI guidelines*. 2009, http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/002_cauti_sumORecom.html. Accessed November 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Top CDC recommendations to prevent healthcare-associated infections*. 2012, http://www.cdc.gov/HAI/prevent/top-cdc-recs-prevent-hai.html. Accessed November 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Parasites-lice-head lice*. 2015, http://www.cdc.gov/parasites/lice/head/treatment.html. Accessed November 2015.

Chen B, et al. Step up for foot care: addressing podiatric care needs in a sample homeless population. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2014;104(3):269.

Cowell F, Radley K. What do we know about skin hygiene care for patients with bariatric needs? Implications for nursing practice. *J Adv Nurs*. 2014;70(3):543.

Douglas M, et al. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *J Transcult Nurs*. 2014;25(2):109.

Douglas L, Berry S. Developing clinical guidelines in eye care for intensive care units. *Nurs Child Young People*. 2011;23(5):14.

Garcia M, Caple C: *Evidence-based care sheet: oral care of the hospitalized patient*. Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Information Systems, 2014.

Genco R. Common risk factors in the management of periodontal and associated systemic diseases: the dental setting and interprofessional collaboration. *J Evidence-Based Dental Pract*. 2014;14(1):4.

Giger J. *Transcultural nursing assessment and intervention*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

Green D. Start off on the right foot; provide agreed podiatry support. *Nurs Residential Care*. 2014;16(4):225.

Hardin S. Engaging families to participate in care of older critical care patients. *Crit Care Nurse*. 2012;32(3):35.

Herdman TH, Kamitsuru S, eds. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.

Hockenberry ML, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 9 St Louis: Mosby; 2013.

Jarrett L. Prevention and management of neuropathic diabetic foot ulcers. *Nurs Stand*. 2013;28(7):55.

Kamaljit K, et al. Social beliefs and practices associated with menstrual hygiene among adolescent girls of Amritsar, Punjab, India. *JIMSA*. 2012;25(2):69.

Lewis SL, et al. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. ed 9 St Louis: Mosby; 2014.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP): *Best practices for prevention of medical device pressure ulcers*. 2013, http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2013/04/BestPractices-CriticalCare1.pdf. Accessed November 2015.

Pender N, et al. *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2011.

Quality Safety Education for Nurses (QSEN): 2014, http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/. Accessed November 2015.

Rubin C, et al. Chlorhexidine gluconate to bathe or not to bathe?. *Crit Care Nurs Q*.

2013;36(2):233.

Sedwick MB, et al. Using evidence-based practice to prevent ventilator-associated pneumonia. *Crit Care Nurse*. 2012;32(4):41.

Sheridan S. The need for a comprehensive foot care model. *Nephrol Nurs J*. 2012;39(5):397.

Sokol-McKay DA. Managing diabetes with physical limitations. *Diabetes Self Manag*. 2013;30(6):8.

The Joint Commission (TJC): *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL, 2016, http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Touhy T, Jett P. *Ebersole & Hess' Toward healthy aging human needs and nursing response*. ed 8 St Louis: Mosby; 2012.

Touhy T, Jett P. *Ebersole & Hess' Gerontological nursing & healthy aging*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Oral health*. 2015, http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/oral-health. Accessed November 2015.

Warchol K: *Tips to reduce bathing and showering challenges: a therapist's role*. 2010, Crisis Prevention Institute, http://www.crisisprevention.com/Blog/October-2010/Tips-To-Reduce-Bathing-and-Showering-Challenges-A. Accessed November 2015.

Wiech E, et al. Simple interventions for ventilator associated pneumonia. *Nurs Crit Care*. 2012;7(3):18.

Referências de pesquisa

Chan H, et al. The effects of a foot and toenail care protocol for older adults. *Geriatr Nurs*. 2012;33(6):446.

Climo M, et al. Effect of daily chlorhexidine bathing on hospital-acquired infection. *N Engl J Med*. 2013;368(6):533.

Edwards RT, et al. Cost-effectiveness of steroid (methylprednisolone) injections versus anaesthetic alone for the treatment of Morton's neuroma: economic evaluation alongside a randomised controlled trial (MortISE trial). *J Foot Ankle Res*. 2015;8:6.

Johnson D, et al. Patients' bath basins as potential sources of infection: a multicenter sampling study. *Am J Crit Care*. 2009;18(1):31.

Martori E, et al. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *J Prosthet Dent*. 2014;111(4):273.

Nicolosi L, et al. Effect of oral hygiene and 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in preventing ventilator-associated pneumonia after cardiovascular surgery. *Respir Care*. 2014;59(4):504.

Petlin A, et al. Chlorhexidene gluconate bathing to reduce methicillin-resistant Staphylococcus Aureus. *Crit Care Nurse*. 2014;34(5):17.

Powers J, et al. Chlorhexidine bathing and microbial contamination in patient's bath basins. *Am J Crit Care*. 2012;21(5):338.

Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008;108(9 Suppl):23.

Singh J, Subhashni D. Chlorhexidine-impregnated bathing cloths reduce risk of infection. *Am J Nurs*. 2013;113(8):62.

Stolt M, et al. Nurses' foot care activities in home health care. *Geriatr Nurs*. 2013;34:491.

Werli-Alvarenga A, et al. Nursing interventions for adult intensive care patients with risk for corneal injury: a systematic review. *Int J Nurs Knowl*. 2013;24(1):25.

Zimmerman S, et al. Changing culture of mouth care: mouth care without a battle. *Gerontologist*. 2014;54(S1):25.

41

Oxigenação

OBJETIVOS

- Descrever a estrutura e a função do sistema cardiopulmonar.
- Descrever os processos fisiológicos da ventilação, perfusão e troca de gases respiratórios.
- Declarar o processo do regulamento neural e químico da respiração.
- Diferenciar entre os processos fisiológicos do débito cardíaco, fluxo sanguíneo do miocárdio e a circulação coronária.
- Descrever a relação do débito cardíaco, pré-carga, pós-carga, contratilidade e frequência cardíaca para o processo de oxigenação.
- Identificar os resultados clínicos decorrentes de uma hiperventilação, hipoventilação e hipoxemia.
- Identificar os resultados clínicos decorrentes de perturbações na condução, débito cardíaco alterado, função valvular comprometida, isquemia do miocárdio e perfusão tecidual comprometida.
- Discutir o efeito do nível de saúde de um paciente, idade, estilo de vida e ambiente na oxigenação.
- Avaliar os fatores de risco que afetam a oxigenação do paciente.
- Avaliar as manifestações físicas que ocorrem com alterações na oxigenação.

• Desenvolver um plano de cuidado para um paciente com necessidade alterada de oxigenação.

• Descrever as intervenções de cuidado de enfermagem utilizadas para promover a oxigenação nos cuidados primários, nos cuidados agudos e nos ambientes de cuidados restauradores e contínuos.

• Avaliar as respostas do paciente às terapias de oxigenação.

TERMOS-CHAVE

Angina pectoris, p. 870
Apneia, p. 875
Atelectasia, p. 864
Broncoscopia, p. 874
Cânula nasal, p. 892
Capnografia, p. 872
Débito cardíaco, p. 866
Dispneia, p. 873
Disritmias, p. 869
Drenagem postural, p. 884
Eletrocardiograma (ECG), p. 867
Espirometria de incentivo, p. 888
Expiração, p. 864
Fibrilação ventricular, p. 869
Fisioterapia respiratória (CPT), p. 884
Hematêmese, p. 874
Hemoptise, p. 874
Hemotórax, p. 890

Hiperventilação, p. 869
Hipoventilação, p. 868
Hipovolemia, p. 868
Hipóxia, p. 869
Infarto do miocárdio (IM), p. 870
Inspiração, p. 864
Isquemia miocárdica, p. 870
Nebulização, p. 883
Ortopneia, p. 873
Perfusão, p. 864
Pneumonia associada ao ventilador (VAP), p. 889
Pneumotórax, p. 890
Pós-carga, p. 866
Pré-carga, p. 866
Reabilitação cardiopulmonar, p. 895
Respiração com os lábios franzidos, p. 896
Respiração de Cheyne-Stokes, p. 875
Respiração de Kussmaul, p. 875
Respiração diafragmática, p. 897
Ressuscitação cardiopulmonar (RCP), p. 896
Ritmo sinusal normal (NSR), p. 867
Sibilo, p. 874
Síndrome coronariana aguda (SCA), p. 870
Sistema de pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP), p. 889
Sonda endotraqueal (ET), p. 887
Sonda torácica, p. 890
Surfactante, p. 864
Taquicardia ventricular, p. 869
Traqueostomia, p. 887

Umidificação, p. 883
Ventilação com pressão positiva contínua bifásica (BiPAP), p. 889
Ventilação de pressão positiva não invasiva (NPPV) p. 889
Ventilação mecânica invasiva, p. 888
Ventilação, p. 864
Volume sistólico, p. 865

Base de conhecimento científico

O oxigênio é necessário para sustentar a vida. Os sistemas cardíaco e respiratório fornecem as demandas de oxigênio do corpo. O sangue é oxigenado através dos mecanismos de ventilação, perfusão e transporte de gases respiratórios. Os reguladores neurais e químicos controlam a frequência e a profundidade da respiração em resposta às novas demandas de oxigênio do tecido. O sistema cardiovascular fornece os mecanismos de transporte para distribuir o oxigênio para as células e tecidos do corpo.

Fisiologia Respiratória

A troca de gases respiratórios ocorre entre o ambiente e o sangue. Respiração é a troca de oxigênio e dióxido de carbono durante o metabolismo celular. As vias aéreas do pulmão transferem o oxigênio da atmosfera para os alvéolos, onde o oxigênio é trocado por dióxido de carbono. Por meio da membrana capilar alveolar, o oxigênio é transferido para o sangue e o dióxido de carbono é transferido do sangue para os alvéolos. Há três etapas no processo de oxigenação: ventilação, perfusão e difusão.

Estrutura e Função

As condições ou doenças que alteram a estrutura e função do sistema pulmonar alteram a respiração. Os músculos respiratórios, o espaço pleural, os pulmões e os alvéolos (Fig. 41-1) são essenciais para a ventilação, perfusão e troca de gases respiratórios. Os gases movem-se para dentro e para fora dos pulmões por meio de mudanças de pressão. A pressão intrapleural é negativa ou inferior à pressão atmosférica, que é de 760 mmHg ao nível do mar. Para o ar fluir para os pulmões, a pressão intrapleural torna-se mais negativa, estabelecendo um gradiente de pressão entre a atmosfera e os alvéolos. O diafragma e os músculos intercostais externos contraem-se para criar uma pressão pleural negativa e aumentar o tamanho do

tórax para inspiração. O relaxamento do diafragma e a contração dos músculos intercostais internos permitem que o ar escape dos pulmões.

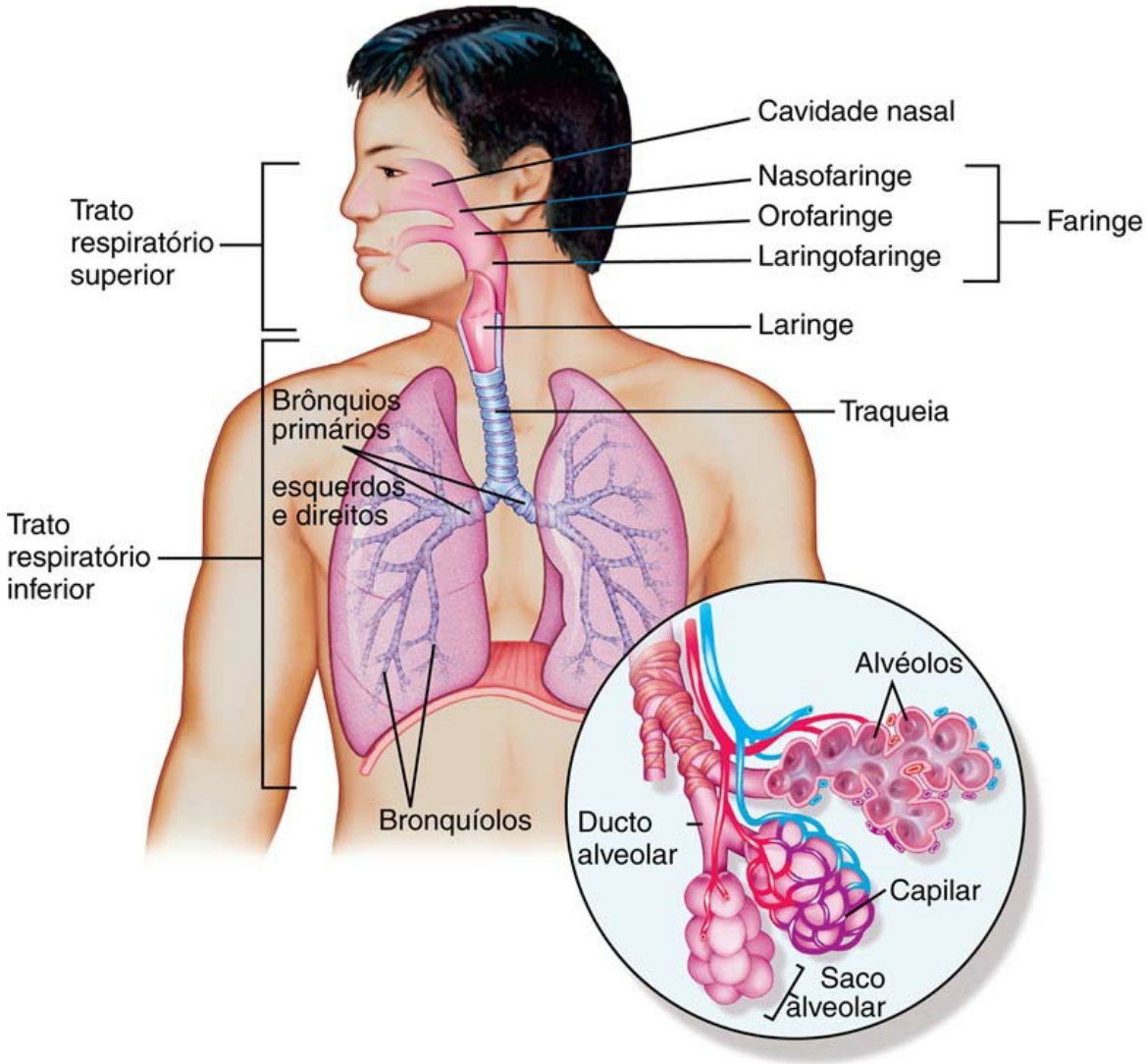


FIGURA 41-1 Estruturas do sistema pulmonar. (De Patton KT, Thibodeau GA: *Anatomy & physiology*, 9. ed., St Louis, 2016, Mosby.)

Ventilação é o processo de mover os gases para dentro e para fora dos pulmões. Requer coordenação das propriedades musculares e elásticas do pulmão e do tórax. Os principais músculos inspiratórios da respiração é o diafragma. Isso é inervado pelo nervo frênico, que sai da medula espinhal na quarta vértebra cervical. **Perfusão** refere-se à capacidade do sistema cardiovascular para bombear o sangue

oxigenado para os tecidos e retornar o sangue desoxigenado para os pulmões. Por fim, a difusão é responsável para mover os gases respiratórios de uma área para outra por gradientes de concentração. Para a troca de gases respiratórios ocorrer, os órgãos, os nervos e os músculos da respiração precisam estar intactos; e o sistema nervoso central precisa ser capaz de regular o ciclo respiratório.

Trabalho da Respiração

O trabalho da respiração (WOB) é o esforço necessário para expandir e contrair os pulmões. Em indivíduos saudáveis, a respiração é tranquila e realizada com mínimo esforço. A quantidade de energia gasta na respiração depende da frequência e profundidade da respiração, da facilidade em que os pulmões podem ser expandidos (complacência) e da resistência das vias aéreas.

Inspiração é um processo ativo, estimulado pelos receptores químicos na aorta. **Expiração** é um processo passivo que depende das propriedades do recolhimento elástico dos pulmões, exigindo pouco ou nenhum trabalho muscular. **Surfactante** é uma substância química produzida nos pulmões para manter a tensão da superfície dos alvéolos e evitar que eles entrem em colapso. Os pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada perdem o recolhimento elástico dos pulmões e do tórax. Como resultado, o trabalho de respiração do paciente aumenta. Além disso, os pacientes com determinadas doenças pulmonares diminuíram a produção de surfactante e, às vezes, desenvolvem atelectasia. **Atelectasia** é um colapso dos alvéolos que impede a troca normal de oxigênio e de dióxido de carbono.

Os músculos acessórios da respiração podem aumentar o volume pulmonar durante a inspiração. Os pacientes com DPOC, sobretudo enfisema, frequentemente usam estes músculos para aumentar o volume pulmonar. O uso prolongado dos músculos acessórios não promove uma ventilação eficaz e causa fadiga. Durante uma avaliação, as clavículas do paciente podem se elevar durante a inspiração, o que pode indicar fadiga ventilatória, falta de ar ou expansão pulmonar diminuída.

Complacência é a capacidade dos pulmões para distender ou expandir em resposta ao aumento da pressão intra-alveolar. A complacência diminui em doenças como edema pulmonar, fibrose intersticial e pleural e anormalidades estruturais congênitas ou traumáticas, como cifose ou costelas fraturadas.

A resistência das vias aéreas é o aumento da pressão que ocorre à medida que o diâmetro das vias aéreas diminui da boca/nariz para os alvéolos. Qualquer nova diminuição no diâmetro das vias aéreas por broncoconstrição pode aumentar a resistência das vias aéreas. As doenças que provocam a obstrução das vias aéreas, como asma e edema traqueal, aumentam a resistência das vias aéreas. Quando a resistência das vias aéreas aumenta, a quantidade de oxigênio distribuída para os alvéolos diminui.

A complacência pulmonar diminuída, a resistência das vias aéreas aumentada e o aumento do uso dos músculos acessórios aumentam o trabalho da respiração, resultando em maior gasto energético. Portanto, o corpo aumenta sua taxa metabólica e a necessidade de mais oxigênio. A necessidade de eliminação de dióxido de carbono também aumenta. Esta sequência é um círculo vicioso para um paciente com ventilação comprometida, causando maior deterioração do seu estado respiratório e da sua capacidade de oxigenar adequadamente.

Volumes Pulmonares

Os valores normais do pulmão são determinados por idade, sexo e altura. Volume corrente é a quantidade de ar expirado após uma inspiração normal. Volume residual é a quantidade de ar presente nos alvéolos após uma expiração completa. Capacidade vital forçada é a quantidade máxima de ar que pode ser removido dos pulmões durante a expiração forçada (McCance e Huether, 2014). As variações no volume corrente e outros volumes pulmonares estão associadas a alterações no estado de saúde ou atividade dos pacientes, como gravidez, prática de exercícios, obesidade ou condições obstrutivas e restritivas dos pulmões.

Circulação Pulmonar

A principal função da circulação pulmonar é mover o sangue de e para a membrana alvéolo-capilar para trocas gasosas. A circulação pulmonar começa na artéria pulmonar, que recebe o sangue venoso misto mal oxigenado do ventrículo direito. O fluxo sanguíneo através do sistema depende da capacidade de bombeamento do ventrículo direito. O fluxo continua da artéria pulmonar através das arteríolas pulmonares para os capilares pulmonares, onde o sangue entra em contato com a membrana alvéolo-capilar e a troca de gases respiratórios ocorre. Em seguida, o sangue rico em oxigênio circula pelas vênulas pulmonares e veias pulmonares, retornando para o átrio esquerdo.

Troca de Gases Respiratórios

Difusão é o processo de troca de gases respiratórios nos alvéolos dos pulmões e dos capilares dos tecidos corporais. A difusão dos gases respiratórios ocorre na membrana alvéolo-capilar (Fig. 41-2). A espessura da membrana afeta a taxa de difusão. O aumento de espessura da membrana impede a difusão porque os gases levam mais tempo para serem transferidos pela membrana. Os pacientes com edema pulmonar, infiltrados pulmonares ou efusão pulmonar têm uma membrana espessada; resultando em difusão lenta, troca lenta de gases respiratórios e diminuição da distribuição de oxigênio para os tecidos. Doenças crônicas (p. ex., enfisema), doenças agudas (p. ex., pneumotórax) e processos cirúrgicos (p. ex., lobectomia) muitas vezes alteram a quantidade da área de superfície da membrana alvéolo-capilar.

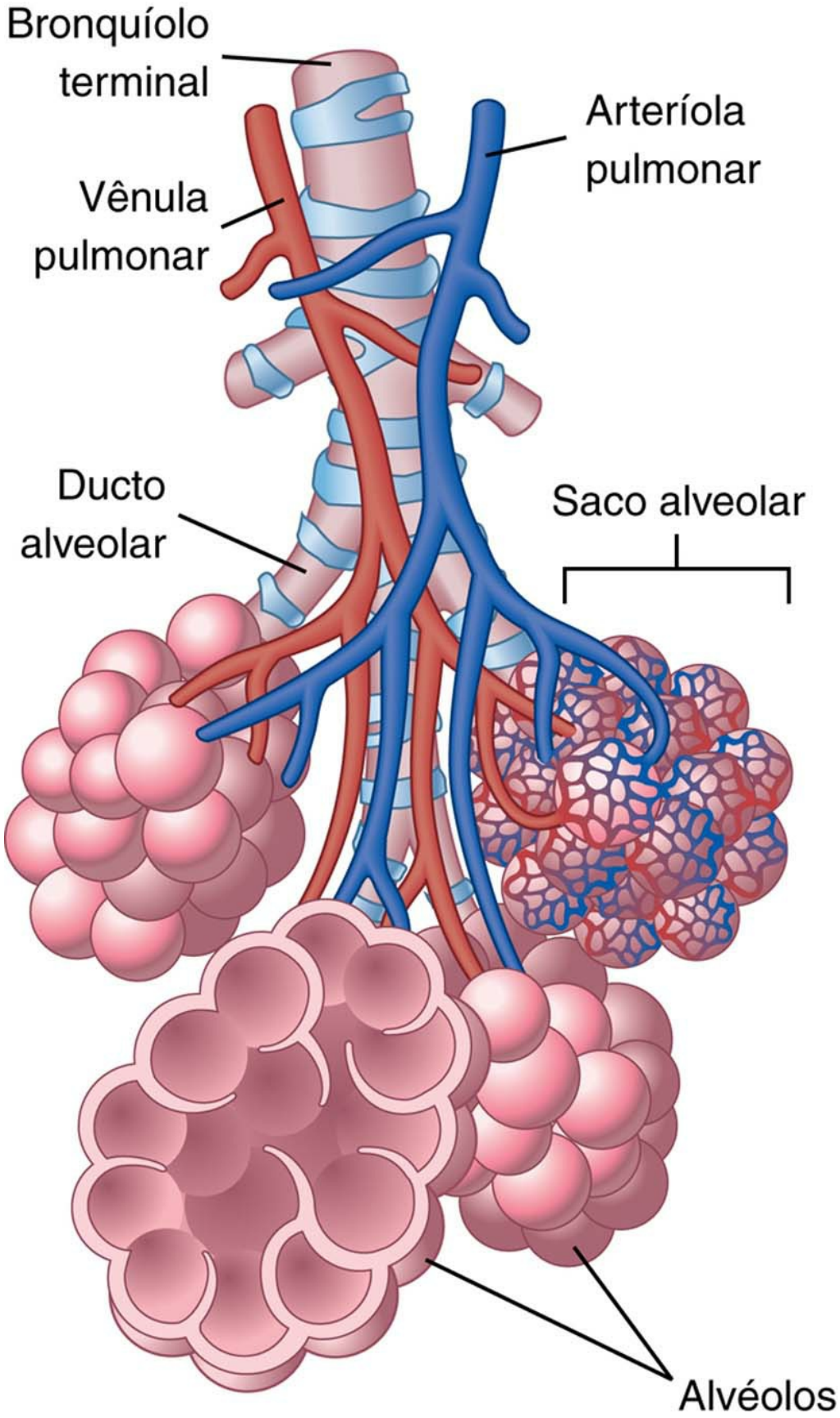

Bronquíolo terminal
Arteríola pulmonar
Vênula pulmonar
Ducto alveolar
Saco alveolar
Alvéolos

FIGURA 41-2 Alvéolos na extremidade terminal das vias aéreas inferiores. (De Patton KT, Thibodeau GA: *Anatomy & physiology*, 9. ed., St Louis, 2016, Mosby.)

Transporte de Oxigênio

O sistema de transporte de oxigênio consiste nos pulmões e no sistema cardiovascular. A distribuição depende da quantidade de oxigênio que entra nos pulmões (ventilação), do fluxo sanguíneo para os pulmões e tecidos (perfusão), da taxa de difusão e da capacidade de transporte de oxigênio. Três coisas que influenciam a capacidade do sangue para transportar oxigênio: a quantidade de oxigênio dissolvido no plasma, a quantidade de hemoglobina e a capacidade da hemoglobina de se ligar com o oxigênio. A hemoglobina, que é uma transportadora de oxigênio e dióxido de carbono, transporta mais oxigênio (cerca de 97%). A molécula de hemoglobina combina com o oxigênio para formar a oxiemoglobina. A formação de oxiemoglobina é facilmente reversível, permitindo que a hemoglobina e o oxigênio se dissociem (desoxiemoglobina), que libera oxigênio para entrar nos tecidos.

Transporte de Dióxido de Carbono

Dióxido de carbono, um produto do metabolismo celular, difunde-se em hemácias e é rapidamente hidratado em ácido carbônico (H_2CO_3). O ácido carbônico dissocia-se então em íons de hidrogênio (H) e bicarbonato (HCO_3^-). A hemoglobina amortece o íon de hidrogênio e o HCO_3^- difunde-se para o plasma. A hemoglobina reduzida (desoxiemoglobina) combina-se com o dióxido de carbono e o sangue venoso transporta a maior parte do dióxido de carbono de volta para os pulmões para ser expirado.

Regulação da Respiração

A regulação da respiração é necessária para garantir o consumo suficiente de oxigênio e a eliminação de dióxido de carbono para atender às demandas do corpo (p. ex., durante a prática de exercícios,

a infecção ou a gravidez).

Os reguladores neurais e químicos controlam o processo de respiração. A regulação neural inclui o controle do sistema nervoso central da frequência respiratória, profundidade e ritmo. O córtex cerebral regula o controle voluntário da respiração, distribuindo os impulsos para os neurônios motores respiratórios por meio da medula espinhal. O regulamento químico mantém a taxa e a profundidade adequadas da respiração com base nas alterações no dióxido de carbono (CO_2), oxigênio (O_2) e concentração do íon de hidrogênio (H^+) (pH) no sangue. As alterações nos níveis de O_2, CO_2 e H (pH) estimulam os quimiorreceptores localizados na medula, no corpo aórtico e no corpo carotídeo que, por sua vez, estimulam os reguladores neurais para ajustar a frequência e a profundidade da ventilação para manter normais os níveis de gás do sangue arterial.

Fisiologia Cardiovascular

A fisiologia cardiopulmonar envolve a distribuição de sangue desoxigenado (sangue rico em dióxido de carbono e pobre em oxigênio) para o lado direito do coração e depois para os pulmões, onde é oxigenado. O sangue oxigenado (sangue rico em oxigênio e pobre em dióxido de carbono), em seguida, viaja dos pulmões para o lado esquerdo do coração e para os tecidos. O sistema cardíaco fornece oxigênio, nutrientes e outras substâncias para os tecidos e facilita a remoção de resíduos do metabolismo celular por meio do fluxo sanguíneo através de outros sistemas do corpo, como respiratório, digestivo e renal (McCance e Huether, 2014).

Estrutura e Função

O ventrículo direito bombeia o sangue desoxigenado através da circulação pulmonar (Fig. 41-3). O ventrículo esquerdo bombeia o sangue oxigenado por meio da circulação sistêmica. Como o sangue passa através do sistema circulatório, há uma troca de gases respiratórios, nutrientes e resíduos entre o sangue e os tecidos.

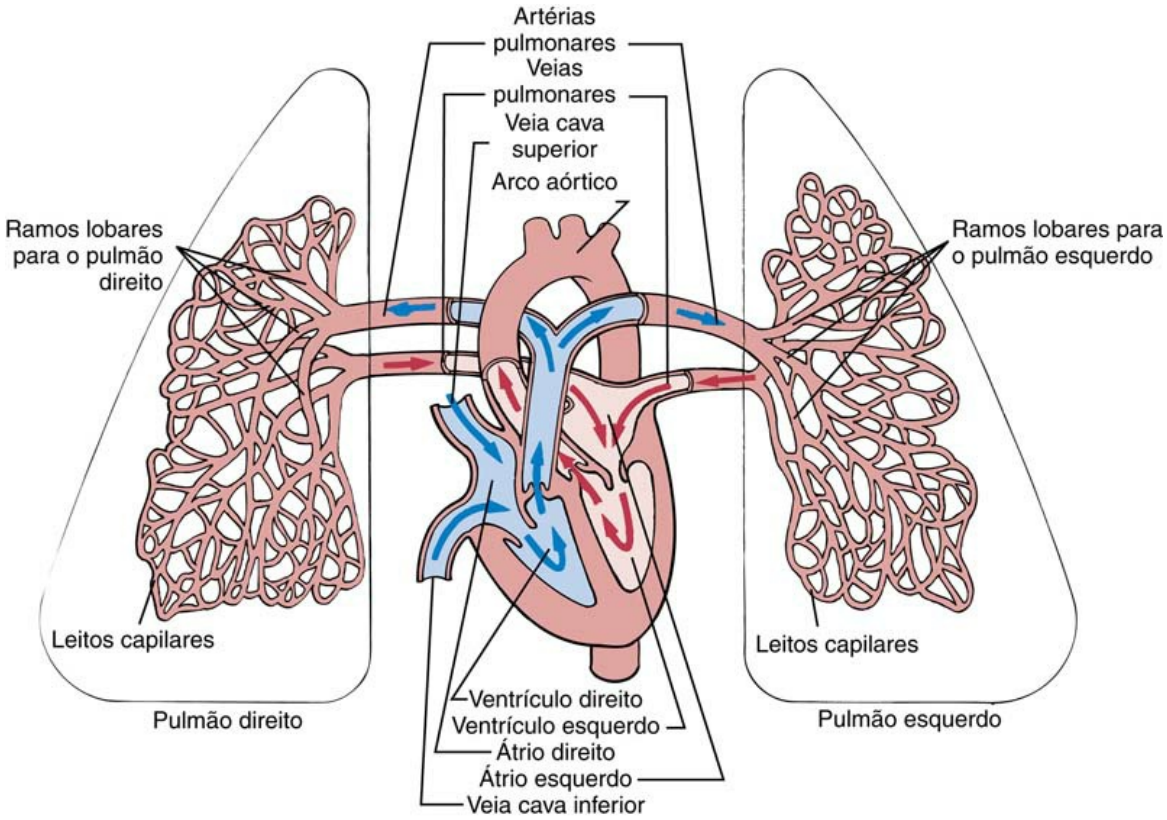


FIGURA 41-3 Representação esquemática do fluxo sanguíneo através do coração. As *setas* indicam a direção do fluxo e da circulação pulmonar. (De McCance KL, Huether SE: *Pathophysiology: the biologic basis for disease in adults and children*, 7. ed., St Louis, 2014, Mosby.)

Bomba do Miocárdio

A ação de bombeamento do coração é essencial para a distribuição de oxigênio. Há quatro câmaras cardíacas: dois átrios e dois ventrículos. Os ventrículos se enchem de sangue durante a diástole e esvaziam durante a sístole. O volume de sangue ejetado dos ventrículos durante a sístole é o **volume sistólico**. Hemorragia e desidratação causam uma diminuição na circulação do volume sanguíneo e uma diminuição no volume sistólico.

As fibras do miocárdio têm propriedades contráteis que lhes permitem estirar durante o enchimento. Em um coração saudável este estiramento está proporcionalmente relacionado à força de contração. À medida que o miocárdio se estira, a força da contração subsequente

aumenta; isso é conhecido como *lei ou mecanismo do coração de Frank-Starling (de Starling)*. No coração doente (cardiomiopatia ou infarto do miocárdio [IM]), o mecanismo de Starling não se aplica porque o maior estiramento do miocárdio está além dos limites fisiológicos do coração. A subsequente resposta contrátil resulta do volume sistólico insuficiente e o sangue começa a "apoiar" a circulação pulmonar (insuficiência cardíaca esquerda) ou sistêmica (insuficiência cardíaca direita).

Fluxo Sanguíneo do Miocárdio

Para manter o fluxo sanguíneo adequado para a circulação pulmonar e sistêmica, o fluxo sanguíneo do miocárdio deve fornecer oxigênio e nutrientes suficientes para o próprio miocárdio. O fluxo sanguíneo através do coração é unidirecional. As quatro válvulas cardíacas garantem este fluxo sanguíneo para a frente (Fig. 41-3). Durante a diástole ventricular, as válvulas atrioventriculares (mitral e tricúspide) se abrem e o sangue flui dos átrios de pressão mais alta para os ventrículos relaxados. À medida que a sístole começa, a pressão ventricular sobe e as válvulas mitral e tricúspide se fecham. O fechamento da válvula provoca o primeiro som cardíaco (S_1).

Durante a fase sistólica, as válvulas semilunares (aórtica e pulmonar) se abrem e o sangue flui dos ventrículos para a aorta e a artéria pulmonar. As válvulas mitral e tricúspide permanecem fechadas durante a sístole, de modo que todo o sangue é movido para frente para a artéria pulmonar e a aorta. Assim que os ventrículos esvaziam, as pressões ventriculares diminuem, permitindo o fechamento das válvulas aórtica e pulmonar. O fechamento da válvula provoca o segundo som cardíaco (S_2). Alguns pacientes com doença valvular têm refluxo ou regurgitação de sangue através da válvula incompetente, provocando um sopro que pode ser ouvido na ausculta (Cap. 31).

Circulação Coronária

A circulação coronária é o ramo da circulação sistêmica que fornece oxigênio e nutrientes ao miocárdio e elimina resíduos. As artérias

coronárias se enchem durante a diástole ventricular (McCance e Huether, 2014). A artéria coronária esquerda tem o fornecimento sanguíneo mais abundante e alimenta o miocárdio ventricular esquerdo mais muscular, que faz a maior parte do trabalho do coração.

Circulação Sistêmica

As artérias da circulação sistêmica fornecem nutrientes e oxigênio para os tecidos e as veias removem resíduos dos tecidos. O sangue oxigenado flui do ventrículo esquerdo através da aorta e para as grandes artérias sistêmicas. Estas artérias ramificam-se em artérias menores; depois em arteríolas; e, por fim, em vasos menores, os capilares. A troca de gases respiratórios ocorre a nível capilar, onde os tecidos são oxigenados. Os resíduos saem da rede capilar por meio das vênulas que se unem para formar as veias. Estas veias tornam-se maiores e formam a veia cava, que carrega o sangue desoxigenado de volta para o lado direito do coração, onde ele retorna para a circulação pulmonar.

Regulação do Fluxo Sanguíneo

A quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo a cada minuto é o **débito cardíaco**. O débito cardíaco normal é de 4 a 6 l/min no adulto saudável em repouso. O volume circulante de sangue muda de acordo com o oxigênio e as necessidades metabólicas do corpo. Por exemplo, o débito cardíaco aumenta durante a prática de exercícios, a gravidez e a febre, mas diminui durante o sono. A fórmula a seguir representa o débito cardíaco:

$$\text{Débito cardíaco (DC)} = \text{volume sistólico (VS)} \times \text{Frequência cardíaca (FC)}$$

Pré-carga, pós-carga e contratilidade miocárdica afetam o volume sistólico.

Pré-carga é a quantidade de sangue no ventrículo esquerdo no final da diástole, muitas vezes chamada de volume diastólico final. Os ventrículos estiram quando se enchem de sangue. Quanto mais

estirado o músculo ventricular, maior a contração e maior o volume sistólico (mecanismo de Starling). Em determinadas situações clínicas, o tratamento médico altera os volumes de pré-carga e sistólico subsequentes alterando a quantidade de volume sanguíneo em circulação. Por exemplo, quando se tratar de um paciente que está com hemorragia, o aumento da terapia com fluidos e a substituição do sangue aumentam o volume circulante, aumentando assim a pré-carga e o volume sistólico que, por sua vez, aumenta o débito cardíaco. Se o volume não for substituído, a pré-carga, o volume sistólico e o débito cardíaco subsequente diminuem.

Pós-carga é a resistência à ejeção ventricular esquerda. O coração trabalha mais para superar a resistência, portanto o sangue pode ser inteiramente ejetado do ventrículo esquerdo. A pressão diastólica aórtica é uma boa medida clínica da pós-carga. Na hipertensão, a pós-carga aumenta, fazendo que a carga de trabalho cardíaco também aumente.

A **contratilidade** miocárdica também afeta o volume sistólico e o débito cardíaco. Uma contração ventricular ruim diminui a quantidade de sangue ejetado. A lesão no músculo do miocárdio, como um IM agudo, provoca uma diminuição da contratilidade miocárdica. O miocárdio do idoso é mais rígido com uma taxa mais lenta de enchimento ventricular e tempo de contração prolongado (Touhy e Jett, 2014).

A frequência cardíaca afeta o fluxo sanguíneo devido à relação entre a taxa e o tempo de enchimento diastólico. Com uma frequência cardíaca sustentada maior que 160 batimentos/min, o tempo de enchimento diastólico diminui, diminuindo o volume sistólico e o débito cardíaco. A frequência cardíaca do idoso é lenta para aumentar sob estresse, porém estudos descobriram que isso pode ser causado mais por falta de condicionamento do que por idade. A prática de exercícios é benéfica na função de manutenção em qualquer idade (Touhy e Jett, 2014).

Sistema de Condução

O relaxamento rítmico e a contração dos átrios e ventrículos

dependem de transmissão contínua e organizada dos impulsos elétricos. O sistema de condução cardíaca gera e transmite esses impulsos (Fig. 41-4).

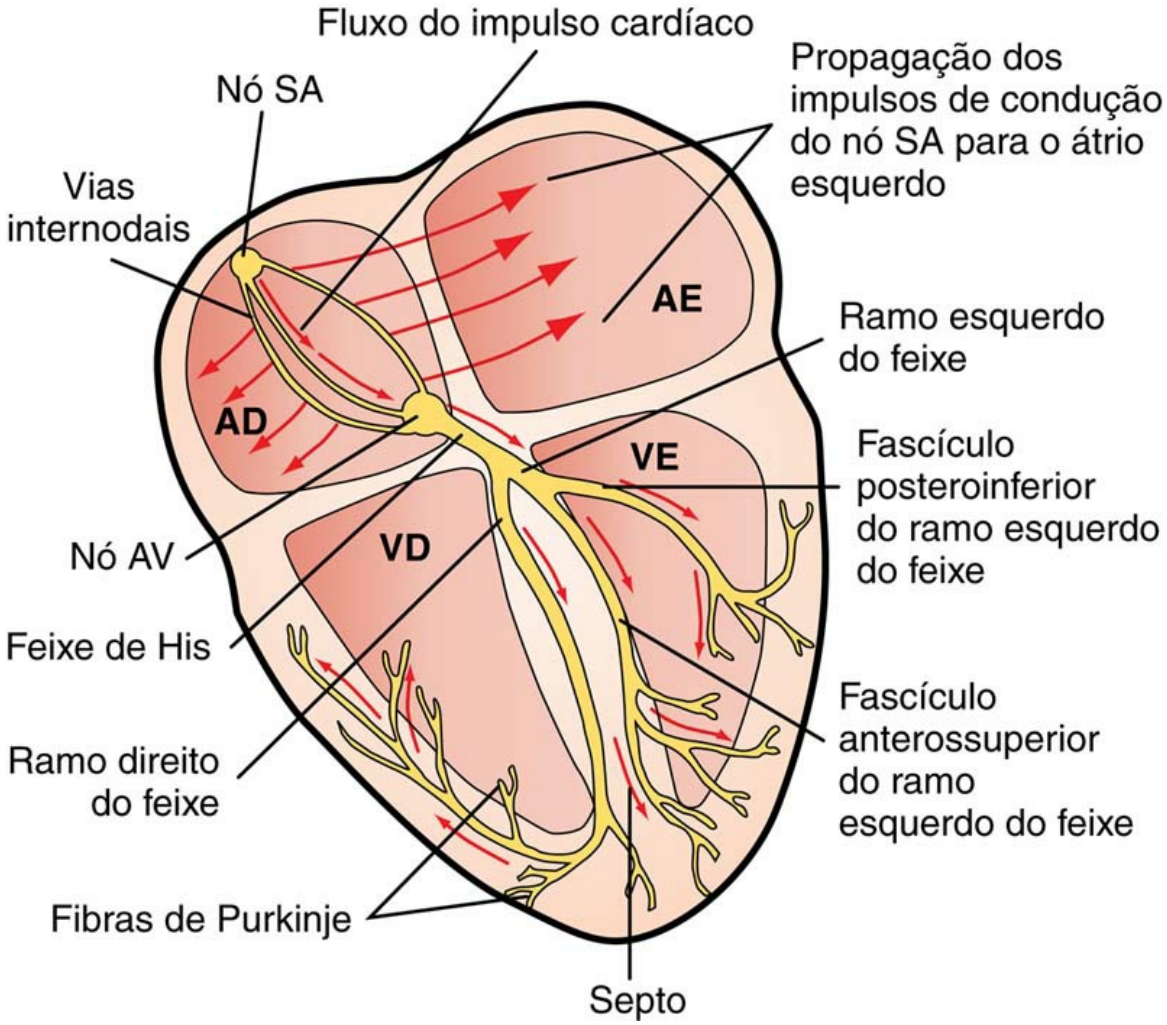


FIGURA 41-4 Sistema de condução do coração. *AV*, Atrioventricular; *AE*, átrio esquerdo; *VE*, ventrículo esquerdo; *AD*, átrio direito; *VD*, ventrículo direito; *SA*, sinoatrial. (De Lewis SL et al.: *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*, 7. ed., St Louis, 2007, Mosby.)

O sistema de condução do coração gera os impulsos necessários para iniciar a corrente elétrica de eventos de um batimento cardíaco normal. O sistema nervoso autônomo influencia a frequência de geração do impulso e a velocidade de transmissão através da via

condutiva e a força das contrações atriais e ventriculares. As fibras nervosas simpáticas e parassimpáticas inervam todas as partes dos átrios e ventrículos e dos nós sinoatrial (SA) e atrioventricular (AV). As fibras simpáticas aumentam a frequência de geração de impulso e velocidade de transmissão. As fibras parassimpáticas provenientes do nervo do vago diminuem a taxa.

O sistema de condução origina-se com o nó SA, o "marca-passo" do coração.

O nó SA está no átrio direito junto à entrada da veia cava superior. Os impulsos são iniciados no nó SA a uma frequência intrínseca de 60 a 100 potenciais de ação cardíacos por minuto em um adulto em repouso (McCance e Huether, 2014).

Os impulsos elétricos são transmitidos através dos átrios ao longo das vias intra-atriais para o nó AV. O nó AV mede os impulsos entre os átrios e os ventrículos e auxilia o esvaziamento atrial ao atrasar o impulso antes de transmiti-lo por meio do feixe de His e da rede ventricular de Purkinje.

Um **eletrocardiograma (ECG)** reflete a atividade elétrica do sistema de condução. Um ECG monitora a regularidade e o caminho do impulso elétrico através do sistema de condução; no entanto, não reflete o trabalho muscular do coração. A sequência normal no ECG é chamada de **ritmo sinusal normal (NSR)** (Fig. 41-5).

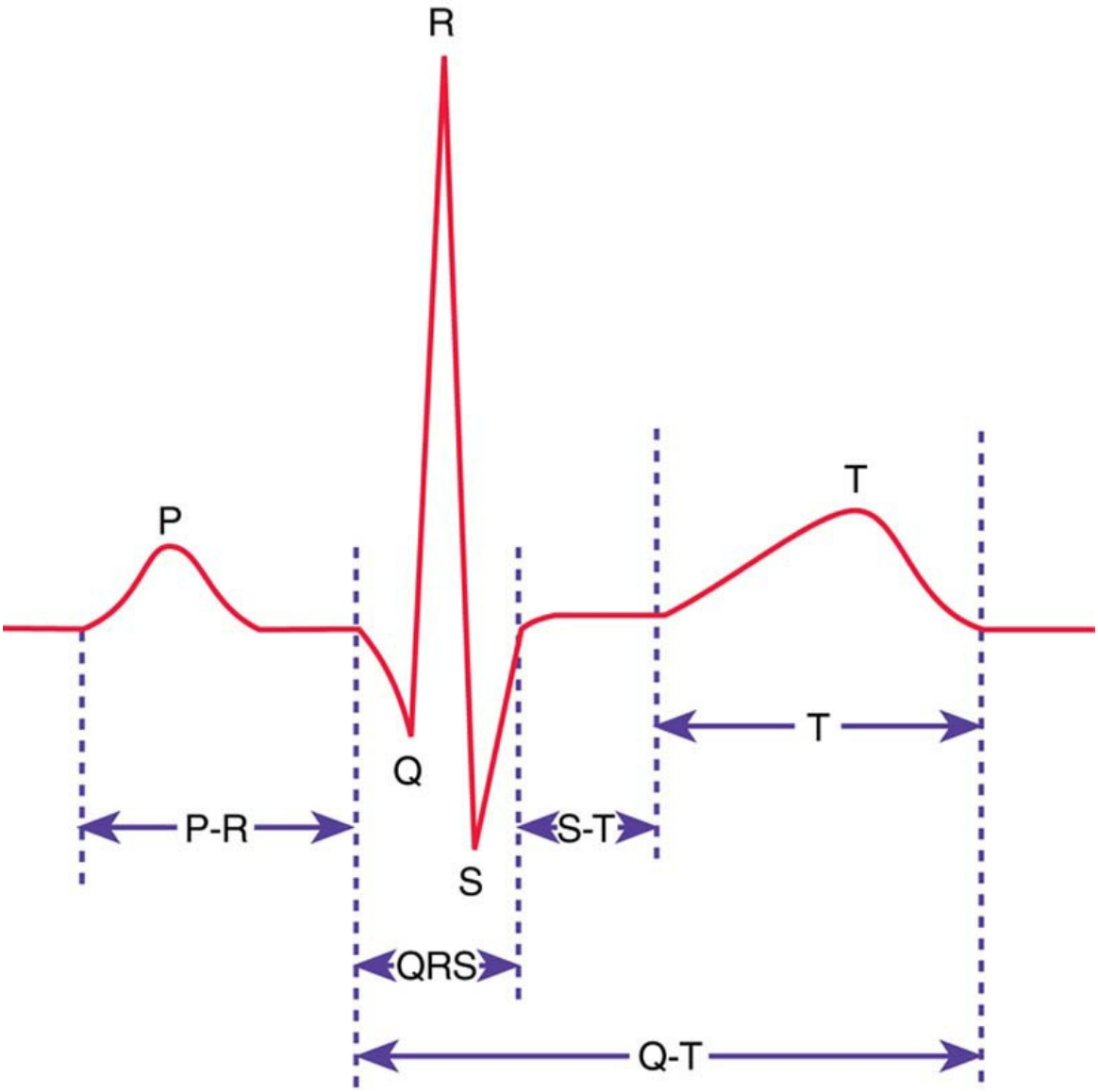


FIGURA 41-5 Forma de onda do eletrocardiograma normal.

O NSR implica que o impulso origina-se no nó SA e segue a sequência normal através do sistema de condução. A onda P representa a condução elétrica por meio de ambos os átrios. A contração atrial segue a onda P. O intervalo PR representa o tempo de viagem do impulso do nó SA através do nó AV, por meio do feixe de His e para as fibras de Purkinje. A extensão normal para o intervalo PR é de 0,12 a 0,2 segundo. Um aumento no tempo maior que 0,2 segundo indica um bloco na transmissão do impulso através do nó AV; ao passo que uma diminuição, menor que 0,12 segundo, indica o

início do impulso elétrico de uma fonte que não seja o nó SA.

O complexo QRS indica que o impulso elétrico percorreu os ventrículos. A duração normal do QRS é 0,06 a 0,1 segundo. Um aumento na duração do QRS indica um atraso no tempo de condução através dos ventrículos. A contração ventricular geralmente segue o complexo QRS.

O intervalo QT representa o tempo necessário para despolarização e repolarização ventricular. O intervalo QT normal é de 0,12 a 0,42 segundo. Esse intervalo varia inversamente com alterações na frequência cardíaca (McCance e Huether, 2014). As alterações nos valores eletrolíticos, como hipocalcemia ou terapia com fármacos, como disopiramida (Norpace) ou amiodarona (Cordarone), aumentam o intervalo QT. O encurtamento do intervalo QT ocorre com terapia digitálica, hipercalemia e hipercalcemia.

Fatores que Afetam a Oxigenação

Quatro fatores influenciam a adequação da circulação, ventilação, perfusão e transporte de gases respiratórios para os tecidos: (1) fisiológico, (2) de desenvolvimento, (3) estilo de vida e (4) ambiental. Os fatores fisiológicos são discutidos aqui e os outros o são na seção Base de Conhecimento de Enfermagem, que se segue.

Fatores Fisiológicos

Qualquer condição que afete o funcionamento cardiopulmonar afeta diretamente a capacidade do corpo para atender às demandas de oxigênio. Os transtornos respiratórios incluem hiperventilação, hipoventilação e hipóxia. As doenças cardíacas incluem distúrbios na condução, função valvular comprometida, hipóxia do miocárdio, condições de cardiomiopatia e hipóxia do tecido periférico. Outros processos fisiológicos que afetam a oxigenação do paciente incluem alterações que afetam a capacidade do sangue para transportar oxigênio, diminuição da concentração inspirada de oxigênio, aumentos na demanda metabólica do corpo e alterações que afetam o movimento da parede torácica causado pelas anormalidades

musculoesqueléticas ou alterações neuromusculares.

Diminuição da Capacidade de Transporte de Oxigênio

A hemoglobina transporta a maior parte do oxigênio para os tecidos. Anemia e inalação de substâncias tóxicas diminuem a capacidade de transporte de oxigênio do sangue ao reduzir a quantidade de hemoglobina disponível para transportar oxigênio. A anemia (p. ex., um nível de hemoglobina menor que o normal) é um resultado da produção reduzida de hemoglobina, aumento da destruição de hemácias e/ou perda de sangue. Os pacientes têm fadiga, tolerância à atividade reduzida, aumento da falta de ar, frequência cardíaca elevada e palidez (especialmente vista na conjuntiva do olho). A oxigenação diminui como um efeito secundário à anemia. A resposta fisiológica à hipoxemia crônica é o desenvolvimento do aumento de hemácias (policitemia). Esta é a resposta adaptativa do corpo para aumentar a quantidade de hemoglobina e os locais de ligação de oxigênio disponíveis.

Monóxido de carbono (MC) é o inalante tóxico mais comum, que diminui a capacidade de transporte de oxigênio do sangue. Na toxicidade do MC a hemoglobina liga-se fortemente com o MC, criando uma anemia funcional. Em função da força da ligação, o MC não se dissocia facilmente da hemoglobina, indisponibilizando a hemoglobina para o transporte de oxigênio.

Hipovolemia

Condições como choque e desidratação grave causam perda de fluido extracelular e volume sanguíneo circulante reduzido, ou **hipovolemia**. A diminuição do volume sanguíneo circulante resulta em hipóxia para os tecidos corporais. Com perda de fluidos significativa, o corpo tenta se adaptar por vasoconstrição periférica e frequência cardíaca elevada para aumentar o volume de sangue devolvido para o coração, aumentando assim o débito cardíaco.

Concentração de Oxigênio Inspirado Diminuída

Com o declínio da concentração de oxigênio inspirado, a capacidade

de transporte de oxigênio do sangue diminui. As quedas na fração da concentração de oxigênio inspirado (FiO_2) são causadas por obstrução das vias aéreas superiores e inferiores, o que limita o fornecimento de oxigênio inspirado aos alvéolos; diminuição de oxigênio ambiental (em altas altitudes); ou hipoventilação (ocorre em overdoses de drogas).

Taxa Metabólica Elevada

A atividade metabólica elevada aumenta a demanda de oxigênio. O nível de oxigenação cai quando os sistemas do corpo não são capazes de atender a essa demanda. Uma taxa metabólica elevada é normal na gravidez, cicatrização de feridas e prática de exercícios porque o corpo está usando energia ou construindo tecido. A maioria das pessoas é capaz de atender à crescente demanda de oxigênio e não exibe sinais de privação de oxigênio. A febre aumenta a necessidade de oxigênio dos tecidos; como resultado, aumenta a produção de dióxido de carbono. Quando a febre persiste, a taxa metabólica permanece elevada e o corpo começa a quebrar os armazenamentos de proteína. Isso causa desgaste muscular e diminuição de massa muscular, incluindo os músculos respiratórios, como os músculos do diafragma e intercostais.

O corpo tenta se adaptar aos níveis elevados de dióxido de carbono, aumentando a frequência e a profundidade da respiração. O trabalho da respiração do paciente aumenta e o paciente, eventualmente, exibe sinais e sintomas de hipoxemia. Os pacientes com doenças pulmonares correm maior risco de hipoxemia.

Condições que Afetam o Movimento da Parede Torácica

Qualquer condição que reduz o movimento da parede torácica resulta em diminuição da ventilação. Se o diafragma não descende totalmente com a respiração, o volume de ar inspirado diminui, distribuindo menos oxigênio aos alvéolos e tecidos.

Gravidez

À medida que o feto cresce durante a gravidez, o alargamento do útero empurra o conteúdo abdominal para cima contra o diafragma. No último trimestre da gravidez, a capacidade inspiratória diminui, resultando em dispneia de esforço e aumento da fadiga.

Obesidade

Os pacientes que são obesos mórbidos têm volumes pulmonares reduzidos do tórax inferior pesado e abdômen, sobretudo quando na posição reclinada e deitada. Muitos pacientes obesos mórbidos sofrem de apneia obstrutiva do sono. Os pacientes obesos mórbidos têm uma redução na complacência do pulmão e da parede torácica como resultado da intrusão do abdômen no peito, trabalho da respiração elevado e volumes pulmonares reduzidos. Em alguns pacientes, uma síndrome de hipoventilação da obesidade se desenvolve onde a oxigenação é diminuída e o dióxido de carbono é retido. O paciente obeso também é susceptível à atelectasia ou pneumonia após a cirurgia, porque os pulmões não expandem plenamente e os lobos inferiores retêm secreções pulmonares.

Anormalidades Musculoesqueléticas

Os comprometimentos musculoesqueléticos na região torácica reduzem a oxigenação. Estes comprometimentos resultam de configurações estruturais anormais, trauma, doenças musculares e doenças do sistema nervoso central. As configurações estruturais anormais que comprometem a oxigenação incluem aquelas que afetam a caixa torácica, como pectus excavatum e coluna vertebral, como cifose, lordose ou escoliose.

Trauma

Tórax instável é uma condição na qual múltiplas fraturas da costela causam instabilidade em parte da parede torácica. A parede torácica instável permite que o pulmão sob a área lesionada se contraia na inspiração e a protuberância na expiração, resultando em hipóxia. Os pacientes com incisões cirúrgicas abdominais torácicas ou superiores

usam respirações superficiais para evitar a dor, o que também diminui o movimento da parede torácica. Os opioides usados para tratar a dor deprimem o centro respiratório, diminuindo ainda mais a taxa respiratória e a expansão da parede torácica.

Doenças Neuromusculares

As doenças neuromusculares afetam a oxigenação dos tecidos ao diminuir a capacidade do paciente em expandir e contrair a parede torácica. A ventilação é prejudicada, resultando em atelectasia, hipercapnia e hipoxemia. Miastenia gravis, síndrome de Guillain-Barré e poliomielite são exemplos de condições que provocam hipoventilação.

Alterações do Sistema Nervoso Central

Doenças ou traumas da medula oblonga e/ou do bulbo raquidiano resultam na respiração comprometida. Quando o bulbo raquidiano é afetado, a regulação neural da respiração é comprometida e desenvolve padrões de respiração anormal. O trauma cervical na C3 a C5 geralmente resulta em paralisia do nervo frênico. Quando o nervo frênico é danificado, o diafragma não descende corretamente, reduzindo assim os volumes pulmonares inspiratórios e provocando hipoxemia. O trauma da medula espinhal abaixo da vértebra C5 geralmente deixa o nervo frênico intacto, mas danifica os nervos que inervam os músculos intercostais, impedindo a expansão do tórax anteroposterior.

Influências da Doença Crônica

A oxigenação diminui como uma consequência direta da doença pulmonar crônica. As alterações no diâmetro anteroposterior da parede torácica (tórax) ocorrem por causa do uso excessivo dos músculos acessórios e aprisionamento do ar no enfisema. O diafragma é achatado e os campos pulmonares são distendidos excessivamente, resultando em diferentes graus de hipoxemia e/ou hipercapnia (McCance e Huether, 2014).

Alterações no Funcionamento Respiratório

As enfermidades e condições que afetam a ventilação ou o transporte de oxigênio causam alterações no funcionamento respiratório. As três alterações principais são hipoventilação, hiperventilação e hipóxia.

O objetivo da ventilação é produzir uma tensão normal de dióxido de carbono arterial ($PaCO_2$) entre 35 e 45 mmHg e uma tensão de oxigênio arterial normal (PaO_2) entre 80 e 100 mmHg. A hipoventilação e a hiperventilação muitas vezes são determinadas por análise do gás de sangue arterial (McCance e Huether, 2014). Hipoxemia refere-se a uma diminuição na quantidade de oxigênio arterial. Os enfermeiros monitoram a saturação arterial do oxigênio (SpO_2) utilizando um oxímetro de pulso para monitorar a saturação de oxigênio não invasiva. Normalmente, a SpO_2 é maior ou igual a 95% (Cap. 30).

Hipoventilação

Hipoventilação ocorre quando a ventilação alveolar é insuficiente para atender à demanda de oxigênio do corpo ou eliminar o dióxido de carbono suficiente. À medida que a ventilação alveolar diminui, o corpo retém dióxido de carbono. Por exemplo, atelectasia, o colapso dos alvéolos, impede a troca normal de oxigênio e dióxido de carbono. Assim que os alvéolos entram em colapso, menos do pulmão é ventilado, ocorrendo a hipoventilação.

Em pacientes com DPOC, a administração de oxigênio excessiva resulta em hipoventilação. Estes pacientes adaptaram-se a um nível elevado de dióxido de carbono, por isso seus quimiorreceptores sensíveis ao dióxido de carbono não estão funcionando normalmente. Seus quimiorreceptores periféricos do arco aórtico e corpos carotídeos são sensíveis, principalmente, para baixar os níveis de oxigênio, causando aumento da ventilação. Como o estímulo para respirar é em um nível diminuído de oxigênio arterial (PaO_2), a administração de oxigênio maior que 24% a 28% (1 a 3 l/min) impede que o PaO_2 caia para um nível (60 mmHg) que estimula os receptores periféricos, destruindo assim o estímulo para respirar (McCance e Huether, 2014).

A hipoventilação resultante provoca retenção excessiva de dióxido de carbono, o que pode levar à acidose respiratória e parada respiratória. Os sinais e sintomas de hipoventilação incluem alterações do estado mental, disritmias e possível parada cardíaca. Se não forem tratados, o estado do paciente rapidamente declina, levando a convulsões, inconsciência e morte.

Hiperventilação

Hiperventilação é um estado de ventilação no qual os pulmões removem o dióxido de carbono mais rápido do que é produzido pelo metabolismo celular. Ansiedade severa, infecção, drogas ou um desequilíbrio ácido-base induz a hiperventilação (Cap. 42). A ansiedade aguda leva à hiperventilação e à exalação de quantidades excessivas de dióxido de carbono. O aumento da temperatura corporal (febre) aumenta a taxa metabólica, aumentando assim a produção de dióxido de carbono. O nível de aumento de dióxido de carbono estimula um aumento na frequência e profundidade da respiração do paciente, causando hiperventilação.

Às vezes, a hiperventilação é quimicamente induzida. A intoxicação por salicilato (aspirina) e anfetamina utiliza o resultado na produção de dióxido de carbono em excesso, estimulando o centro respiratório para compensar, aumentando a frequência e a profundidade da respiração. Isso também ocorre à medida que o corpo tenta compensar a acidose metabólica. Por exemplo, o paciente com diabetes em cetoacidose produz grandes quantidades de ácidos metabólicos. O sistema respiratório tenta corrigir o equilíbrio ácido-base por excesso de respiração. Os aumentos da ventilação reduzem a quantidade de dióxido de carbono disponível para formar ácido carbônico (Cap. 42). Isso também pode resultar no desenvolvimento de alcalose respiratória do paciente. Os sinais e sintomas de hiperventilação incluem respiração rápida, respirações suspiradas, dormência e formigamento das mãos/pés, tonturas e perda de consciência.

Hipóxia

Hipóxia é a oxigenação tecidual inadequada ao nível celular. Resulta de uma deficiência na distribuição de oxigênio ou uso de oxigênio ao nível celular. É uma condição potencialmente fatal. Sem tratamento, produz disritmias cardíacas possivelmente fatais.

As causas de hipóxia incluem: (1) uma diminuição do nível de hemoglobina e capacidade reduzida do transporte de oxigênio do sangue; (2) uma concentração diminuída de oxigênio inspirado, que ocorre em altas altitudes; (3) a incapacidade dos tecidos para extrair oxigênio do sangue, como acontece com envenenamento por cianeto; (4) diminuição da difusão de oxigênio dos alvéolos para o sangue, como na pneumonia; (5) perfusão tecidual ruim com sangue oxigenado, como acontece com o choque; e (6) ventilação comprometida, como com as múltiplas fraturas de costelas ou trauma torácico.

Os sinais e sintomas clínicos de hipóxia incluem apreensão, agitação, incapacidade de concentração, nível reduzido de consciência, tonturas e alterações comportamentais. O paciente com hipóxia é incapaz de deitar-se horizontalmente e parece cansado e agitado. As alterações do sinal vital incluem um aumento da pulsação e um aumento da frequência e da profundidade da respiração. Durante as fases iniciais de hipóxia, a pressão arterial é elevada a menos que a condição seja causada por um choque. À medida que a hipóxia se agrava, a frequência respiratória declina como resultado da fadiga muscular respiratória.

Cianose, a descoloração azul da pele e mucosas causada pela presença de hemoglobina dessaturada em capilares, é um sinal tardio de hipóxia. A presença ou ausência de cianose não é uma medida confiável do estado do oxigênio. A cianose central, observada na língua, no palato mole e na conjuntiva do olho, onde o fluxo sanguíneo é elevado, indica hipoxemia. A cianose periférica, vista nos membros, leito ungueais e lóbulos das orelhas, muitas vezes é resultado de vasoconstrição e fluxo de sangue estagnado.

Alterações no Funcionamento Cardíaco

Enfermidades e condições que afetam o ritmo cardíaco, a força de

contração, o fluxo sanguíneo através do coração ou para o músculo cardíaco e a circulação periférica diminuída provocam alterações no funcionamento cardíaco. Os idosos vivenciam alterações na função cardíaca como resultado da calcificação das vias de condução, válvulas cardíacas mais espessas e mais rígidas provocadas pelo acúmulo de lipídios e fibrose, e uma diminuição do número de células marca-passos no nó SA (Touhy e Jett, 2014; Meiner, 2011).

Distúrbios de Condução

Os impulsos elétricos que não se originam no nó SA causam distúrbios de condução. Estes distúrbios do ritmo são chamados **disritmias**, significa um desvio do ritmo cardíaco normal. As disritmias ocorrem como um distúrbio de condução primária, como em resposta à isquemia; anormalidade valvular; ansiedade; toxicidade de drogas; cafeína, consumo de álcool ou de tabaco; ou uma complicação do desequilíbrio ácido-base ou eletrolítico (Cap. 42).

As disritmias são classificadas pela resposta cardíaca e pelo local de origem do impulso. A resposta cardíaca é taquicardia (maior que 100 batimentos/min), bradicardia (menos de 60 batimentos/min), uma batida prematura (precoce) ou um batimento bloqueado (tardio ou ausente). Taquidisritmias e bradidisritmias diminuem o débito cardíaco e a pressão arterial. As taquidisritmias reduzem o débito cardíaco, diminuindo o tempo de enchimento diastólico. As bradidisritmias reduzem o débito cardíaco devido à diminuição da frequência cardíaca.

Fibrilação atrial é uma arritmia comum em idosos. O impulso elétrico nos átrios é caótico e origina-se de diversos locais. O ritmo é irregular devido aos vários locais de marca-passo e à condução imprevisível para os ventrículos. O complexo QRS é normal; no entanto, ocorre em intervalos irregulares. A fibrilação atrial é frequentemente descrita como um ritmo incomumente irregular.

Os impulsos anormais originando-se acima dos ventrículos são disritmias supraventriculares. A anormalidade na forma de onda é a configuração e o posicionamento da onda P. A condução ventricular geralmente permanece normal e há um complexo QRS normal.

A taquicardia paroxística supraventricular é um início repentino e rápido da taquicardia originando-se acima do nó AV. Muitas vezes começa e termina espontaneamente. Por vezes a emoção, fadiga, o consumo de cafeína, tabaco ou álcool precipita a taquicardia paroxística supraventricular.

As disritmias ventriculares representam um local ectópico de formação de impulso dentro dos ventrículos. É ectópico no sentido em que o impulso se origina no ventrículo, e não no nó SA. A configuração do complexo QRS normalmente é ampliada e bizarra. As ondas P nem sempre estão presentes; muitas vezes, elas estão enterradas no complexo QRS. **Taquicardia ventricular** e **fibrilação ventricular** são ritmos potencialmente fatais que exigem intervenção imediata. A taquicardia ventricular é uma arritmia potencialmente fatal devido ao débito cardíaco reduzido e do potencial para deteriorar-se para fibrilação ventricular ou morte súbita cardíaca (AHA, 2010b).

Débito Cardíaco Alterado

A insuficiência do miocárdio para ejetar o volume suficiente para as circulações sistêmica e pulmonar ocorre na insuficiência cardíaca. Doença arterial coronariana primária, cardiomiopatia, transtornos valvulares e doença pulmonar levam à falência da bomba miocárdica.

Insuficiência Cardíaca Esquerda

A insuficiência cardíaca esquerda é uma condição anormal caracterizada por funcionamento reduzido do ventrículo esquerdo. Caso a falha ventricular esquerda seja significativa, a quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo cai consideravelmente, resultando na diminuição do débito cardíaco. Os sinais e sintomas incluem fadiga, falta de ar, tontura e confusão como resultado de hipóxia tecidual em função do débito cardíaco diminuído. À medida que o ventrículo esquerdo continua a falhar, o sangue começa a se acumular na circulação pulmonar, causando congestão pulmonar. Os achados clínicos incluem crepitações nas bases dos pulmões na ausculta, hipóxia, falta de ar durante o esforço, tosse e dispneia

paroxística noturna.

Insuficiência Cardíaca Direita

A insuficiência cardíaca direita resulta de um funcionamento comprometido do ventrículo direito. Resulta mais comumente da doença pulmonar ou como resultado de insuficiência esquerda a longo prazo. O principal fator patológico na insuficiência direita é a resistência vascular pulmonar elevada (PVR). Como a PVR continua a aumentar, o ventrículo direito funciona mais e a demanda de oxigênio do coração aumenta. À medida que a falha continua, a quantidade de sangue ejetado do ventrículo direito diminui e o sangue começa a "dar apoio" na circulação sistêmica. Clinicamente, o paciente tem ganho de peso, veias do pescoço distendidas, hepato e esplenomegalia e edema periférico dependente.

Função Valvular Comprometida

A doença valvular cardíaca é um transtorno adquirido ou congênito de uma válvula cardíaca que provoca o endurecimento (estenose) ou o fechamento comprometido (regurgitação) das válvulas. Quando a estenose ocorre, o fluxo sanguíneo pelas válvulas é obstruído. Por exemplo, quando a estenose ocorre nas válvulas semilunares (válvulas aórtica e pulmonar), os ventrículos adjacentes têm que trabalhar mais para mudar o volume do sangue ventricular além da válvula estenótica. Ao longo do tempo, a estenose causa hipertrofia ao ventrículo (ampliação); e, se a condição não for tratada, a insuficiência cardíaca esquerda ou direita ocorre. Quando a regurgitação ocorre, há um refluxo de sangue em uma câmara adjacente. Por exemplo, na regurgitação mitral, os folhetos mitrais não fecham completamente. Quando os ventrículos se contraem, o sangue escapa de volta para os átrios, causando um sopro ou som "sibilante" (Cap. 31).

Isquemia Miocárdica

A **isquemia miocárdica** ocorre quando o suprimento de sangue para o miocárdio de artérias coronárias é insuficiente para atender às

demandas de oxigênio do miocárdio. Dois resultados comuns desta isquemia são angina pectoris e infarto do miocárdio (IM).

Angina

Angina pectoris é um desequilíbrio transitório entre o suprimento de oxigênio do miocárdio e a demanda. A condição resulta em dor torácica que é dolorosa, aguda, formigamento ou queimação, ou que parece pressão. Normalmente, a dor torácica é esquerda ou subesternal e muitas vezes irradia para a esquerda ou para ambos os braços, mandíbula, pescoço e costas. Em alguns pacientes, a dor da angina não irradia. Isso geralmente dura de 3 a 5 minutos (McCance e Huether, 2014). Os pacientes relatam que muitas vezes isso é precipitado por atividades que aumentam a demanda de oxigênio do miocárdio (p. ex., fazer refeições pesadas, prática de exercícios ou estresse). Isso geralmente é aliviado com repouso e vasodilatadores coronarianos, o mais comum sendo um preparo de nitroglicerina.

Infarto do Miocárdio

O **infarto do miocárdio (IM)** ou a **síndrome coronariana aguda (SCA)** resulta das súbitas diminuições do fluxo sanguíneo coronariano ou aumento da demanda de oxigênio do miocárdio sem perfusão coronariana adequada. O infarto ocorre porque a isquemia não é revertida. A morte celular ocorre após 20 minutos de isquemia miocárdica (McCance e Huether, 2014).

A dor torácica associada ao IM nos homens normalmente é descrita como esmagamento, aperto ou apunhalada. A dor muitas vezes é no lado esquerdo do peito e na área esternal; pode ser sentida nas costas; e irradia do braço esquerdo para o pescoço, maxilares, dentes, região epigástrica e costas. Ocorre durante o repouso ou o esforço e dura mais de 20 minutos. O repouso, a mudança de posição ou a administração sublingual de nitroglicerina não aliviam a dor.

Há uma diferença significativa entre homens e mulheres em relação à doença arterial coronariana. Conforme as mulheres envelhecem, seu risco de doença cardíaca começa a ascender (AHA, 2015). As mulheres, em média, têm maiores níveis de colesterol e triglicérides

no sangue do que os homens. A obesidade nas mulheres é mais prevalente, o que também aumenta o risco para o diabetes e a doença cardíaca (Najafi et al., 2013). Os sintomas das mulheres diferem dos dos homens. O sintoma inicial mais comum em mulheres é a angina, mas elas também apresentam sintomas atípicos como fadiga, indigestão, falta de ar e dor nas costas ou na mandíbula. As mulheres têm duas vezes o risco de morrer durante o primeiro ano após um ataque cardíaco do que os homens (Najafi et al., 2013).

Base de conhecimento de enfermagem

Fatores que Influenciam a Oxigenação

Além dos fatores fisiológicos, múltiplos fatores de desenvolvimento, de estilo de vida e fatores ambientais afetam o estado de oxigenação dos pacientes. É importante reconhecer estes como possíveis riscos ou fatores que afetam seus objetivos de saúde.

Fatores de Desenvolvimento

O estágio de desenvolvimento e o processo normal de envelhecimento de um paciente afetam a oxigenação tecidual.

Lactentes e Bebês

Lactentes e bebês correm risco de infecções do trato urinário como resultado da exposição frequente a outras crianças, um sistema imunológico imaturo e exposição a fumantes passivos. Além disso, durante o processo de dentição, alguns lactentes desenvolvem congestão nasal, o que encoraja o crescimento bacteriano e aumenta o potencial para infecção do trato respiratório. As infecções do trato respiratório superior não costumam ser perigosas, e os lactentes ou os bebês recuperam-se com pouca dificuldade.

Crianças em Idade Escolar e Adolescentes

As crianças em idade escolar e os adolescentes estão expostos a infecções respiratórias e a fatores de risco respiratórios como tabagismo ou o fumo passivo. Uma criança saudável normalmente não tem os efeitos pulmonares adversos de infecções respiratórias. O CDC (2013b) relatou que 6,7% das crianças do ensino fundamental e 23,3% das crianças do ensino médio atualmente utilizaram produtos de tabaco, que incluem cigarros, charutos, cachimbos, narguilés, cachimbos de tabaco sem fumaça, bidis, keteks, tabaco solúvel e cigarros eletrônicos (CDC, 2013b). O tabagismo atual entre as crianças do ensino fundamental e do ensino médio diminuiu. Nove em cada 10

fumantes começaram a fumar com a idade de 18 anos, e 99% iniciaram aos 26 anos de idade (CDC, 2014c). Uma pessoa que começa a fumar na adolescência e continua a fumar na meia-idade tem um risco aumentado para doença cardiopulmonar e câncer de pulmão.

Jovens e Adultos de Meia Idade

Jovens e adultos de meia-idade são expostos a vários fatores de risco cardiopulmonares: uma dieta não saudável, falta de exercícios, estresse, medicamentos prescritos ou utilizados de maneira imprópria, substâncias ilegais e tabagismo. Reduzir esses fatores modificáveis diminui o risco de um paciente para doenças cardíacas ou pulmonares. Este também é o momento em que os indivíduos estabelecem hábitos e estilos de vida vitalícios. É importante ajudar seus pacientes a fazer boas escolhas e tomar decisões informadas sobre suas práticas de cuidados de saúde. O aumento do custo dos cigarros além das leis antifumo, que reduzem o tabagismo em lugares públicos, tem provado ser útil na cessação do tabagismo (CDC, 2012).

Idosos

Os sistemas respiratório e cardíaco sofrem alterações ao longo do processo de envelhecimento (Quadro 41-1). As alterações estão associadas às calcificação das válvulas cardíacas, do nó SA e das cartilagens costais. O sistema arterial desenvolve placas ateroscleróticas.

Quadro 41-1

Foco em idosos

Implicação Cardiopulmonar em Idosos

- O teste cutâneo tuberculínico não é um indicador confiável de tuberculose em pacientes idosos. Eles frequentemente exibem reações falso-positivas ou falso-negativas para os testes cutâneos.
- Os pacientes idosos correm maior risco para a reativação de

organismos dormentes que estavam presentes há décadas, como resultado de mudanças relacionadas à idade no sistema imunológico.

- O teste de Mantoux de 5-TU padrão é aplicado e repetido ou repetido com a força de 250-TU para criar um efeito de reforço. Se o paciente idoso tem uma reação positiva, um histórico completo é necessário para determinar quaisquer fatores de risco.
- Os problemas cardíacos diferem de outras condições crônicas no sentido em que, quando eles se tornam agudos, os sintomas se agravam rapidamente e exigem internação, ao passo que outras condições crônicas podem ser tratadas em casa (Touhy e Jett, 2014).
- O controle da pressão arterial em idosos resulta em 30% menos acidentes vasculares cerebrais, 64% de insuficiência cardíaca, 23% menos eventos cardíacos fatais e 21% menos mortes cardíacas relacionadas (Touhy e Jett, 2014).
- As alterações do estado mental são frequentemente os primeiros sinais de problemas cardíacos e/ou respiratórios e muitas vezes incluem esquecimento e irritabilidade.
- As alterações no mecanismo de tosse do idoso levam à retenção de secreções pulmonares, obstrução das vias aéreas e atelectasia, caso os pacientes não utilizem antitussígenos com cautela.
- As alterações relacionadas à idade no sistema imunológico levam a um declínio da imunidade mediada por células e da imunidade humoral, resultando em um risco aumentado de infecções respiratórias (McCance e Huether, 2014).
- As alterações no tórax que ocorrem a partir da ossificação da cartilagem costal, espaço reduzido entre as vértebras e força muscular respiratória diminuída levam a problemas com a expansão torácica e oxigenação (Touhy e Jett, 2014).

A osteoporose leva a mudanças no tamanho e no formato do tórax. A traqueia e os grandes brônquios tornam-se ampliados a partir da calcificação das vias aéreas. Os alvéolos aumentam de tamanho,

diminuindo a área de superfície disponível para as trocas gasosas. O número de cílios funcionais é reduzido, causando uma diminuição da eficácia do mecanismo de tosse, colocando o idoso em maior risco para infecções respiratórias (Touhy e Jett, 2014).

Fatores do Estilo de Vida

As modificações do estilo de vida são difíceis para os pacientes porque eles muitas vezes têm que mudar um hábito agradável como o tabagismo ou o consumo de certos alimentos. A modificação dos fatores de risco é importante e inclui a cessação do tabagismo, redução do peso, dieta baixa em colesterol e em sódio, tratamento da hipertensão e prática de exercícios moderada (Cap. 6).

Embora seja difícil mudar o comportamento em longo prazo, ajudar os pacientes a adquirir comportamentos saudáveis reduz ou diminui o risco ou interrompe a progressão das doenças cardiopulmonares.

Nutrição

A nutrição afeta a função cardiopulmonar de diversas maneiras. A obesidade severa diminui a expansão pulmonar, e o aumento de peso eleva as demandas de oxigênio do tecido. O paciente desnutrido vivencia desgaste muscular respiratório, resultando em redução da força muscular e excursão respiratória. A eficiência da tosse é reduzida secundária à fraqueza muscular respiratória, colocando um paciente em risco para retenção de secreções pulmonares.

Os pacientes que são morbidamente obesos e/ou desnutridos correm risco de anemia. As dietas ricas em carboidratos desempenham um papel no aumento da carga de dióxido de carbono para pacientes com retenção de dióxido de carbono. À medida que os carboidratos são metabolizados, um aumento da carga de dióxido de carbono é criado e excretado através dos pulmões.

As práticas dietéticas também influenciam a prevalência de doenças cardiovasculares. A nutrição cardioprotetora inclui dietas ricas em fibras; grãos integrais; frutas frescas e vegetais; castanhas; antioxidantes; carnes magras, peixe e frango; e ácidos graxos ômega 3. A restrição de sódio, controle de pressão arterial e perda de peso

facilitam independentemente a regressão da hipertrofia ventricular esquerda (Katholi e Couri, 2011). As dietas ricas em potássio previnem a hipertensão e ajudam a melhorar o controle em pacientes com hipertensão. Uma dieta de 2.000 calorias composta de frutas, vegetais, e laticínios de baixo teor de gordura, que são ricos em fibras, potássio, cálcio e magnésio, e com baixo teor de gordura saturada e total ajuda a prevenir e reduzir os efeitos da hipertensão.

Prática de Exercícios

A prática de exercícios aumenta a atividade metabólica e a demanda de oxigênio do corpo. A frequência e a profundidade da respiração aumentam, permitindo que a pessoa inspire mais oxigênio e expire excesso de dióxido de carbono. Um programa de exercícios físicos tem muitos benefícios (Cap. 39).

As pessoas que se exercitam durante 30 a 60 minutos diariamente têm uma baixa taxa de pulso e pressão arterial, nível de colesterol reduzido, aumento do fluxo sanguíneo e maior extração de oxigênio pelos músculos em trabalho. As pessoas totalmente condicionadas aumentam o consumo de oxigênio em 10% a 20% por causa do aumento do débito cardíaco e aumento da eficiência do músculo do miocárdio (James et al., 2014).

Tabagismo

O tabagismo e o fumo passivo são associados a uma série de doenças, incluindo doença cardíaca, DPOC e câncer de pulmão. O tabagismo agrava as doenças vascular periférica e arterial coronariana (McCance e Huether, 2014). A nicotina inalada causa vasoconstrição dos vasos sanguíneos periféricos e coronarianos, aumentando a pressão arterial e diminuindo o fluxo sanguíneo para os vasos periféricos.

As mulheres que tomam pílulas anticoncepcionais e fumam cigarros têm um risco elevado para tromboflebite e embolia pulmonar. Fumar durante a gravidez pode resultar em bebês de baixo peso ao nascimento, parto prematuro e bebês com função pulmonar reduzida (CDC, 2014f). Até mesmo a exposição ao fumo passivo pode ser um risco para os bebês de baixo peso ao nascimento, parto prematuro e

abortos (CDC, 2014f).

O risco de câncer de pulmão é 10 vezes maior para uma pessoa que fuma do que para um não fumante. Nos Estados Unidos, o uso do tabaco é responsável por 30% de todas as mortes por câncer. Isso inclui 87% das mortes por câncer de pulmão e câncer de laringe, boca, faringe, esôfago e bexiga. O tabagismo tem sido associado ao desenvolvimento de outros cânceres, incluindo rim, colo do útero e leucemia (ACS, 2014a). Adesivos, gomas e pastilhas de nicotina estão disponíveis sem prescrição, e inaladores e aerossóis nasais de nicotina podem ser obtidos sob prescrição. Os fármacos sob prescrição, como bupropiona (Zyban) e vareniclina (Chantix) também estão disponíveis para ajudar as pessoas a parar de fumar (ACS, 2014b).

A exposição ao fumo de tabaco ambiental (fumo passivo) aumenta o risco de câncer de pulmão e doenças cardiovasculares para o não fumante. As crianças com pais que fumam têm uma maior incidência de asma, pneumonia e infecções de ouvido. Bebês expostos ao fumo passivo correm maior risco de síndrome da morte súbita infantil (ACS, 2014a).

Abuso de Drogas

O consumo excessivo de álcool e outras drogas prejudica a oxigenação tecidual de duas maneiras. Primeiro, a pessoa que abusa cronicamente de substâncias muitas vezes tem uma má ingestão nutricional. Com a diminuição resultante da ingestão de alimentos ricos em ferro, a produção de hemoglobina cai. Segundo, o consumo excessivo de álcool e determinadas drogas deprime o centro respiratório, reduzindo a frequência e a profundidade da respiração e da quantidade de oxigênio inalado. O abuso de substâncias por fumantes ou a inalação de substâncias como crack, cocaína ou fumos de latas de tinta ou cola causa dano direto ao tecido pulmonar, o que leva a danos permanentes nos pulmões (Stoppler, 2013). O relatório sobre o abuso de inalantes por adolescentes para obter um efeito eufórico inclui o uso de uma grande variedade de substâncias, como diluente de tintas, removedor de esmalte, cola, tinta em spray, óxido nitroso e outros produtos domésticos comuns. A morte súbita pode ocorrer a partir de

arritmias cardíacas; ou o abuso crônico pode causar danos ao coração, pulmões e rins (Stoppler, 2013).

Estresse

Um estado contínuo de estresse ou ansiedade severa aumenta a taxa metabólica e as demandas de oxigênio do corpo. O corpo responde à ansiedade e a outros estresses com um aumento da frequência e da profundidade da respiração. A maioria das pessoas se adapta; mas algumas, especialmente aquelas com enfermidades crônicas ou enfermidades agudas potencialmente fatais, como um IM, não toleram as demandas de oxigênio associadas à ansiedade (Cap. 38).

Fatores Ambientais

O ambiente influencia a oxigenação. A incidência de doença pulmonar é maior em áreas urbanas com alto índice de poluição do que nas zonas rurais. Além disso, no local de trabalho do paciente às vezes o risco para a doença pulmonar aumenta. Os poluentes ocupacionais incluem asbesto, talco, poeira e fibras transportadas pelo ar. Por exemplo, os trabalhadores agrícolas nas regiões secas do sudoeste dos Estados Unidos correm risco de coccidioidomicose, uma doença fúngica causada pela inalação de esporos da bactéria *Coccidioides immiti*s transportada pelo ar. A asbestose é uma doença pulmonar ocupacional que se desenvolve após a exposição ao asbesto ou amianto. O pulmão com asbestose muitas vezes tem fibrose intersticial difusa, criando uma doença pulmonar restritiva. Os pacientes expostos ao amianto estão em risco de desenvolver câncer de pulmão, e este risco aumenta com a exposição ao fumo de tabaco.

Pensamento crítico

O pensamento crítico bem-sucedido requer uma síntese do conhecimento, experiência, informações coletadas de pacientes, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos exigem que você antecipe as informações, analise os dados e tome decisões a respeito dos cuidados do seu paciente.

Durante a avaliação, considere todos os elementos que são utilizados para fazer um diagnóstico de enfermagem adequado (Fig. 41-6).

Conhecimento

- Anatomia e fisiologia cardiopulmonar
- Fisiopatologia cardiopulmonar
- Sinais e sintomas clínicos de oxigenação alterada
- Fatores fisiológicos que alteram a oxigenação
- Fatores do desenvolvimento que alteram a oxigenação
- Impacto do estilo de vida e do meio ambiente na oxigenação

Experiência

- Cuidar de pacientes com alterações na função respiratória e cardíaca
- Experiência pessoal sobre como uma mudança na altitude ou no condicionamentofísico afeta os padrões respiratórios
- Experiência em observar a resposta do paciente para as terapias de oxigenação
- Experiência pessoal com infecções respiratórias ou alterações cardiopulmonares

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Identificar os sinais e sintomas recorrentes e atuais associados à oxigenação comprometida
- Determinar a presença de fatores de risco para alterações
- Perguntar ao paciente sobre o uso de medicamentos
- Determinar o status de atividade normal e atual do paciente
- Determinar a tolerância do paciente à atividade

Normas

- Aplicar as normas intelectuais de clareza, precisão, especificidade e precisão ao obter um histórico de saúde para o paciente com alterações cardiopulmonares
- Aplicar as normas pertinentes da American Cancer Society, American Heart Association, American Thoracic Society e Centers for Disease Control and Prevention

Atitudes

- Assumir a responsabilidade de obter informações corretas sobre o paciente
- Exibir confiança ao coletar os dados sobre a extensão das alterações respiratórias do paciente
- Ser criativo ao coletar os dados sobre os fatores culturais que podem estar influenciando os fatores de risco do paciente

FIGURA 41-6 Modelo de pensamento crítico para o Histórico de enfermagem da oxigenação.

Para entender como as alterações na oxigenação afetam os pacientes e sua seleção de intervenções adequadas, você precisa integrar conhecimento de enfermagem e outras disciplinas e informações coletadas de pacientes. As atitudes de pensamento crítico garantem que você aborde o atendimento ao paciente de forma metódica e lógica.

O uso de padrões profissionais, como aqueles desenvolvidos por Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American Cancer Society (ACS), o American Heart Association (AHA), American Lung Association (ALA), American Thoracic Society (ATS) e American Nurses Association (ANA), fornecem diretrizes valiosas para o cuidado e tratamento dos pacientes.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e utilize uma abordagem de pensamento crítico nos cuidados de seus pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para você desenvolver e implantar um plano individualizado de cuidados.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem, avalie cuidadosamente cada paciente e analise criticamente os achados para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente necessárias para os cuidados de enfermagem seguros. A avaliação de enfermagem do funcionamento cardiopulmonar inclui um histórico detalhado da função cardiopulmonar normal e atual do paciente, os comprometimentos anteriores no funcionamento circulatório ou respiratório, e os métodos que um paciente utiliza para otimizar a oxigenação. O histórico de enfermagem inclui uma análise de alergias a fármacos, alimentos e outras alergias. O exame físico do estado cardiopulmonar de um paciente revela a extensão dos sinais e sintomas existentes. Utilizar os valores do histórico de enfermagem da oximetria de pulso e capnografia auxilia na avaliação de pacientes com respiração espontânea, pacientes entubados e pacientes que necessitam de oxigenoterapia ou ventilação mecânica. A oximetria de pulso fornece um feedback instantâneo sobre o nível de oxigenação do paciente. A **capnografia**, também conhecida como *monitoramento de CO_2 ao final do volume corrente*, fornece informações instantâneas sobre a ventilação do paciente (quão efetivamente o CO_2 está sendo eliminado pelo sistema pulmonar), perfusão (quão efetivamente o CO_2 está sendo transportado através do sistema vascular) e quão efetivamente o CO_2 é produzido pelo metabolismo celular (Urden et al., 2014). A capnografia é medida perto do final da exalação. Por fim, uma análise dos testes laboratorial e diagnóstico fornece dados

valiosos para uma avaliação.

Pela Ótica do Paciente

Pergunte aos pacientes sobre suas prioridades e o que eles esperam de sua consulta ao médico. Identificando suas expectativas envolve os pacientes no processo da tomada de decisão e os ajuda a participar de seu cuidado. Por exemplo, planejar um programa de cessação de fumo para um paciente que não está pronto para mudar é frustrante tanto para o paciente quanto para o enfermeiro. Estabeleça resultados realistas a curto prazo que se acumulam para construir um objetivo maior. Por exemplo, os tratamentos de cessação do fumo são eficazes, porém um paciente precisa estar disposto a participar do programa e pode precisar usar diversas estratégias para obter êxito. Orientar o paciente sobre as oportunidades para o aconselhamento individual, em grupo ou por telefone e identificar um sistema de apoio social dá mais opções individuais durante o desenvolvimento de um plano de cessação. Depois que isso é determinado, os diversos medicamentos de nicotina e sem nicotina para o tratamento da dependência do tabaco podem ser discutidos para encontrar um que pode se ajustar ao estilo de vida do paciente. Uma combinação de aconselhamento e medicação é mais eficaz do que qualquer um deles sozinho (CDC, 2014c).

Lembre-se de que seus objetivos e expectativas nem sempre coincidem com os do seu paciente. Ao abordar as preocupações e expectativas de um paciente, você estabelece uma relação que aborda outros objetivos de cuidados de saúde e resultados esperados. Conhecer as mentalidades de seus pacientes e respeitar seus desejos é um grande avanço para ajudá-los a fazer significativas mudanças benéficas no seu estilo de vida.

História de Enfermagem

A história de enfermagem concentra-se na capacidade do paciente em atender às necessidades de oxigênio. A história de enfermagem para a função respiratória inclui a presença de tosse, falta de ar, dispneia,

chiado, dor, exposições ambientais, frequência de infecções do trato respiratório, fatores de risco pulmonares, problemas respiratórios anteriores, uso de medicação atual e histórico de tabagismo ou exposição ao fumo passivo. A história de enfermagem para a função cardíaca inclui dor e características da dor, fadiga, circulação periférica, fatores de risco cardíacos e a presença de condições cardíacas anteriores ou simultâneas. Faça perguntas específicas relacionadas à doença cardiopulmonar (Quadro 41-2).

Quadro 41-2 Perguntas para a Avaliação de Enfermagem

Natureza do Problema Cardiopulmonar

- Quais tipos de problemas respiratórios você tem?
- Descreva o problema cardíaco que você tem.
- O problema (p. ex., dor torácica, frequência cardíaca rápida) ocorre em um momento específico do dia, durante ou após a prática de exercícios ou o tempo todo?
- Se você tem dor no peito, o que alivia ou agrava a dor?

Sinais e Sintomas

- Como seu padrão de respiração mudou?
- Sua tosse é acompanhada de escarro? Sua cor, volume ou espessura é diferente?
- Se você tem dor no peito, a dor ocorre com a respiração?

Início e Duração

- Se você está com dor no peito, o que causa a dor e quanto tempo dura? É um tipo diferente de dor?
- Quando você observou a alteração da cor e da quantidade do seu escarro?
- Quando sua tosse aumentou? Qual é a diferença do seu padrão habitual de tosse?

Gravidade

- Em uma escala de 0 a 10, sendo 10 o mais grave, classifique sua falta de ar.
- O que ajuda a aliviar sua falta de ar?
- Em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a ausência de dor e 10 a dor mais grave, classifique sua dor no peito. A gravidade da sua dor está diferente hoje?
- O que você faz por essa dor?

Fatores Predisponentes

- Você esteve exposto a um resfriado ou gripe?
- Você está tomando os seus medicamentos prescritos?
- Você fuma? Você esteve exposto ao fumo passivo?
- Você tem praticado algum exercício incomum?

Efeito dos Sintomas

- Algum de seus sintomas afeta suas atividades diárias? Se sim, como?
- Como os sintomas afetam seu apetite, hábitos de sono e status da atividade?

Dor

A presença de dor torácica requer uma avaliação completa imediata, incluindo a localização, duração, radiação e frequência. Além disso, é importante observar quaisquer outros sintomas associados à dor torácica, como náuseas, diaforese, fadiga extrema ou fraqueza. A dor cardíaca não ocorre com variações respiratórias. A dor torácica em homens é mais frequentemente no lado esquerdo do tórax e irradia para o braço esquerdo. A dor torácica em mulheres é muito menos definida e é muitas vezes uma sensação de falta de ar, dor na mandíbula ou nas costas, náuseas e fadiga (AHA, 2015). A dor pericárdica resulta da inflamação do saco pericárdico, ocorre na inspiração e geralmente não irradia.

A dor torácica pleurítica resulta da inflamação do espaço pleural dos pulmões; a dor é periférica e irradia-se para as regiões escapulares. Manobras inspiratórias como tossir, bocejar e suspirar agravam a dor torácica pleurítica. Os pacientes normalmente a descrevem como uma facada, com duração de 1 minuto a horas, e sempre em associação à inspiração.

A dor musculoesquelética muitas vezes está presente após a prática de exercícios, o trauma na costela e episódios de tosse prolongados. A inspiração piora essa dor e os pacientes muitas vezes a confundem com dor torácica pleurítica.

Fadiga

A fadiga é uma sensação subjetiva em que um paciente relata uma perda de resistência. A fadiga no paciente com alterações cardiopulmonares é normalmente um sinal precoce de agravamento de um processo crônico subjacente. Para fornecer uma medida objetiva de fadiga, peça para o paciente classificá-la em uma escala de 0 a 10, 10 sendo o pior nível e 0 representando ausência de fadiga.

Dispneia

A **dispneia** está associada à hipóxia. É a sensação subjetiva de respiração difícil ou desconfortável. A dispneia é a falta de ar que costuma estar associada à prática de exercícios ou à empolgação, porém em alguns pacientes está presente sem qualquer relação com a atividade ou prática de exercícios. Está associada a muitas condições como doenças pulmonares, doenças cardiovasculares, condições neuromusculares e anemia. Além disso, ocorre em gestantes nos últimos meses de gravidez. Por fim, os fatores ambientais, como poluição, ar frio e tabagismo, também causam dispneia ou a agravam.

A dispneia está associada ao esforço respiratório exagerado, ao uso dos músculos acessórios da respiração, dilatação nasal e aumentos acentuados na frequência e profundidade das respirações. O uso de uma escala visual analógica (EVA) ajuda os pacientes a avaliar de forma objetiva sua dispneia. A EVA é uma linha vertical de 100 mm. Peça para os pacientes avaliarem sua dispneia em uma escala de 0 a

10, sendo 0 equivalente à ausência de dispneia e 10 equivalente à pior falta de ar que o paciente já vivenciou. A utilização da EVA para avaliar o nível de dispneia de um paciente é útil na avaliação posterior de intervenções destinadas a reduzir a dispneia (Pang et al., 2014).

Ao reunir informações sobre sensação de dispneia do paciente, pergunte a ele quando a dispneia ocorre (como com o esforço, estresse ou infecção do trato respiratório) e o que melhora a dispneia (p. ex., repouso, medicação inalada ou mudança de posição). Determine se a dispneia do paciente afeta sua capacidade de ficar na posição horizontal. **Ortopneia** é uma condição anormal em que um paciente usa vários travesseiros quando está deitado para respirar com mais facilidade ou sentar-se inclinado para a frente com os braços elevados. O número de travesseiros utilizados geralmente ajuda a quantificar a ortopneia (p. ex., ortopneia com dois ou três travesseiros). Pergunte também se o paciente deve dormir em uma cadeira reclinável para respirar com mais facilidade.

Tosse

A tosse é uma expulsão súbita e audível de ar dos pulmões. A pessoa respira, a glote é parcialmente fechada e os músculos acessórios de expiração contraem-se para expulsar o ar com força. A tosse é um reflexo de proteção para limpar a traqueia, os brônquios e os pulmões de irritantes e secreções. Os pacientes com tosse crônica tendem a negar, subestimar ou minimizar a tosse, muitas vezes porque eles estão tão acostumados a ela que não têm conhecimento da sua frequência.

Os pacientes com sinusite crônica geralmente tossem somente no início da manhã ou imediatamente após o despertar. Isso limpa as vias respiratórias de muco resultante da drenagem do seio. Os pacientes com bronquite crônica geralmente tossem e produzem escarro durante todo o dia, apesar de maiores quantidades serem produzidas após levantar-se de uma posição semirreclinada ou deitada. Este é um resultado do acúmulo dependente de escarro nas vias aéreas e está associado à mobilidade reduzida (Cap. 39).

Se um paciente tem tosse, determine com que frequência ela ocorre

e se é produtiva ou improdutiva. A tosse produtiva resulta na produção de escarro (p. ex., material expelido dos pulmões que um paciente engole ou expectora). O escarro contém muco, restos celulares, microrganismos e, às vezes, pus ou sangue. Colete dados sobre o tipo e quantidade de escarro. Instrua os pacientes a tentar tossir algum escarro e não simplesmente a limpar a garganta, o que produz apenas saliva. Peça para o paciente tossir em um copo de coleta. Inspecione o escarro quanto a cor, como verde ou tingido de sangue, consistência, como fino ou grosso, odor, como nenhum ou fétido, e quantidade em colheres de sopa ou mililitros.

Se houver **hemoptise** (escarro com sangue), determine se ela está associada à tosse e sangramento do trato respiratório superior, drenagem do seio ou ao trato gastrointestinal (**hematêmese**). A hemoptise tem um pH alcalino, e a hematêmese tem um pH ácido; assim, o teste de pH da amostra pode ajudar a determinar a origem (McCance e Huether, 2014). Descreva a hemoptise de acordo com a quantidade e a cor e se está misturada com escarro. Quando há sangue ou escarro tingido de sangue, os médicos frequentemente realizam testes diagnósticos, como análise das amostras de escarro, exames radiológicos do tórax, **broncoscopia** e outros estudos de raio X.

Chiado

O **chiado** é um som musical agudo causado pelo movimento de alta velocidade do ar através de um estreitamento das vias aéreas. Está associado à asma, bronquite aguda ou pneumonia. Ocorre durante a inspiração, expiração ou ambos. Determine se existem fatores precipitantes como infecção respiratória, alérgenos, prática de exercícios ou estresse.

Exposições Ambientais

A exposição ambiental a substâncias inaladas está intimamente ligada à doença respiratória. Investigue as exposições na casa do paciente, local de trabalho e viagens recentes. As exposições ambientais mais comuns em casa são a fumaça do cigarro, CO e radônio (EPA, 2014).

Além disso, determine se um paciente que não é fumante está exposto ao fumo passivo.

A intoxicação por CO geralmente resulta de uma chaminé do forno ou lareira bloqueada. O paciente terá vagas queixas de mal-estar geral, sintomas semelhantes aos da gripe e sonolência excessiva. Os pacientes correm especial risco ao final do outono, quando eles ligam o forno ou começam a usar a lareira novamente.

O gás radônio é uma substância radioativa a partir da desagregação do urânio no solo, rocha e água que entra nas casas pelo solo ou água de poço. Quando as casas são mal ventiladas, este gás é incapaz de escapar e fica preso. Se um paciente que fuma também mora em uma casa com um alto nível de radônio, o risco de câncer de pulmão é muito elevado (EPA, 2014). Pergunte se existem detectores de CO ou de radônio em casa.

Tabagismo

É importante determinar a exposição direta e secundária dos pacientes ao tabaco. Pergunte sobre qualquer histórico de tabagismo; inclua o número de anos da prática e o número de maços fumados por dia. Isto é registrado como histórico de maços por ano (maços por dia X anos de prática). Por exemplo, se um paciente fumou dois maços por dia durante 20 anos, o paciente tem um histórico de 40 maços por ano. Determine a exposição ao fumo passivo, porque qualquer forma de exposição ao tabaco aumenta o risco do paciente para doenças cardiopulmonares.

Infecções Respiratórias

Obtenha informações sobre a frequência e a duração das infecções do trato respiratório de um paciente. Embora todo mundo de vez em quando tenha um resfriado, para algumas pessoas isso resulta em bronquite ou pneumonia. Em média, os pacientes têm quatro resfriados por ano.

Determine se e quando um paciente tomou uma vacina pneumocócica ou para influenza (gripe). Isto é especialmente importante quando se avaliam os idosos em decorrência de seu risco

aumentado para doença respiratória (Touhy e Jett, 2014). Pergunte sobre qualquer exposição conhecida à tuberculose (TB) e a data e os resultados do último teste cutâneo tuberculínico.

Determine o risco de infecção para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) de um paciente. Os pacientes com um histórico de uso de drogas intravenosas (IV) e múltiplos parceiros sexuais sem proteção estão em risco de desenvolver infecção por HIV. Os pacientes nem sempre exibem sintomas de infecção por HIV até que eles apresentam pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PCP) ou pneumonia por *Mycoplasma*.

Alergias

Informe-se sobre a exposição do seu paciente a alérgenos transportados pelo ar (p. ex, pelos de animais ou fungos). A resposta alérgica muitas vezes é o olho lacrimejante, espirros, corrimento nasal ou sintomas respiratórios como tosse ou chiado. Ao obter informações, faça perguntas específicas sobre o tipo de alérgenos, resposta a esses alérgenos e medidas de alívio bem e malsucedidas. Além disso, determine o efeito da qualidade do ar ambiental e a exposição ao fumo passivo na alergia e nos sintomas do paciente.

A prática de enfermagem segura também inclui a obtenção de informações sobre alergias a alimentos, medicamento ou insetos no histórico inicial e físico. No entanto, sempre verifique esta informação com o paciente em qualquer avaliação subsequente, sobretudo em relação aos alérgenos respiratórios.

Riscos à Saúde

Determine os fatores de risco familiares, como um histórico familiar de câncer de pulmão ou doença cardiovascular. A documentação inclui parentes de sangue que tiveram doença cardiopulmonar e seu nível atual de saúde ou idade no momento da morte. Outros fatores de risco familiar incluem a presença de doenças infecciosas, especialmente a tuberculose.

Medicamentos

Outro componente da história de enfermagem descreve todos os medicamentos que um paciente está usando. Estes incluem os medicamentos prescritos e sem prescrição, medicina popular, medicina fitoterápica, terapias alternativas e drogas e substâncias ilícitas. Alguns desses preparos têm efeitos adversos por eles mesmos ou por causa de interações com outros medicamentos. Por exemplo, uma pessoa que utiliza um broncodilatador prescrito decide usar também um inalante sem prescrição. Muitos deles contêm efedrina ou *ma huang*, uma efedrina natural, que age como epinefrina. Este produto reage com a medicação prescrita potencializando ou diminuindo o efeito da medicação prescrita. Os pacientes que tomam varfarina (Coumadin) para diluir o sangue prolongam os resultados do tempo de protrombina (TP)/razão normalizada internacional (INR) se estiverem tomando gingko biloba, alho ou ginseng com o anticoagulante. A interação medicamentosa pode precipitar uma hemorragia potencialmente fatal.

É importante determinar se um paciente usa drogas ilícitas. As drogas ilícitas, sobretudo os opioides inalados, que muitas vezes são diluídas com talco, provocam distúrbios pulmonares resultantes do efeito irritante do pó sobre os tecidos pulmonares. A maconha geralmente é fumada na forma de um baseado ou cachimbo. A fumaça da maconha contém substâncias cancerígenas e é um irritante para os pulmões, colocando os usuários em alto risco de câncer de pulmão e doenças respiratórias (NIDA, 2014). A cocaína é aspirada pelo nariz, fumada ou injetada. Os dependentes de cocaína podem ter alterações cardiovasculares agudas, como vasos sanguíneos constritos e aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, o que aumenta o risco de ataque cardíaco ou acidente vascular cerebral. As mortes por cocaína são causadas por parada cardíaca e insuficiência respiratória (NIDA, 2013).

Como com todos os medicamentos, avalie o conhecimento e a habilidade do paciente para autoadministrar corretamente os medicamentos (Cap. 32). A avaliação de que o paciente compreende os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos é de suma importância. Os pacientes precisam reconhecer as reações adversas e

estar ciente dos perigos em combinar medicamentos prescritos com fármacos sem receita.

Exame Físico

O exame físico inclui a avaliação do sistema cardiopulmonar (Cap. 31). Avalie com especial atenção um paciente idoso quanto às mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento (Tabela 41-1). Essas alterações afetam a tolerância à atividade e o nível de fadiga do paciente ou provocam mudanças transitórias nos sinais vitais e nem sempre são associadas a uma doença cardiopulmonar específica.

Tabela 41-1

Efeitos do Envelhecimento sobre os Achados de Avaliação do Sistema Cardiopulmonar

Função	Mudança Fisiopatológica	Principais Achados Clínicos
Coração		
Contração muscular	Espessamento da parede ventricular, aumento de colágeno e diminuição de elastina no músculo cardíaco	Redução do débito cardíaco Redução da reserva cardíaca
Fluxo sanguíneo	A válvula cardíaca torna-se mais espessa e mais rígida, mais frequentemente nas válvulas mitral e aórtica	Sopro sistólico
Sistema de condução	O nó SA torna-se fibrótico a partir da calcificação; diminuição do número de células marca-passos no nó SA	Aumento dos intervalos P-R, QRS e Q-T, diminuição da amplitude do complexo QRS Ritmo cardíaco irregular
Complacência do vaso arterial	Vasos calcificados, perda de distensibilidade arterial, diminuição da elastina nas paredes dos vasos, vasos mais tortuosos	Hipertensão com um aumento na pressão arterial sistólica.
Pulmões		
Mecânica da respiração	Diminuição da complacência da parede torácica, perda de recolhimento elástico Diminuição da massa/resistência do músculo respiratório	Fase de exalação prolongada Diminuição da capacidade vital
Oxigenação	Aumento da ventilação/incompatibilidade da perfusão Diminuição da área de superfície alveolar Diminuição da capacidade de difusão do	Diminuição de PaO_2 Diminuição do débito cardíaco $PaCO_2$ ligeiramente aumentado

	dióxido de carbono	
Controle da respiração/padrão da respiração	Diminuição da capacidade de resposta dos quimiorreceptores centrais e periféricos para a hipoxemia e hipercapnia	Aumento da frequência respiratória Diminuição do volume corrente
Mecanismos de defesa do pulmão	Diminuição do número de cílios Diminuição da produção de IgA e da imunidade humoral celular	Diminuição da complacência das vias aéreas Diminuição do reflexo da tosse Aumento do risco para infecção
Sono e respiração	Diminuição do impulso respiratório Diminuição do tom dos músculos das vias aéreas superiores	Aumento do risco da aspiração e da infecção respiratória Diminuição da PaO_2 Roncos, apneia obstrutiva do sono

IgA, Imunoglobulina A; $PaCO_2$, tensão do dióxido de carbono arterial; PaO_2, tensão arterial do oxigênio; SA, sinoatrial.

Inspeção

Usando técnicas de inspeção, realize uma observação completa do paciente quanto à cor de pele e cor da mucosa, aspecto geral, nível de consciência, adequação da circulação sistêmica, padrões de respiração e movimento de parede torácica (Tabela 41-2). Investigue quaisquer outras anormalidades durante a palpação, percussão e ausculta.

Tabela 41-2
Inspeção do Estado Cardiopulmonar

Anormalidade	Causa
Olhos	
Xantelasma (lesões lipídicas amarelas nas pálpebras)	Hiperlipidemia
Halo senil (anel opaco esbranquiçado ao redor da junção da córnea e da esclera)	Achado anormal em jovens a adultos de meia-idade com hiperlipidemia (achado normal em idosos com arco senil)
Conjuntiva pálida	Anemia
Conjuntiva cianótica	Hipoxemia
Petéquias na conjuntiva	Embolia gordurosa ou endocardite bacteriana
Boca e Lábios	
Mucosas cianóticas	Diminuição de oxigenação (hipóxia)
Respiração com lábios franzidos	Associada à doença pulmonar crônica

Veias do Pescoço	
Distensão	Associada à insuficiência cardíaca direita
Nariz	
Dilatação das narinas	Falta de ar, dispneia
Tórax	
Retrações	Aumento do trabalho da respiração, dispneia
Assimetria	Lesão da parede torácica
Pele	
Cianose periférica	Vasoconstrição e diminuição do fluxo sanguíneo
Cianose central	Hipoxemia
Diminuição do turgor cutâneo	Desidratação (achado normal em idosos como resultado da diminuição da elasticidade da pele)
Edema dependente	Associado à insuficiência cardíaca direita e esquerda
Edema periorbital	Associado à doença renal
Pontas dos Dedos e Leitos Ungueais	
Cianose	Diminuição do débito cardíaco ou hipóxia
Hemorragias em estilhaço	Endocardite bacteriana
Baqueteamento	Hipoxemia crônica

De Ball JW et al.: *Seidel's Physical examination handbook*, 8. ed., St Louis, 2015, Elsevier.

A inspeção inclui observações das unhas quanto a baqueteamento (Cap. 31). Unhas baqueteadas ocorrem frequentemente em pacientes com deficiência prolongada de oxigênio, endocardite e defeitos cardíacos congênitos.

Observe o movimento da parede torácica quanto à retração (p. ex., afundamento dos tecidos moles do tórax entre os espaços intercostais) e ao uso dos músculos acessórios. A elevação das clavículas do paciente revela maior trabalho da respiração. Observe também o padrão de respiração do paciente e avalie a respiração paradoxal (a parede torácica se contrai durante a inspiração e expande durante a expiração) ou a respiração assíncrona. Em repouso, a frequência normal do adulto é de 12 a 20 respirações regulares/min. A bradipneia

é inferior a 12 respirações/min e a taquipneia é maior que 20 respirações/min (Cap. 30). Em algumas condições, como acidose metabólica, o pH ácido estimula um aumento na frequência, geralmente maior que 35 respirações/min, e a profundidade das respirações (**respiração de Kussmaul**) para compensar por diminuição os níveis de dióxido de carbono. **Apneia** é a ausência de respirações que duram 15 segundos ou mais. A **respiração de Cheyne–Stokes** ocorre quando há diminuição do fluxo sanguíneo ou lesão ao tronco cerebral. Este é um padrão respiratório anormal com períodos de apneia seguidos de períodos de respiração profunda e, posteriormente, de respiração superficial seguida de mais apneia (McCance e Huether, 2014) respiração superficial. Observe também o formato da parede torácica. Condições como enfisema, idade avançada e DPOC fazem o tórax assumir uma forma arredondada de "barril".

Palpação

A palpação do tórax fornece dados de avaliação em diversas áreas. Documenta o tipo e a quantidade de excursão torácica; desvenda quaisquer áreas de sensibilidade; e ajuda a identificar frêmito tátil, arrepios, suspiros e o ponto cardíaco de impulso máximo (PMI). A palpação das extremidades fornece dados sobre a circulação periférica (p. ex., a presença e a qualidade dos pulsos periféricos, a temperatura da pele, a cor e o reenchimento capilar) (Cap. 31).

A palpação dos pés e das pernas determina a presença ou a ausência de edema periférico. Os pacientes com alterações na função cardíaca, como aqueles com insuficiência cardíaca ou hipertensão, muitas vezes têm edema podal ou edema dos membros inferiores. O edema é classificado de 1+ a 4+ dependendo da profundidade da endentação visível após pressão firme com o dedo (Cap. 31).

Palpe as pulsações no pescoço e nos membros para avaliar o fluxo sanguíneo arterial (Cap. 31). Use uma escala de 0 (ausência de pulso) a 4 (pulso cheio, delimitador) para descrever o que você sente. A pulsação normal é 2; e uma pulsação fraca e filiforme é 1.

Percussão

A percussão detecta a presença de fluido anormal ou ar nos pulmões. Ela também deter.mina a excursão diafragmática.

Ausculta

A ausculta ajuda a identificar os sons cardíacos e pulmonares normais e anormais (Cap. 31). A ausculta do sistema cardiovascular inclui a avaliação dos sons normais S_1 e S_2 e a presença de sons anormais S_3 e S_4 (galopes), sopros ou atritos. Identifique a localização, intensidade, densidade e qualidade de um sopro. A ausculta também identifica qualquer ruído sobre as artérias carótida, aorta abdominal e femoral.

A ausculta de sons pulmonares envolve escutar a circulação de ar por todos os campos pulmonares: anterior, posterior e lateral. Os sons acidentais, ou anormais, da respiração ocorrem com o colapso de um segmento pulmonar, líquido em um segmento pulmonar ou estreitamento ou obstrução de uma via aérea.

Testes Diagnósticos

Uma variedade de testes diagnósticos monitora o funcionamento cardiopulmonar. Alguns destes testes de triagem envolvem amostras de sangue simples, películas de raio X ou outros meios não invasivos. Um mecanismo de triagem é o teste cutâneo TB (Quadro 41-3). Este é um teste simples e é exigido para os profissionais da saúde; funcionários de restaurante; alunos ingressando na escola, professores e outros funcionários da escola; presidiários e funcionários da unidade prisional; e residentes de unidades de cuidados de longa duração (CDC, 2014a, 2014b).

Quadro 41-3 Teste Cutâneo Tuberculínico

- Os testes cutâneos determinam se uma pessoa está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*.
- Os testes cutâneos tuberculínicos (TB) (TST) são realizados por uma injeção intradérmica de 0,1 mL de derivado de proteína purificada de tuberculina (PPD) na superfície interna do antebraço

(Cap. 32). A injeção produz uma elevação pálida da pele (uma pápula) de 6 a 10 mm de diâmetro. Em seguida, o local da injeção é circulado e o paciente é instruído a não lavar o círculo.

- Ler os testes cutâneos tuberculínicos entre 48 a 72 horas após o teste. Se o local não for lido dentro de 72 horas, o paciente deve fazer outro teste cutâneo.
- *Resultados positivos*: Uma área palpável, elevada e endurecida em torno do local da injeção, causada por edema e inflamação da reação do antígeno-anticorpo, medida em milímetros. (Consulte o Capítulo 32 para a avaliação dos resultados positivos por milímetros.) As pessoas nascidas fora dos Estados Unidos podem ter tomado a vacina bacilo Calmette-Guérin (BCG) para tuberculose, o que resulta em uma reação positiva ao TST e pode complicar o plano de tratamento. A reação cutânea positiva não indica que a vacina BCG forneceu proteção contra a doença (CDC, 2014e).
- Áreas planas avermelhadas *não* são reações positivas e não são medidas.
- O TST é menos confiável em idosos (Quadro 41-1) e naqueles com uma função imunológica alterada, como um paciente positivo no vírus de imunodeficiência humana (HIV) ou alguém que está recebendo quimioterapia.

Os testes diagnósticos utilizados no histórico e na avaliação do paciente com alterações cardiopulmonares estão resumidos nas Tabelas 41-3 a 41-5. Ao analisar os resultados dos estudos da função pulmonar, esteja ciente das variações esperadas em pacientes de culturas diferentes. Essas mudanças são causadas por variações estruturais no tamanho da parede torácica (Quadro 41-4).

Tabela 41-3

Estudos Diagnósticos Cardiopulmonares do Sangue

Teste e Valores Normais	Interpretação

Hemograma	
Os valores normais para um hemograma (CBC) completo variam com a idade e o sexo	Um hemograma determina o número e o tipo de eritrócitos e leucócitos por milímetro cúbico de sangue.
Enzimas Cardíacas	
Creatina quinase (CK): Uma CK serial com 50% de aumento entre duas amostras com 3-6 horas de intervalo, atingindo um pico de 12-24 horas após a dor torácica ou uma única elevação de CK dupla é diagnóstico de um infarto agudo do miocárdio. Homem normal: 55-170 unidades/L; mulher normal: 30-135 unidades/L	Os médicos utilizam as enzimas cardíacas para diagnosticar infartos agudos do miocárdio.
Troponinas Cardíacas	
Troponina I cardíaca no plasma <0,03 ng/mL	O valor eleva-se imediatamente 3 horas após a lesão miocárdica. O valor costuma permanecer elevado por 7-10 dias.
Troponina T cardíaca no plasma <0,1 ng/mL	O valor costuma permanecer elevado por 10-14 dias.
Eletrólitos Séricos	
Potássio (K^+) 3,5-5 mEq/L ou 3,5-5 mmol/L	Os pacientes em terapia diurética correm risco de hipocalemia (nível baixo de potássio). Os pacientes que recebem inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) correm risco de hipercalemia (nível elevado de potássio).
Colesterol	
Nível de colesterol em jejum inferior a 200 mg/dL ou inferior a 5,2 mmol/L (unidades SI)	Os fatores contribuintes incluem estilo de vida sedentário com a ingestão de ácidos graxos saturados e hipercolesterolemia familiar.
Lipoproteínas de baixa densidade (LDL) (colesterol ruim) <130 mg/dL Lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL) 7-32 mg/dL	O colesterol LDL elevado (hipercolesterolemia) é causado pela ingestão excessiva de ácidos graxos saturados, ingestão de colesterol dietético e obesidade. Hipercolesterolemia familiar e hiperlipidemia, hipotireoidismo, síndrome nefrótica e diabetes mellitus também são fatores contribuintes. Os VLDL são portadores predominantes de triglicérides e podem ser convertidos em LDL por lipase lipoproteica. Os níveis superiores a 25%-50% indicam risco elevado de doença cardíaca.
Lipoproteínas de alta densidade (HDL) (colesterol bom) Homem: >45 mg/dL; mulher: >55 mg/dL	Fatores como tabagismo, obesidade, ausência da prática regular de exercícios, agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, distúrbios genéticos do metabolismo do HDL, hipertrigliceridemia e diabetes tipo 2 causam colesterol HDL baixo.
Triglicérides	Obesidade, consumo excessivo de álcool, diabetes mellitus, agentes

Homem: 40-160 mg/dL; mulher: 35-135 mg/dL	bloqueadores beta-adrenérgicos e hipertrigliceridemia familiar causam hipertrigliceridemia.
Testes Adicionais	
Peptídeo natriurético cerebral < 100 pg/mL	Os níveis elevados podem ser usados para ajudar a determinar a gravidade da insuficiência cardíaca congestiva.
Proteína C reativa < 0,1/dL ou < 10 mg/L	Teste utilizado por clínicos para detectar inflamação se houver uma alta suspeita de lesão tecidual ou infecção em algum lugar no corpo. Também pode ser usado para avaliar o risco de um paciente para desenvolver doença arterial coronariana e acidente vascular cerebral.

Dados de Pagana KD et al.: *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*, 12. ed., St Louis, 2015, Mosby.

Tabela 41-4

Testes Diagnósticos da Função Cardíaca

Teste	Significância
Monitor Holter	ECG portátil usado por um paciente. O teste produz um traçado de ECG contínuo durante um período de tempo. Os pacientes mantêm um diário das atividades, observando quando eles têm batimentos cardíacos rápidos ou tonturas. A avaliação do registro de ECG juntamente com o diário fornece informações sobre a atividade elétrica do coração durante as atividades cotidianas.
Teste ergométrico ECG	O ECG é monitorado enquanto um paciente caminha sobre uma esteira em uma velocidade e duração de tempo especificadas. O teste avalia a resposta cardíaca ao estresse físico. Não é uma ferramenta valiosa para a avaliação da resposta cardíaca em mulheres por causa de um achado elevado de falso-positivos.
Teste de estresse de tálio	Teste de estresse do ECG com a adição de tálio-201 injetado por via intravenosa. Determina as mudanças no fluxo sanguíneo coronariano com o aumento da atividade.
Estudo eletrofisiológico (EPS)	O EPS é uma medida invasiva das vias elétricas intracardíacas. Fornece informações mais específicas sobre disritmias difíceis de tratar e avalia a adequação da medicação antidisrítmica.
Ecocardiografia	Esta é uma medida não invasiva da estrutura do coração e movimento da parede cardíaca. Demonstra graficamente o desempenho cardíaco geral.
Cintilografia	A cintilografia é a angiografia de radionuclídeos; utilizada para avaliar a estrutura cardíaca, perfusão miocárdica e contratilidade.
Cateterismo cardíaco e angiografia	Estes são utilizados para visualizar as câmaras cardíacas, as válvulas, os grandes vasos e as artérias coronárias. As pressões e volumes dentro das quatro câmaras cardíacas também são medidos.

Dados de Pagana KD et al.: *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*, 12. ed., St Louis, 2015, Mosby.

ECG, Eletrocardiograma.

Tabela 41-5

Estudos Diagnósticos de Ventilação e Oxigenação

Medição e Valores Normais	Interpretação/Finalidade
Gasometria Arterial	
pH 7,35-7,45 PCO_2 35-45 mmHg HCO_3 21-28 mEq/L PO_2 80-100 mmHg SaO_2 saturação 95%-100% Idoso: 95% Excesso da bases 0 ± 2 mEq/L	Fornece informações importantes para a avaliação do equilíbrio ácido/base respiratório e metabólico e adequação da oxigenação do paciente (Cap. 42)
Testes da Função Pulmonar	
Estudos básicos de ventilação (As funções pulmonares variam por grupo étnico.)	Determina a capacidade dos pulmões para trocar de maneira eficiente oxigênio e dióxido de carbono Utilizados para diferenciar a doença pulmonar obstrutiva da doença restritiva
Fluxo Expiratório Máximo Instantâneo (FEMI)	
O ponto de maior fluxo durante a expiração máxima (Normal em adultos é fundamentado na idade e no peso corporal.)	Reflete as alterações em vias aéreas grandes; um excelente preditor da resistência geral da via aérea em um paciente com asma Medição diária para detecção precoce de exacerbações da asma
Broncoscopia	
Vias aéreas normais sem massas, pus ou corpos estranhos	Exame visual da árvore traqueobrônquica através de um broncoscópio estreito e flexível de fibra ótica Realizado para obter amostras de fluido, escarro ou biópsia; remove os tampões de muco ou os corpos estranhos

Exame Pulmonar	
Estrutura normal do pulmão sem massas	Teste de varredura nuclear utilizado para identificar massas anormais pelo tamanho e localização Identificação das massas utilizada para o planejamento de terapia e tratamentos Também usado para encontrar um coágulo sanguíneo que evita a perfusão ou ventilação normal (exame $\dot{V}/\dot{Q}$)
Toracocentese	
Perfuração cirúrgica da parede torácica e do espaço pleural com agulha para aspirar o líquido para fins diagnósticos ou terapêuticos ou para remover uma amostra para biópsia; realizada utilizando uma técnica asséptica e anestésico local (o paciente geralmente senta-se ereto com a parte anterior do tórax apoiada por almofadas ou uma mesa sobre o leito.)	Espécime do fluido plural obtido por exames citológicos Os resultados podem indicar uma infecção ou doença neoplásica Identificação de infecção ou de um tipo de câncer importante na determinação de um plano de cuidados
Espécimes de Escarro	Aspirado/esfregaço nasal para vírus sincicial respiratório, influenza
Normal: Negativo	
Cultura de escarro e sensibilidade	Obtida para identificar um microrganismo ou organismo específico crescendo no escarro Identifica a resistência e sensibilidades a drogas para determinar a terapia antibiótica apropriada
Escarro para bacilo álcool-acidorresistente (BAAR)	Triagem para a presença de BAAR para detecção de tuberculose por espécimes no início da manhã em 3 dias consecutivos
Escarro para citologia	Obtido para identificar câncer de pulmão Diferencia os tipos de células cancerígenas (pequenas células, linfocitoides,

	grandes células)

Dados de Pagana KD et al.: *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*, 12. ed ., St Louis, 2015, Mosby.

Quadro 41-4

Aspectos culturais do cuidado

Impacto Cultural nas Doenças Pulmonares

O impacto das doenças pulmonares em pacientes e suas famílias varia entre as culturas.

É importante compreender essas variações em termos de avaliar e prestar cuidados para os pacientes com doenças pulmonares. Em 2010, 84% de todos os casos relatados de tuberculose ocorreram em minorias raciais e étnicas (CDC, 2013a). Os principais países de origem para os casos de tuberculose estrangeira são Filipinas, Vietnã, Índia e China (American Lung Association, 2010).

A taxa de prevalência do tabagismo em jovens norte-americanos é mais elevada em nativos do Alasca (23,1%), seguido por caucasianos (14,9%), hispânicos (9,3%), afro-americanos (6,5%) e asiático-americanos (4,3%). Isto os coloca em risco de câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença cardíaca. Os afro-americanos têm taxas de mortalidade mais elevadas por câncer de pulmão, apesar da baixa prevalência do tabagismo (American Lung Association, 2010).

Famílias de imigrantes são mais propensas a viver em áreas urbanas, que possuem um alto nível de toxinas e tráfego pesado de veículos. A poluição atmosférica tem sido associada ao câncer, asma e doença cardíaca. As mulheres afro-americanas têm as maiores taxas de mortalidade por asma entre todos os grupos étnicos/de gênero (American Lung Association, 2010). Um relatório recente sobre as disparidades da saúde descobriu que os asiático-americanos com mais de 65 anos tiveram as maiores taxas de nunca ter tomado uma vacina pneumocócica, o que explica por que a

influenza e a pneumonia são a quarta principal causa de morte neste grupo (American Lung Association, 2010). Os Departamentos de Saúde Comunitária precisam direcionar esses grupos durante os programas de educação para suas clínicas de vacina contra gripe e pneumonia.

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Se seus pacientes são estrangeiros, pergunte se eles tomaram a vacina bacilo Calmette-Guérin (BCG), o que pode causar uma reação positiva para o teste cutâneo TB.
- As clínicas de imunização devem se concentrar nas comunidades urbanas carentes, especialmente aquelas com um grande número de idosos. Forneça testes cutâneos TB, vacinas contra a gripe, vacinas contra pneumonia conforme necessário.
- Os Departamentos de Saúde Comunitária precisam encaminhar a população de risco para as clínicas de vacina contra gripe e pneumonia.
- Os programas de saúde pública para aqueles com maior risco para doenças pulmonares devem concentrar-se na prevenção da poluição, imunizações e programas de cessação do fumo.

Os testes diagnósticos invasivos, como uma toracocentese, são dolorosos. Se um procedimento diagnóstico vai ser muito doloroso ou não depende da tolerância do paciente à dor (Cap. 44). Reduza a ansiedade do paciente explicando o procedimento de toracocentese e diga a ele o que esperar. Certifique-se de que ele entenda a importância de seguir instruções como tornar a respirar profundamente e segurar a respiração quando solicitado e não tossir durante o procedimento. Forneça o tratamento apropriado para a dor de 30 a 60 minutos antes do procedimento para reduzir a percepção de dor. Após qualquer procedimento, monitore o paciente quanto a sinais de mudanças no funcionamento cardiopulmonar, como falta de ar repentina, dor, dessaturação de oxigênio e ansiedade.

Diagnóstico de Enfermagem

Com base no seu histórico de enfermagem, você desenvolve diagnósticos de enfermagem para pacientes com alterações de oxigenação ao agrupar características definidoras específicas e identifica a etiologia relacionada (Quadro 41-5). As características definidoras para os diagnósticos relacionadas à oxigenação podem ser semelhantes. Por exemplo, *Troca Gasosa Comprometida* e *Padrão Respiratório Ineficaz* têm características definidoras de dispneia e dilatação nasal. Uma análise mais detalhada dos achados de avaliação, assim como uma análise do histórico do paciente, ajudará a esclarecer e selecionar o diagnóstico correto. Por exemplo, um paciente que é vítima de um trauma, tem dor de costela e está mostrando um aumento da frequência respiratória possivelmente está sofrendo com um *Padrão Respiratório Ineficaz*. As características definidoras e o fator relacionado agrupados apoiarão o diagnóstico de enfermagem de um problema. O agrupamento dos fatores de risco apoiará o diagnóstico de enfermagem de um risco.

Quadro 41-5

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Troca Gasosa Comprometida Relacionada à Expansão Pulmonar Diminuída

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Pergunte ao paciente ou à família sobre o humor, atenção, memória e nível de atividade do paciente.	Confusão Diminuição de atividade Fadiga Irritabilidade Inquietação Sonolência
Observe as respirações do paciente quanto à frequência, ritmo, profundidade.	Dispneia Dilatação nasal Taquipneia Uso dos músculos acessórios
Inspecione a pele e as mucosas.	Diaforese

	Palidez Cianose
Ausculte o tórax.	Diminuição da excursão respiratória Sons pulmonares anormais e distantes

Estes exemplos do diagnóstico de enfermagem são adequados para o paciente com alterações na oxigenação:

- *Intolerância à Atividade*
- *Diminuição do Débito Cardíaco*
- *Fadiga*
- *Troca Gasosa Comprometida*
- *Comunicação Verbal Comprometida*
- *Complacência Ineficaz das Vias Aéreas*
- *Padrão Respiratório Ineficaz*
- *Risco de Aspiração*

Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento de enfermagem, use as habilidades do pensamento crítico para sintetizar as informações de múltiplas fontes (Fig. 41-7). O pensamento crítico garante que seu plano de cuidados integre as necessidades individualizadas do paciente. Os padrões profissionais são especialmente importantes para considerar ao desenvolver um plano de cuidados. Estas normas muitas vezes estabelecem diretrizes cientificamente comprovadas para a seleção de intervenções de enfermagem eficazes.

Conhecimento

- Papel de outros profissionais da saúde no atendimento do paciente com oxigenação comprometida
- Papel dos grupos de apoio da comunidade na assistência ao paciente para tratar a doença cardiopulmonar
- Conhecimento dos efeitos das intervenções pulmonares
- Princípios do cuidado centrado no paciente para envolver o paciente no plano de cuidados

Experiência

- Respostas anteriores do paciente a terapias de enfermagem planejadas para oxigenação comprometida

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecione intervenções de enfermagem que promovem oxigenação ideal no ambiente do cuidado primário, cuidado agudo ou cuidado restaurador e contínuo
- Consulte outros profissionais de saúde, conforme necessário
- Envolva o paciente e a família na tomada de decisões para o desenvolvimento de um plano de cuidados

Normas

- Individualize as terapias às necessidades do paciente
- Aplique diretrizes estabelecidas de reabilitação pulmonar e cardíaca
- Aplique diretrizes estabelecidas de cuidados de enfermagem ao atendimento do paciente com doença cardiopulmonar (p. ex., protocolos, caminhos do cuidado)

Atitudes

- Demonstre confiança ao selecionar as intervenções
- Use a criatividade no desenvolvimento de estratégias de cuidado domiciliar para o tratamento da doença do paciente
- Demonstre responsabilidade ao delegar o cuidado para o paciente

FIGURA 41-7 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem de oxigenação.

Metas e Resultados

Desenvolva um plano individualizado de cuidados para cada diagnóstico de enfermagem (Plano de Cuidado de Enfermagem). Juntamente com seu paciente, defina expectativas realistas, metas e resultados mensuráveis de cuidados.

Os pacientes com oxigenação comprometida exigem um plano de cuidado de enfermagem direcionado para satisfazer às necessidades reais ou potenciais de oxigenação. Permita que os pacientes colaborem para definir metas relevantes de cuidados. Desenvolva resultados individuais com base nas metas centradas no paciente.

Por exemplo, para a meta de manter uma via aérea permeável, selecione resultados esperados específicos para o paciente, como o seguinte:

- Os pulmões do paciente estão limpos para a ausculta.
- O paciente alcança a expansão pulmonar bilateral.
- O paciente tosse produtivamente.
- A oximetria de pulso (SpO_2) é mantida ou melhorada.

Muitas vezes, um paciente com doença cardiopulmonar tem vários diagnósticos de enfermagem (Fig. 41-8). Neste caso, identifique quando as metas ou os resultados se aplicam a mais de um diagnóstico. A presença de inúmeros diagnósticos também faz da definição de uma atividade crítica uma prioridade.

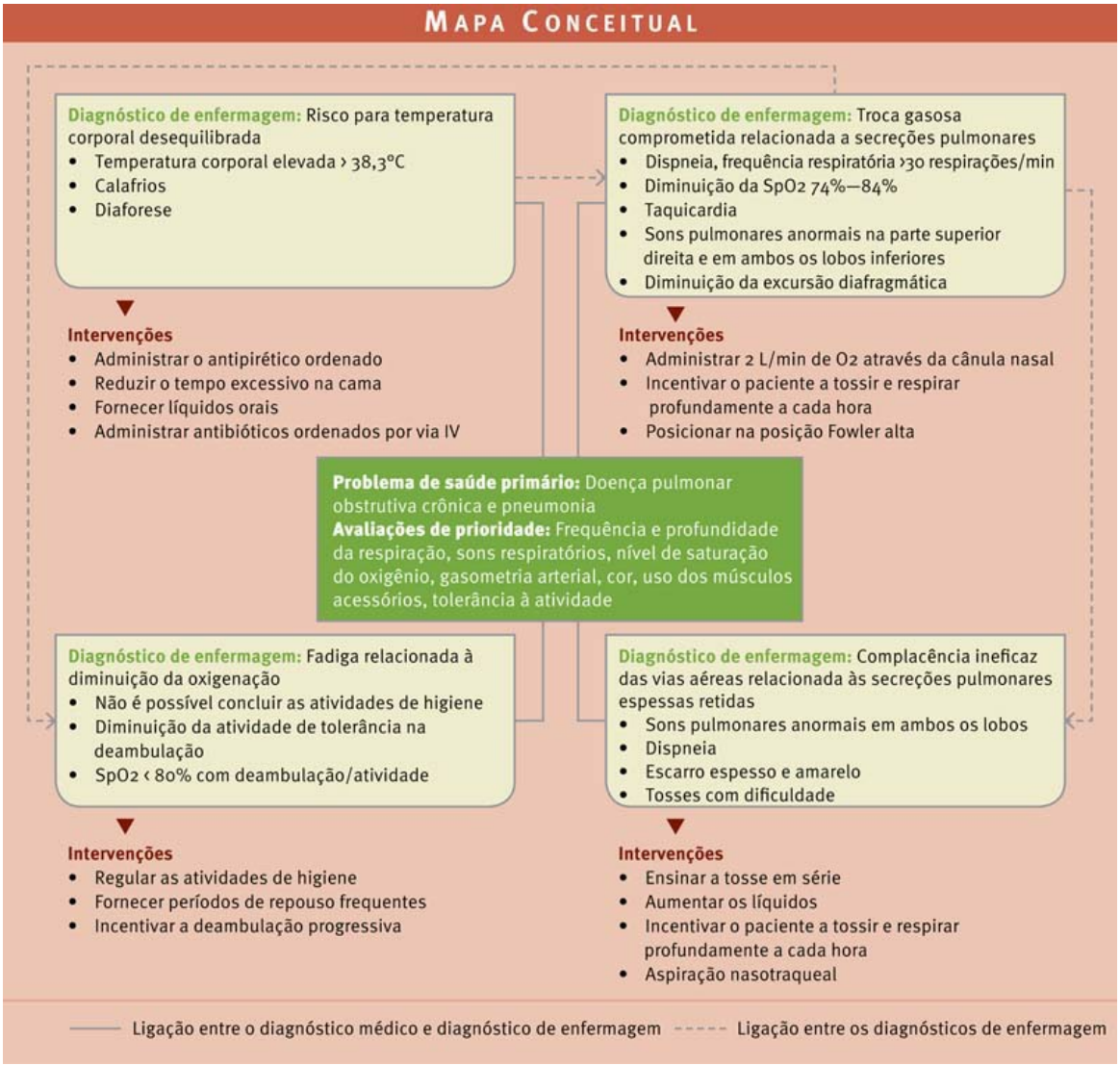


FIGURA 41-8 Mapa conceitual para o Sr. Edwards.

Definindo Prioridades

O nível de saúde de um paciente, a idade, o estilo de vida e os riscos ambientais afetam o nível de oxigenação dos tecidos. Os pacientes com graves deficiências na oxigenação frequentemente exigem intervenções de enfermagem em várias áreas. Considere qual meta é mais importante alcançar enquanto o paciente está no hospital ou em um ambiente de cuidado primário. Por exemplo, em um ambiente de cuidado agudo, manter uma via aérea permeável tem uma prioridade maior do que melhorar a tolerância ao exercício do paciente. A

necessidade de uma via aérea permeável é imediata; e, assim que o nível de oxigênio do paciente melhora, aumenta a tolerância à atividade. Em um segundo exemplo, ao cuidar de um paciente que tem uma incisão abdominal, o controle da dor é uma prioridade. Nesta situação, controlar a dor do paciente facilita a tosse, a respiração profunda e as atividades.

No entanto, em um ambiente de cuidado comunitário ou primário, as prioridades frequentemente concentram-se na cessação do fumo, na prática de exercícios e/ou em modificações da dieta. Tanto você quanto o paciente precisam se concentrar na mesma meta e resultados esperados. Além da individualização de cada meta, certifique-se de que elas sejam realistas, tenham um prazo razoável e sejam atingíveis para o paciente. Certifique-se também de respeitar as preferências do paciente pelo seu grau de participação ativa no processo de cuidado. Alguns vão optar por ser muito ativos e desejam tomar decisões diárias. Outros podem optar por assumir um papel mais passivo, preferindo escolher um curso de ação enquanto os mantêm informados.

Trabalho em Equipe e Colaboração

O tempo gasto com um paciente em qualquer ambiente é limitado. Portanto, colabore com os membros da família, colegas e outras especialistas em cuidados da saúde para alcançar as metas estabelecidas e os resultados esperados. Alguns pacientes precisam melhorar sua tolerância a exercícios e atividades; para outros o cuidado contínuo envolve a participação em um programa comunitário de reabilitação cardiopulmonar. Por fim, alguns pacientes precisam de fisioterapia em casa.

A colaboração com fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiros comunitários é valiosa para os pacientes com insuficiência cardíaca ou condições pulmonares crônicas.

Estes profissionais trabalham com os pacientes e usam recursos da comunidade para ajudá-los a atingir e manter o mais alto nível possível de bem-estar. Além disso, os profissionais identificam os recursos da comunidade e os sistemas de apoio para o paciente e a

família na prevenção e tratamento dos sintomas relacionados às doenças cardiopulmonares. A comunicação entre todos na equipe de cuidados e o reconhecimento de todas as contribuições para o alcance das metas do cuidado de saúde do paciente são imperativos.

◆ Implementação

Há intervenções para promover e manter a oxigenação adequada por toda a sequência do cuidado. Como enfermeiro, você será responsável por intervenções independentes, como posicionamento, técnicas de tosse e orientação em saúde para a prevenção de doenças. Além disso, você fornecerá intervenções iniciadas pelo médico, como oxigenoterapia, técnicas de insuflação pulmonar e fisioterapia respiratória.

Promoção da Saúde

Manter o nível ideal de saúde de um paciente é importante para reduzir o número e/ou gravidade dos sintomas respiratórios. A prevenção das infecções respiratórias é mais importante na manutenção da saúde ideal. Fornecer informações da saúde cardiopulmonar relacionada (Quadro 41-6) é uma responsabilidade importante da enfermagem.

Quadro 41-6

Educação em saúde do paciente

Prevenção de Infecções Respiratórias Recorrentes

Objetivo

- O paciente será capaz de verbalizar os métodos para reduzir os fatores de risco para infecções respiratórias recorrentes.

Estratégias de Ensino

- Avalie a alfabetização na saúde do paciente, formação acadêmica, nível de leitura e preferências culturais para determinar as abordagens educativas adequadas.
- Comunique-se com o paciente e a família para identificar as metas colaborativas para reduzir os fatores de risco.
- Explique a ligação entre fumar e aumentar o risco de infecções respiratórias (CDC, 2014c).
- Encaminhe-os para programas de cessação de fumo e discuta a medicação adequada para apoiar a cessação do fumo com o médico responsável (ACS, 2014b).
- Se um paciente não fuma, ensine a importância de evitar o fumo passivo e áreas de alta poluição.
- Instrua o paciente e a família sobre técnicas apropriadas de higienização das mãos para reduzir a transmissão de microrganismos.
- Explique ao paciente e à família por que as vacinas anuais contra o influenza e as vacinas apropriadas para pneumonia são necessárias (CDC, 2014c).
- Instrua o paciente e a família sobre os sinais e sintomas de infecção respiratória que devem ser comunicados ao médico, como aumento da tosse, falta de ar, mudança de cor do escarro, febre e fadiga.

Avaliação

- Peça para o paciente declarar os benefícios da cessação do fumo e os riscos do fumo passivo.
- Pergunte ao paciente sobre os planos para as vacinas contra a gripe e pneumonia.
- Peça para o paciente descrever, resumidamente, os sintomas da infecção respiratória e quando chamar o médico.

As informações de saúde que seus pacientes e suas famílias trazem para a situação variam. Alguns pacientes têm muita exposição às

informações sobre os cuidados de saúde e entendem seus planos de tratamento. Outras famílias podem ter muita exposição às informações sobre os cuidados de saúde, mas são incapazes de compreender e acompanhar os planos de tratamento. Por último, você pode encontrar famílias que estão enfrentando sua primeira exposição às informações sobre os cuidados de saúde e são muito inseguros sobre sua interpretação dessas informações. Ao fornecer informações de saúde, certifique-se de que os níveis de alfabetização na saúde do paciente sejam avaliados e abordados por meio de sessões individualizadas de orientação ao paciente (Cap. 25).

Vacinas

As vacinas da gripe anual são recomendadas para todas as pessoas de seis meses de idade ou mais (CDC, 2014e). Os pacientes com doenças crônicas (coração, pulmão, rim ou imunocomprometidos), lactentes, idosos e gestantes podem ficar muito doentes; por isso eles devem ser imunizados (CDC, 2014g). Os contatos próximos de crianças com menos de seis meses também devem ser imunizados. Vacina da gripe sazonal protege contra os vírus da gripe que as pesquisas indicam que serão os mais comuns durante aquele ano. A vacina também é recomendada para pessoas em contato íntimo ou frequente contato com qualquer um dos grupos de alto risco. É eficaz na redução da gravidade da enfermidade e do risco de complicações graves e morte. Os pesquisadores não entendem totalmente o valor da vacinação em pacientes imunocomprometidos. Os pacientes HIV positivos recebem a vacina da gripe, no entanto muitas vezes necessitam de uma segunda vacina para ganhar proteção.

É importante avaliar quaisquer alergias e respostas alérgicas do paciente a vacinas ou algum outro componente. As pessoas com hipersensibilidade conhecida a ovos ou outros componentes da vacina devem consultar seu médico antes de serem vacinadas.

Há uma vacina contra a gripe feita sem proteínas de ovo que é aprovada para adultos de 18 anos ou mais (Li, 2013). Os adultos com uma enfermidade febril aguda devem agendar a vacinação após se recuperarem. As vacinas são formuladas anualmente com base em

dados de vigilância em todo o mundo. A vacina viva e atenuada em spray nasal é dada às pessoas de 2 a 49 anos de idade, se elas não estiverem grávidas ou não tiverem certos problemas de saúde a longo prazo, como asma; doença cardíaca, pulmonar ou renal; diabetes; ou anemia. A vacina inativada da gripe deve ser dada para estes indivíduos e aqueles com 50 anos ou mais (CDC, 2014e).

A vacina pneumocócica (PCV13) é rotineiramente dada aos lactentes em uma série de quatro doses e é recomendada para pacientes com risco aumentado de desenvolver pneumonia. Isso inclui todos os adultos com mais de 65 anos, aqueles com enfermidades crônicas ou que são imunocomprometidos (como HIV/AIDS), qualquer adulto que fuma ou tem asma e aqueles que vivem em ambientes especiais, como casas de repouso ou clínicas de cuidados em longo prazo (CDC, 2013c).

Estilo de Vida Saudável

A identificação e a eliminação dos fatores de risco para a doença cardiopulmonar são partes importantes dos cuidados primários. Incentive os pacientes a ter uma dieta saudável de baixo teor de gordura e alto teor de fibras; monitore seu colesterol, triglicérides e níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL) e de lipoproteína de baixa densidade (LDL); reduza o estresse; incentive a prática de exercícios; e mantenha um peso corporal na proporção de sua altura. Eliminar os cigarros e outros usos de tabaco, reduzir a exposição a poluentes, monitorar a qualidade do ar e hidratar adequadamente são comportamentos saudáveis adicionais. Incentive os pacientes a examinar seus hábitos e a fazer as mudanças apropriadas. Os pacientes com alterações cardiopulmonares precisam minimizar seu risco de infecção, sobretudo durante os meses de inverno (Quadro 41-6).

A prática de exercícios é um fator importante na promoção e manutenção de um coração e pulmões saudáveis. Incentive os pacientes a se exercitar pelo menos de três a quatro vezes por semana durante 30 a 60 minutos. O exercício aeróbico é necessário para melhorar a função pulmonar e cardíaca e fortalecer os músculos.

Caminhada é uma maneira eficiente para atingir um bom exercício aeróbico. Muitos shoppings têm programas que permitem que as pessoas caminhem dentro shopping antes da abertura das lojas. Durante os meses quentes de verão, oriente os pacientes a limitar as atividades ao início do dia ou ao final da noite, quando as temperaturas são mais baixas. Oriente-os a manter a hidratação adequada e a ingestão de sódio, especialmente se eles estiverem tomando diuréticos. Os pacientes com doença cardíaca conhecida e aqueles com múltiplos fatores de risco são alertados a evitar o esforço em tempo frio. Tirar a neve é especialmente arriscado e, muitas vezes, precipita um evento cardíaco. Outras atividades como pendurar luzes e decorações de Natal no frio extremo podem precipitar dor no peito e broncoespasmo.

Plano de cuidado de enfermagem

Complacência Ineficaz das Vias Aéreas

Histórico de enfermagem

O Sr. Edwards é um idoso 75 anos que está deitado na posição semi-Fowler na cama conversando com sua esposa. Kathy Allen é uma estudante de enfermagem completando uma avaliação respiratória. O Sr. Edwards tem um histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica há dois anos. Ele continua a fumar ½ maço de cigarros por dia e não pratica nenhum exercício. Ele não "vê razão" para aumentar sua ingestão de líquidos. Sua SpO_2 varia de 78% a 84%. Em deambulação, a SpO_2 cai para 78%-80%. Ele faz suas atividades de autocuidado lentamente por causa do cansaço. Atualmente ele está internado com pneumonia do lobo superior direito. Ele relata ter uma tosse produtiva intermitente que ocasionalmente produz escarro espesso e amarelo. Ele tem mais episódios de tosse quando está deitado. Seus sinais vitais são temperatura, 38,5°C; pulso, 102 batidas/min; respiração, 30 respirações/min, pressão arterial, 130/90 mmHg; e SpO_2, 84%. Ele tem episódios de calafrios e diaforese. Seu médico disse-lhe que, se

ele aumentar gradualmente seus exercícios, ingerir mais líquidos e parar de fumar, seu estado respiratório vai melhorar.

Atividades de Avaliação	*Achados/Características Definidoras*[*]
Pergunte ao Sr. Edwards há quanto tempo ele tem essa tosse.	Ele responde: "Eu tenho uma **tosse** matinal todos os dias, mas essa tosse é diferente. Começou há cerca de uma semana. É **pior quando estou deitado**."
Pergunte ao Sr. Edwards o que tem de diferente nessa tosse.	Ele responde: "Minhas costelas estão ficando doloridas. É difícil tossir alguma coisa, minha **boca** está **seca** e eu tenho ficado mais **cansado**."
Observe a pele e as mucosas do Sr. Edwards.	**A pele e as mucosas** estão **secas**.
Ausculte os campos pulmonares.	**Sons pulmonares anormais** (crepitações) são ouvidos no lobo superior direito e nos lobos inferiores esquerdo e direito.
Peça para o Sr. Edwards produzir uma amostra de escarro.	O escarro é **espesso** e amarelo a verde-amarelado **descolorido**, difícil de tossir e expectorar.

[*] As **características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Complacência ineficaz das vias aéreas relacionada a secreções pulmonares espessas retidas

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	***Resultados Esperados (NOC)***[†]
	Estado Respiratório: Permeabilidade das Vias Aéreas
O Sr. Edwards será capaz de limpar efetivamente as secreções na alta.	Os sons pulmonares irão melhorar em 48 horas. O Sr. Edwards irá observar maior facilidade na tosse dentro de 48 horas. O escarro será fino e branco dentro de três dias. A frequência respiratória ficará dentro de 12 a 20 respirações/min em 48 horas.
O Sr. Edwards aumentará a hidratação oral dentro de 48 horas.	O Sr. Edwards irá beber 2.500 mL de água ou líquidos de preferência a cada 24 horas a partir de hoje. O Sr. Edwards irá verbalizar que sua boca não está seca em 48 horas.

[†] Rótulos de classificação de resultados de Moorhead S et al.: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St Louis, 2013, Elsevier.

INTERVENÇÕES (NIC)[‡]	**JUSTIFICATIVA**
Tratamento das Vias Aéreas	

Posicione o Sr. Edwards com a cabeça elevada a pelo menos 45 graus.	Manter uma posição semi-Fowler permite a expansão torácica. Esta posição impede que os órgãos abdominais sejam empurrados contra o diafragma, comprometendo a inspiração. Esta posição melhora a troca gasosa respiratória.
Deambule no quarto ou no salão conforme tolerado pelo menos duas vezes ao dia. Se não for possível deambular, reposicione de um lado para outro a cada 2 horas ou mais.	Movimentar o corpo ajuda os pacientes a ter respirações maiores, aumentando seu volume corrente e prevenindo atelectasia (Atkins e Kautz, 2014).
Faça o Sr. Edwards respirar profundamente e tossir a cada hora. Ensine-o a respirar profundamente, segurar durante vários segundos, abrir a boca, apertar os músculos abdominais e tossir de duas a três vezes com a boca aberta.	As secreções retidas predispõem o paciente à atelectasia e pneumonia. A tosse controlada melhora a eficácia da tosse e a remoção das secreções das vias aéreas (AARC, 1993, 2011, Borge et al., 2014).
Aumente os líquidos para 2.500 mL em 24 horas se não for contraindicado pelo estado cardíaco ou renal. Ofereça os líquidos que o Sr. Edwards preferir.	A ingestão de líquidos pode ajudar a promover a remoção de secreções e aliviar a mucosa oral e a pele seca (Hong et al., 2013).

‡ Rótulos de classificação da intervenção de Bulechek GM et al.: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed., St Louis, 2013, Elsevier.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Realização do Resultado***
Ausculte o tórax.	Os sons pulmonares são claros no pulmão esquerdo; crepitações presentes no lobo inferior direito.	Melhora dos sons pulmonares
Pergunte ao Sr. Edwards se ele pode respirar profundamente e tossir. Meça a SpO2.	O Sr. Edwards relata que está mais fácil expectorar as secreções. A SpO2 é de 95%.	Vias aéreas limpas com a tosse. A SpO2 está dentro dos níveis normais.
Observe o escarro.	"O escarro está mais fino e branco."	O escarro está fino e branco.
Monitore a frequência respiratória.	A frequência está entre 12 e 20 respirações/min.	O Sr. Edwards verifica que está mais fácil respirar.
Avalie o nível de hidratação do Sr. Edwards: Avalie o turgor cutâneo, observe a mucosa oral e calcule a ingestão de líquidos em 20 horas.	O turgor cutâneo está normal. As mucosas estão úmidas. A ingestão de líquidos nas 24 horas anteriores foi de 2.600 mL.	As membranas orais estão cor-de-rosa e úmidas. A ingestão de líquidos

		mínima de 2.500 mL foi atingida.

Poluentes Ambientais

Evitar a exposição ao fumo passivo é essencial para manter a função cardiopulmonar ideal. A maioria das empresas e restaurantes agora proíbe o fumo ou tem áreas separadas designadas como fumódromos. Se os pacientes são expostos ao fumo passivo em seus ambientes domiciliares, o aconselhamento e o apoio a todos os membros da família são necessários. Os membros da família precisam apoiar o fumante na cessação do fumo bem-sucedida.

Considere se um paciente está exposto a produtos químicos e poluentes no ambiente de trabalho. Agricultores, pintores, carpinteiros e outros se beneficiam do uso de máscaras de filtro de partículas para reduzir a inalação de partículas.

Cuidado Agudo

Os pacientes com doenças pulmonares agudas necessitam de intervenções de enfermagem voltadas para travar o processo patológico (p. ex., infecção do trato respiratório); encurtamento da duração e gravidade de uma doença (p. ex., hospitalização com pneumonia); e prevenção de complicações da enfermidade ou tratamentos (p. ex., infecção hospitalar decorrente de procedimentos invasivos).

Tratamento da Dispneia

A dispneia é difícil de tratar. Os profissionais da saúde individualizam os tratamentos para cada paciente e geralmente implantam mais de uma terapia. O tratamento do processo subjacente que causa a dispneia é seguido por outras terapias (p. ex., medidas farmacológicas, oxigenoterapia, técnicas físicas e técnicas psicossociais). Os agentes farmacológicos incluem broncodilatadores, esteroides inalados, mucolíticos e medicamentos antiansiedade de

baixa dose. A oxigenoterapia reduz a dispneia associada à prática de exercícios e hipoxemia. Técnicas físicas como recondicionamento cardiopulmonar (p. ex., prática de exercícios, técnicas de respiração e controle da tosse), técnicas de relaxamento, biofeedback e meditação também são benéficas.

Manutenção das Vias Aéreas

A via aérea é permeável quando a traqueia, os brônquios e as grandes vias aéreas estão livres de obstruções. A manutenção da via aérea requer hidratação adequada para evitar secreções espessas e viscosas. As técnicas apropriadas de tosse removem as secreções e mantêm as vias aéreas abertas. Uma variedade de intervenções, como aspiração, fisioterapia respiratória e terapia de nebulização, ajudam os pacientes a tratar as alterações na complacência das vias aéreas.

Mobilização das Secreções Pulmonares

A capacidade do paciente em mobilizar as secreções pulmonares faz a diferença entre uma enfermidade a curto prazo e uma longa recuperação envolvendo complicações. As intervenções de enfermagem que promovem a remoção de secreções pulmonares auxiliam na obtenção e manutenção de uma via aérea limpa e ajudam a promover a expansão pulmonar e a troca gasosa.

Hidratação

A manutenção da hidratação sistêmica adequada mantém a complacência mucociliar normal. Em pacientes com hidratação adequada, as secreções pulmonares são finas, brancas, aquosas e facilmente removíveis com tosse mínima. A tosse excessiva para limpar as secreções espessas e viscosas é fatigante e desgastante. A melhor maneira de manter as secreções finas é fornecer uma ingestão de líquidos de 1.500 a 2.500 mL/dia, a menos que contraindicado por estado cardíaco ou renal. A cor, a consistência e a facilidade da expectoração do muco determinam a adequação da hidratação.

Umidificação

Umidificação é o processo de adição de água ao gás. A temperatura é o fator mais importante que afeta a quantidade de vapor de água que um gás pode segurar. A umidade relativa é o percentual de água no gás. Ar ou oxigênio com uma umidade relativa elevada mantém as vias aéreas úmidas e solta e mobiliza as secreções pulmonares. A umidificação é necessária para os pacientes que recebem oxigenoterapia em mais de 4 L/min (verifique o protocolo da clínica). Pode ser necessário adicionar umidificação em concentrações de oxigênio inferiores caso o ambiente esteja seco e árido. A subida de oxigênio pela água adiciona umidade ao oxigênio fornecido para as vias aéreas superiores (ver Procedimento 41-4).

Um capuz de oxigênio é usado para crianças e uma tenda de umidade é usada para crianças com doenças como crupe e traqueíte para liquefazer as secreções e ajudar a reduzir a febre (Hockenberry e Wilson, 2015). O nebulizador na parte superior da tenda de umidade continua a ser enchido com água para impedir que o ar ou o oxigênio não umidificado entre na tenda. O ar na tenda de umidade às vezes torna-se frio e cai abaixo de 20°C, provocando calafrios na criança. As crianças em tendas de umidade requerem trocas frequentes de vestuário e roupa de cama para ficarem quentes e secas.

Nebulização

A **nebulização** adiciona umidade ou medicamentos ao ar inspirado por partículas mistas de tamanhos variados com o ar. A aerossolização suspende o número máximo de gotas ou partículas de água do tamanho desejado no ar inspirado. A umidade adicionada por meio de nebulização melhora a complacência das secreções pulmonares. A nebulização distribui broncodilatadores e agentes mucolíticos.

Quando a fina camada de líquido apoiando a camada mucosa sobre os cílios seca, os cílios são danificados e ficam incapazes de limpar adequadamente as vias aéreas. Ao remover muco e restos celulares do trato respiratório, a umidificação por meio de nebulização melhora a complacência mucociliar e o mecanismo natural do corpo.

Técnicas de Tosse e Respiração Profunda

A tosse é eficaz para a manutenção de uma via aérea permeável. Tosse dirigida é uma manobra deliberada que é eficaz quando a tosse espontânea não é adequada (AARC, 1993; Borge et al., 2014). A tosse dirigida permite que um paciente remova as secreções das vias aéreas superiores e inferiores. A série normal de eventos no mecanismo da tosse são inalação profunda, fechamento da glote, contração ativa dos músculos expiratórios e abertura da glote. A inalação profunda aumenta o volume pulmonar e o diâmetro das vias aéreas, permitindo que o ar passe obstruindo parcialmente os tampões de muco ou outros corpos estranhos. A contração dos músculos expiratórios contra a glote fechada faz com que uma alta pressão intratorácica se desenvolva. Quando a glote se abre, um grande fluxo de ar é expelido em alta velocidade, proporcionando o impulso para o muco se mover para as vias aéreas superiores onde o paciente pode expectorá-lo ou engoli-lo.

A respiração diafragmática/respiração pela barriga é uma técnica que estimula a respiração profunda para aumentar o ar para a parte inferior dos pulmões. O diafragma desce (a barriga se move para fora) durante a inspiração e sobe (a barriga afunda) durante a expiração (CFF, 2012). A respiração profunda também abre os poros de Kohn entre os alvéolos para permitir o compartilhamento de oxigênio entre os alvéolos. Isto é especialmente importante caso as vias aéreas dos alvéolos estejam obstruídas com muco. Os alvéolos vizinhos podem compartilhar a distribuição de ar através dos poros de Kohn.

Avalie a eficácia da tosse por expectoração de escarro, o relatório do paciente sobre o escarro engolido ou a clareza dos sons adventícios por ausculta. Incentive os pacientes com doenças pulmonares crônicas, infecções do trato respiratório superior e infecções do trato respiratório inferior a respirar profundamente e tossir pelo menos a cada 2 horas enquanto estiverem acordados. Incentive os pacientes com uma grande quantidade de escarro a tossir a cada hora enquanto estiverem acordados e então os desperte durante a noite para tossir a cada 2 ou 3 horas. Isso é necessário até que a fase aguda da produção de muco tenha terminado. Após a cirurgia, recomenda-se que os pacientes realizem a tosse dirigida a cada 2 a 4 horas enquanto

estiverem acordados para evitar o acúmulo de secreções. Ofereça dispositivos de suporte pós-operatório aos pacientes (manta dobrada, travesseiro ou almofadas) para sustentar uma incisão abdominal ou torácica para minimizar a dor durante a tosse dirigida. A tosse é uma fonte de transmissão de gotículas dos patógenos pulmonares; assim, o profissional da saúde deve seguir as Precauções-Padrão. As técnicas de tosse incluem respirar e tossir profundamente para o paciente no pós-operatório, tosse em série, tosse soprada e tosse manualmente assistida (Borge et al., 2014).

Com a *tosse em série* o paciente respira lenta e profundamente e prende a respiração por 2 segundos enquanto contrai os músculos expiratórios. Depois ele abre a boca e executa uma série de tosses durante a exalação, tossindo assim em volumes pulmonares progressivamente reduzidos. Esta técnica promove a complacência das vias aéreas e uma via aérea permeável em pacientes com grandes volumes de escarro.

A *tosse soprada* estimula um reflexo natural da tosse e geralmente é eficaz apenas para limpar as vias aéreas centrais. Ao expirar, o paciente abre a glote e *assopra*. Com a prática, ele inala mais ar e é capaz de avançar para a tosse em série. A técnica de *tosse manualmente assistida* é para pacientes sem controle muscular abdominal, como aqueles com lesões na medula espinhal. Enquanto o paciente expira com um esforço expiratório máximo, o paciente ou o enfermeiro empurra para dentro e para cima os músculos abdominais em direção ao diafragma, provocando a tosse.

Fisioterapia Respiratória

A **fisioterapia respiratória** é um grupo de terapias para mobilizar as secreções pulmonares. Estas terapias incluem drenagem postural, percussão torácica e vibração. A fisioterapia respiratória é seguida por tosse produtiva ou aspiração de um paciente que tem uma capacidade reduzida para tossir. É recomendada para pacientes que produzem mais do que 30 mL de escarro por dia ou têm evidência de atelectasia no exame de raio X de tórax (AARC, 2012). O procedimento é seguro para lactentes e crianças pequenas, no entanto às vezes é

contraindicado para condições e doenças exclusivas para crianças. A fisioterapia respiratória é para um grupo seleto de pacientes. O Quadro 41-7 descreve as diretrizes para determinar se a fisioterapia respiratória é indicada.

Quadro 41-7 Diretrizes para a Fisioterapia Respiratória

A enfermagem e a terapia respiratória colaboram com o profissional da saúde para determinar se a fisioterapia respiratória (CPT) é melhor para o paciente. As diretrizes a seguir ajudam na avaliação física e na tomada de decisão posterior:

- Conheça a escala normal dos sinais vitais do paciente. O grau de mudança está relacionado com o nível de hipóxia, estado cardiopulmonar geral e tolerância à atividade.
- Condições que exigem CPT, como atelectasia e pneumonia complicada, afetam os sinais vitais. Realize uma avaliação respiratória para confirmar a necessidade de CPT, incluindo a produção de escarro, eficácia da tosse, histórico de problemas pulmonares aliviados com sucesso com a CPT, sons pulmonares anormais, condições documentadas, como atelectasia, pneumonia complicada e alterações no estado de oxigenação (AARC, 2012).
- Conheça os medicamentos do paciente. Certos medicamentos, sobretudo diuréticos e anti-hipertensivos, causam fluidos e alterações hemodinâmicas. Estes diminuem a tolerância do paciente às trocas de posição e à drenagem postural. O uso a longo prazo de esteroides aumenta o risco do paciente de fraturas patológicas da costela e geralmente contraindica a vibração.
- Conheça o histórico médico do paciente. Certas condições, como o aumento da pressão intracraniana, lesões na medula espinhal e ressecção de aneurisma abdominal contraindicam as trocas de posição da drenagem postural. O trauma torácico ou a cirurgia contraindicam a percussão e a vibração.
- Conheça o nível da função cognitiva do paciente. A participação em técnicas de tosse controlada exige que o paciente siga

instruções. As limitações cognitivas congênitas ou adquiridas alteram a capacidade do paciente para aprender e participar destas técnicas.

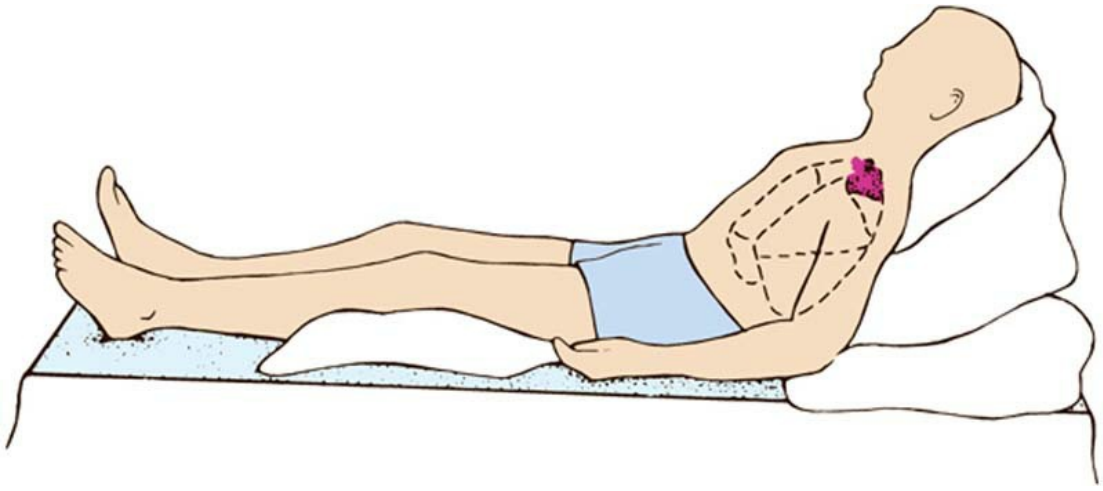
- Esteja ciente da tolerância aos exercícios do paciente. As manobras de CPT são fatigantes.

A **drenagem postural** é um componente de higiene pulmonar; consiste em drenagem, posicionamento e reposicionamento e, às vezes, é acompanhada por percussão torácica e vibração (CFF, 2012). Melhora a complacência da secreção e a oxigenação. O posicionamento envolve a drenagem dos segmentos pulmonares afetados (Tabela 41-6) e ajuda a drenar as secreções desses segmentos dos pulmões e brônquios na traqueia. Alguns pacientes não precisam de drenagem postural de todos os segmentos pulmonares, e a avaliação clínica é fundamental na identificação de segmentos pulmonares específicos que precisam dela. Por exemplo, os pacientes com atelectasia de lobo inferior esquerdo precisam de drenagem postural apenas da região afetada, ao passo que uma criança com fibrose cística muitas vezes requer drenagem postural de todos os segmentos pulmonares.

Tabela 41-6

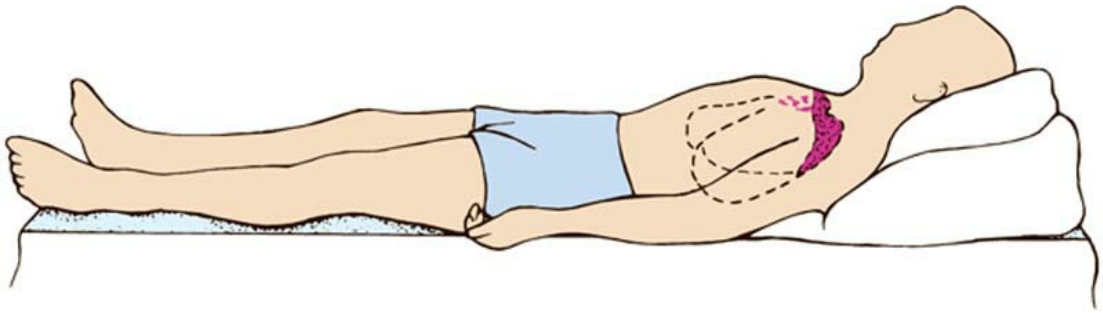
Posições para Drenagem Postural

Segmento Pulmonar
Adulto
Bilateral

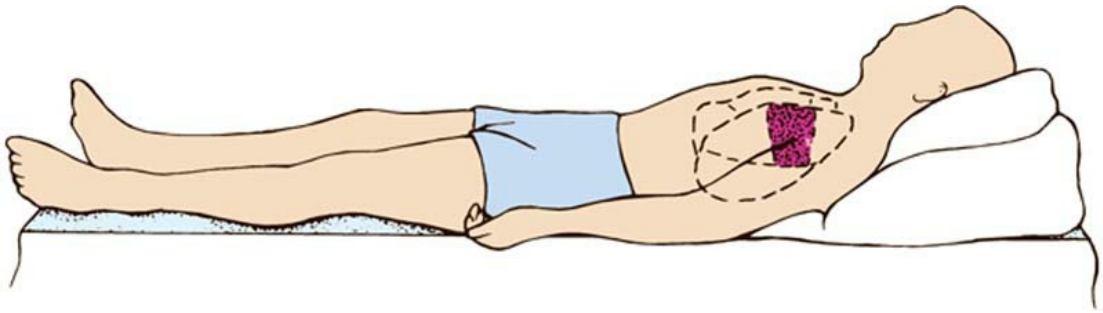


Segmentos apicais

Lobo direito superior — segmento anterior

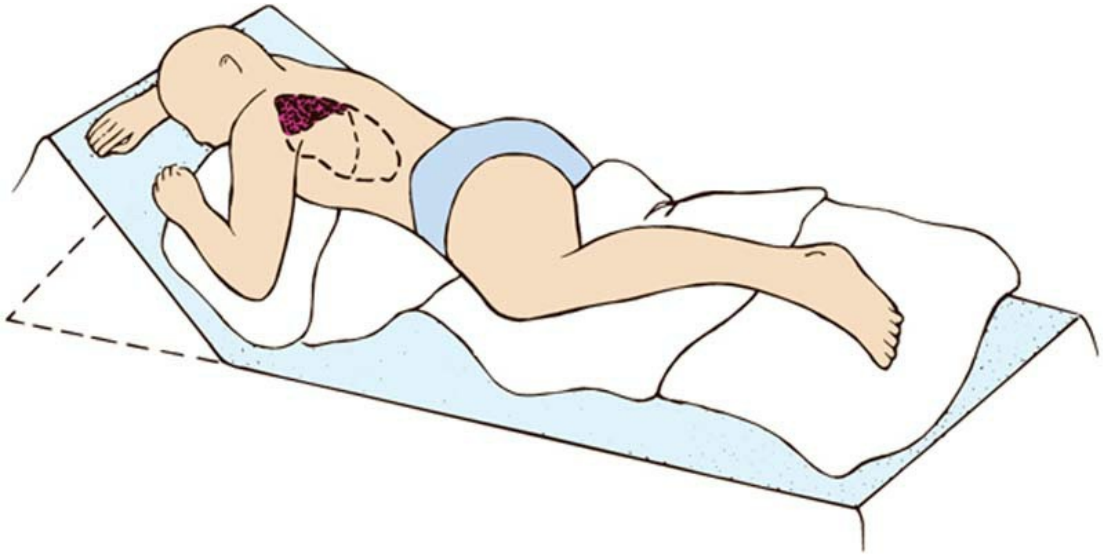


Lobo superior esquerdo — segmento anterior

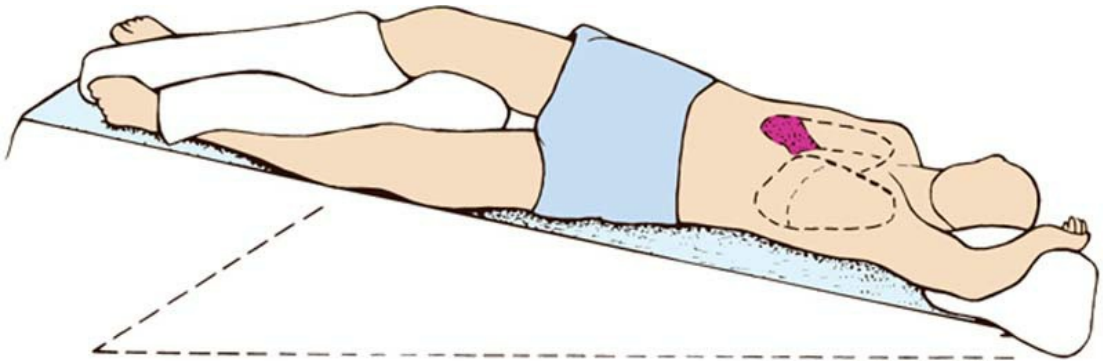


Lobo direito superior — segmento posterior

Lobo superior esquerdo — segmento posterior



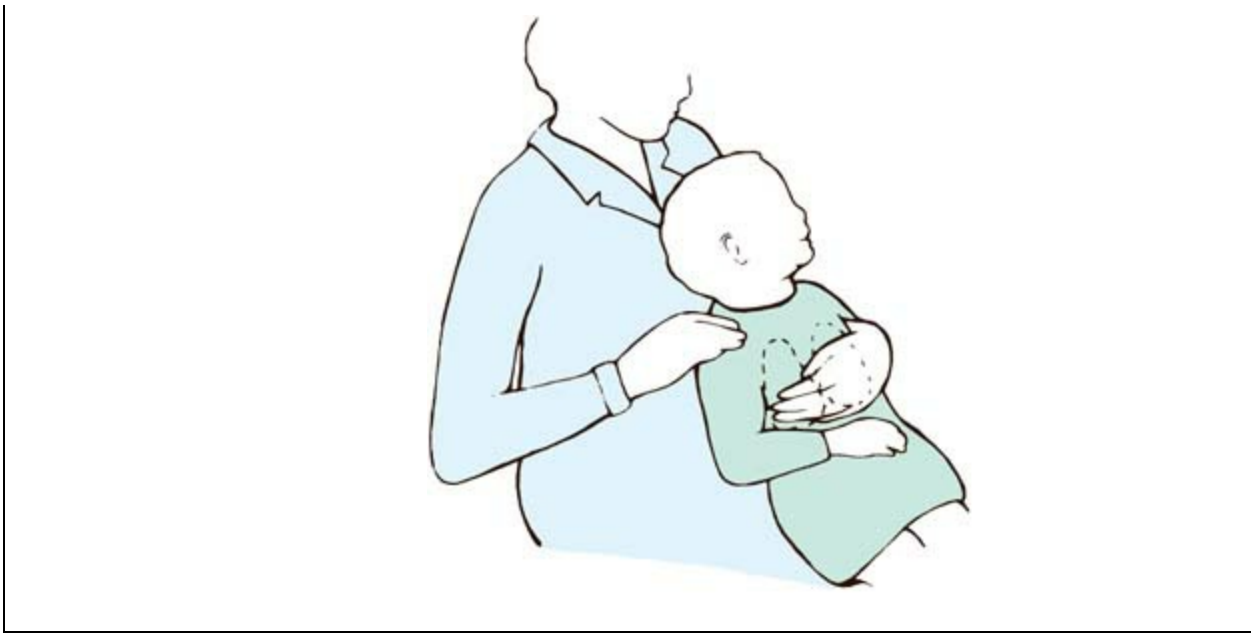
Lobo direito médio — segmento anterior



Criança

Bilateral — segmentos apicais

Bilateral — segmentos anteriores médios



A percussão torácica envolve bater ritmicamente com as mãos na parede torácica sobre a área a ser drenada para forçar as secreções nas vias aéreas maiores para expectoração (AARC, 2012). É comumente realizada por terapeutas respiratórios em ambientes maiores de cuidados de saúde. Posicione a mão de modo que os dedos e o polegar se toquem e as mãos formem uma concha. Esse formato faz a mão ficar em conformidade com a parede torácica enquanto aprisiona um coxim de ar para suavizar a intensidade das batidas. O procedimento deve produzir um som oco e não deve ser doloroso (CFF, 2012). Execute a percussão torácica batendo vigorosamente a parede torácica alternadamente com as mãos em concha (Fig. 41-9). Execute a percussão sobre uma camada de roupa única, e não sobre botões, fechos ou zíperes. A camada de roupa única impede atingir a pele do paciente. Camadas mais espessas ou múltiplas de material amortecem as vibrações.

FIGURA 41-9 Percussão da parede torácica, alternando as batidas das mãos contra a parede torácica do paciente.

A percussão é contraindicada em pacientes com transtornos hemorrágicos, osteoporose ou costelas fraturadas. Evite a percussão sobre queimaduras, feridas abertas ou infecções cutâneas do tórax. Tenha cuidado para percutir os campos pulmonares sob as costelas e não sobre a coluna vertebral, esterno, estômago ou lombar ou pode haver trauma no baço, fígado ou rins (CFF, 2012).

A vibração é uma pressão suave e agitada aplicada à parede torácica para agitar as secreções nas vias aéreas maiores. Coloque uma mão aberta ou as duas mãos firmemente na parede torácica sobre o segmento apropriado e pressione-as entre si para vibrar. Contraia os músculos do braço para fornecer um movimento de agitação. Peça para o paciente expirar o mais lentamente possível durante a vibração. Esta técnica aumenta a velocidade e turbulência do ar exalado, facilitando a remoção de secreção. A vibração aumenta a exalação do ar preso, agita o muco até soltar e induz uma tosse (CFF, 2012).

Um paciente também pode ser instruído a usar um sistema de complacência das vias aéreas em forma de colete. Os sistemas de

complacência das vias aéreas em forma de colete usam a oscilação ou compressão da parede torácica de alta frequência (HFCWO) para ajudar a remover as secreções dos pulmões. Este colete é benéfico para os pacientes com doenças neuromusculares e para os pacientes com doenças pulmonares crônicas, como fibrose cística. Os objetivos dos coletes de oscilação são (1) eliminar as secreções excessivas das vias aéreas para reduzir o trabalho de respiração e (2) melhorar a capacidade do paciente para expelir as secreções (Morrison e Agnew, 2014). O colete se ajusta à roupa do paciente e possibilita que os pacientes continuem as terapias de complacência das vias respiratórias em casa ou na escola quando necessário.

Técnicas de Aspiração

A aspiração é necessária quando os pacientes são incapazes de limpar as secreções respiratórias das vias aéreas por tosse ou outros procedimentos menos invasivos. As técnicas de aspiração incluem aspiração orofaríngea e nasofaríngea, aspiração orotraqueal e nasotraqueal, além de aspiração de uma via aérea artificial.

Na maioria dos casos, use a técnica estéril para aspiração porque a orofaringe e a traqueia são consideradas estéreis. A boca é considerada limpa; portanto você aspira as secreções orais após aspirar a orofaringe e a traqueia. No ambiente domiciliar, use uma técnica "limpa" em vez da "estéril" porque o paciente não está exposto a patógenos comuns aos ambientes de cuidados de saúde. Ensine aos pacientes as medidas adequadas para desinfetar os equipamentos (AARC, 2004, 2010a).

Cada tipo de aspiração requer o uso de um cateter flexível com ponta arredondada com orifícios nas laterais e na extremidade do cateter. Durante a aspiração, você aplica pressões negativas (100-150 mmHg para adultos) na retirada do cateter, nunca na inserção (AARC, 2010a). Uma avaliação do paciente determina a frequência de aspiração. É indicado quando roncos, sons respiratórios borbulhantes e sons respiratórios diminuídos são audíveis na ausculta ou secreções visíveis estão presentes após outros métodos para remover as secreções das vias aéreas terem falhado. Você também pode usar a

aspiração para obter uma amostra de escarro para cultura ou citologia se o paciente puder tossir de forma produtiva. A aspiração muito frequente coloca pacientes em risco de desenvolver hipoxemia, hipotensão, arritmias e possível trauma na mucosa dos pulmões (AARC, 2010a; Lynn-McHale, 2011).

Aspiração Orofaríngea e Nasofaríngea

A aspiração orofaríngea ou nasofaríngea é usada quando um paciente é capaz de tossir efetivamente, mas incapaz de limpar as secreções por expectoração. Aplique a aspiração depois de o paciente tossir (ver Procedimento 41-1 nas p. 907-914). Uma vez que as secreções pulmonares diminuírem e o paciente estiver menos fatigado, ele poderá tossir ou engolir o muco, e a aspiração não será mais necessária.

Aspiração Orotraqueal e Nasotraqueal

A aspiração orotraqueal ou nasotraqueal é necessária quando um paciente com secreções pulmonares é incapaz de tratar as secreções através da tosse e não tem uma via aérea artificial presente (ver Procedimento 41-1). Passe um cateter estéril pela boca ou nariz para a traqueia. O nariz é a rota preferencial porque o estímulo do reflexo de vômito é mínimo. O procedimento é semelhante para a aspiração nasofaríngea, mas você avança a ponta do cateter mais longe na traqueia do paciente. Todo o procedimento de passagem de cateter para sua remoção é feito rapidamente, com duração de no máximo 10 segundos (AARC, 2010a). Deixe o paciente descansar entre as passagens do cateter. Se o paciente desenvolver desconforto respiratório, pare a aspiração a menos que a coleta de secreções esteja causando esse desconforto. Se o paciente estiver usando oxigênio suplementar, substitua a cânula ou máscara de oxigênio durante os períodos de descanso.

Aspiração Traqueal

Realize aspiração traqueal através de uma via aérea artificial, como uma sonda endotraqueal (ET) ou de traqueostomia. O tamanho de um

cateter deve ser o menor possível, porém grande o suficiente para remover as secreções. A recomendação é que tenha quase metade do diâmetro interno da sonda ET (AARC, 2010a). Nunca aplique a pressão de aspiração ao introduzir o cateter para evitar traumatizar a mucosa do pulmão. Assim que você inserir um cateter pela distância necessária, mantenha a pressão de aspiração entre 120 e 150 mmHg (AARC, 2010a) até a retirada. Aplique a aspiração intermitente ***apenas*** enquanto retira o cateter. Girar o cateter aumenta a remoção das secreções que aderiram às laterais da via aérea.

A prática da instilação de soro fisiológico nas vias aéreas artificiais para melhorar a remoção de secreção pode ser prejudicial e não é recomendada. Estudos clínicos comparando os resultados de aspiração após a instilação de soro fisiológico com aspiração padrão não mostraram quaisquer resultados clínicos ou significativos (AARC, 2010a).

Os dois métodos atuais de aspiração são os métodos aberto e fechado. A aspiração aberta envolve o uso de um novo cateter estéril para cada sessão de aspiração (AARC, 2010a). Calce luvas estéreis e siga as Precauções-Padrão durante o procedimento de aspiração. A aspiração fechada envolve o uso de um cateter de aspiração estéril reutilizável que é envolto em uma bainha de plástico para protegê-lo entre sessões de aspiração (Fig. 41-10). A aspiração fechada é mais frequentemente usada em pacientes que necessitam de ventilação mecânica invasiva para apoiar seus esforços respiratórios, pois permite a distribuição contínua de oxigênio enquanto aspiração é executada e reduz o risco de dessaturação de oxigênio. Embora luvas estéreis não sejam utilizadas neste procedimento, as luvas não estéreis são recomendadas para evitar o contato com respingos de excreções corporais (ver Procedimento 41-1).

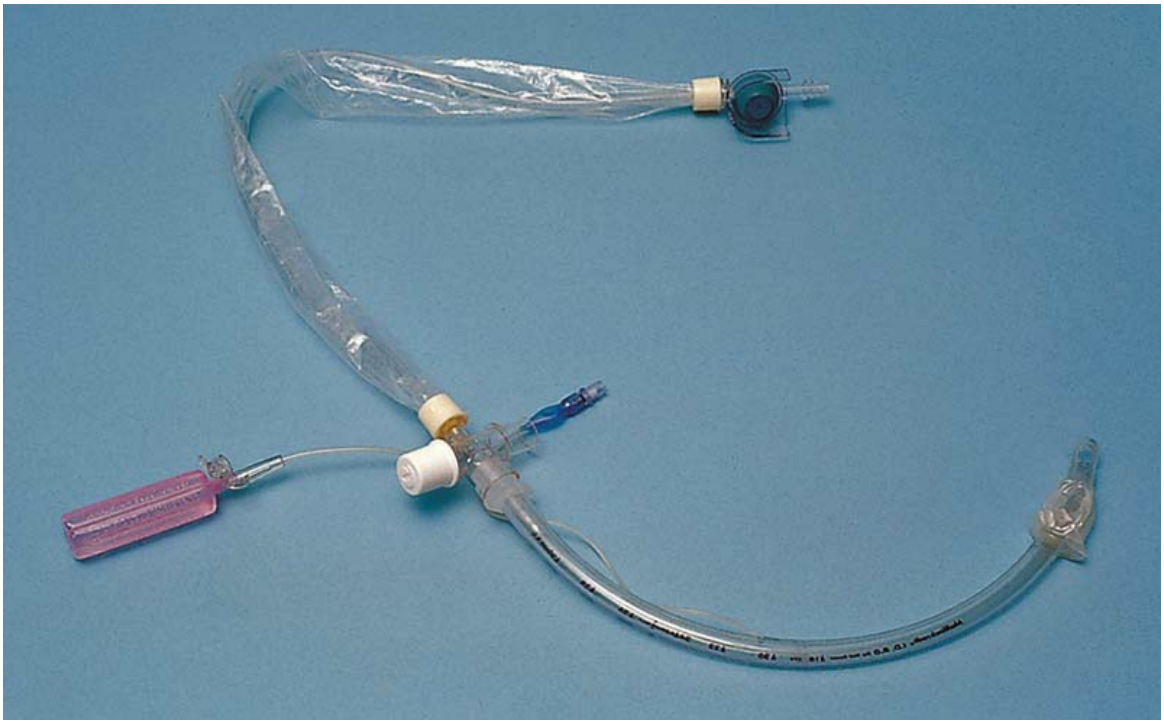


FIGURA 41-10 Cateter de aspiração fechada para cuidado traqueal de Ballard.

Vias Aéreas Artificiais

Uma via aérea artificial é para um paciente com um nível reduzido de consciência ou obstrução das vias aéreas e auxilia na remoção das secreções traqueobrônquicas. A presença de uma via aérea artificial coloca um paciente em alto risco para infecção e lesão da via aérea. Use a técnica limpa para as vias aéreas orais, mas use a técnica estéril no cuidado e manutenção das vias aéreas endotraqueais e traqueais para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (IASC). As vias aéreas artificiais precisam ficar na posição correta para não danificar as vias aéreas (ver Procedimento 41-2 nas p. 915-922).

Via Aérea Oral

A via aérea oral, o tipo mais simples de via aérea artificial, impede a obstrução da traqueia por deslocamento da língua para a orofaringe (Fig. 41-11). A via aérea oral estende-se dos dentes para a orofaringe, mantendo a língua na posição normal. Use a via aérea do tamanho correto. Determine o tamanho adequado da via aérea oral medindo a

distância entre o canto da boca e o ângulo da mandíbula logo abaixo da orelha. O comprimento é igual à distância do flange da via aérea até a ponta. Se a via aérea for muito pequena, a língua não fica na porção anterior da boca; se a via aérea for muito grande, ela força a língua em direção à epiglote e obstrui a via aérea.

FIGURA 41-11 Vias aéreas orais artificiais.

Insira a via aérea de cabeça para baixo, em seguida vire para a curva da via aérea em direção à bochecha e coloque-a sobre a língua. Quando a via aérea estiver na orofaringe, gire-a de modo que a abertura aponte para baixo. Corretamente colocada, a via aérea move a língua para frente e para longe da orofaringe, e o flange (p. ex., a parte plana da via aérea) repousa contra os dentes do paciente. A inserção incorreta apenas força a língua para a orofaringe.

Via Aérea Endotraqueal e Traqueal

Uma **sonda endotraqueal (ET)** é uma via aérea artificial a curto prazo para administrar a ventilação mecânica invasiva, aliviar a obstrução das vias aéreas superiores, proteger contra a aspiração ou limpar as secreções. Um médico ou clínico especialmente treinado insere a sonda endotraqueal.

A sonda é passada pela boca do paciente, além da faringe e para a traqueia (Fig. 41-12). Geralmente é removida dentro de 14 dias; no entanto, às vezes é usada por um longo período de tempo se o paciente ainda estiver mostrando progresso para o desmame da ventilação mecânica invasiva e a extubação.

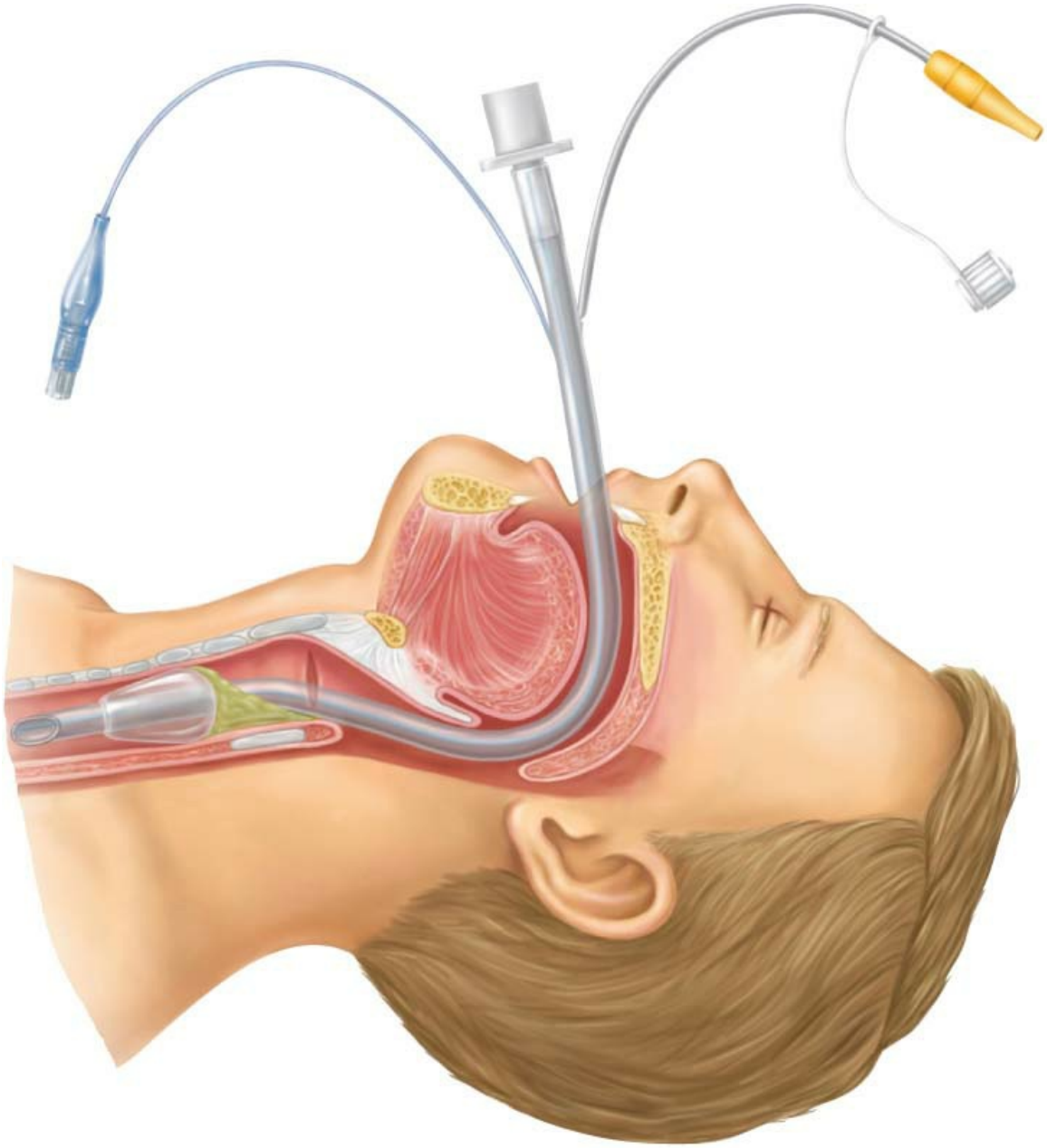


FIGURA 41-12 Sonda endotraqueal inserida na traqueia. Manguito inflado para manter a posição. (Copyright © 2015 Medtronic. Todos os direitos reservados. Utilizado com permissão de Medtronic.)

Se um paciente necessita de assistência a longo prazo com uma via aérea artificial, uma **traqueostomia** é considerada. Uma incisão cirúrgica é feita na borda inferior da cartilagem cricoide da traqueia e uma sonda de traqueostomia curta é inserida. A maioria das

traqueostomias tem uma pequena sonda interna de plástico que se encaixa dentro de uma maior (a cânula interna). A complicação mais comum de uma sonda de traqueostomia é a obstrução parcial ou total da via aérea causada pelo acúmulo de secreções respiratórias. Se isso ocorrer, a sonda interna pode ser removida e limpa ou substituída por uma sonda interna sobressalente temporária que deve ser mantida na cabeceira do paciente. Tenha dilatadores traqueais disponíveis ao lado da cama para uma substituição ou reinserção de emergência da sonda. A umidificação de umidificadores de ar ou de colares de traqueostomia de oxigênio umidificado pode ajudar a prevenir a secagem das secreções que causam oclusão. A aspiração da traqueostomia deve ser feita com a frequência necessária para limpar as secreções. A maioria dos pacientes com uma sonda de traqueostomia não podem falar porque a sonda é inserida abaixo das cordas vocais. É importante usar estratégias de comunicação não verbal (leitura labial) ou escrita para ajudar os pacientes a se comunicarem. Certifique-se de avaliar os pacientes quanto à ansiedade causada pela incapacidade de falar. O cuidado e a limpeza da sonda de traqueostomia são discutidos no Procedimento 41-2.

Manutenção e Promoção da Expansão Pulmonar

As intervenções de enfermagem para manter ou promover a expansão pulmonar incluem técnicas não invasivas como deambulação, posicionamento, espirometria de incentivo e ventilação não invasiva. As intervenções médicas invasivas, como inserção e gestão de sonda torácica, auxiliam na restauração da expansão pulmonar.

Deambulação

A imobilidade é um fator importante no desenvolvimento de atelectasia, pneumonia associada à ventilação ((PAV) e limitações funcionais. As pesquisas mostraram que, após uma semana de repouso no leito, a força muscular diminui até 20%, o que resulta em um aumento da demanda de oxigênio, músculos respiratórios enfraquecidos e um declínio do estado funcional. Estudos iniciais de deambulação indicam que os benefícios terapêuticos da atividade

incluem um aumento na força geral e expansão pulmonar. Mesmo o paciente que exige ventilação mecânica invasiva beneficia-se de um programa de mobilidade precoce. Estes programas de mobilidade devem incluir a entrada de terapeutas respiratórios e fisioterapeutas no tratamento (Atkins e Kautz, 2014). A mobilização progressiva de balançar as pernas ao levantar-se e depois andar é segura para os pacientes entubados (Atkins e Kautz, 2014).

Posicionamento

A pessoa saudável e completamente móvel mantém ventilação e oxigenação adequadas por mudanças frequentes de posição durante as atividades diárias. Entretanto, quando a enfermidade ou lesão de uma pessoa restringe a mobilidade, o risco para comprometimento respiratório é maior. As mudanças frequentes de posição são métodos simples e de baixo custo para reduzir a estase das secreções pulmonares e expansão reduzida da parede torácica, os quais aumentam o risco de pneumonia. As pesquisas mostraram que virar pacientes criticamente doentes a cada 2 horas geralmente não é suficiente para prevenir a pneumonia (Rauen et al., 2008).

A posição semi-Fowler a 45 graus é a mais eficaz para promover a expansão pulmonar e reduzir a pressão do abdômen sobre o diafragma. Quando um paciente está nesta posição, certifique-se de que ele não deslize para baixo na cama, o que pode reduzir a expansão pulmonar. O deslizamento também aumenta o risco de úlceras por pressão. Um paciente com doença pulmonar unilateral, como pneumotórax, atelectasia ou pneumonia de um pulmão, deve ser posicionado de forma a promover a perfusão do pulmão saudável e melhorar a oxigenação. Na maioria dos casos, posicione o paciente com o pulmão bom para baixo (Rauen et al., 2008). Na presença de abscesso pulmonar ou hemorragia, posicione o paciente com o pulmão afetado para baixo para impedir a drenagem em direção ao pulmão saudável. Para a doença pulmonar bilateral, a melhor posição depende da gravidade da doença.

Espirometria de Incentivo

A **espirometria de incentivo** incentiva a respiração profunda voluntária fornecendo feedback visual para os pacientes sobre o volume inspiratório. Promove a respiração profunda e impede ou trata a atelectasia no paciente no pós-operatório. Há evidências sólidas para apoiar o uso da expansão pulmonar com espirometria de incentivo na prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias após a cirurgia (AARC, 2011; Cassidy et al., 2013).

Os espirômetros de incentivo orientados pelo fluxo consistem de uma ou mais câmaras plásticas que contêm esferas coloridas que se movimentam livremente. Um paciente inala lentamente e com um fluxo uniforme para elevar as esferas e mantê-las flutuando tanto o máximo de tempo possível para garantir uma inalação máxima sustentada.

Os dispositivos da espirometria de incentivo orientados para o volume têm um fole que é elevado a um volume predeterminado por uma respiração inalada (Fig. 41-13). Uma luz ou contador de sinalização é usada(o) para fornecer um feedback. Alguns dispositivos são construídos de modo que a luz não acenda, a menos que o fole seja mantido a um volume mínimo desejado para um período especificado para melhorar a expansão pulmonar (Cap. 50).

FIGURA 41-13 Espirômetro de incentivo orientado pelo volume.

A espirometria de incentivo encoraja os pacientes a usarem o feedback visual para inflar ao máximo os seus pulmões e sustentar essa inflação (AARC, 2011). Uma capacidade inspiratória pós-operatória de metade a três quartos do volume pré-operatório é aceitável por causa da dor pós-operatória. As diretrizes AARC (2011) recomendam de 5 a 10 respirações por sessão a cada hora enquanto o paciente está acordado. A administração de medicamentos para a dor antes da espirometria de incentivo ajuda o paciente a alcançar a respiração profunda reduzindo a dor e a imobilização.

Ventilação Mecânica Invasiva

A **ventilação mecânica invasiva**, também conhecida como ventilação de pressão positiva, é uma técnica que salva vidas usada com vias aéreas artificiais (ET ou traqueostomia) para várias indicações clínicas e fisiológicas. As indicações fisiológicas para a ventilação mecânica invasiva incluem troca gasosa cardiopulmonar de suporte (ventilação alveolar e oxigenação arterial), aumento do volume pulmonar e redução do trabalho respiratório (Urden et al., 2014). As indicações clínicas para ventilação mecânica invasiva incluem reversão da hipóxia e da acidose respiratória aguda, alívio do desconforto respiratório, prevenção ou reversão de atelectasia e fadiga muscular respiratória, permitir a sedação e/ou outro bloqueio neuromuscular, diminuição do consumo de oxigênio, redução da pressão intracraniana e estabilização da parede torácica (Urden et al., 2014). Pode ser usada para substituir total ou parcialmente a respiração espontânea dependendo da necessidade do paciente. A ventilação mecânica invasiva também redistribui o fluxo sanguíneo dos músculos respiratórios em trabalho para outros órgãos vitais. Na sequência de um gatilho inspiratório, a ventilação mecânica invasiva força uma mistura predefinida de ar (oxigênio e outros gases) para vias aéreas centrais e então flui para os alvéolos pulmonares, fazendo a pressão intra-alveolar aumentar à medida que os pulmões inflam. Um sinal de terminação dispara o ventilador para deixar de forçar o ar para as vias aéreas centrais, fazendo com que a pressão da via aérea central diminua. Em seguida, a expiração acontece passivamente, com o ar fluindo dos alvéolos de maior pressão para a menor pressão das vias aéreas centrais.

Há uma variedade de modos de ventilação; a escolha depende da situação do paciente e dos objetivos do tratamento. Muitos dos modos são usados em conjunto uns com os outros. Existem inúmeras marcas de ventiladores e eles variam na sua capacidade de desempenhar determinadas funções; nem todos os modos estão disponíveis em todos os ventiladores. Os modos mais utilizados incluem ventilação assistida/controlada (AC), ventilação mandatória intermitente

sincronizada (SIMV) e ventilação com pressão de suporte (PSV). A ventilação assistida/controlada oferece um conjunto de volume corrente (VC) com cada respiração, independente de a respiração ter sido desencadeada pelo paciente ou pelo ventilador. A ventilação mandatória intermitente sincronizada, assim como a AC, oferece um número mínimo de respirações totalmente assistidas por minuto que são sincronizadas com o esforço respiratório do paciente. Quaisquer respirações feitas entre as respirações cíclicas de acordo com o volume não são assistidas; o volume destas respirações é determinado pela força, esforço e mecânica pulmonar do paciente. O modo com pressão de suporte normalmente é combinado com o modo SIMV, a pressão inspiratória é adicionada às respirações espontâneas para superar a resistência da sonda endotraqueal ou para ajudar a aumentar o volume de respirações espontâneas do paciente.

Apesar de a ventilação mecânica invasiva muitas vezes salvar vidas, isso não ocorre sem complicações. Algumas complicações são evitáveis e outras podem ser minimizadas. As complicações fisiológicas associadas à ventilação mecânica invasiva incluem volutrauma, comprometimento cardiovascular, distúrbios gastrointestinais e pneumonia assistida por ventilação (Urden et al., 2014).

O volutrauma ocorre como resultado da sobredistensão alveolar secundária à ventilação mecânica. O comprometimento cardiovascular ocorre como resultado do aumento da pressão intratorácica. É causado pela ventilação de pressão positiva que diminui o retorno venoso para o lado direito do coração, diminuindo a pré-carga e resultando em um débito cardíaco reduzido. As perturbações gastrointestinais (GI) ocorrem com frequência. Elas estão relacionadas à distensão gástrica, vômitos relacionados ao estímulo faríngeo da via aérea artificial, constipação e hipomotilidade (devido à imobilidade e à administração de analgésicos, sedativos e agentes paralíticos).

A **pneumonia associada à ventilação (PAV)** é uma complicação potencial significativa porque a sonda da via aérea artificial ignora muitos dos mecanismos de defesa normais do pulmão. A pneumonia

associada à ventilação (PAV) é uma infecção adquirida por cuidados de saúde (IASC) que se desenvolve em uma pessoa que necessita de ventilação mecânica invasiva (via entubação endotraqueal ou sonda de traqueostomia) por pelo menos 48 horas (Shi et al., 2013). É uma complicação potencialmente séria em pacientes que já estão gravemente doentes. As taxas de mortalidade por PAV variam de 20% a 50% entre os pacientes ventilados e estima-se somar um adicional de $40.000 ao custo de uma internação hospitalar (Monaco et al., 2014) (Quadro 41-8). Os hospitais não são reembolsados para os custos associados à PAV.

Quadro 41-8

Prática baseada em evidências

Adesão a um Pacote de Cuidados com Ventilação na Redução da Pneumonia Associada à Ventilação

Questão PICO: Em pacientes que necessitam de ventilação mecânica invasiva, a adesão a um pacote de cuidados com ventilação baseado em evidências contribui com a redução da pneumonia associada à ventilação (VAP)?

Resumo das Evidências

A pneumonia associada à ventilação (VAP) é uma infecção adquirida em cuidados de saúde (IASC) que se desenvolve em uma pessoa que necessita de ventilação mecânica invasiva (via entubação endotraqueal ou sonda de traqueostomia) por pelo menos 48 horas (Shi et al., 2013). *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* são considerados as principais causas da VAP associada à sonda endotraqueal, 41,7% e 36,7% respectivamente. *Streptococcus pneumonia*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacteriacea* e outras bactérias aeróbicas Gram-negativas são os outros microrganismos que contribuem com a VAP (Loo et al., 2015). Os pacientes com VAP têm febre elevada, aumento de secreções e

infiltrados pulmonares vistos na radiografia de tórax. Ao longo do tempo, estas infiltrações aumentam progressivamente e as funções pulmonares do paciente declinam. A VAP é também altamente correlacionada com a sepse, e intervenções para reduzir o risco de VAP também ajudam na redução do risco de sepse (O'Leary, 2014). A incidência de VAP aumenta com a duração da ventilação mecânica invasiva.

Em 2001, o Institute for Health Care Improvement identificou quatro intervenções para prevenir complicações em pacientes ventilados de alto risco. O Ventilator Bundle (IHCI, 2012), como veio a ser conhecido, é uma série de intervenções baseadas em evidências relacionadas ao cuidado com ventilação que, quando implantadas juntas, alcançam resultados significativamente melhores do que quando aplicadas individualmente (Monaco et al., 2014). Em 2010, os componentes do IHI Ventilator Bundle foram revistos para adicionar uma intervenção. Os principais componentes do IHI Ventilator Bundle são (IHCI, 2012):

- Elevação da cabeceira da cama a 45 graus
- "Férias de sedação" diárias e avaliação de prontidão para extubar
- Profilaxia da doença ulcerosa péptica
- Profilaxia da trombose venosa profunda
- Higiene oral diária com clorexidina

A maior conformidade com o Ventilator Bundle recomendado pelo IHI reduz a incidência de VAP na UTI (Morris et al., 2011; Monaco et al., 2014).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Seguir o pacote ICHI.
- Evitar o posicionamento prolongado em supina. A aspiração pulmonar é aumentada pelo posicionamento em supina e acúmulo de secreções acima do manguito da sonda ET (Sedwick et al., 2012).
- Em comparação ao posicionamento em supina, estudos têm mostrado que com posicionamento simples com elevação da

cabeceira da cama a 30 graus ou mais reduz significativamente o refluxo gástrico e a VAP. Mantenha a cabeceira da cama do paciente levantada entre 30 e 45 graus, a menos que outras condições médicas não permitam que isso ocorra.

- As sondas orotraqueais e orogástricas são preferidas aos dispositivos nasais para reduzir o risco de VAP (Lacherade et al., 2010).
- A aspiração frequentemente remove as secreções orofaríngeas e subglóticas para reduzir o risco de VAP precoce.
- Monitore a pressão do manguito frequentemente para garantir que haja uma vedação adequada para evitar a aspiração de secreções (Lacherade et al., 2010).
- Forneça higiene oral diária com clorexidina (IHCI, 2012; Labeau et al., 2011).
- Sempre drene a condensação de circuito de ventilação para longe do paciente e para o receptáculo apropriado (AARC, 2010a). Drene a sonda a cada hora para evitar o acúmulo.

Ventilação não Invasiva

A **ventilação de pressão positiva não invasiva (NPPV)** é usada para prevenir o uso de vias aéreas artificiais invasivas (sonda endotraqueal ou de traqueostomia) em pacientes com insuficiência respiratória aguda, edema pulmonar cardiogênico ou exacerbação de DPOC. Também é usada após a extubação de uma sonda endotraqueal (Luo et al., 2014). O objetivo da NPPV é manter uma pressão positiva da via respiratória e melhorar a ventilação alveolar. Isto previne ou trata atelectasia ao inflar os alvéolos, reduzindo o edema pulmonar o forçar o líquido fora dos pulmões de volta à circulação e melhorar a oxigenação em pacientes com apneia do sono. O suporte ventilatório é obtido com o uso de uma variedade de modos, incluindo pressão **positiva contínua das vias aéreas (CPAP)** e **ventilação com pressão positiva contínua bifásica (BiPAP)**.

A CPAP trata pacientes com apneia obstrutiva do sono, os pacientes com insuficiência cardíaca e lactentes prematuros com pulmões

subdesenvolvidos. Na apneia obstrutiva do sono as vias aéreas entram em colapso, causando respiração superficial ou ausência de respiração. Qualquer ar que passa pela obstrução resulta em ronco alto. Um estudo do sono durante a noite pode ser necessário para determinar os ambientes corretos para uma máquina de CPAP (Cap. 43). Os equipamentos incluem uma máscara (Fig. 41-14) que se encaixa sobre o nariz ou sobre o nariz e a boca e um aparelho de CPAP que fornece ar para a máscara (National Heart Lung and Blood Institute, 2011). A máscara menor com o ajuste adequado é a mais eficaz. Como as tiras prendem a máscara no lugar, é importante avaliar o excesso de pressão no rosto ou no nariz do paciente, o que pode causar ruptura de pele ou necrose. A máscara deve ter folga suficiente para permitir um ou dois dedos entre as tiras e o rosto (Soo Hoo et al., 2014). No entanto, ela também deve ser apertada o suficiente para aderir firmemente ao rosto para que o ar não escape. Com pressões mais elevadas a fuga de ar pode ser evitável.

FIGURA 41-14 Máscara de CPAP.

O modo mais comum de suporte é a BiPAP que fornece pressão positiva inspiratória (IPAP) e pressão expiratória das vias aéreas (EPAP), também conhecida como *pressão expiratória positiva final (PEEP)*. A diferença entre essas duas pressões indica a quantidade de pressão de suporte que um paciente precisa (Soo Hoo et al., 2014). Durante a inalação, a pressão positiva aumenta o volume corrente do

paciente e a ventilação alveolar. O suporte de pressão diminui quando o paciente expira, permitindo a exalação mais fácil.

As complicações da ventilação não invasiva incluem lesões faciais e nasais e ruptura da pele, mucosas secas e secreções espessas e aspiração dos conteúdos gástricos caso o vômito ocorra. As complicações evitadas pela ventilação não invasiva são PAV, sinusite e efeitos de agentes sedativos de grande dose. O uso da ventilação não invasiva resulta em períodos mais curtos na unidade de terapia intensiva (UTI) de internações hospitalares (Soo Hoo et al., 2014). Realize uma boa higiene oral em intervalos alternados enquanto um paciente está na BiPAP para aliviar a secura.

Sondas Torácicas

A **sonda torácica** (Fig. 41-15) é um cateter inserido através do tórax para remover o ar e os líquidos do espaço pleural, para evitar que ar ou o líquido entrem novamente no espaço pleural ou para restabelecer as pressões intrapleural normal e intrapulmonar (Bauman et al., 2011). As sondas torácicas são comuns após cirurgia torácica e o trauma torácico e são utilizadas para tratamento de pneumotórax ou hemotórax para promover a reexpansão pulmonar (ver Procedimento 41-3 nas p. 922-926).

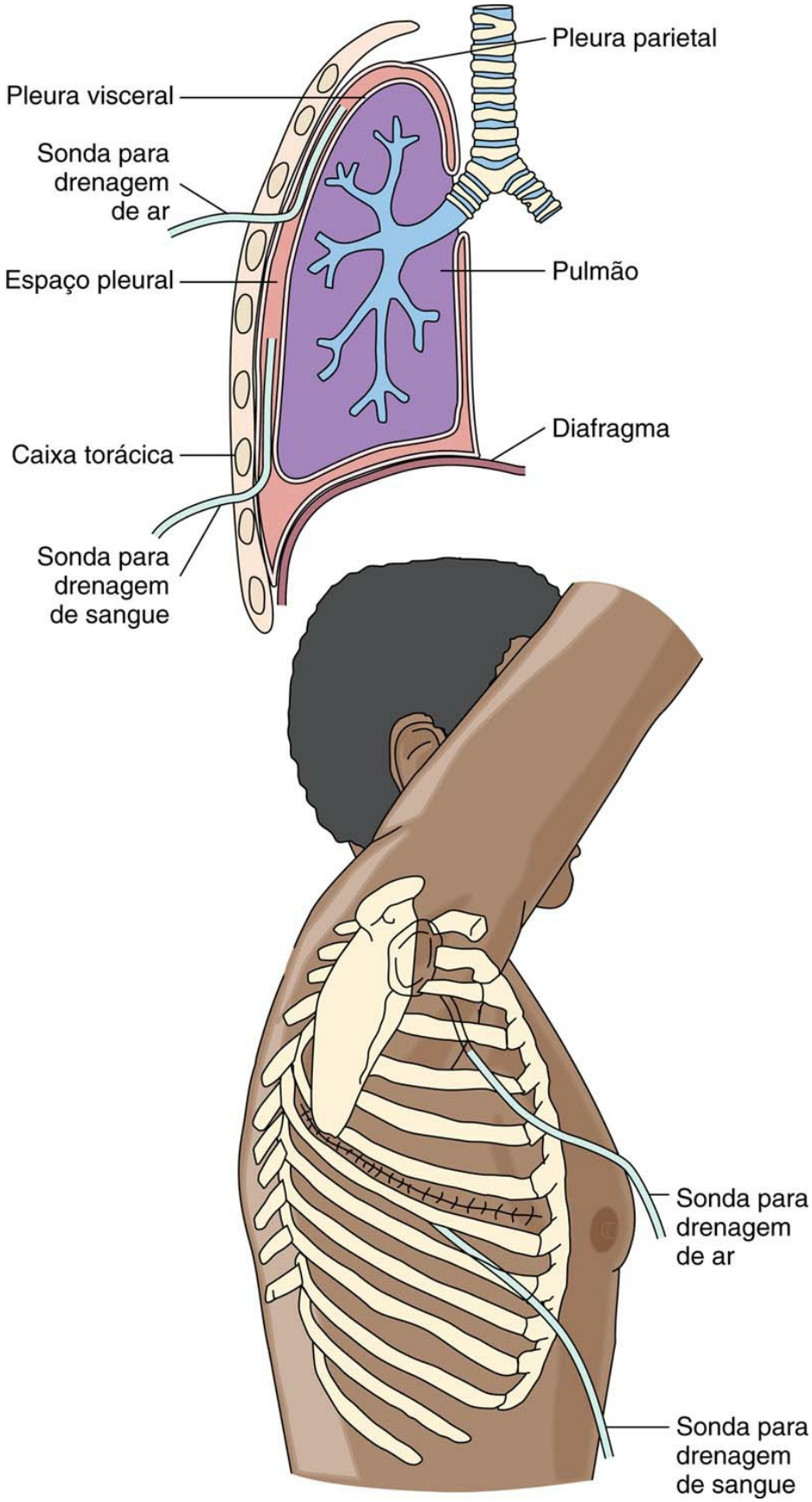

Pleura parietal
Pleura visceral
Sonda para drenagem de ar
Espaço pleural
Pulmão
Diafragma
Caixa torácica
Sonda para drenagem de sangue
Sonda para drenagem de ar
Sonda para drenagem de sangue

FIGURA 41-15 Colocação da sonda torácica.

Um **pneumotórax** é um acúmulo de ar no espaço pleural. A perda de pressão intrapleural negativa faz com que o pulmão entre em colapso. Há uma variedade de causas para um pneumotórax. Um pneumotórax secundário pode ocorrer como resultado de trauma torácico (p. ex., esfaqueamento, ferimento por arma de fogo ou fratura da costela ao atingir o peito contra o volante em um acidente automobilístico). Outras causas de pneumotórax secundário são a ruptura de uma bolha enfisematosa na superfície do pulmão (a destruição causada por enfisema), dilaceração da pleura a partir de um procedimento invasivo como a cirurgia, inserção de uma linha IV subclávia e ventilação mecânica invasiva, incluindo a PEEP. O pneumotórax espontâneo (primário) é uma condição genética que ocorre inesperadamente em indivíduos saudáveis que desenvolvem formações bolhosas na pleura visceral, normalmente no ápice dos pulmões. As bolhas podem romper-se durante o sono ou a prática de exercícios (McCance e Huether, 2014). Um paciente com pneumotórax geralmente sente dor conforme o ar atmosférico irrita a pleura parietal. A dor é acentuada e pleurítica e piora na inspiração. A dispneia é comum e agrava-se à medida que o tamanho do pneumotórax aumenta.

Um **hemotórax** é um acúmulo de sangue e líquido na cavidade pleural entre a pleura parietal e visceral, geralmente como resultado de um trauma. Produz uma pressão em sentido contrário e impede que o pulmão expanda plenamente. Uma ruptura dos pequenos vasos sanguíneos a partir de processos inflamatórios, como pneumonia ou TB, pode causar um hemotórax. Além da dor e dispneia, os sinais e sintomas de choque se desenvolvem caso a perda de sangue seja grave.

Uma variedade de sondas torácicas está disponível para drenar ar ou excesso de líquido do espaço pleural para aliviar o desconforto respiratório. Uma sonda torácica de pequeno calibre (12 a 20 Fr) é usada para remover uma pequena quantidade de ar e uma sonda torácica de calibre maior é usada para remover grandes quantidades de líquido ou sangue e grandes quantidades de ar (Carroll, 2015).

Após uma sonda torácica ser inserida, ela é ligada a um sistema de drenagem.

Uma unidade de drenagem torácica tradicional (UDT) tem três câmaras para coleta, vedação hidráulica e controle de sucção. Esta unidade pode drenar uma grande quantidade de líquido e ar (Carroll, 2015). Os sistemas móveis dependem da gravidade, não da sucção, para drenagem. Em pacientes selecionados, estes drenos móveis reduzem o período de tempo necessário para a sonda torácica, melhoram a deambulação e diminuem o período de tempo no hospital (Carroll, 2015). Os pacientes não ventilados e os pacientes que fizeram cirurgia toracoscópica do pulmão ou cirurgia cardíaca minimamente invasiva lidam bem com estes drenos torácicos móveis. Eles são mais leves e menores; dessa forma, os pacientes são capazes de mover-se mais facilmente. Como resultado, isso reduz os riscos de trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

O sistema de drenagem fechada mais simples é a unidade de câmara única. A câmara serve como um coletor de líquidos e uma vedação hidráulica. Durante a respiração normal, o líquido na câmara sobe com a inspiração e desce com a expiração. Uma única câmara é usada para pequenas quantidades de drenagem, como um empiema (p. ex., uma coleta de líquido ou pus infectado no espaço pleural).

O uso de duas câmaras permite que qualquer líquido flua para dentro da câmara de coleta à medida que o ar flui para a câmara de vedação hidráulica. As flutuações no tubo da vedação hidráulica ainda são antecipadas. Duas câmaras permitem uma medição mais precisa da drenagem torácica e são usadas quando quantidades maiores de drenagem são esperadas.

Quando um volume de ar ou líquido precisa ser evacuado com aspiração controlada, todas as três câmaras são usadas. Marque o controle de aspiração com leituras em centímetros para ajustar a quantidade de aspiração. No geral, 15 a 20 cm de água é usada para adultos (Carroll, 2015). Isto significa que a câmara é preenchida com água estéril para o nível de água de 15 ou 20 cm.

Há um novo sistema seco de drenagem torácica que não usa água na câmara de aspiração. Uma válvula de controle automático (VCA)

está localizada dentro do regulador e equilibra continuamente a força de aspiração com as atmosferas. Como resultado, a VCA responde e ajusta-se às mudanças em vazamentos de ar do paciente e flutuações no vácuo da fonte de aspiração para fornecer uma aspiração precisa. Ajuste a pressão entre –10 cm H_2O e –40 cm H_2O (RTC, 2011). Independente do sistema utilizado, os princípios do tratamento do paciente são os mesmos.

Considerações Especiais

Mantenha um sistema de sonda torácica fechado e abaixo do tórax (ver Procedimento 41-3). A sonda deve ser presa na parede torácica. Preste atenção à formação de bolhas lenta e constante na câmara de controle de aspiração e mantenha-a cheia de água estéril no nível prescrito. Certifique-se de que a câmara de vedação hidráulica está cheia até o nível especificado pelo fabricante e preste atenção na flutuação (*tidaling*) do nível de líquido para garantir que a sonda torácica e o sistema estão funcionando. Uma formação de bolhas constante ou intermitente na câmara de vedação hidráulica indica um vazamento no sistema de drenagem, devendo o médico ser notificado imediatamente. Marque o nível do lado de fora das câmaras de coleta a cada turno. Relate qualquer drenagem nebulosa ou sangrenta inesperada. Não deixe a sonda dobrar ou curvar; o ideal é deixá-la horizontalmente na cama ou cadeira antes de descer verticalmente para o dispositivo de drenagem. Incentive o paciente a tossir, respirar profundamente e usar o espirômetro de incentivo. Certifique-se de que ele seja frequentemente reposicionado e que deambule caso não seja contraindicado. Avalie rotineiramente a frequência respiratória, os sons respiratórios, os níveis SpO_2 e o local de inserção para o enfisema subcutâneo (RTC, 2011; Carroll, 2015).

Grampear uma sonda torácica é contraindicado durante a deambulação ou transporte de um paciente. O grampeamento pode resultar em um pneumotórax de tensão. A pressão de ar acumula-se no espaço pleural, comprometendo o pulmão e criando um evento potencialmente fatal. Uma sonda torácica só é fixada na substituição do sistema de drenagem torácica, avaliação para um vazamento de ar

ou durante a remoção (Bauman et al., 2011).

As sondas torácicas não costumam ser ordenhadas para mover os coágulos ou aumentar a drenagem da sonda torácica (Bauman et al., 2011). A ordenha com pinça ou manual de sondas torácicas é fundamentada na avaliação de enfermagem (ver Procedimento 41-3).

Manuseie a unidade de drenagem torácica cuidadosamente e mantenha o dispositivo de drenagem abaixo do tórax do paciente. Se a sonda se desconectar a unidade de drenagem, instrua o paciente a expirar o máximo possível e a tossir. Esta manobra livra o espaço pleural do máximo de ar possível. Restabeleça temporariamente uma vedação hidráulica ao imergir a extremidade aberta da sonda torácica em um recipiente de água estéril (Bauman et al., 2011).

A remoção da sonda torácica requer preparação do paciente. As sensações mais frequentes relatadas pelos pacientes durante a remoção da sonda torácica incluem queimação, dor e uma sensação de puxar. Certifique-se de que o paciente receba a medicação para a dor pelo menos 30 minutos antes da remoção. O enfermeiro auxilia o médico na remoção da sonda torácica e monitora o curativo colocado sobre o local de inserção e o estado respiratório do paciente após a remoção da sonda.

Manutenção e Promoção da Oxigenação

A promoção da expansão pulmonar, mobilização de secreções e manutenção de uma via aérea permeável ajudam os pacientes a atender às suas necessidades de oxigenação. Contudo, alguns pacientes também necessitam de oxigenoterapia para manter um nível saudável de oxigenação tecidual.

Oxigenoterapia

A oxigenoerapia está amplamente disponível e é usada em uma variedade de ambientes para aliviar ou prevenir a hipóxia tecidual. O objetivo da oxigenoterapia (AARC, 2007) é prevenir ou aliviar a hipóxia distribuindo oxigênio em concentrações maiores do que o ar ambiente (21%). O oxigênio tem efeitos colaterais perigosos, como a própria toxicidade. A dosagem ou concentração de oxigênio é

monitorada continuamente. Verifique regularmente as prescrições médicas para checar se o paciente está recebendo a concentração de oxigênio prescrita. Os seis direitos da administração de medicação também dizem respeito à administração de oxigênio (Cap. 32).

A oxigenoterapia suplementar oferece muitos benefícios aos pacientes com doenças cardiopulmonares crônicas. Esta terapia reduz a mortalidade, melhora a qualidade do sono e o conforto geral autorrelatados, aumenta a tolerância aos exercícios e reduz policitemia e a hipertensão pulmonar (Earnest, 2002). Os pacientes podem ter a prescrição de oxigênio suplementar contínuo ou suplementos de oxigênio noturno. Em algumas situações, a oxigenoterapia suplementar é prescrita para acompanhar a fisioterapia. Há evidências de que apoiar o uso de oxigenoterapia nessas situações melhora a participação do paciente na fisioterapia, melhora a tolerância à atividade, reduz o tempo necessário para o cuidado estendido ou domiciliar e retorna ao paciente o nível máximo de saúde (Task Force on Supplemental Oxygen Therapy, 2014). É importante reforçar a seus pacientes por que eles podem ter oxigênio suplementar durante a fisioterapia, mas têm oxigênio suplementar em tempo integral (Quadro 41-9).

Quadro 41-9

Diretrizes para o procedimento

Aplicação de uma Cânula Nasal ou Máscara de Oxigênio

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de aplicação (não de ajuste do fluxo de oxigênio) de uma cânula nasal ou máscara de oxigênio pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. Você é responsável por avaliar o sistema respiratório do paciente; a resposta à oxigenoterapia; e a configuração da oxigenoterapia, incluindo o ajuste da taxa de fluxo de oxigênio. Direcione o técnico de

enfermagem a:

- Informar como posicionar e ajustar o dispositivo com segurança (p. ex., afrouxando a tira da máscara de oxigênio) e esclarecer seu posicionamento e posicionamento corretos.
- Informar o enfermeiro imediatamente sobre quaisquer alterações de sinais vitais; irritação cutânea pela cânula, máscara ou tiras; se o paciente relata dor ou falta de ar; ou se o paciente apresenta diminuição do nível de consciência ou aumento de confusão.
- Fornecer cuidados com a pele ao redor do nariz e orelhas do paciente.

Material

OBSERVAÇÃO: Quando o dispositivo é usado em casa, o fornecedor de equipamentos para cuidado domiciliar é responsável pelos mesmos. Dispositivo de distribuição de oxigênio conforme ordenado pelo médico do paciente. Sonda de oxigênio (considere a sonda de extensão), umidificador, se indicado, água estéril para o umidificador, fonte de oxigênio, medidor de vazão de oxigênio, estetoscópio, oxímetro de pulso, placas apropriadas para o quarto

Passos

1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário do paciente) de acordo com a política da instituição. Comparar os identificadores com as informações no MAR ou prontuário médico do paciente.
2. Avaliar o estado respiratório do paciente, incluindo a simetria da expansão da parede torácica, anormalidades da parede torácica (p. ex., cifose), condições temporárias (p. ex., gravidez, trauma) que afetam a ventilação, frequência e profundidade respiratória, produção de escarro e sons pulmonares.
3. Observar a via aérea patente e remover as secreções fazendo o paciente tossir e expectorar muco ou por aspiração.

DECISÃO CLÍNICA: *Os pacientes com alterações súbitas de seus*

sinais vitais, nível de consciência ou comportamento muitas vezes estão passando por hipóxia profunda. Os pacientes que demonstram mudanças sutis ao longo do tempo têm agravamento de uma condição crônica ou existente ou uma nova condição médica.

4. Obtenha a SpO_2 ou valores de gasometria arterial (ABG) mais recentes do paciente, se disponível. Analise o prontuário médico do paciente quanto à ordem médica para o oxigênio, observando o método de distribuição, a taxa de fluxo e a duração da oxigenoterapia.
5. Explique ao paciente e à família o que acontece durante o procedimento e a finalidade da oxigenoterapia.
6. Higienize as mãos.
7. Conecte o dispositivo de distribuição de oxigênio (p. ex., cânula nasal ou máscara) à sonda de oxigênio e conecte à fonte de oxigênio umidificado ajustada à taxa de fluxo prescrita (consulte a ilustração).

8
7
6
5
4
3½
3
2½
2
1½
1
½
PRESSURE COMPENSATED
LPM OF OXYGEN
USE NO OIL

PASSO 7 Ajuste do medidor de vazão para a taxa de fluxo de oxigênio prescrito.

8. Posicione as pontas da cânula nasal corretamente nas narinas do paciente e ajuste a fita elástica ou a corrediça plástica na cânula para que fique cômodo e confortável (consulte a ilustração). Se estiver usando uma máscara de oxigênio, ajuste a fita elástica sobre as orelhas até que a máscara se encaixe confortavelmente sobre o rosto e a boca do paciente.
9. Mantenha uma folga suficiente na sonda de oxigênio e proteja as roupas do paciente.
10. Observe o funcionamento adequado do dispositivo de distribuição de oxigênio.
    a. *Cânula nasal*: A cânula está posicionada corretamente nas narinas com a umidificação funcionando.
    b. *Cânula nasal com reservatório Oxymizer*: Encaixe para a cânula nasal. O reservatório é posicionado debaixo do nariz do paciente ou usado como um pingente (consulte a ilustração).
    c. *Máscara de não reinalação*: Aplique a máscara sobre o nariz e a boca do paciente para formar uma vedação eficaz. Válvulas de máscara se fecham para que o ar exalado não entre na bolsa do reservatório (consulte a ilustração).
    d. *Máscara de reinalação parcial*: Aplique a máscara sobre o nariz e a boca do paciente para formar uma vedação eficaz. Certifique-se de que a bolsa permaneça parcialmente inflada.
    e. *Máscara de Venturi*: Aplique a máscara sobre a boca e o nariz do paciente para formar uma vedação eficaz. Selecione a taxa de fluxo apropriada (consulte a ilustração).

PASSO 8 Aplicação da cânula nasal e ajuste adequado para o conforto do paciente.

PASSO 10C Máscara de não reinalação. (Copyright © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

PASSO 10B Cânula nasal com reservatório/Oxymizer.
(Copyright © Mosby’s Clinical Skills: Essentials Collection.)

PASSO 10E Máscara de Venturi. (Copyright © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

f. *Tenda facial*: Aplique a tenda debaixo do queixo do paciente e sobre o nariz e a boca. Ela ficará solta e uma névoa sempre estará presente (consulte a ilustração).

11. Verifique a configuração com o medidor de vazão e a fonte de oxigênio para a configuração adequada e a taxa de fluxo prescrita.

PASSO 10F Tenda facial. (Copyright © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

12. Verifique a cânula/máscara a cada 8 horas. Mantenha o recipiente de umidificação cheio a todo momento.
13. Monitore a resposta do paciente para as trocas da taxa de fluxo de oxigênio com oximetria de pulso. **OBSERVAÇÃO:** Monitore as ABGs quando solicitado; no entanto, a obtenção da medição ABG é um procedimento invasivo e as ABGs não são medidas com frequência.
14. Observe a diminuição da ansiedade, nível melhorado das habilidades cognitivas e de consciência, diminuição da fadiga, ausência de vertigem, diminuição da frequência respiratória, melhora da cor, melhora da saturação de oxigênio e volta dos sinais vitais básicos do paciente.
15. Verifique a adequação do fluxo de oxigênio a cada turno.
16. Observe os ouvidos externos do paciente, a ponte do nariz, as narinas e as mucosas nasais quanto a evidências de ruptura da pele.
17. Utilize o método ***Ensino de Retorno***: Diga, "Quero ter certeza de que expliquei como regular sua taxa de fluxo de oxigênio.

Você pode me mostrar como irá configurar a taxa de fluxo?". Revise sua instrução agora ou desenvolva o plano de educação em saúde do paciente caso ele não seja capaz de explicar o procedimento corretamente.

Precauções de Segurança

O oxigênio é um gás altamente inflamável. Apesar de não queimar ou causar uma explosão espontaneamente, pode facilmente causar um incêndio no quarto de um doente se entrar em contato com uma fagulha de uma chama aberta ou equipamento elétrico. Com a crescente utilização de oxigenoterapia domiciliar, pacientes e profissionais da saúde precisam estar cientes dos perigos de combustão (Kassis et al., 2014). O Capítulo 27 descreve as medidas a serem tomadas em caso de incêndio.

Promova a segurança do oxigênio com as seguintes medidas:

- O oxigênio é um gás terapêutico e deve ser prescrito e ajustado somente mediante prescrição médica. A distribuição deve estar em conformidade com os regulamentos federais, estaduais e locais (AARC, 2007).
- Coloque uma placa de "Oxigênio em Uso" na porta e dentro do quarto do paciente. Se estiver utilizando oxigênio em casa, coloque uma placa na porta da casa. Será proibido fumar no local.
- Mantenha os sistemas de distribuição de oxigênio a 3 metros de quaisquer chamas abertas.
- Determine se todos os equipamentos elétricos no quarto estão funcionando corretamente e se estão adequadamente aterrados (Cap. 27). Uma faísca elétrica na presença de oxigênio pode resultar em um incêndio sério.
- Ao usar cilindros de oxigênio, fixe-os para que não caiam. Armazene-os na vertical e acorrentados ou presos em prendedores apropriados.
- Verifique o nível de oxigênio dos tanques portáteis antes de transportar o paciente para garantir que haja oxigênio suficiente no tanque.
- Certifique-se de que os pacientes estejam com as sondas de

oxigênio adequadas para se moverem com segurança em sua casa. Uma sonda de até 30 m irá distribuir a taxa de fluxo de oxigênio prescrito (Aguiar et al., 2015).

Fornecimento de Oxigênio

O oxigênio é fornecido para o leito do paciente por tanques de oxigênio ou através de um sistema permanente canalizado na parede. Os tanques de oxigênio são transportados por grandes transportadores que permitem que o tanque seja colocado na posição vertical ao lado do leito. Os reguladores controlam a quantidade de oxigênio fornecido. Um tipo comum é um medidor de vazão vertical com uma válvula de ajuste de fluxo na parte superior. Um segundo tipo é um indicador de cilindro com uma alça de ajuste de fluxo.

No hospital ou no domicílio, os tanques de oxigênio são entregues com o regulador instalado. No hospital, o departamento de cuidados respiratórios geralmente conecta o regulador à fonte de oxigênio. Os fornecedores de cuidados domiciliares costumam ser responsáveis por conectar o tanque de oxigênio ao regulador para uso doméstico.

Métodos de Distribuição de Oxigênio

A cânula nasal e as máscaras de oxigênio são os dispositivos mais comuns para distribuir oxigênio para os pacientes. Estes dispositivos distribuem diferentes níveis de oxigênio para os pacientes (Tabela 41-7).

Tabela 41-7
Sistemas de Distribuição de Oxigênio

Sistema de Distribuição	FiO_2 Distribuída	Vantagens	Desvantagens
Dispositivos de Distribuição de Baixo Fluxo			
Cânula nasal	1-6 L/min: 24%-44%	Segura e simples Facilmente tolerada Eficaz para baixas concentrações Não impede comer ou falar	Não é possível usar com obstrução nasal Secagem das mucosas Pode deslocar facilmente Pode causar irritação ou ruptura

		Baixo custo, descartável	da pele em torno das orelhas ou narinas O padrão de respiração do paciente (boca ou nasal) afeta a FiO_2 exata
Máscara facial simples	6-12 L/min: 35%-50%	Útil para períodos curtos, como transporte do paciente	Contraindicada para pacientes que retêm CO_2 Pode induzir sensações de claustrofobia Terapia interrompida com a ingestão de alimentos Aumento do risco de aspiração
Máscaras parcial e de não reinalação	10-15 L/min: 60%-90%	Útil para períodos curtos Distribui aumento de FiO_2 Umidifica facilmente o O_2 Não seca as mucosas	Quente e incômoda; pode irritar a pele; vedação hidráulica necessária Interfere na ingestão de alimentos e na fala A bolsa pode torcer ou dobrar; não deve esvaziar totalmente
Cânula de conservação de oxigênio (*Oxymizer*)	8 L/min: até 30%-50%	Indicada para o uso domiciliar de O_2 a longo prazo Permite maior concentração e menor fluxo de O_2	A cânula não pode ser limpa Mais cara do que a cânula padrão
Dispositivos de Distribuição de Alto Fluxo			
Máscara de Venturi	24%-50%	Distribui a quantidade específica de oxigênio com umidade adicionada Administra O_2 baixo e constante	A máscara e a umidade adicionada podem irritar a pele Terapia interrompida na ingestão de alimentos A taxa de fluxo específica deve ser seguida

CO_2, Dióxido de carbono; *FiO_2*, fração da concentração de oxigênio inspirado.

Cânula Nasal

Uma **cânula nasal** é um dispositivo simples e confortável usado para a distribuição precisa de oxigênio. As duas presas nasais são ligeiramente curvas e inseridas nas narinas do paciente. Para manter as presas nasais no lugar, encaixe a sonda afixada sobre as orelhas do paciente e fixe-a sob o queixo utilizando o conector de deslizamento. Esteja alerta para a solução de continuidade da pele sobre as orelhas e nas narinas devido a uma aplicação muito apertada. Conecte a cânula nasal a uma fonte de oxigênio umidificado com uma taxa de fluxo de até 1 a 6 L/min (24% a 44% de oxigênio). As taxas de fluxo igual ou

maiores que 4 L/min têm um efeito de secagem na mucosa e, portanto, necessitam de umidificação (AARC, 2007). Saiba qual taxa fluxo produz uma determinada percentagem de concentração de oxigênio inspirado (FiO_2).

Máscaras de Oxigênio

Uma máscara de oxigênio é um dispositivo plástico que se encaixa perfeitamente sobre a boca e o nariz e é preso por uma tira. Ela distribui oxigênio à medida que o paciente respira pela boca ou pelo nariz por meio de uma sonda plástica na base da máscara que está conectada a uma fonte de oxigênio. Uma faixa elástica ajustável está ligada a ambos os lados da máscara que desliza sobre a cabeça para cima das orelhas para prender a máscara. Há dois tipos principais de máscaras de oxigênio: aquelas que distribuem baixas concentrações de oxigênio e aquelas que distribuem altas concentrações (Quadro 41-9).

A máscara facial simples (Fig. 41-16) é usada para a oxigenoterapia a curto prazo. Ela se encaixa sem apertar e distribui concentrações de oxigênio de 6 a 12 L/min (35% a 50% de oxigênio). A máscara é contraindicada para pacientes com retenção de dióxido de carbono, porque a retenção pode ser agravada. As taxas de fluxo devem ser 5 L ou mais para evitar a reinalação de dióxido de carbono exalado retido na máscara.

FIGURA 41-16 Máscara facial simples.

Esteja alerta para a ruptura da pele sob a máscara com o uso a longo prazo (Downie et al., 2013).

Uma máscara facial de plástico com uma bolsa de reservatório é capaz de distribuir altas concentrações de oxigênio. Uma máscara de reinalação parcial e de não reinalação é uma máscara simples com uma bolsa de reservatório que deve ser enchida em pelo menos um terço à metade na inspiração e distribui uma taxa de fluxo de 10 a 15 L/min (60% a 90% de oxigênio). Inspecione frequentemente a bolsa de reservatório para certificar-se de que ela está inflada. Se estiver esvaziada, o paciente está respirando grandes quantidades de dióxido de carbono exalado. Os sistemas de oxigênio de alto fluxo devem ser umidificados (AARC, 2007).

A máscara de Venturi distribui concentrações mais altas de

oxigênio, de 24% a 60%, e geralmente requer taxas de fluxo de oxigênio de 4 a 12 L/min, dependendo do medidor de controle de fluxo selecionado.

Oxigenoterapia Domiciliar

As indicações para a oxigenoterapia domiciliar incluem uma pressão parcial arterial (PaO_2) igual ou inferior a 55 mmHg ou uma saturação de oxigênio arterial (SaO_2) de 88% ou menos no ar ambiente em repouso, em esforço ou com prática de exercícios (American Thoracic Society, 2011). A oxigenoterapia domiciliar é administrada através da cânula nasal ou da máscara facial. Os pacientes com traqueostomias permanentes usam uma sonda **T** ou um colar de traqueostomia (AARC, 2007). A oxigenoterapia domiciliar tem efeitos benéficos para os pacientes com doenças cardiopulmonares crônicas. Esta terapia melhora a tolerância ao exercício e os níveis de fadiga do paciente e, em algumas situações, auxilia no tratamento da dispneia (ver Procedimento 41-4).

Existem três tipos de sistemas de distribuição de oxigênio: cilindros de gás comprimido, oxigênio líquido e concentradores de oxigênio. Antes de colocar um determinado sistema de distribuição em uma casa, avalie as vantagens e desvantagens (Tabela 41-8) de cada tipo, juntamente com as necessidades do paciente e os recursos da comunidade. Em casa, a principal consideração é a fonte de distribuição de oxigênio.

Tabela 41-8
Sistemas Domiciliares de Armazenamento de Oxigênio

Uso Primário	Vantagens	Desvantagens
Cilindros de Ar Comprimido		
Sistemas fixos e portáteis projetados para a terapia intermitente, como para o	100% de oxigênio armazenado em cilindros de aço ou de alumínio; relativamente barato, sem perda de gás durante o armazenamento, relativamente portátil, distribuição de até 15 L/min; não requer fonte elétrica; tanques menores disponíveis para portabilidade.	Volumoso e pesado; deve ser protegido com segurança para impedir sua queda; necessidade de recarga frequente com uso contínuo; o paciente deve saber como

exercício ou o sono, ou como um sistema de *backup* apenas para um concentrador.		ler o regulador e compreender quando chamar o fornecedor; os cilindros portáteis pesam 15 quilos.
Sistemas de Oxigênio Líquido		
Sistema de escolha fixo e portátil para usuários de alto volume e pacientes ativos.	100% de oxigênio; mais oxigênio ocupa um espaço menor; o paciente carrega unidades ambulatoriais convenientes recarregadas em casa como uma bolsa de ombro, mochila ou uma mala com rodas; entrega de até 6 L/min; eles vêm com uma bateria ou conexões elétricas para carros; o paciente pode recarregar com segurança as unidades ambulatoriais do reservatório maior; operação tranquila e fácil; manutenção mínima; não requer eletricidade para operação; requer relativamente menos distribuição de oxigênio.	Evapora, sobretudo em temperaturas mais quentes e quando não estiver em uso; potencial para conexões congelarem juntas ou formar uma geada nas conexões se a conexão firme não for mantida durante o enchimento; taxas caras de instalação e entrega. O oxigênio líquido é muito frio e pode prejudicar a pele instantaneamente ao entrar em contato.
Concentradores de Oxigênio		
Sistema fixo; custo-benefício para pacientes que necessitam de oxigênio contínuo de baixo fluxo e pacientes com mobilidade limitada, dentro ou fora de casa.	Distribui uma grande fonte de oxigênio, é barato, com custos mensais fixos; a maioria das unidades com distribuição de 1 a 5 L/min; boa escolha para pessoas que não saem de casa com frequência; sem cilindros ou tanques para reabastecer; distribui até 10 L/min com marcas e modelos específicos. Devem ser colocados em uma área aberta e bem ventilada, longe do calor e de chamas. Funcionam através da remoção de nitrogênio do ar ambiente para transformar o ar em 94% a 98% de oxigênio. Podem ser pequenos e pesar entre 9 a 31 quilos.	A concentração de oxigênio diminui conforme o fluxo de litros aumenta; fonte de alimentação necessária; aumento dos custos elétricos; não é uma unidade ambulatorial, portanto requer o segundo sistema de portabilidade; requer uma manutenção regular e sistema de backup.
Gás Comprimido		
Pequenos cilindros com gás comprimido que permitem a portabilidade.	Diferentes modelos permitem de 1 a 5 horas de oxigênio portátil. Os cilindros podem ser facilmente levados em um carrinho. Os tanques menores podem ser transportados em mochilas, pochetes ou bolsa de ombro. Cada cilindro é equipado com um regulador usado para ajustar a taxa de fluxo. A uma taxa de 2 L/min, duram apenas algumas horas. O cilindro mais comum é o E; dura cerca de 5 horas a uma taxa de 2 L/min.	Só duram algumas horas. Os cilindros E não são apropriados como uma única fonte de oxigênio para a terapia contínua, de longo prazo.

National Heart, Lung, and Blood Institute: What is oxygen therapy? 2012,

http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/oxt. Acessado em maio de 2015.

http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/oxt

The COPD Foundation: *COPD oxygen therapy systems: container/storage and delivery system*, Web MD Medical Reference from the COPD Foundation, 2010, http://www.webmd.com/lung/copd/deciding-which-oxygen-system-meets-your-needs. Acessado em maio de 2015.

Os pacientes e seus cuidadores familiares precisam de ensino extensivo para serem capazes de gerenciar a oxigenoterapia de forma eficiente e segura (ver Procedimento 41-4 nas p. 927-929). Ensine o paciente e a família sobre a distribuição de oxigênio em casa (p. ex., segurança do oxigênio, regulamento da quantidade de oxigênio e como usar o sistema de distribuição de oxigênio prescrito) para garantir a sua capacidade em manter o sistema de distribuição de oxigênio. O enfermeiro domiciliar coordena os esforços do paciente e da família, do terapeuta respiratório domiciliar e do fornecedor de equipamentos de oxigênio domiciliar. A assistente social costuma auxiliar inicialmente com a organização para o enfermeiro domiciliar e o fornecedor de oxigênio.

Restauração do Funcionamento Cardiopulmonar

Se a hipóxia de um paciente é grave e prolongada, a parada cardíaca ocorre. Uma parada cardíaca é a cessação súbita do débito cardíaco e da circulação. Quando isso ocorre, o oxigênio não é entregue aos tecidos, o dióxido de carbono não é transportado dos tecidos, o metabolismo tecidual torna-se anaeróbico e a acidose metabólica e respiratória ocorre. O dano permanente ao coração, cérebro e ao tecido ocorrem dentro de 4 a 6 minutos.

Ressuscitação Cardiopulmonar

Durante a parada cardíaca há uma ausência de pulso e respiração. A American Heart Association continua a pesquisa sobre o tratamento e os resultados da parada cardíaca. O 2010 Consensus Conference analisou as publicações/pesquisas mais atuais e abrangentes sobre ressuscitação para desenvolver as *Diretrizes para Ressuscitação*

Cardiopulmonar (RCP) e o Cuidado Cardíaco de Emergência (ECC) da AHA de 2010, simplificando as etapas do suporte básico de vida (SBV) (AHA, 2010b).

O ABC anterior (estabelecer uma Via ***A***érea, iniciar uma *R*espiração (***B***reathing) e manter a ***C***irculação) da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é alterado para CAB (***C***ompressão Torácica, Via ***A***érea, *R*espiração (***B***reathing)) para pacientes adultos e pediátricos (exceto recém-nascidos). Em adultos (a maioria das paradas cardíacas), descobriu-se que os elementos iniciais essenciais para a sobrevida são as compressões torácicas e a desfibrilação precoce. A ventilação é feita após o primeiro ciclo de 30 compressões torácicas. Além disso, a AHA (2014) estabeleceu uma meta para os hospitais administrarem o primeiro choque elétrico para os pacientes em fibrilação ventricular em menos de 2 minutos.

Outra questão é que essa RCP feita por um espectador pode aumentar se aqueles não confortáveis em fazer ventilações realizassem, pelo menos, a compressão torácica. Para a maioria dos adultos com parada cardíaca fora do hospital, a RCP feita por espectadores teve resultados semelhantes aos da RCP convencional. Um médico solitário que vê um adulto em parada cardíaca deve ativar o sistema de resposta a emergências, obter e utilizar um desfibrilador externo automático (DEA), se disponível, e realizar a RCP. A desfibrilação por DEA (Quadro 41-10) é necessária para impedir um ritmo cardíaco anormal, e agora há DEAs disponíveis em lugares públicos, como escolas, aeroportos e locais de trabalho (AHA, 2006, 2010a,b).

Quadro 41-10 Desfibrilador Externo Automatizado

- O desfibrilador externo automático (DEA) é um dispositivo usado para administrar um choque elétrico através da parede torácica para o coração para interromper o ritmo anormal e restaurar um ritmo cardíaco normal.
- O DEA tem computadores internos que avaliam o ritmo cardíaco

do paciente e determinam se a desfibrilação é necessária. A nova tecnologia o tornou acessível, com sugestões em áudio e visuais que dizem aos usuários o que fazer quando usá-los (AHA, 2010b, 2011). O DEA analisa o ritmo cardíaco do paciente e determina se um choque é necessário. Ele distribui um choque ao paciente após anunciar: "Afastem-se todos do paciente". Um choque só é administrado se o paciente necessitar.

- Os programas de DEA para socorristas (seguranças, policiais e bombeiros) treinam sobre a utilização do DEA (AHA, 2006, 2010b, 2011).
- O DEA é usado para reforçar a cadeia de sobrevida. Cada minuto de parada cardíaca súbita sem desfibrilação diminui a taxa de sobrevida em 7% a 10% (AHA, 2011).

Para a fibrilação ventricular testemunhada, a ressuscitação cardiopulmonar precoce com desfibrilação dentro dos primeiros 3 a 5 minutos pode resultar em mais de 50% de sobrevida a longo prazo (AHA, 2010a).

Cuidado Restaurador e Continuado

O cuidado restaurador e continuado enfatiza o recondicionamento cardiopulmonar como um programa de reabilitação estruturada. A **reabilitação cardiopulmonar** ajuda os pacientes a atingir e manter um nível ideal de saúde por meio de exercícios físicos controlados, aconselhamento nutricional, técnicas de relaxamento e tratamento do estresse e medicamentos e oxigênio prescritos. Assim que o recondicionamento físico ocorre, as queixas do paciente sobre dispneia, dor no peito, fadiga e intolerância à atividade diminuem. Além do mais, as preocupações com ansiedade, depressão ou somáticas muitas vezes diminuem. O paciente e a equipe de reabilitação definem os objetivos da reabilitação.

Treinamento do Músculo Respiratório

O treinamento do músculo respiratório melhora a força e resistência muscular, resultando na melhora da tolerância à atividade.

O treinamento do músculo respiratório impede a insuficiência respiratória em pacientes com DPOC. Um método para o treinamento do músculo respiratório é o dispositivo de respiração resistiva com espirômetro de incentivo (ISRBD). Os pacientes alcançam a respiração resistiva colocando um dispositivo de respiração resistiva em um espirômetro de incentivo dependente de volume. Os pacientes alcançam o treinamento muscular quando usam o ISRBD em uma rotina programada (p. ex., duas vezes ao dia durante 15 minutos ou quatro vezes ao dia durante 15 minutos).

Exercícios Respiratórios

Os exercícios respiratórios incluem técnicas para melhorar a ventilação e a oxigenação. As três técnicas básicas são exercícios de respiração profunda e tosse, respiração de lábios franzidos e respiração diafragmática. Os exercícios de respiração profunda e tosse, discutidos anteriormente, são intervenções de rotina utilizadas por pacientes no pós-operatório (Cap. 50).

Respiração de Lábios Franzidos

A **respiração de lábios franzidos** envolve a inspiração profunda e expiração prolongada por entre os lábios franzidos para evitar o colapso alveolar. Enquanto estiver sentado, instrua o paciente a respirar profundamente e expirar lentamente por entre os lábios franzidos como se estivesse soprando por um canudo. Peça para ele soprar um canudo em um copo de água para aprender a técnica. Os pacientes precisam ganhar o controle da fase de exalação para que seja mais longa do que a inalação. Normalmente, o paciente é capaz de aperfeiçoar esta técnica contando o tempo de inalação e aumentando gradualmente a contagem durante a expiração. Em estudos que usam a respiração de lábios franzidos como um método de melhorar a tolerância aos exercícios em pacientes com DPOC, os pacientes foram capazes de demonstrar aumentos em sua tolerância aos exercícios, padrão de respiração e saturação do oxigênio arterial (Cabral et al., 2014).

Respiração Diafragmática

A **respiração diafragmática** é útil para pacientes com doença pulmonar, pacientes no pós-operatório e mulheres em trabalho de parto para promover relaxamento e fornecer controle da dor. O exercício melhora a eficiência da respiração, diminuindo o aprisionamento de ar e reduzindo o trabalho da respiração.

A respiração diafragmática é mais difícil do que outros métodos de respiração, porque exige que o paciente relaxe os músculos respiratórios intercostais e acessórios, fazendo inspirações profundas, que demanda prática. O paciente coloca uma mão aberta abaixo do esterno (mão de cima) e a outra mão (mão de baixo) no abdômen. Peça para ele inalar lentamente, fazendo com que o abdômen seja empurrado para fora (conforme o diafragma nivela, o abdômen deve estender-se para fora) e movendo a mão de baixo para fora. Enquanto o paciente expira, o abdômen entra (o diafragma sobe e empurra os pulmões para ajudar a expulsar o ar aprisionado). O paciente pratica estes exercícios inicialmente em decúbito dorsal e, depois, enquanto estiver sentado e em pé. O exercício muitas vezes é usado com a técnica de respiração de lábios franzidos.

◆ Avaliação de Enfermagem

Avalie as intervenções de enfermagem e terapias avaliando se as expectativas do paciente foram atendidas e comparando o progresso do paciente com as metas e os resultados esperados do plano de cuidado de enfermagem (Fig. 41-17).

Conhecimento

- Características do estado de oxigenação adequada
- Compreensão das expectativas de cuidados do paciente

Experiência

- Respostas anteriores do paciente às terapias de enfermagem planejadas para a oxigenação comprometida

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avalie os sinais e sintomas do estado de oxigenação do paciente após as intervenções de enfermagem
- Pergunte aos pacientes a percepção do estado de oxigenação após as intervenções
- Pergunte se as expectativas do paciente estão sendo atendidas

Normas

- Utilize os resultados estabelecidos esperados para avaliar a resposta do paciente aos cuidados (p. ex., a oximetria de pulso permanece acima de 92%, a frequência respiratória permanece entre 20 e 24 respirações/min)
- Aplique as normas intelectuais de clareza, precisão, especificidade e precisão ao avaliar os resultados dos cuidados

Atitudes

- Demonstre perseverança quando uma intervenção não for bem-sucedida e deva ser revisada
- Use a disciplina para refazer o histórico e avaliar os sinais e sintomas do paciente para determinar o sucesso das intervenções

FIGURA 41-17 Modelo de pensamento crítico para a Avaliação de enfermagem de oxigenação.

Pela Ótica do Paciente

É importante determinar as percepções de cuidados de um paciente. O paciente sente que as intervenções melhoraram a capacidade de manter um estilo de vida mais normal? Concentre-se na avaliação de como a doença está afetando as atividades cotidianas e como o paciente acredita que ele está respondendo ao tratamento. Os pacientes que têm problemas pulmonares crônicos precisam ser frequentemente motivados a participar de terapias necessárias. Avalie a motivação do paciente e sua preparação emocional para aderir aos tratamentos prestados. Esteja ciente da necessidade de alterar um plano de tratamento para ser culturalmente sensível para melhorar a adesão. Determine se o paciente e a família/cuidador sentem-se mais no controle de sua situação de saúde depois que você forneceu instruções. Considere o uso de ferramentas de pesquisa, como a Escala de Autoeficácia de DPOC, o Questionário da Doença Respiratória Crônica e a Qualidade de Vida Pulmonar para a Escala de DPOC (AARC, 2010b) para avaliar a percepção do paciente sobre sua qualidade de vida.

Resultados dos Pacientes

Compare o progresso real do paciente às metas e resultados esperados do plano de cuidado de enfermagem para determinar seu estado de saúde. Se as medidas de enfermagem utilizadas não forem bem-sucedidas em melhorar a oxigenação, modifique o plano de cuidados e reavalie. A avaliação contínua ajuda a determinar se as terapias novas ou revisadas são necessárias e se novos diagnósticos de enfermagem foram desenvolvidos e exigem um novo plano de cuidado. Não hesite em informar o médico sobre o estado de oxigenação em deterioração do paciente. A notificação imediata ajuda a evitar uma situação de emergência ou até mesmo a necessidade de RCP. Os exemplos de medidas de avaliação incluem:

- Pergunte ao paciente sobre seu grau de falta de ar. Observe a frequência respiratória antes, durante e após qualquer atividade ou procedimento.
- Pergunte ao paciente se a distância deambulada sem fadiga aumentou.
- Pergunte ao paciente para classificar a falta de ar em uma escala de 0 a 10, sendo 0 a ausência de falta de ar e 10 uma falta de ar grave.
- Pergunte ao paciente quais intervenções ajudam a reduzir a dispneia.
- Pergunte ao paciente sobre a frequência de tosse e produção de escarro e avalie qualquer muco produzido.
- Ausculte os sons pulmonares quanto à melhoria nos sons adventícios.
- Avalie as alterações da oximetria de pulso quanto às diminuições do fornecimento de oxigênio.
- Monitore os níveis de gasometria arterial, testes de função pulmonar, películas de raio X de tórax, traçados de ECG e dados de avaliação física para fornecer a medição objetiva do sucesso das terapias e tratamentos.

Diretrizes de segurança para os procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é um papel essencial do enfermeiro profissional. Para garantir a segurança do paciente, comunique-se claramente com a equipe de cuidados de saúde, avalie e incorpore as prioridades de cuidados e preferências do paciente e utilize as melhores evidências na tomada de decisões sobre o cuidado do seu paciente. Ao realizar os procedimentos deste capítulo, lembre-se dos seguintes pontos para garantir o atendimento seguro e individualizado do paciente.

- Os pacientes com mudanças súbitas de seus sinais vitais, nível de consciência ou comportamento possivelmente estão vivenciando hipóxia profunda. Os pacientes que demonstram mudanças sutis ao longo do tempo têm agravamento de uma condição crônica ou

existente ou de uma nova condição médica.

- Realize a aspiração traqueal antes da aspiração faríngea, sempre que possível. A boca e a faringe contêm mais bactérias do que a traqueia. Se houver uma abundância de secreções orais presentes antes de iniciar o procedimento, aspire a boca com o dispositivo de aspiração oral separado.
- Tenha cuidado ao aspirar pacientes com lesões na cabeça. A aspiração eleva a pressão intracraniana (PIC). Reduza este risco hiperventilando em um ventilador antes da aspiração. Isso resulta em hipocarbia que, por sua vez, induz a vasoconstrição. A vasoconstrição reduz o possível aumento da PICP. É recomendável que você limite a introdução do cateter a duas vezes com cada procedimento de aspiração (Kaiser et al., 2011).
- O uso rotineiro de instilação de soro fisiológico para as vias aéreas antes da aspiração endotraqueal e da traqueostomia não é recomendado. O uso de soro fisiológico é associado aos efeitos adversos de tosse excessiva, broncoespasmo, propagação dos organismos para o trato respiratório inferior e diminuição da saturação de oxigênio (AARC, 2010b). Em determinadas circunstâncias, se for necessário simular uma tosse, o soro fisiológico pode ser indicado. Isso requer a colaboração com a equipe de cuidado de saúde.
- Verifique sua política institucional antes de ordenhar as sondas torácicas. A maioria das instituições parou de utilizar esta prática porque a ordenha com pinça excessiva da sonda aumenta a pressão intrapleural, o que pode danificar o tecido pleural e causar pneumotórax ou agravar um pneumotórax existente.
- A complicação mais grave da traqueostomia é a obstrução das vias aéreas, que pode resultar em parada cardíaca. A maioria das sondas de traqueostomia é projetada com uma pequena sonda interna plástica que fica dentro da maior. Se as vias aéreas ficam obstruídas, a menor pode ser removida e substituída por uma sobressalente temporária. É importante sempre ter uma reserva ao lado do leito para uma substituição de emergência.

- Os pacientes com DPOC que estão respirando espontaneamente nunca devem receber altos níveis de oxigenoterapia porque isso resulta em uma diminuição do estímulo para respirar. Não administre oxigênio mais do que 2 L/min a menos que uma ordem médica seja obtida (AARC, 2007).

Procedimento 41-1 Aspiração

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de aspiração nasotraqueal e aspiração de uma nova via aérea artificial não pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. No entanto, quando um paciente foi avaliado pelo enfermeiro como estável, a aspiração orofaríngea e da sonda de traqueostomia permanente pode ser delegada ao técnico. Instrua o técnico sobre:

- Quaisquer modificações do procedimento, como a necessidade de reaplicar qualquer equipamento de oxigênio suplementar após o procedimento.
- Os limites apropriados da aspiração e o risco de aplicar pressão de aspiração excessiva ou inadequada.
- Como relatar qualquer alteração no estado respiratório do paciente, nível de consciência, cor ou volume de secreção, tosse não resolvida ou engasgos.
- Como relatar qualquer alteração na cor do paciente, sinais vitais ou queixas de dor.

Material

- Estetoscópio
- Oxímetro
- Máquina de aspiração portátil ou de parede
- Sonda para conexão (1,83 m)
- Mesa de cabeceira
- Máscara, óculos de proteção, vestimenta adequada ou protetor facial, se indicado

Aspiração Orofaríngea (Não Estéril) e Nasotraqueal (Estéril)

- Aspiração orofaríngea: Cateter de aspiração limpo, não estéril ou cateter com ponta de aspiração Yankauer
  - Uma luva estéril e uma luva de procedimento
- Aspiração nasotraqueal: Cateter de aspiração estéril (12 a 16 Fr) (o menor diâmetro é o que efetivamente remove as secreções)
  - Duas luvas estéreis
- Cuba estéril (p. ex., copo descartável estéril)
- Água estéril ou soro fisiológico (cerca de 100 mL)
- Toalha limpa ou campo estéril

Aspiração Endotraqueal ou Traqueostomia

- Cateter de 12 a 16 Fr (aproximado; o tamanho do cateter de aspiração em um paciente adulto não deve ser maior do que metade do diâmetro interno da via aérea artificial para minimizar a diminuição de PaO_2) (AARC, 2010a). Fórmula para o tamanho do cateter de aspiração para traqueostomia: divida o diâmetro interno da sonda por 2 e multiplique por 3 (Freeman, 2011).
- Duas luvas estéreis ou uma luva estéril e uma luva de procedimento
- Cuba estéril
- Soro fisiológico (cerca de 100 mL)
- Toalha limpa ou campo estéril

Aspiração de Sistema Fechado ou In-line

- Cateter de aspiração de sistema fechado ou in-line
- 5 a 10 mL de soro fisiológico em seringa ou frascos
- Duas luvas de procedimento

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário do paciente) de acordo com a política da clínica.	Certifica de que é o paciente correto. Cumpre com as normas da The Joint Commission e melhora a seg do paciente (TJC, 2016).
2. Avaliar os sinais e sintomas da obstrução da	Os sinais e sintomas físicos resultam da diminuição d

vias aéreas superiores e inferiores que precisam de aspiração: frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, gorgolejos, baba, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca e tosse sem liberação de secreções das vias aéreas.	oxigênio para os tecidos e do acúmulo de secreçõ vias aéreas superiores e inferiores. Completa essa medidas de avaliação antes e após o procediment aspiração (AARC, 2004).
3. Avaliar os sinais e sintomas associados à hipóxia e hipercapnia: diminuição da SpO_2, aumento do pulso e da pressão arterial, aumento da frequência respiratória, apreensão, ansiedade, diminuição da capacidade de concentração, letargia, diminuição do nível de consciência (especialmente aguda), aumento de fadiga, vertigem, mudanças comportamentais (especialmente irritabilidade), disritmias, palidez e cianose.	Os sinais e sintomas físicos resultantes de diminuiçã oxigênio para os tecidos indicam a necessidade d aspiração (AARC, 2004).
4. Avaliar os fatores de risco para a obstrução das vias aéreas superiores e inferiores, incluindo DPOC, infecção pulmonar, desequilíbrio de líquidos, falta de umidade, mobilidade comprometida, nível reduzido de consciência, diminuição do reflexo do vômito ou de tosse, disfagia, presença de sonda de alimentação.	A presença destes fatores de risco compromete a cap do paciente para limpar as secreções das vias aére secreções espessas ou aumenta o risco de retenção secreções, portanto exige aspiração.
5. Avaliar a doença neuromuscular ou os fatores anatômicos que influenciam a função das vias aéreas superiores e inferiores, como cirurgia recente; trauma de cabeça, peito ou pescoço; tumores.	A anatomia anormal ou o trauma de cabeça e pescoç comprome a drenagem normal das secreções. O tumores na ou ao redor das vias aéreas inferiores prejudicam a remoção de secreção por oclusão ou compressão externa do lúmen das vias aéreas.
6. Identificar as **contraindicações à aspiração nasotraqueal** (AARC, 2004): passagens nasais obstruídas; hemorragia nasal, epiglotite ou difteria; lesão aguda ou cirurgia na cabeça, no rosto ou no pescoço; coagulopatia ou distúrbio hemorrágico; via aérea irritável; laringoespasmo ou broncoespasmo; cirurgia gástrica com anastomose alta; infarto do miocárdio.	Estas condições são **contraindicadas porque a passa um cateter através da rota nasal** causa trauma a u trauma ou cirurgia facial existente, aumenta a hemorragia nasal ou provoca hemorragia grave n presença de distúrbios hemorrágicos. Na presenç epiglotite, difteria, laringoespasmo ou via aérea i a entrada de um cateter de aspiração através da r nasal provoca tosse intratável, hipoxemia e broncoespasmo grave, necessitando de entubação emergência ou traqueostomia. A hipoxemia pode agravar o dano cardíaco no infarto do miocárdio (AARC, 2004).
7. Analisar os dados de microbiologia do escarro.	Certas bactérias são mais fáceis de transmitir ou nece de isolamento por causa da virulência ou resistên antibióticos.
8. Avaliar a compreensão do paciente sobre o procedimento.	Revela a necessidade de instrução do paciente.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Explicar ao paciente como o procedimento ajudará a limpar as vias aéreas e aliviar problemas respiratórios e que a tosse temporária, os espirros, os engasgos ou a falta de ar é normal. Incentivar o paciente a expelir	Incentiva a cooperação e minimiza os riscos, a ansied dor.

as secreções com a tosse.	
2. Explicar a importância e incentivar a tossir quando o cateter for introduzido. Fazer o paciente praticar a tosse, se possível, e sustentar as incisões cirúrgicas (se presente).	Facilita a remoção de secreção e reduz a frequência e duração da aspiração futura.
3. Auxiliar o paciente a assumir uma posição confortável (geralmente uma posição semi-Fowler ou sentado na posição vertical com a cabeça hiperestendida, a menos que contraindicado). Ficar à direita do paciente se você for destro, ou à esquerda do paciente se você for canhoto.	Reduz a estimulação do reflexo de engasgo, promove conforto do paciente e a drenagem da secreção e e aspiração. A hiperextensão facilita a inserção do c na traqueia. A posição facilita a inserção do catete
4. Se ainda não estiver no lugar, posicionar oxímetro no dedo do paciente. Fazer a leitura e deixar o oxímetro de pulso no lugar.	Fornece a SpO_2 base para determinar a resposta do p para a aspiração.
5. Colocar a toalha sobre o peito do paciente.	Reduz a transmissão de microrganismos, protegendo vestimenta contra secreções.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos. Coloque a máscara, a vestimenta, os óculos de proteção ou o protetor facial se houver chance de respingos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
2. Conecte uma extremidade da sonda de conexão à máquina de aspiração e coloque a outra extremidade em uma localização conveniente perto do paciente. Ligue o dispositivo de aspiração e defina regulador de vácuo para a pressão negativa apropriada: 120 a 150 mmHg para adultos (AARC, 2010a), 40 a 60 mmHg para lactentes e 60 a 100 mmHg para crianças (Hockenberry e Wilson, 2015).	A pressão negativa excessiva danifica a mucosa nasa faríngea e traqueal e induz a uma hipóxia maior. pressões negativas não devem exceder 150 mmHg porque uma pressão mais elevada aumenta o risc o trauma da via aérea, hipoxemia e atelectasia (AARC, 2010a).
3. Se indicado, aumente a oxigenoterapia suplementar para 100% ou conforme solicitado pelo médico. Incentive o paciente a respirar profundamente.	A hiperoxigenação fornece alguma proteção contra o declínio induzido pela aspiração na oxigenação. É eficaz na presença de hiperinflação, como incentiv paciente a respirar profundamente ou aumentar a configurações do volume corrente do ventilador (al., 2014; AARC, 2010a).
4. Preparação para todos os tipos de aspiração (exceto in-line).	
a. Abra o kit de aspiração ou cateter apropriado usando uma técnica asséptica e deixando o cateter no invólucro estéril ou kit. Se um campo estéril estiver disponível, coloque-o no peito do paciente ou na mesa sobre a cama. Não permita que o cateter de aspiração toque em superfícies não estéreis.	Prepara o cateter e impede a transmissão de microrganismos. Fornece uma superfície estéril o depositar o cateter de aspiração entre as passagen necessário.
b. Desembrulhe ou abra a cuba estéril e coloque-a na mesa de cabeceira. Encha a cuba ou o copo com aproximadamente 100 mL de soro fisiológico ou água (consulte a ilustração).	O soro é usado para lavar o cateter após cada passag aspiração.
c. Abra o lubrificante. Esprema a pequena quantidade no invólucro ou kit estéril aberto sem tocá-lo. **OBSERVAÇÃO:** O	Prepara o lubrificante mantendo sua esterilidade. Us lubrificante solúvel em água para evitar pneumor aspiração lipoide. A aplicação excessiva de lubrifi

lubrificante não é necessário para a aspiração orofaringe ou da via aérea artificial.	pode obstruir o cateter.

PASSO 4B Colocação de soro na bandeja. (Copyright © Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

5. Calce as luvas:	
a. Calce uma luva de procedimento em cada mão ou na mão dominante para a aspiração orofaríngea.	A aspiração da cavidade oral não exige o uso de luva estéreis.
b. Calce uma luva estéril em cada mão ou uma luva não estéril na mão não dominante e uma luva estéril na mão dominante para a aspiração nasofaríngea, nasotraqueal e da via aérea artificial.	Reduz a transmissão de microrganismos e permite qu enfermeiro mantenha a esterilidade do cateter de aspiração.
6. Pegue o cateter de aspiração com a mão dominante sem tocar na superfície não estéril. Pegue a sonda de conexão com a mão não dominante. Fixe o cateter à sonda (consulte a ilustração).	
7. Coloque a ponta do cateter na cuba estéril e aspire uma pequena quantidade de soro fisiológico por oclusão do respiradouro de aspiração.	Garante que a aspiração está funcionando. Lubrifica cateter interno e a sonda.
8. Aspire a via aérea.	
a. **Aspiração orofaríngea**	
(1) Remova a máscara de oxigênio, se houver. Mantenha a máscara de oxigênio próxima do rosto do paciente. Se o paciente tiver uma cânula nasal, ela pode permanecer no lugar.	Permite o acesso à boca do paciente ao ter acesso ao s de distribuição de oxigênio.
DECISÃO CLÍNICA: *Prepare-se para reaplicar rapidamente a máscara de oxigênio se a SpO_2 cair ou houver desconforto respiratório durante ou ao fim da aspiração.*	
(2) Insira o cateter Yankauer na boca do paciente. Aplique a aspiração assim que o	Se o cateter não tiver um controle de aspiração para a aspiração intermitente, tome cuidado para não pe

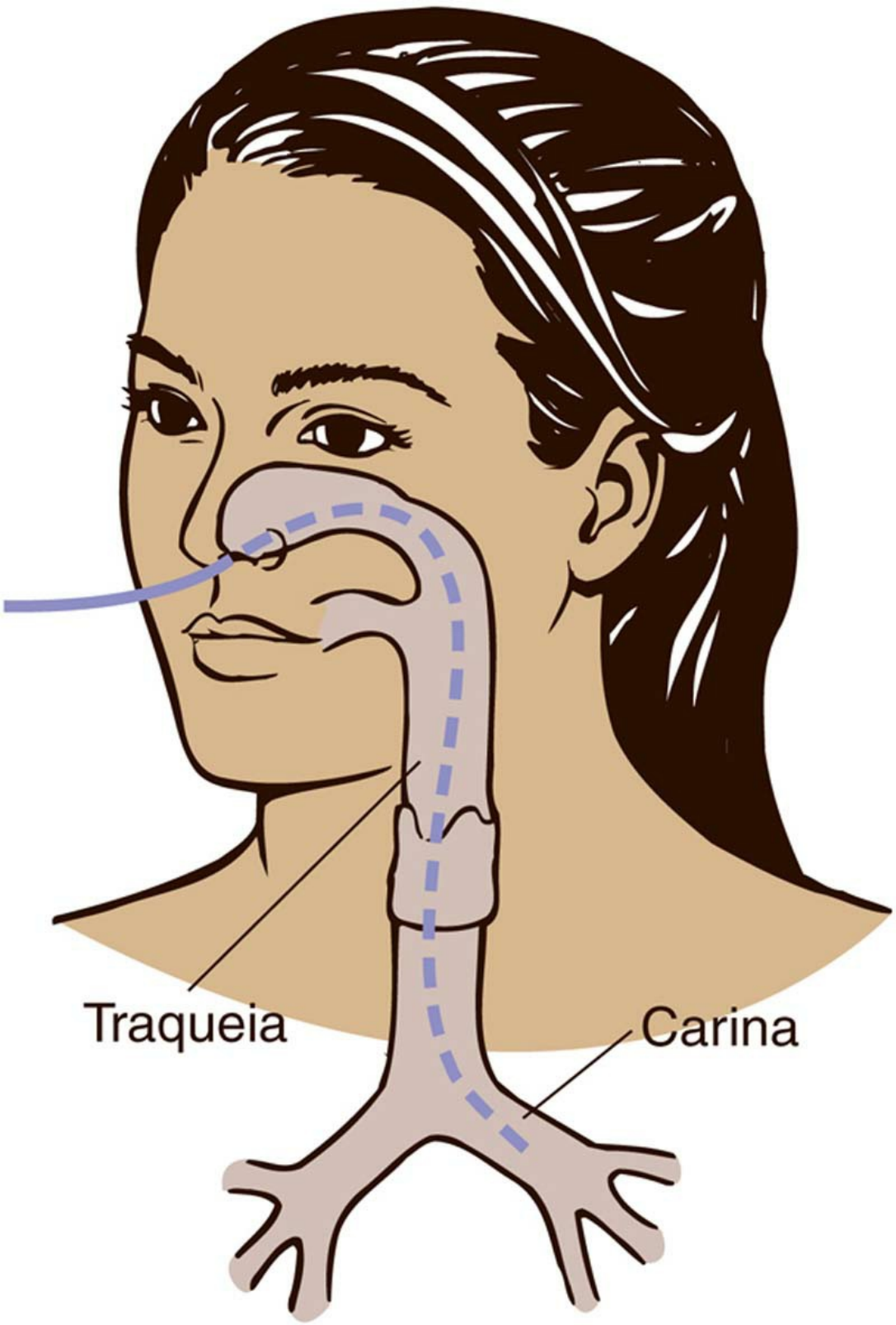
cateter estiver na boca do paciente. Mova o cateter pela boca ao longo da linha da gengiva para a faringe. Em seguida, aplique a aspiração e mova o cateter pela boca até que as secreções sejam eliminadas.	que a ponta de aspiração irrite as superfícies da m oral com aspiração contínua.
(3) Incentive o paciente a tossir e repita a aspiração, se necessário. Substitua a máscara de oxigênio, se estiver sendo usada.	A tosse move as secreções da via aérea inferior para a superior na direção da boca.
(4) Aspire a água ou o soro através do cateter até que o cateter fique limpo de secreções.	Eliminar as secreções antes que elas sequem reduz a probabilidade de transmissão de microrganismos aumenta a entrega das pressões de aspiração predefinidas.
(5) Coloque o cateter em uma área limpa e seca para reutilização com aspiração desligada. Se o paciente for capaz de realizar uma autoaspiração oral, coloque o cateter a seu alcance.	Fornece a remoção imediata das futuras secreções ora
b. **Aspiração nasofaríngea e nasotraqueal**	
(1) Cubra ligeiramente a 6-8 cm da ponta distal do cateter com um lubrificante hidrossolúvel.	Lubrifica o cateter para uma inserção mais fácil e red trauma da superfície da mucosa.
(2) Se indicada, aumente a oxigenoterapia suplementar conforme prescrito pelo médico. Peça para o paciente respirar profundamente com o dispositivo de distribuição de oxigênio ou hiperoxigene com um reanimador manual conforme ordenado.	A hiperoxigenação antes de aspiração pode minimiza hipoxemia após a aspiração (AARC, 2010a).
(3) Remova o dispositivo de distribuição de oxigênio, se for o caso, com a mão não dominante. Sem aplicar aspiração e usando o indicador e o polegar dominante, introduza delicadamente o cateter na narina durante a inalação.	A aplicação da pressão de aspiração enquanto introd cateter nos tecidos nasofaríngeos aumenta o risco danos à mucosa. Quando avançada na traqueia, a aspiração pode danificar a mucosa e aumentar o r hipóxia.
Nunca aplique a aspiração durante a inserção.	

PASSO 6 Fixação de cateter para aspiração.

DECISÃO CLÍNICA: *Certifique-se de inserir o cateter durante a inalação do paciente. Isto fecha a epiglote, torn mais fácil a passagem do cateter pela laringe para a traqueia. Não insira durante a deglutição, ou o cateter provavelmente entrará no esôfago. Se o paciente engasgar ou ficar nauseado, o cateter provavelmente entrou esôfago e deve ser removido.*

(4) *Nasofaríngea*: À medida que o paciente respira profundamente, insira o cateter, seguindo o curso natural da narina; incline ligeiramente o cateter para baixo e avance para trás da faringe. Não force pela narina. Em adultos, insira o cateter a cerca de 20 cm, em crianças mais velhas, de 16 a 20 cm; em lactentes e crianças pequenas, de 4 a 14 cm na traqueia até que a resistência seja atendida ou o paciente tussa; em seguida, recue de 1 a 2 cm.	A colocação adequada garante a remoção das secreçõ faríngeas. Recuar o cateter antes de iniciar a aspir impede a invaginação da membrana traqueal (AARC, 2010a).
(a) Aplique a aspiração intermitente por não mais de 10 segundos colocando e liberando o polegar não dominante sobre o respiradouro do cateter (AARC, 2010a). Retire o cateter lentamente enquanto vai girando-o para frente e para trás entre o polegar e o indicador.	A aspiração intermitente acima de 10 segundos remo com segurança as secreções faríngeas. O tempo d aspiração maior do que 10 segundos aumenta o ri hipoxemia induzida por aspiração (AARC, 2010a) Garante que o cateter seja inserido na traqueia com o mínimo estresse ao paciente.
(5) Nasotraqueal: À medida que o paciente respira profundamente, avance o cateter seguindo o curso natural da narina. Avance o cateter ligeiramente inclinado e para baixo logo acima de entrada para a laringe e depois para a traqueia. Enquanto o paciente respira profundamente, insira rapidamente o cateter cerca de 15 a 20 cm (em adultos)	Em crianças pequenas e lactentes, a aspiração superfi recomendada em vez da aspiração traqueal profu que aumenta o risco de edema traqueal e inflama (AARC, 2010a).

para a traqueia (consulte a ilustração). O paciente começará a tossir, em seguida, recue o cateter de 1 a 2 cm antes de aplicar a aspiração.	
OBSERVAÇÃO: Em crianças mais velhas, avance o cateter de 16 a 20 cm, e em crianças pequenas e em lactentes, de 8 a 14 cm.	Os cateteres de aspiração pré-medidos são usados em algumas configurações pediátricas para evitar a aspiração profunda (Hockenberry e Wilson, 2015)
DECISÃO CLÍNICA: *Quando há dificuldade de passagem do cateter, peça para o paciente tossir ou dizer "ahh tente avançar durante a inspiração. Estas medidas ajudam na abertura da glote para permitir a passagem do c para a traqueia.*	
(a) *Opção de posicionamento*: Em alguns casos, virar a cabeça do paciente para a direita ajuda na aspiração do brônquio principal esquerdo; virar a cabeça para a esquerda ajuda na aspiração do brônquio principal direito.	Virar a cabeça do paciente para o lado eleva a passag brônquica no lado oposto e facilita a passagem do cateter.
(b) Se sentir resistência após a inserção do cateter para máxima distância recomendada, o cateter provavelmente atingiu a carina. Recue-o de 1 a 2 cm antes de aplicar a aspiração.	
DECISÃO CLÍNICA: *Use a aspiração nasotraqueal antes da aspiração faríngea sempre que possível. A boca e faringe contêm mais bactérias do que a traqueia. Se uma abundância de secreções orais estiver presente ante iniciar o procedimento, aspire a boca com o dispositivo de aspiração oral.*	



PASSO 8B(5) Distância da inserção do cateter nasotraqueal.

(c) Aplique a aspiração intermitente por não	A aspiração intermitente e a rotação do cateter previ

mais de 10 segundos colocando e liberando o polegar não dominante sobre o respiradouro do cateter. Retire o cateter lentamente enquanto vai girando-o para frente e para trás entre o polegar e o indicador. Incentive o paciente a tossir. Substitua o dispositivo de oxigênio, se aplicável.	lesões da mucosa. Se o cateter "agarrar" a mucosa remova o polegar para liberar a aspiração. Aspira mais de 10 segundos provoca comprometimento cardiopulmonar, geralmente por hipoxemia ou sobrecarga vagal.
DECISÃO CLÍNICA: *Monitore os sinais vitais do paciente e a saturação de oxigênio durante o procedimento; c se há uma mudança de 20 batimentos/min (se há aumento ou diminuição) ou se a oximetria de pulso cai para de 90% ou 5% da linha de base. Se isso ocorrer, interrompa a aspiração.*	
(6) Lave o cateter e a sonda de conexão com soro fisiológico ou água até limpar.	Remove as secreções do cateter. As secreções que permanecem no cateter de aspiração ou sonda de conexão diminuem a eficiência da aspiração.
(7) Avalie a necessidade de repetir o procedimento de aspiração. Não faça mais do que duas passagens com o cateter. Permita pelo menos um minuto entre as passagens para ventilação e oxigenação (AARC, 2010a). Peça para o paciente para respirar profundamente e tossir.	Observe as alterações no estado cardiopulmonar. A aspiração induz hipoxemia, disritmias, laringoesp broncoespasmo (AARC, 2010a). A hiperoxigenaçã recomendada antes, durante e após a aspiração ab para reduzir o risco de hipoxemia induzida por aspiração (Yazdannik et al., 2013). As passagens repetidas limpam a via aérea do excesso de secreç mas também removem o oxigênio e podem induz laringoespasmo.
c. **Aspiração da via aérea artificial (sonda de traqueostomia ou endotraqueal [ET])**	
DECISÃO CLÍNICA: *Reduz a transmissão de microrganismos.* ***OBSERVAÇÃO:*** *Se houver risco de respingos paciente estiver sobre precauções respiratórias, a vestimenta, o protetor facial ou a máscara e os óculos de pro podem ser necessários.*	
(1) Verifique se o equipamento está funcionando corretamente colocando a ponta do cateter na cuba e aspirando uma pequena quantidade de soro por oclusão do respiradouro de aspiração.	Garante a função do equipamento; lubrifica o cateter sonda.
(2) Hiperoxigene o paciente antes da aspiração usando um reanimador manual e aumentando a FiO_2 por vários minutos; ou, se for ventilado mecanicamente, utilize o ventilador para fornecer respirações adicionais sem aumentar o volume corrente. Alguns ventiladores mecânicos possuem um botão que, quando pressionado, oferece 100% de oxigênio por alguns minutos e, em seguida, redefine o valor anterior.	A hiperoxigenação por 30-60 segundos diminui a hip induzida por aspiração. A maioria das fontes reco hiperoxigenação com 100% de oxigênio no pacien adulto (AARC, 2010a).
(3) Se o paciente está recebendo ventilação mecânica invasiva, abra o adaptador basculante ou, se necessário, remova o dispositivo de distribuição de oxigênio ou umidade com a mão não dominante.	Expõe a via aérea artificial.
(4) Aconselhe o paciente que você está prestes a começar a aspiração e, sem aplicar a aspiração, insira o cateter delicada, mas rapidamente utilizando o polegar e o indicador dominantes na via aérea artificial (consulte a ilustração).	Prepara o paciente para o procedimento. A aplicação da pressão de aspiração na introdução d cateter para a traqueia aumenta o risco de dano à mucosa traqueal e aumenta a hipóxia relacionada remoção de oxigênio arrastado presente nas vias O recuo estimula a tosse e remove o cateter da pa

Inserir o cateter durante a inspiração até encontrar resistência ou o paciente tossir; em seguida, recue 1 cm (Ozden e Gorgulu, 2012).	da mucosa para que cateter não fique em repousc a mucosa traqueal durante a aspiração.

PASSO 8C(4) Aspiração de traqueostomia.

DECISÃO CLÍNICA: *Se não for possível inserir o cateter após a extremidade da sonda ET, ele provavelmente preso no olho de Murphy (p. ex., orifício lateral na extremidade distal da sonda ET que permite o fluxo de ar co em caso de entubação principal). Neste caso, gire o cateter para reposicioná-lo longe do olho de Murphy ou re ligeiramente e insira novamente com a próxima inalação. Normalmente o cateter encontra resistência na carina indicação de que o cateter está na carina é o início agudo de tosse, porque a carina contém muitos receptores tosse. Recue o cateter 1 cm.*

(5) Aplique aspiração intermitente por não mais do que 10 segundos (Ozden e Gorgulu, 2012). Aplique aspiração intermitente colocando e liberando o polegar não dominante sobre o respiradouro do cateter; retire o cateter lentamente enquanto vai girando-o para frente e para trás entre o polegar e o indicador (AARC, 2010a). Incentive o paciente a tossir. Observe se há desconforto respiratório.	A aspiração intermitente e a rotação do cateter previr lesões da mucosa traqueal. Se o cateter "agarrar" mucosa, remova o polegar para liberar a aspiraçã

DECISÃO CLÍNICA: *Se o paciente desenvolver desconforto respiratório, retire imediatamente o cateter e forne oxigênio suplementar e respirações conforme necessário. Em caso de emergência, administre o oxigênio direta através do cateter. Desconecte a aspiração e forneça 100% de oxigênio através do cateter.*

(6) Se o paciente estiver recebendo ventilação mecânica invasiva, fechar o adaptador basculante ou substituir o dispositivo de distribuição de oxigênio.	Restabelece a via aérea artificial.
(7) Incentive o paciente a respirar profundamente se capaz. Alguns pacientes	Oxigena novamente e expande os alvéolos. Às vezes, aspiração causa hipoxemia e atelectasia.

respondem bem às várias respirações manuais do ventilador mecânico ou reanimador manual.	
(8) Lave o cateter e a sonda de conexão com soro fisiológico até limpar. Use a aspiração contínua.	Remove as secreções do cateter. As secreções deixada sonda diminuem a aspiração e proporcionam um ambiente para o crescimento de microrganismos. secreções deixadas na sonda de conexão diminuer eficiência da aspiração.
(9) Avalie o estado cardiopulmonar do paciente quanto à complacência da secreção e complicações. Repita os Passos (2) a (5) mais uma ou duas vezes para limpar as secreções. Permita tempo suficiente (pelo menos 1 minuto) entre as passagens de aspiração para ventilação e hiperoxigenação. Não faça mais do que duas passagens com o cateter (AARC, 2010a).	Às vezes, a aspiração induz disritmias, hipóxia e broncoespasmo e prejudica a circulação cerebral c negativamente a hemodinâmica (AARC, 2010a). A passagens repetidas com o cateter de aspiração lir as vias respiratórias de secreções excessivas e pro a melhoria da oxigenação.
(10) Realize a aspiração nasofaríngea e orofaríngea se necessário. Após realizar a aspiração nasofaríngea e orofaríngea o cateter está contaminado; não o insira novamente na sonda ET ou de traqueostomia.	A via aérea superior fica "limpa" e a via aérea inferic "estéril". Portanto, você pode usar o mesmo catet aspiração estéril de áreas estéreis para áreas limpa não o contrário.
d. **Via aérea artificial (sonda de traqueostomia ou endotraqueal [ET]) utilizando a aspiração in-line**	
(1) Em muitas clínicas, um terapeuta respiratório fixa o cateter ao circuito do ventilador mecânico. Se o cateter ainda não estiver no lugar, abra a embalagem do cateter para aspiração aberta utilizando a técnica asséptica, fixe o cateter ao circuito do ventilador removendo o adaptador basculante e coloque o aparelho do cateter na sonda endotraqueal ou de traqueostomia. Conecte o Y no circuito do ventilador mecânico ao cateter para aspiração fechada com a sonda flexível (consulte a Fig. 41-10).	Fixa o cateter de aspiração na ET ou traqueostomia, s não tiver sido feito, a fim de realizar aspiração in- Em alguns ambientes, o cateter é anexado ao circu ventilador fechado por um terapeuta respiratório.
(2) Conecte uma extremidade da sonda de conexão à máquina de aspiração e a outra à extremidade de um cateter de sistema fechado ou de aspiração in-line, se não já tiver sido feito. Ligue o dispositivo de aspiração e defina o regulador de vácuo para a pressão negativa adequada (consulte as instruções do fabricante).	Fixa o cateter de aspiração in-line à máquina de aspir se isso já não tiver sido feito, a fim de realizar a as in-line. Muitos cateteres de aspiração por sistema fechado exigem uma aspiração ligeiramente mais elevada; consulte as orientações do fabricante.
(3) Hiperoxigene o paciente (aumentar a FiO_2) com um reanimador manual ou um mecanismo de respiração manual no ventilador mecânico de acordo com o protocolo da instituição e o estado clínico (geralmente 100% de oxigênio).	A hiperinflação juntamente com a hiperoxigenação d o risco da diminuição da saturação de oxigenação rotineiro de hiperinflação não é recomendado dev possibilidade de traumas resultantes de grandes volumes e pressões de pico elevado (Ozden e Gor 2012; AARC, 2010a).
(4) Desbloqueie o mecanismo de controle de	

aspiração se exigido pelo fabricante. Abrir a porta para o soro e anexar a seringa ou o frasco com soro fisiológico.	
(5) Pegue o cateter de aspiração envolto em plástico com a mão dominante.	
(6) Espere até que o paciente inale e, em seguida, insira o cateter usando uma manobra de repetição de empurrar o cateter e deslizar (ou recuar) a manga plástica entre o polegar e o indicador até sentir resistência ou o paciente tossir. Recue 1 cm antes de aplicar a aspiração para evitar danos nos tecidos da carina.	Empurrar e deslizar o cateter para dentro ajuda o pac tossir, o que auxilia na captura de secreções que p ser removidas com o cateter de aspiração in-line.
(7) Incentive o paciente a tossir e aplique a aspiração apertando o mecanismo de controle de aspiração enquanto retira o cateter. É difícil aplicar pulsos intermitentes de aspiração e é quase impossível girar o cateter em comparação a um cateter padrão. Não se esqueça de retirar o cateter completamente para a bainha de plástico, para que não obstrua o fluxo de ar (AARC, 2004).	Fazer o paciente tossir ajuda a trazer secreções adicio que podem ser aspiradas e removidas com o catet aspiração in-line.
(8) Avalie o estado cardiopulmonar, incluindo a oximetria de pulso, para determinar a necessidade de aspiração subsequente ou complicações. Repita os Passos (3) a (7) uma a duas vezes mais para limpar as secreções. Permita tempo suficiente (pelo menos 1 minuto) entre as passagens de aspiração para a ventilação e a reoxigenação.	Às vezes, a aspiração induz disritmias, hipóxia e broncoespasmo e prejudica a circulação cerebral c negativamente a hemodinâmica (AARC, 2010a). A passagens repetidas com o cateter de aspiração lir as vias respiratórias de secreções excessivas e pro a melhoria da oxigenação.
(9) Quando a via aérea estiver limpa, retire completamente o cateter para a bainha. Certifique-se de que a linha indicadora colorida no cateter fique visível na bainha. Aperte o frasco ou empurre a seringa enquanto aplica a aspiração para enxaguar o lúmen interno do cateter. Use pelo menos 5 a 10 mL de soro fisiológico para lavar o cateter até que fique limpo das secreções retidas, que causam o crescimento bacteriano e aumentam o risco de infecção (AARC, 2004). Trave o mecanismo de aspiração, se aplicável, e desligue a aspiração.	Remove as secreções do cateter. As secreções deixada sonda diminuem a aspiração e proporcionam um ambiente para o crescimento de microrganismos. secreções deixadas na sonda de conexão diminuer eficiência da aspiração.
(10) Se o paciente necessitar de aspiração oral ou nasal, execute o Procedimento 41-1 com o cateter de aspiração padrão independente.	A aspiração oral e nasal exigem o uso de um cateter c aspiração separado para manter a esterilidade do de aspiração in-line.
(11) Lave o cateter e a sonda de conexão com soro fisiológico até limpar. Use a aspiração contínua.	Remove as secreções do cateter. As secreções deixada sonda diminuem a aspiração e proporcionam um ambiente para o crescimento de microrganismos. secreções deixadas na sonda de conexão diminuer eficiência da aspiração.
9. Complete o procedimento.	
a. Coloque o cateter de Yankauer em uma área limpa e seca para reutilização com a	Facilita a remoção imediata das secreções da via aére quando a aspiração é necessária no futuro.

aspiração desligada ou dentro do alcance do paciente com a aspiração ligada se o paciente for capaz de realizar a autoaspiração.	
b. Desconecte os cateteres nasal e da via aérea artificial da sonda de conexão. Desligue a aspiração. Role o cateter em torno de dedos da mão dominante. Retire a luva do avesso para que o cateter permaneça na luva. Retire a outra luva sobre a primeira luva da mesma maneira para conter os contaminantes. Descartar no recipiente apropriado. Desligue o dispositivo de aspiração.	Reduz a transmissão de microrganismos. Não toque equipamentos limpos com luvas contaminadas.
(1) Ao descartar o cateter de aspiração in-line, desconecte removendo-o do circuito do ventilador. Descarte o cateter puxando a luva do avesso para que o cateter permaneça contido na luva. Antes de sair do lado do paciente, substitua por um novo cateter in-line como no Passo 8d(1).	
c. Retire a toalha e coloque na lavandaria ou retire o campo estéril e descarte no recipiente apropriado.	Reduz a transmissão de organismos.
d. Reposicione o paciente conforme indicado pela condição. Calce novas luvas de procedimento para a higiene do paciente (p. ex., higiene oral).	O posicionamento adequado com base na condição d paciente promove conforto, estimula a drenagem secreções e reduz o risco de aspiração.
e. Se indicado, reajuste o oxigênio ao nível original.	Ajuda o nível de oxigênio no sangue do paciente reto linha de base.
DECISÃO CLÍNICA: *Se o paciente desenvolver desconforto respiratório durante o procedimento, retire imediat o cateter e forneça oxigênio suplementar e respirações conforme necessário. Em caso de emergência, adminis oxigênio diretamente através do cateter. Desconecte a aspiração e fixe o oxigênio na taxa de fluxo prescrita at cateter.*	
f. Descarte o restante de soro fisiológico no recipiente apropriado. Se a cuba for descartável, descarte no recipiente apropriado. Se a cuba for reutilizável, enxágue e coloque na despensa de produtos sujos.	A solução está contaminada; isso reduz a transmissão microrganismos.
g. Remova e descarte os óculos de proteção, a máscara ou o protetor facial e higienize as mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
h. Coloque o kit de aspiração fechado na mesa da máquina de aspiração ou na cabeceira da cama de acordo com a preferência da instituição.	Fornece o acesso imediato ao cateter de aspiração e equipamentos no caso de emergência ou para o p procedimento de aspiração.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Compare os sinais vitais do paciente e a de saturação SpO_2 antes e após a aspiração.	Fornece confirmação subjetiva de que a obstrução da aérea foi aliviada com o procedimento de aspiraç
2. Pergunte para o paciente se a respiração está mais fácil e se o congestionamento diminuiu.	Fornece informações objetivas sobre qualquer melho sons pulmonares.

3. Ausculte os pulmões e compare a avaliação respiratória do paciente antes e após a aspiração. Fornece dados objetivos sobre quaisquer efeitos fisiológicos da aspiração.	Fornece dados para documentar a presença ou ausên infecção do trato respiratório.
4. Observe as secreções das vias aéreas.	Documenta a habilidade do paciente para executar corretamente a aspiração oral.
5. Observe o paciente realizar a aspiração orofaríngea.	Avalia o que o paciente é capaz de explicar ou demo
6. Utilize o método ***Ensino de Retorno*** : Diga, "Quero ter certeza de que expliquei o procedimento de aspiração corretamente. Aperte minha mão se você entende os passos que discutimos". (Você também pode usar a placa de comunicação para um paciente com uma ETT.) Revise sua instrução agora ou desenvolva um plano de educação em saúde do paciente caso ele não seja capaz de explicar o procedimento corretamente.	

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. Agravamento do estado cardiopulmonar
   - Limite a extensão da aspiração.
   - Determine a necessidade da hiperoxigenação pré-aspiração e hiperinflação.
   - Determine a necessidade de aspiração mais frequente, possivelmente de duração mais curta.
   - Notifique o médico sobre as mudanças.
2. Retorno das secreções sangrentas
   - Determine a quantidade de pressão da aspiração usada e ajustar de acordo.
   - Avalie a frequência de aspiração e reduza se for o caso.
   - Determine outros fatores que levam às secreções sangrentas (p. ex., tempo de sangramento prolongado).
   - Forneça uma higiene oral mais frequente.
3. Não é possível passar o cateter de aspiração através da primeira narina tentada
   - Tente a outra narina ou a via oral.
   - Insira a via aérea nasal, especialmente se a aspiração através da narina do paciente for frequente.
   - Oriente o cateter ao longo do assoalho da narina para evitar turbinados.
   - Se a obstrução for muco, aplique a aspiração para aliviar a obstrução, mas não aplique a aspiração à muc você acha que a obstrução é um coágulo de sangue, consulte o médico.
   - Aumente a lubrificação do cateter.

REGISTRO E RELATO

- Registre a quantidade, consistência, cor e odor das secreções e a resposta do paciente ao procedimento no prontuário do paciente ou gráfico.
- Registre e relate o estado cardiopulmonar pré e pós-aspiração.
- Documente sua avaliação sobre o aprendizado do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Faça a adesão às práticas recomendadas para o controle de infecção enquanto pondera o custo-benefício na presença de uma situação crônica. Se um paciente tem uma traqueostomia estabelecida ou requer uma aspi nasotraqueal a longo prazo e a infecção não está presente, a técnica de aspiração limpa é apropriada.
- Embora a maioria dos pacientes com problemas de complacência da via aérea em casa tenham uma traque alguns também exigem a aspiração nasal da faringe. Os cateteres são frequentemente utilizados por um pe 24 horas e depois limpos e desinfetados; ou eles são limpos com água e sabão após cada uso e descartados horas.
- Destaque para os cuidadores familiares a importância dos breves intervalos de aplicação da pressão de asp Instrua aqueles que realizam a aspiração para segurar a respiração durante a aplicação da pressão de aspira negativa para ajudá-los a lembrar-se de não aspirar por muito tempo.

- Instrua o paciente a limpar e desinfetar ou alterar o recipiente de coleta de secreção a cada 24 horas, de acor o cuidado domiciliar ou o protocolo institucional.
- Ensine o paciente e a família como praticar as medidas de controle de infecção ao esvaziar o frasco do recip aspiração. Estas secreções são esvaziadas no banheiro, mas têm risco de respingos. Instruir o cuidador a apl máscara (o protetor facial se disponível), calçar as luvas e trazer o frasco o mais próximo possível do vaso s para diminuir o risco de respingos.

Procedimento 41-2 Cuidado de uma via aérea artificial

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de realizar o cuidado da via aérea artificial em um ambiente de cuidado agudo não pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. Em ambientes de cuidado a longo prazo, os pacientes que têm sondas de traqueostomia bem estabelecidas podem ter seus cuidados delegados ao técnico. Instrua o técnico de enfermagem a:

- Relatar quaisquer mudanças no estado respiratório do paciente, alteração do nível de consciência, confusão, agitação ou irritabilidade, alteração dos sinais vitais (intervalo para relatar), diminuição do nível da oximetria de pulso (valores para relatar) ou mudança no nível de conforto.
- Relatar se a sonda endotraqueal (ET) ou a sonda de traqueostomia parece ter se deslocado, sido obstruída ou movida.
- Relatar qualquer drenagem inesperada, secreções da traqueostomia ou mudança de cor do estoma.

Material

- Estetoscópio
- Protetor facial, se indicado para risco de respingos
- Mesa de cabeceira
- Toalha

Cuidado da Sonda Endotraqueal

- Equipamento de aspiração ET e orofaríngea
- Esparadrapo adesivo ou impermeável de 2,5 a 4 cm (não pode ser esparadrapo de papel ou de seda) ou suporte comercial ET e

protetor bucal (siga as instruções do fabricante para a fixação)
- Luvas de procedimento (dois pares)
- Esfregaço removedor de adesivo
- Suprimentos para higiene oral: escova de dentes pediátrica, esponja para dentes para pacientes desdentados; pasta de dentes
- 0,12% a 0,20% de enxaguante bucal ou gel de clorexidina
- Limpeza facial (p. ex., pano molhado, toalha, sabonete, suprimentos de barbear)
- Gaze não estéril de 2 × 2
- Tintura de benjoim, adesivo líquido ou pad de preparo da pele
- Via aérea oral

Cuidado da Traqueostomia

- Materiais de aspiração da traqueostomia
- Kit de cuidado estéril da traqueostomia, se disponível, ou:
  - Três pacotes de gaze de 4 × 4
  - Aplicadores estéreis com ponta de algodão
  - Curativo estéril para traqueostomia (curativo cirúrgico pré-cortado e costurado)
  - Cuba estéril
  - Escovinha estéril (ou cânula interna descartável)
  - Amarras para traqueostomia (p. ex., elástico, amarras fabricadas para traqueostomia, amarras para traqueostomia de Velcro)
  - Soro fisiológico
  - Tesouras
  - Par de luvas estéreis e limpas

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número d prontuário do paciente) de acordo com a política da clínica.
2. Auscultar os sons pulmonares e observar a frequência e a profundidade respiratória.
3. Observar a condição dos tecidos que cercam o local de inserção da via aérea circundante e a condição da v (esparadrapo, amarras ou curativos soltos ou sujos; feridas de pressão nas narinas, lábios ou no canto da b excesso de secreções nasais, orais ou peristomais; o paciente moveu a sonda endotraqueal com a língua; m

sonda ou a língua; ou odor fétido na boca).

4. Observar a permeabilidade da via aérea. Excesso de secreções intratraqueais ou endotraqueais, diminuiçã fluxo de ar através da via aérea, sinais e sintomas de obstrução da via aérea.

5. Observar os fatores que aumentam o risco para complicações da sonda endotraqueal: tipo e tamanho da so movimento da sonda para cima e para baixo na traqueia, tamanho do manguito e excesso ou redução de i duração da colocação da sonda, trauma facial, desnutrição e radiação torácica ou do pescoço.

6. Determinar a profundidade apropriada da sonda ET, anotada por centímetros na linha do lábio ou da gen linha é marcada na sonda e registrada no prontuário do paciente no momento da entubação.

7. Avaliar o conhecimento do paciente sobre o procedimento, o conforto com o procedimento e a capacidade realizar os cuidados da traqueostomia em casa e tirar quaisquer dúvidas da família.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Obter assistência do pessoal disponível para este procedimento.

2. Auxiliar o paciente a assumir uma posição confortável para ele e você (geralmente em decúbito dorsal ou s Fowler).

3. Colocar a toalha sobre o peito do paciente.

4. Explicar a importância da participação do paciente, incluindo a importância de não morder ou mover a so a língua, tentar não tossir quando o esparadrapo for temporariamente removido da via aérea, não puxar a com a mão.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos. Aplique a máscara, os óculos de proteção, a vestimenta ou o protetor facial se indicado

2. Execute a aspiração traqueal (traqueostomia), endotraqueal (sonda endotraqueal), nasofaríngea ou orofarí (ver Procedimento 41-1). (Após a aspiração da traqueostomia, remova o curativo sujo e descarte na luva c cateter embrulhado.)

3. Conecte o cateter de aspiração Yankauer à fonte de aspiração.

4. Cuidado das vias aéreas artificiais

a. Cuidados da sonda endotraqueal (ET)

(1) Prepare os equipamentos na cabeceira da cama: suprimentos de higiene bucal, dispositivos de fixaçã seguida, prepare o método de fixação da sonda ET (verifique a política da clínica).

(a) Suporte para sonda ET comercialmente disponível: Abra a embalagem de acordo com as instruçõe fabricante. Deixe o dispositivo de lado com o protetor de cabeça no lugar e as tiras de Velcro aberta

(b) Método com esparadrapo: Corte um pedaço de esparadrapo longo o suficiente para envolver completamente a cabeça do paciente de narina a narina e mais 15 cm: adulto, cerca de 30 a 60 cm. D lado adesivo para cima na mesa de cabeceira. Corte e estenda 8 a 15 cm de esparadrapo, os lados ad juntos, no centro da tira longa para evitar que o mesmo grude no cabelo. A tira menor de esparadra abrange a área entre as orelhas por trás da cabeça.

(2) Calce luvas de procedimento e instrua o técnico de enfermagem ou outro pessoal responsável a calça luvas e segurar a sonda firmemente nos lábios ou narinas do paciente durante todo o procedimento. C a marcação numérica na sonda ET na linha da gengiva ou dos lábios.

(3) Remova o dispositivo ou o esparadrapo velho.

(a) **Dispositivo comercialmente disponível:** Remova as tiras de Velcro da sonda ET e remova o supo a sonda ET do paciente.

(b) **Esparadrapo:** Retire cuidadosamente o esparadrapo da sonda ET e do rosto do paciente. Se o espa for difícil de retirar, umedeça com água com sabão ou removedor de esparadrapo adesivo. Descarte esparadrapo no recipiente apropriado se estiver próximo.

DECISÃO CLÍNICA: *Não permita que o suporte segure a sonda afastada dos lábios ou das narinas. Fazer isso acidental. Nunca solte a sonda ET porque ela pode deslocar-se.*

(4) Remova o excesso de secreções ou de adesivo deixado no rosto do paciente. Use o esfregaço removedo adesivo para remover excesso de adesivo deixado no rosto após a remoção do esparadrapo. Lave o rem de adesivo do rosto.

(5) Remova a via aérea ou o protetor de mordidas, se houver, e coloque em uma toalha.

DECISÃO CLÍNICA: *Não remova a via aérea oral se o paciente estiver mordendo ativamente. Espere até que ET.*

(6) Mantenha o manguito da sonda ET inflado. Peça para o assistente continuar a segurar a sonda e não so Forneça os cuidados bucais. (Deixe o cateter de aspiração Yankauer pronto e ao alcance.) Avalie a cavid do lado exposto. Escove a mucosa bucal, as gengivas e os dentes com pó dental ou escove com pasta antisséptica sem espuma por 3 a 4 minutos (Booker et al., 2013; Needleman et al., 2011). Enxágue cuidadosamente com água estéril. Faça a aspiração da via oral conforme necessário durante a escovação enxágue. Umedeça a escova com água estéril para enxágue e, em seguida, use a escova ou uma esponja dentes limpa para aplicar enxágue ou gel de clorexidina (Labeau et al., 2011; Morris et al., 2011; Booker 2013). Realize a higiene bucal duas vezes ao dia em intervalos de 12 horas no mínimo (Booker et al., 201

(7) Sonda ET oral apenas: Observe a marcação em "cm" da sonda ET para os lábios ou gengivas. Com a aj um assistente, mova a sonda ET para o lado oposto ou para o centro da boca. Não altere a profundidade sonda.

(8) Repita a limpeza bucal como no Passo 4a(6) do lado oposto da boca.

(9) Limpe o rosto e o pescoço com um pano com água e sabão; enxágue e seque. Barbeie o paciente do sex masculino conforme necessário.

(10) Fixe a sonda ET (o assistente continua a segurar a sonda ET).

(a) Método com esparadrapo

[1] Despeje uma pequena quantidade de protetor de pele ou adesivo líquido em uma gaze não estéril e marque um ponto no lábio superior (sonda ET oral) ou um X no nariz (sonda ET nasal) e das boch para a orelha. Deixe a tintura secar completamente

[2] Passe o esparadrapo sob a cabeça e o pescoço do paciente, com o lado adesivo para cima. Tome cu para não torcer o esparadrapo ou grudá-lo no cabelo. Não deixe o esparadrapo grudar em si mesm a grudar o esparadrapo suavemente a um abaixador de língua, que serve como um guia na medida o esparadrapo é passado por trás da cabeça do paciente. Centralize o esparadrapo para que o espar de dupla face estenda-se em torno do pescoço, de orelha a orelha.

[3] Em um lado do rosto, fixe o esparadrapo da orelha para a narina (sonda ET nasal) ou sobre o lábio borda da boca (sonda ET oral). Corte o esparadrapo restante ao meio, formando duas partes de 1 a de largura. Fixe a metade inferior do esparadrapo no lábio superior (sonda ET oral) ou na parte sup nariz (sonda ET nasal) à orelha oposta (consulte a ilustração *A*). Enrole a metade superior do espara em torno da sonda (consulte a ilustração *B*). O esparadrapo deve envolver a parte principal da sond menos duas vezes por segurança.

[4] Puxe delicadamente o outro lado do esparadrapo com firmeza para pegar a parte solta e fixá-la no restante do rosto (consulte a ilustração). Peça para o assistente soltar o suporte quando a sonda esti presa.

PASSO 4A(10)(A)[3] **A,** Fixação da metade inferior do esparadrapo no lábio superior do paciente. **B,** Fixação da me

PASSO 4A(10)(A)[4] Esparadrapo prendendo a sonda ET.

(b) Dispositivo comercialmente disponível

[1] Passe a sonda ET pela abertura projetada para segurá-la. Certifique-se de que a sonda com balão esteja acessível.

[2] Coloque as tiras de Velcro do suporte ET sob o paciente na região occipital da cabeça.

[3] Verifique se a sonda ET está na profundidade estabelecida, usando o marcador da linha do lábio gengiva como guia.

[4] Prenda as tiras de Velcro seguras na base da cabeça do paciente. Deixe 1 cm de folga nas tiras.

[5] Verifique se a sonda está presa, se ela não se move para a frente da boca do paciente ou para trás garganta do paciente, e se não há áreas de pressão na mucosa oral ou região occipital da cabeça (a ilustração).

(11) Remova e limpe a via aérea oral com água morna e sabão e enxágue bem. Em seguida, enxágue com enxaguante de clorexidina. Agite o excesso da solução da via aérea oral. **Opção:** Inserir uma nova via aé caso as secreções estejam difíceis de remover.

(12) Para o paciente inconsciente, reinsira a via aérea oral sem empurrar a língua para a orofaringe e prend esparadrapo.

b. Cuidado da traqueostomia

(1) Pré-oxigene o paciente por um período mínimo de 30 segundos, pedindo para ele respirar profundar de 5 a 6 vezes ou usando um reanimador manual ligado ao oxigênio a 100%.

(2) Prepare os equipamentos na mesa de cabeceira.

(a) Abra o kit de traqueostomia. Abra duas embalagens de gaze de 4 × 4 utilizando a técnica asséptica despeje soro fisiológico em uma delas. Deixe a segunda seca. Não tampe novamente o soro fisiológi
(b) Abra duas embalagens de esfregaços com ponta de algodão. Mantendo os conteúdos estéreis, desp soro fisiológico em uma das embalagens.
(c) Abra a embalagem do curativo estéril para traqueostomia.

PASSO 4A(10)(B)[5] Suporte ET no lugar. (Cortesia de Dale Medical Products, Plainesville, Mass.)

(d) Desembrulhe a cuba estéril e despeje cerca de 2 cm de soro fisiológico nela. Abra a embalagem da escovinha estéril e coloque assepticamente na cuba estéril.

(e) Prepare os equipamentos de fixação.

[1] Prepare um elástico com comprimento suficiente para dar a volta no pescoço do paciente duas v cerca de 60 a 75 cm para um adulto. Corte as pontas na diagonal. Deixar de lado em local seco.

[2] Se estiver usando o suporte para sonda de traqueostomia comercial, abra a embalagem de acord as instruções do fabricante.

(3) Calce luvas estéreis. Mantenha a mão dominante estéril durante todo o procedimento.

(4) Remova a fonte de oxigênio, se houver.

DECISÃO CLÍNICA: *É importante estabilizar a sonda de traqueostomia em todos os momentos durante o cuid para outro enfermeiro ou o técnico de enfermagem auxiliar durante o ato de calçar luvas de procedimento.*

(5) Traqueostomia com cuidado da **cânula interna**.

(a) Enquanto toca apenas o aspecto externo da sonda, destrave e remova a cânula interna com mão nã dominante. Solte a cânula interna na cuba de soro fisiológico.

(b) Coloque o colar de traqueostomia ou a sonda **T** e a fonte de oxigênio de ventilação sobre ou perto cânula externa. (**OBSERVAÇÃO:** A sonda **T** e os dispositivos de oxigênio de ventilação não podem fixados a todas as cânulas externas quando a cânula interna for removida.)

(c) Para evitar a dessaturação de oxigênio em pacientes afetados, pegue rapidamente a cânula interna escovinha para remover as secreções dentro e fora da cânula (consulte a ilustração).

(d) Segure a cânula interna da cuba e enxágue com soro fisiológico, usando a mão não dominante par despejar.

(e) Substitua a cânula interna (consulte a ilustração) e prenda o mecanismo de "bloqueio". Hiperventi paciente se necessário. Reaplique as fontes de ventilação ou oxigênio.

(6) Cuidado da cânula interna descartável

(a) Retire a nova cânula da embalagem do fabricante.

(b) Enquanto toca apenas o aspecto externo da sonda, retire a cânula interna velha e substitua pela câ nova. Trave na posição.

(c) Descarte a cânula contaminada no recipiente apropriado e aplique a fonte de oxigênio ou ventilaçã

PASSO 4B(5)(C) Limpeza da cânula interna de traqueostomia.

(7) Usando esfregaços estéreis com ponta de algodão saturados em soro fisiológico e uma gaze de 4 × 4, lin superfícies expostas da cânula externa e o estoma sob a placa dianteira, estendendo de 5 a 10 cm em tod direções do estoma (consulte a ilustração). Limpe em movimentos circulares do local do estoma para fo

usando a mão dominante para manipular os materiais estéreis.

(8) Usando esfregaços com ponta de algodão preparados com soro fisiológico e uma gaze de 4 × 4, limpe a externa da sonda de traqueostomia e as superfícies da pele.

(9) Usando uma gaze seca de 4 × 4, bata levemente na pele e nas superfícies expostas da cânula externa.

(10) Fixando a traqueostomia

(a) Método com amarra de traqueostomia

[1] Instrua o assistente a prender firmemente a sonda de traqueostomia no lugar e, em seguida, cort amarras velhas.

DECISÃO CLÍNICA: *O assistente não deve soltar o suporte da sonda de traqueostomia até que novas amarra nenhum assistente estiver presente, não corte as amarras velhas até que novas amarras estejam no lugar e fir*

[2] Pegue o elástico preparado, insira uma ponta da amarra pelo orifício da placa dianteira e deixe a pontas do mesmo tamanho (consulte a ilustração).

[3] Deslize ambas as pontas das amarras atrás da cabeça e em volta do pescoço para outro orifício e uma amarra pelo segundo orifício.

[4] Puxar gentilmente.

PASSO 4B(7) Limpeza em torno do estoma.

PASSO 4B(10)(A)[2] Substituindo as amarras de traqueostomia quando um assistente não estiver disponível. Não r colocadas.

[5] Ate as amarras firmemente em um nó quadrado duplo, deixando um espaço de apenas um ou doi de largura na amarra.

(b) Método com suporte da sonda de traqueostomia (consulte a ilustração).

[1] Usando luvas, mantenha o suporte preso na sonda de traqueostomia. Isto pode ser feito com um assistente ou, quando um assistente não estiver disponível, deixe o suporte da sonda de traqueos velha no lugar até que um novo dispositivo seja colocado.

[2] Alinhe a amarra sob o pescoço do paciente. Certifique-se de que os acessórios de Velcro estejam posicionados em cada lado da sonda de traqueostomia.

[3] Coloque a ponta estreita das amarras sob e através dos orifícios da placa dianteira. Puxe as pont prenda-as e fixe com os fechos de Velcro.

[4] Verifique se há espaço para apenas um ou dois dedos de largura sob a amarra do pescoço.

(11) Insira o novo curativo de traqueostomia sob as amarras/suporte limpas e a placa dianteira (consulte a ilustração).

5. Posicione o paciente confortavelmente e avalie o estado respiratório.

6. Substitua quaisquer dispositivos de distribuição de oxigênio.

7. Remova e descarte as luvas. Higienize as mãos.

DECISÃO CLÍNICA: *Mantenha o obturador de traqueostomia na cabeceira da cama com uma nova traqueosto*
Mantenha uma sonda de traqueostomia adicional do mesmo tamanho e formato ao alcance para a substituiçã

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Compare as avaliações respiratórias antes e após o procedimento.

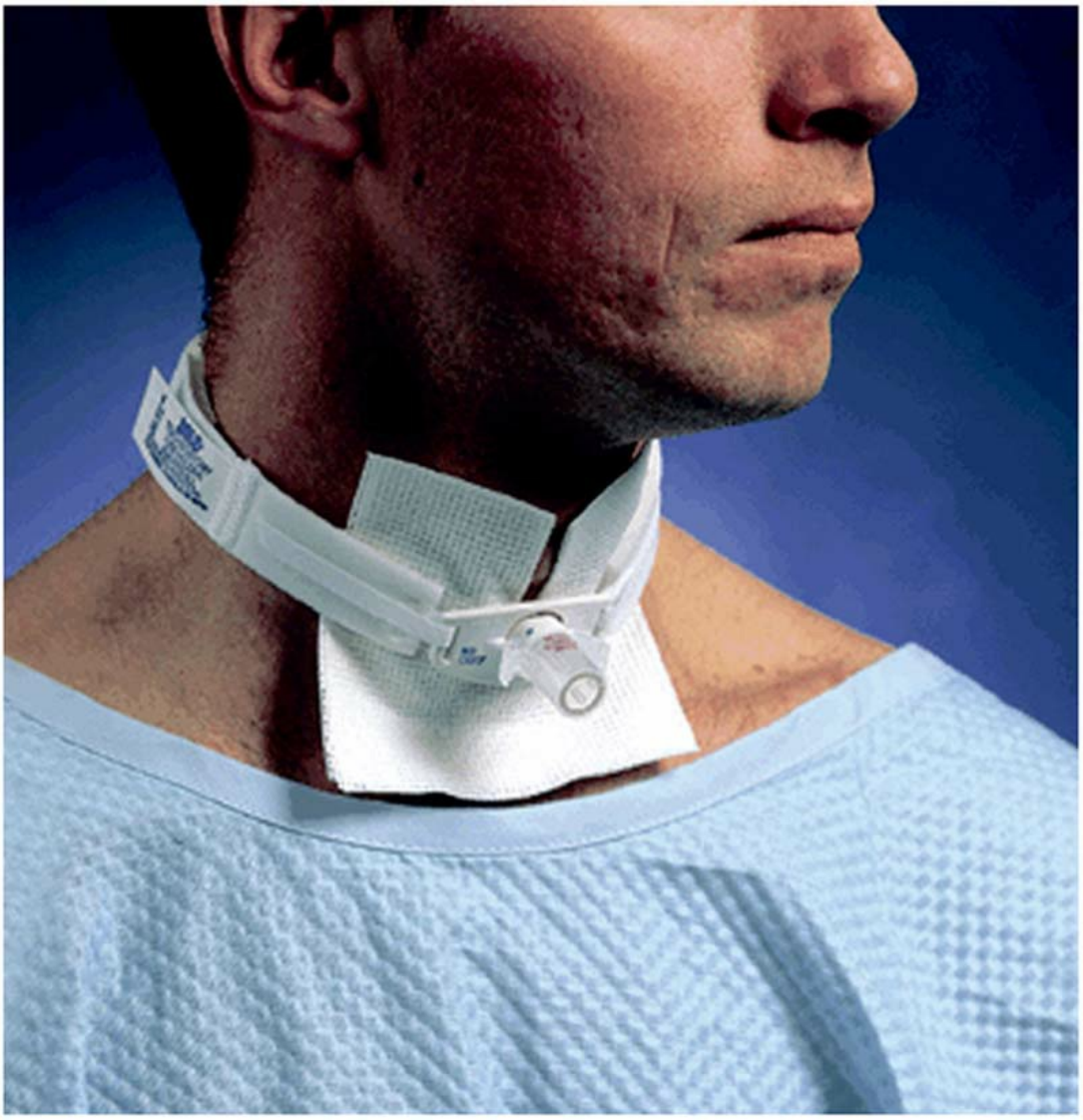
2. Observe a profundidade e a posição das sondas ET de acordo com a recomendação do médico.

3. Avalie a segurança da fixação do esparadrapo/suporte da sonda ET puxando suavemente na sonda.

4. Verifique o ajuste das novas amarras de traqueostomia e pergunte ao paciente se a sonda está confortável.

5. Avalie a pele ao redor da boca, da mucosa oral (sonda ET) e estoma de traqueostomia quanto à drenagem, pressão, irritação ou sinais de infecção.

6. Utilize o método ***Ensino de Retorno***: Diga, "Quero ter certeza de que expliquei a importância de trocar o cu da sonda de traqueostomia do membro da sua família. Pode me dizer por que isso é importante?" Revise instrução agora ou desenvolva um plano para a orientação revisada do cuidador familiar se ele for incapa explicar o procedimento corretamente.



PASSO 4B(10)(B) Suporte da sonda de traqueostomia no lugar. (Cortesia de Dale Medical Products, Plainesville, Mass.)

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. Extubação inesperada da sonda ET
   - Solicite assistência enquanto permanece com o paciente.
   - Auxilie as respirações com o reanimador manual conforme necessário.
   - Avalie o paciente quanto à desobstrução da via aérea, respiração espontânea e sinais vitais.
   - Prepare para a reentubação.

2. Descanulação acidental da sonda de traqueostomia
   - Solicite assistência enquanto permanece com o paciente.
   - Substitua a sonda de traqueostomia velha por uma nova sonda sobressalente do mesmo tamanho e tipo r respiratórios podem ser capazes de reinserir rapidamente a sonda de traqueostomia (Morris et al., 2013).

- A sonda ET do mesmo tamanho pode ser inserida no estoma em caso de emergência.
- Esteja preparado para ventilar manualmente o paciente que desenvolve desconforto respiratório.

3. Movimento da sonda ET
   - Repita o procedimento de fixação. OBSERVAÇÃO: A radiografia de tórax pode ser necessária para confir
   - Em pacientes muito ativos sem lesão facial que correm risco de autoextubação, considere a aplicação de u

4. Pressione a área ao redor da sonda de traqueostomia
   - Aumente a frequência de cuidado de traqueostomia. Mantenha o curativo sob a placa dianteira em todos
   - Considere o uso de um curativo duplo ou a aplicação de um curativo hidrocoloide ou adesivo para o esto

REGISTRO E RELATO

- Registre as medidas de avaliação respiratória antes e após os cuidados.
- Registre os cuidados da sonda ET: profundidade da sonda ET, frequência e extensão dos cuidados, tolerância resultados inesperados relacionados à presença da sonda.
- Registre os cuidados da traqueostomia: tipo e tamanho da sonda de traqueostomia, frequência e extensão dos quaisquer resultados inesperados relacionados à presença da sonda.
- Documente sua avaliação da aprendizagem do cuidador familiar.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES APE (CLEVELAND CLINIC, 2014).

- Instrua os cuidadores familiares em como obter suprimentos. Os cuidados rotineiros da traqueostomia deven técnica limpa é usada com luvas não estéreis.
- Imediatamente após a inserção da traqueostomia, os pacientes devem comunicar-se com os outros por escrito
- Instrua os cuidadores sobre os sinais e sintomas de desconforto respiratório, disfunção da sonda e infecções r desconforto por mais de uma semana após a inserção, se a respiração não melhorar após o método usual de li tampões de muco.
- Quando sair, use o protetor para traqueostomia para proteger contra poeira ou ar gelado.
- Nunca remova a cânula externa a menos que instruído pelo médico.

Procedimento 41-3 Cuidado de pacientes com sondas torácicas

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de cuidado da sonda torácica não pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. O enfermeiro instrui o técnico de enfermagem sobre:

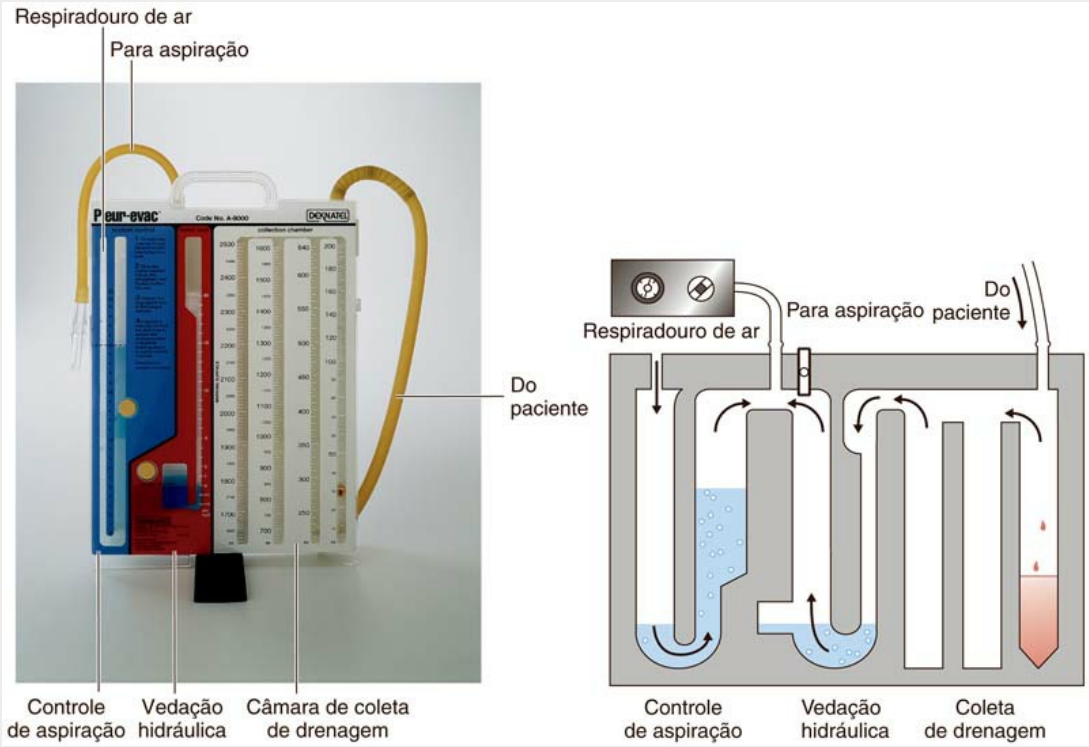
- O posicionamento correto do paciente com sonda torácica para facilitar a drenagem da sonda e o funcionamento ideal do sistema.
- Como deambular e transferir o paciente com drenagem torácica com segurança.
- Como relatar as alterações nos sinais vitais ou da SpO_2, dor no peito, falta de ar súbita ou formação de bolhas excessiva na câmara de vedação hidráulica.
- Como notificar imediatamente o enfermeiro se houver desconexão do sistema, alteração no tipo e quantidade de drenagem, hemorragia repentina ou suspensão súbita das bolhas na câmara de vedação hidráulica.

Material

- Estetoscópio
- Oxímetro de pulso
- Luvas de procedimento
- Dois hemostatos com ponta de borracha para cada sonda
- Esparadrapo adesivo de 5 cm para conexões adesivas
- Esponjas de gaze estéreis
- Fonte e instalação da aspiração (reservatório de parede ou portátil) se o médico estiver inserindo a sonda torácica
- Sistema de aspiração de água: Adicione água estéril ou soro fisiológico para cobrir 2,5 cm da sonda U com vedação hidráulica, água estéril ou soro fisiológico para colocar na câmara de controle de aspiração se a aspiração for ser utilizada (consulte as instruções do fabricante)

- Sistema sem água: Adicione um frasco de 30 mL de cloreto de sódio injetável ou água, seringa de 20 mL, agulha de calibre 21 e esfregaço antisséptico

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário do paciente) de acordo com a política da instituição.	Certifica de que é o paciente correto. Cumpre c normas da The Joint Commission e melhora segurança do paciente (TJC, 2016).
2. Avaliar o estado pulmonar.	As medidas de base permitem que você determ os sinais e sintomas de desconforto respirat melhoram após a inserção da sonda torácica desconforto respiratório não for aliviado ou ou se houver dor torácica aguda com ou sem diminuição da pressão arterial e aumento d frequência cardíaca, notifique o médico imediatamente. Estes sintomas indicam um pneumotórax.
a. Sinais e sintomas de aumento de desconforto respiratório (traqueia deslocada, sons respiratórios diminuídos nos pulmões afetados e não afetados, cianose acentuada, movimentos assimétricos do tórax).	
b. Avaliar a dor no peito aguda ou a dor no peito na inspiração; hipotensão; e taquicardia. Peça para o paciente classificar o nível de conforto em uma escala de 0 a 10.	Os sintomas podem indicar um pneumotórax d tensão. A presença de um pneumotórax ou hemotórax é dolorosa, muitas vezes causan inspiratória aguda.
3. Obter os sinais vitais de base e seriais, o nível de cognição e a SpO_2.	As alterações no pulso, na SpO_2 e na pressão a geralmente indicam infecção, desconforto respiratório ou dor. As alterações cognitiva indicam hipóxia.
4. Avaliar os níveis atuais de hemoglobina e hematócrito do paciente.	Fornece a medição refletindo a perda de sangu níveis subsequentes de oxigenação.
5. Observar o estado da sonda torácica:	
a. O curativo da sonda torácica e o local em torno da inserção da sonda. Calçar luvas de procedimento se houver drenagem.	Garante que o curativo está intacto, sem vazam de ar ou de fluidos, e que essa área que circ local de inserção está livre de drenagem ou irritação cutânea.
b. Sonda quanto a dobras, alças dependentes ou coágulos.	Mantém o sistema desobstruído e drenando livremente, evitando o acúmulo de líquido cavidade torácica. A presença de dobras, al dependentes ou drenagem coagulada aume risco do paciente para a infecção, atelectasia pneumotórax de tensão (Carroll, 2015).
c. Verifique o sistema de drenagem existente para garantir que fique na vertical e abaixo do nível de inserção da sonda. Observe a quantidade de drenagem no sistema (consulte a ilustração).	Facilita a drenagem. Garante que o sistema est posição para funcionar corretamente.



PASSO 5C *Esquerda*, Sistema de drenagem Pleur-Evac, um dispositivo comercial de drenagem torácica de três frascos. *Direita*, Diagrama esquemático do dispositivo de drenagem.

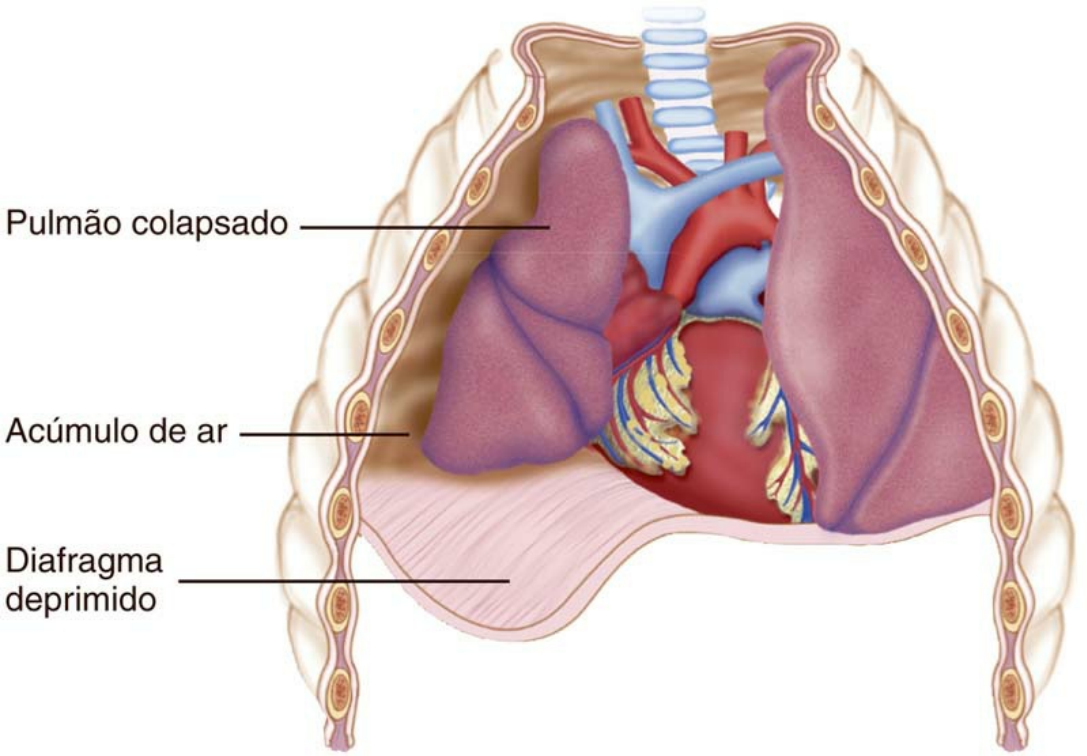
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Providenciar dois hemostatos com ponta de borracha ou grampos aprovados para cada sonda torácica, fixados ao topo da cama do paciente com esparadrapo adesivo. As sondas torácicas somente são presas em circunstâncias específicas por prescrição do médico ou de acordo com a política e o procedimento de enfermagem:	O hemostato tem uma cobertura para evitar su penetração na sonda torácica. O uso destes hemostatos com ponta de borracha ou outr grampos impede que o ar entre novamente espaço pleural em emergências (Bauman et al., 2011).
a. Para avaliar o vazamento de ar.	
b. Para esvaziar rapidamente ou trocar os sistemas descartáveis; realizado por um enfermeiro que recebeu orientação sobre o procedimento.	
c. Para avaliar se o paciente está pronto para ter a sonda torácica removida (o que é feito por ordem do médico); monitorar o paciente para um pneumotórax recorrente (consulte a ilustração).	
2. Posicionar o paciente.	Permite a drenagem ideal de líquidos e/ou ar.

a. Posição semi-Fowler para evacuar o ar (pneumotórax)	O ar sobe ao ponto mais alto no peito. As sond pneumotórax geralmente são colocadas no anterior na linha clavicular, no segundo ou terceiro espaço intercostal.
b. Posição Fowler alta para drenar o líquido (hemotórax, efusão)	Permite a drenagem ideal de líquido. As sonda posteriores são colocadas na linha axilar me oitavo ou nono espaço intercostal.
3. Explicar ao paciente os passos para o tratamento da sonda.	Promove a compreensão e minimiza a ansieda paciente.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos. Calce luvas de procedimento.	Reduz a transmissão de microrganismos.
2. Certifique-se de que a conexão da sonda entre o peito e a sonda de drenagem está intacta e fixada.	Prende a sonda torácica ao sistema de drenage reduz o risco de vazamento de ar, causando quebras no sistema hermético.
a. Certifique-se de que o respiradouro da vedação hidráulica no sistema de drenagem não está obstruído.	Permite deslocar o ar para passar para a atmos
b. Certifique-se de que o respiradouro da câmara de controle de aspiração não está obstruído ao usar a aspiração. Os sistemas sem água têm válvulas de alívio sem tampões.	Proporciona o fator de segurança de liberação pressão negativa em excesso na atmosfera.
3. Enrole o excesso da sonda de drenagem no colchão ao lado do paciente. Prenda com elástico, pino de segurança ou braçadeira plástica. Permita espaço suficiente para que o paciente se reposicione.	Evita que o excesso da sonda fique pendurado borda do colchão em alça dependente. É po que a drenagem seja coletada no sistema de drenagem em alça e obstruída (Carroll, 201
4. Ajuste a sonda para ficar pendurada em linha reta da parte superior do colchão até a câmara de drenagem.	Promove a drenagem e impede o acúmulo de l ou sangue na cavidade pleural (Carroll, 201
5. Se a sonda torácica estiver drenando líquido, indique a hora (p. ex., 09h00) que você começou a medir a drenagem no esparadrapo adesivo no frasco de drenagem ou na superfície de registro do sistema comercial descartável.	Fornece a base para a avaliação contínua do tip qualidade da drenagem.
6. Ordenhe manualmente a sonda torácica somente se indicado (isso significa comprimir ao longo da sonda para incentivar a passagem dos coágulos através da sonda) (consulte a política da instituição). A ordenha com pinça não é recomendada. A ordenha manual comprime e libera a sonda sequencialmente.	A ordenha com pinça pode causar complicaçõ porque pode criar pressão intrapleural neg excessiva (mais de 100 cm H_2O). A ordenha manual causa menos mudança de pressão e recomendada (Kane et al., 2013; Dango et a 2010).



PASSO 1C Pneumotórax. (De Ball JW et al.: *Seidel's guide to physical examination*, 8. ed., St Louis, 2015, Mosby.)

a. Ordenhe manualmente as sondas torácicas do mediastino pós-operatórias se a avaliação indicar uma obstrução ou diminuição da drenagem de coágulos ou detritos na sonda. A prescrição é necessária (consulte a política da instituição).	A ordenha com pinça não é recomendada. Há evidências de que a ordenha manual está associada a um aumento significativo da drenagem de líquido pleural; no entanto ela melhora a morbidade e a mortalidade pós-operatórias e, portanto, não pode ser recom como um procedimento de rotina no pós-operatório (Dango et al., 2010).
7. Remova e descarte as luvas. Higienize as mãos.	Reduz a transmissão de infecção

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Monitore os sinais vitais e a oximetria de pulso conforme prescrito ou se a condição do paciente mudar.	Fornece os dados em curso sobre o nível de oxigenação do paciente.
2. Avalie o paciente quanto à diminuição do	Aumento do desconforto respiratório, diminui

desconforto respiratório e dor no peito e monitore a SpO_2.	sons respiratórios, cianose acentuada, movi assimétricos da parede torácica, presença d enfisema subcutâneo ao redor do local de i ou do pescoço, hipotensão, taquicardia e/ou deslocamento do mediastino são críticos e i uma alteração grave do estado do paciente, perda excessiva de sangue ou pneumotórax tensão. Notifique o médico imediatamente.
3. Ausculte os pulmões quanto aos sons respiratórios.	A diminuição dos sons respiratórios indica a á pulmão que não está ventilando e pode ser sinal de desconforto respiratório.
4. Observe:	
a. O aspecto do curativo da sonda torácica.	A drenagem frequentemente é causada por ocl da sonda, fazendo com que a drenagem sai redor da sonda.
DECISÃO CLÍNICA: *Verifique o curativo com cuidado porque ele precisa continuar oclusivo. Ele pode se solta pele, embora isto não seja facilmente perceptível. Avalie a drenagem e reforce-a para manter a vedação. Siga política do hospital conforme necessário.*	
b. Certifique-se de que a sonda está livre de dobras e alças dependentes.	As posições da sonda de drenagem em linha re enrolada são ideais para a drenagem pleura Entretanto, quando uma alça dependente é inevitável, o levantamento periódico e a dre da sonda promovem a drenagem pleural.
c. Certifique-se de que o sistema de drenagem torácica está na posição vertical e abaixo do nível de inserção da sonda. Observe a presença de coágulos ou detritos na sonda. Monitore a posição do sistema em relação à sonda torácica com cuidado, sobretudo durante o transporte do paciente.	O sistema deve estar na posição vertical para a funcionar e facilitar a drenagem apropriada
d. Observe a vedação hidráulica quanto a flutuações com a inspiração e expiração do paciente.	Indica a função apropriada do sistema de pres negativa.
(1) *Sistema sem água*: Indicador diagnóstico para as flutuações com as inspirações e expirações do paciente	No paciente não ventilado mecanicamente, o lí sobe na vedação hidráulica ou no indicador diagnóstico com a inspiração e desce com a expiração. O contrário ocorre em um pacier é mecanicamente ventilado. Isto indica que sistema está funcionando corretamente (Le et al., 2014).
(2) *Sistema com vedação hidráulica*: Formação de bolhas na câmara de vedação hidráulica	Quando o sistema é inicialmente ligado ao pac espere o surgimento de bolhas na câmara. E são do ar presente no sistema e do espaço intrapleural do paciente. Após um breve pe de tempo as bolhas param. O líquido contir flutuar na vedação hidráulica na inspiração expiração até o pulmão reexpandir ou o sis ficar obstruído.
(3) *Sistema com vedação hidráulica*: Formação de bolhas na câmara de controle de aspiração (quando a aspiração for usada)	A câmara de controle de aspiração tem uma fo de bolhas suave e constante. A sonda contir livre de obstrução e fonte a de aspiração é v para a configuração apropriada.
e. Observe o tipo e a quantidade de drenagem de	A característica da drenagem indica se é confor

líquido: observe a cor da drenagem e a cor da pele. Observe o líquido na sonda de drenagem e não apenas na câmara de coleta. Qual é a quantidade normal de drenagem? Vermelho-vivo, vermelho-escuro ou cor-de-rosa? Opaca ou transparente?	esperado ou se está desenvolvendo infecção hemorragia.
(1) *Em adultos*: menos de 50 a 200 mL/h imediatamente após a cirurgia em uma sonda torácica do mediastino; cerca de 500 mL nas primeiras 24 horas.	A drenagem vermelha-escura é normal apenas período pós-operatório, mudando para séri o tempo.
(2) Entre 100 e 300 mL de líquido drenado em uma sonda torácica pleural em um adulto durante as primeiras 3 horas após a inserção. A taxa diminui após 2 horas; espere 500 a 1.000 mL nas primeiras 24 horas. A drenagem é grosseiramente sangrenta durante as primeiras horas após a cirurgia e, em seguida, muda para sérica. Um jorro súbito de drenagem muitas vezes é sangue retido e não um sangramento ativo e, geralmente, o resultado do reposicionamento do paciente (Lewis et al., 2014).	A reexpansão dos pulmões força a drenagem p sonda. A tosse também provoca grandes jo drenagem ou de ar. Relate as quantidades excessivas e/ou a presença continuada de drenagem franca e sangrenta nas primeiras após a cirurgia ao médico, juntamente com sinais vitais e o estado respiratório do pacie
DECISÃO CLÍNICA: *Se a drenagem aumenta subitamente, se está vermelho-vivo ou se há mais de 100 mL/h drenagem sangrenta (exceto para as primeiras 3 horas após a cirurgia), notifique o médico, fique com o pacien avalie os sinais vitais e o estado cardiopulmonar. Isso pode indicar hemorragia ou perfuração do pulmão.*	
f. *Sistema sem água*: O controle da aspiração (bola flutuante) indica a quantidade de aspiração que o espaço intrapleural do paciente está recebendo.	A bola flutuante da aspiração dita a quantidad aspiração no sistema. A bola flutuante pern apenas a aspiração ditada pela sua configu Se a fonte de aspiração for definida muito b bola flutuante da aspiração não pode chega configuração prescrita. Neste caso, aumente aspiração para a bola flutuante atingir a configuração prescrita.
g. Peça para o paciente classificar o nível de conforto em uma escala de 0 a 10.	Indica a necessidade de analgesia. O paciente c desconforto da sonda torácica hesita em faz respirações profundas e, como resultado, co risco de pneumonia e atelectasia.
5. Utilize o método *Ensino de Retorno*: Diga, "Quero repassar o que discutimos sobre como manter suas sondas torácicas abertas e limpas. Diga-me como você pode ajudar a manter as sondas abertas." Revise sua instrução agora ou desenvolva o plano de educação em saúde do paciente caso ele ou sua família não seja capaz de explicar o procedimento corretamente.	Avalia o que o paciente é capaz de explicar ou demonstrar.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. Vazamento de ar não relacionado às respirações do paciente
   - Avalie todas as conexões entre o paciente e o sistema de drenagem para encontrar a fonte e apertar quais conexões frouxas (Carroll, 2015).
   - Se o vazamento de ar persistir, notifique o médico para mudar o sistema de drenagem.

2. Pneumotórax de tensão presente
   - Determine se as sondas torácicas não estão grampeadas, dobradas ou obstruídas. As sondas torácicas obs aprisionam ar no espaço intrapleural quando o vazamento de ar origina-se no paciente e podem causar u pneumotórax de tensão.

- Notifique o médico do paciente imediatamente.
- Prepare-se imediatamente para a inserção de outra sonda torácica; obtenha uma válvula de Heimlich ou agulha de calibre grande para a liberação de ar de emergência a curto prazo no espaço intrapleural; deixe equipamentos de emergência (p. ex., oxigênio, carrinho de código) perto do paciente.

3. Bolhas contínuas na câmara de vedação hidráulica, indicando que o vazamento está entre o paciente e a ve hidráulica
   - Aperte as conexões soltas entre o paciente e o sistema de vedação hidráulica.
   - Verifique a política da instituição e, se instruído, grampeie a sonda torácica próximo ao tórax do paciente utilizando grampos hemostáticos. Se as bolhas pararem, o vazamento de ar está dentro do tórax do pacie no local de inserção da sonda torácica.
   - Desgrampeie a sonda torácica.
   - Reforce o curativo.
   - Notifique o médico.

REGISTRO E RELATO

- Registre e relate a desobstrução da sonda torácica; a presença, o tipo e a quantidade de drenagem; a presen flutuações; os sinais vitais do paciente; o estado do curativo do tórax; quantidade de aspiração e/ou vedação hidráulica; e o nível de conforto do paciente.
- Documente sua avaliação sobre o aprendizado do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Os pacientes com condições crônicas (p. ex., sem pneumotórax descomplicado, efusões, empiema) que exig sonda torácica a longo prazo podem receber alta com drenos móveis menores. Estes sistemas não têm uma de controle de aspiração e usam uma válvula mecânica unidirecional em vez de uma câmara de vedação hidráulica.
- Instrua o paciente como deambular e permanecer ativo com um sistema de drenagem da sonda torácica mó
- Dê ao paciente informações sobre quando deve entrar em contato com os profissionais de saúde sobre mud no estado de saúde ou no sistema de drenagem (p. ex., dor no peito, falta de ar, mudança da drenagem).

Procedimento 41-4 Utilizando o equipamento de oxigênio domiciliar

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administrar os equipamentos de oxigênio em casa não pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. Instrua o técnico de enfermagem sobre:

- As necessidades exclusivas do paciente (p. ex., a quantidade de assistência na aplicação da cânula nasal ou da máscara) e qualquer assistência necessária para o enchimento de reservatórios de líquido.
- O tipo de equipamento que o paciente deve ter em casa e a taxa de fluxo de oxigênio.
- A importância de relatar imediatamente ao enfermeiro sobre o

aumento da frequência respiratória, a diminuição do nível de consciência, o aumento da confusão e a dor.

Material

- Equipamento de cânula nasal (Quadro 41-9 Diretrizes para o Procedimento)
- Dispositivo de umidificação caso a distribuição de oxigênio seja maior que 4 L/min
- Sonda de oxigênio disponível em comprimentos de 15 m
- Sistema de distribuição de oxigênio de baixo fluxo domiciliar com os equipamentos apropriados

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número d prontuário do paciente) de acordo com a política da instituição. Comparar os identificadores com as infor no MAR ou prontuário médico do paciente.
2. Enquanto o paciente ainda estiver no hospital, determinar a capacidade do paciente ou do cuidador famili usar o equipamento de oxigênio corretamente. Em ambiente domiciliar, reavaliar o acesso e o uso apropri equipamentos.
3. Avaliar o ambiente domiciliar quanto ao serviço elétrico adequado se o concentrador de oxigênio for solici
4. Avaliar a capacidade do paciente e da família para observar os sinais e sintomas de hipóxia: apreensão, an diminuição da capacidade de concentração, nível reduzido de consciência, aumento de fadiga, tonturas, mudanças comportamentais, pulso elevado, aumento da frequência respiratória, palidez ou cianose das m
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Determinar os recursos apropriados na comunidade para os equipamentos e a assistência, incluindo servi manutenção e reparo e fornecedor de equipamentos médicos.
2. Instrua a família a investigar os requisitos municipais para os equipamentos médicos domiciliares, sobretu oxigênio.
3. Obtenha os encaminhamentos apropriados para determinar se o paciente atende às normas de reembolso

terceiros.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos.
2. Coloque o sistema de distribuição de oxigênio em um ambiente organizado que seja bem ventilado; longe paredes, cortinas, roupa de cama e materiais combustíveis; e a menos de 2,5 m da fonte de calor.
3. Demonstre cada passo de preparação e realização da oxigenoterapia.

a. Sistema de oxigênio comprimido — disponível em grandes cilindros como unidades fixas ou cilindros n de pouco peso, em bolsas e/ou carrinhos de mão.

(1) Gire a válvula do cilindro no sentido anti-horário duas ou três voltas com a chave. Guarde a chave co tanque de oxigênio.

(2) Verifique os cilindros pela quantidade de leitura no manômetro (consulte a ilustração).

b. **Sistema de concentrador de oxigênio** — disponível como unidade fixa ou dispositivo portátil.

(1) Conecte o concentrador na tomada apropriada.

(2) Ligue o interruptor.

(3) O alarme soa por alguns segundos.

c. **Sistemas de oxigênio líquido** — disponível em grandes reservatórios que podem ser usados para enche unidade portátil menor (AARC, 2007). A unidade portátil pesa de 2 a 5 kg e pode ser transportada com cinta de ombro ou puxada em um carrinho.

d. Encher o tanque de oxigênio

(1) Verifique a quantidade de oxigênio no tanque.

(2) Limpe os dois conectores de enchimento com um pano limpo, seco e sem fiapos.

(3) Desligue o seletor de fluxo da unidade ambulatorial.

(4) Prenda a unidade ambulatorial ao reservatório fixo inserindo o adaptador do tanque ambulatorial no adaptador do reservatório fixo.

(5) Abra a válvula de enchimento do tanque ambulatorial e aplique pressão firme no topo do reservatór (consulte a ilustração). Fique junto da unidade enquanto ela está enchendo. Você vai ouvir um barulh de assobio. O tanque enche em aproximadamente 2 minutos.

(6) Desprenda a unidade ambulatorial do reservatório fixo quando o barulho de assobio mudar e a nuve vapor começar a se formar na unidade fixa.

(7) Limpe os dois conectores de enchimento com um pano limpo, seco e sem fiapos.

DECISÃO CLÍNICA: *Se a unidade ambulatorial não separa facilmente, as válvulas do reservatório e a unidade aqueçam para desprender (cerca de 5 a 10 minutos). Não toque em nenhuma área congelada porque o contat*

4. Conecte o dispositivo de distribuição de oxigênio ao sistema de oxigênio.

5. Ajuste a taxa de fluxo prescrita (L/min).

6. Coloque o dispositivo de distribuição de oxigênio no paciente.

7. Higienize as mãos.

PASSO 3A(2) Verifique o nível de oxigênio lendo o medidor no topo do reservatório.

8. Instrua o paciente e a família a não alterarem a taxa de fluxo de oxigênio.

9. Oriente o paciente e o cuidador familiar em como eles devem executar cada passo. Forneça um material es para reforço e revisão.

10. Instrua o paciente e o cuidador familiar a notificarem o médico se sinais ou sintomas de hipóxia ou infecç trato respiratório (p. ex., febre, aumento de escarro, alteração da cor do escarro ou odor) ocorrerem.

11. Discuta o plano de emergência para a queda de energia, desastres naturais e desconforto respiratório agu para o paciente ou família/cuidador ligar para a emergência e notificar o médico e a clínica de cuidado do

12. Instrua o paciente e o cuidador familiar sobre as práticas seguras para manter o oxigênio domiciliar, inclu não permitindo fumar dentro de casa, manter os tanques de oxigênio longe de chamas abertas e armazena tanques na posição vertical.

13. Monitore a taxa de distribuição de oxigênio. Todos os equipamentos de distribuição de oxigênio devem s verificados pelo menos uma vez ao dia pelo paciente ou cuidador.

14. O equipamento de distribuição de oxigênio deve ser mantido e atendido rotineiramente de acordo com a orientações do fabricante (AARC, 2007).

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Pergunte ao paciente e à família sobre a facilidade de administração ou quaisquer problemas com o sistem distribuição de oxigênio domiciliar.

2. Peça para o paciente e a família dizerem quais são as diretrizes de segurança, as precauções de emergência plano de emergência.

3. Use o método ***Ensino de Retorno*** para determinar a capacidade do paciente e da família para usar o equip de oxigênio domiciliar. Diga, "Quero ter certeza de que expliquei como administrar o equipamento de oxi

domiciliar. Pode me mostrar como aplicar sua cânula nasal e regular a fonte de oxigênio?" Revise sua inst
agora ou desenvolva um plano de orientação revisado para o paciente se ele ou sua família não for capaz
explicar o procedimento corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O paciente relata que não há fluxo de oxigênio.
   - Verifique o manômetro do tanque. Se o nível de oxigênio for baixo, encha o tanque se for portátil ou forn
   - Notifique o fornecedor de oxigênio domiciliar sobre a necessidade de recarga.
   - Tranquilize o paciente e a família.
2. O paciente ou o cuidador familiar é incapaz de encher o oxigênio líquido portátil da fonte principal.
   - Verifique se o tanque portátil está ligado corretamente.
   - Determine se a válvula está congelada.
   - Entre em contato com o fornecedor de oxigênio domiciliar para a visita de serviço.
   - Forneça a fonte alternativa de oxigênio se necessário.

REGISTRO E RELATO

- Registre o plano de ensino e descreva a capacidade do paciente e do cuidador familiar com a utilização seg
- Registre o tipo de equipamento de oxigênio domiciliar que está sendo usado e a taxa de fluxo de oxigênio,
  resultados inesperados para serem observados e a capacidade de demonstrar o uso adequado do dispositiv

Pontos-chave

- A principal função dos pulmões é transferir o oxigênio da atmosfera para os alvéolos e o dióxido de carbono para fora do corpo como um produto residual.
- As mudanças nas pressões intrapleural e intra-alveolar e dos volumes pulmonares causam o processo de inspiração (processo ativo) e expiração (processo passivo).
- As principais funções do coração são entregar o sangue desoxigenado aos pulmões para a oxigenação e oxigênio e nutrientes para os tecidos.
- O histórico de enfermagem inclui informações sobre a tosse do paciente, dispneia, cansaço, chiado, dor no peito, exposições ambientais, infecção respiratória, fatores de risco cardiopulmonares e uso de medicamentos.
- A avaliação de enfermagem inclui o padrão respiratório, a inspeção torácica, a palpação e a ausculta para os desvios do normal.
- Os testes diagnósticos e laboratoriais completam o histórico para um paciente com diminuição da oxigenação.

- A promoção da saúde inclui as vacinas contra gripe e pneumonia, programas de exercícios, suporte nutricional, cessação do fumo e avaliação ambiental de poluentes e qualidade do ar.
- A manutenção da via aérea requer mobilização das secreções pela maior ingestão de líquidos, umidificação ou nebulização.
- Os exercícios de respiração melhoram a ventilação, a oxigenação e as sensações de dispneia.
- A fisioterapia respiratória inclui drenagem postural, percussão e vibração para mobilizar as secreções pulmonares.
- A manutenção da via aérea pode exigir a utilização de vias aéreas artificiais e aspiração.
- A promoção da expansão do pulmão pode ser alcançada pela mobilidade, posicionamento, espirometria de incentivo e inserção da sonda torácica.
- As cânulas nasais e as máscaras de oxigênio fornecem a oxigenoterapia, o que melhora os níveis de oxigenação dos tecidos.
- Aprender os exercícios de respiração, incluindo a respiração de lábios franzidos e a respiração diafragmática, beneficia os pacientes com doenças pulmonares crônicas.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Para qual dos seguintes problemas de saúde um paciente que tem um histórico de 40 anos de fumo corre risco?
    1. Alcoolismo e hipertensão
    2. Obesidade e diabetes
    3. Enfermidades relacionadas ao estresse
    4. Doença cardiopulmonar e câncer de pulmão
2. Um paciente foi diagnosticado com anemia ferropriva grave. Durante a avaliação física, qual dos seguintes sintomas está

associado à diminuição da oxigenação devido à anemia?

1. Aumento da falta de ar, porém aumento da tolerância à atividade
2. Diminuição da falta de ar e diminuição da tolerância à atividade
3. Aumento da tolerância à atividade e diminuição da falta de ar
4. Diminuição da tolerância à atividade e aumento da falta de ar

3. Um paciente foi admitido no departamento de emergência com suspeita de intoxicação por monóxido de carbono. Apesar de o paciente estar corado e não cianótico, a enfermeira entende que o paciente corre risco de diminuição da capacidade de transporte de oxigênio do sangue porque o monóxido de carbono faz o que dos seguintes:
   1. Estimula a hiperventilação, causando alcalose respiratória
   2. Forma uma forte ligação com a hemoglobina, impedindo assim a ligação de oxigênio nos pulmões
   3. Estimula a hipoventilação, causando acidose respiratória
   4. Faz com que os alvéolos inflem em excesso, levando à atelectasia
4. Uma mulher de 86 anos é admitida na unidade com calafrios e febre de 40°C. Qual processo fisiológico explica por que ela corre risco de dispneia?
   1. A febre aumenta as demandas metabólicas, exigindo que a necessidade de oxigênio aumente.
   2. Os armazenamentos de glicemia estão esgotados e as células não têm energia para usar o oxigênio.
   3. A produção de dióxido de carbono aumenta devido à hiperventilação.
   4. A produção de dióxido de carbono diminui devido à hipoventilação.
5. Um paciente é admitido com o diagnóstico de insuficiência cardíaca esquerda grave. Quais sons pulmonares adventícios são esperados na auscultação?

    1. Chiados sonoros na parte inferior esquerda do pulmão
    2. Roncos no esterno médio
    3. Crepitações apenas no ápice dos pulmões
    4. Crepitações inspiratórias nas bases do pulmão
6. O enfermeiro está cuidando de um paciente que tem mobilidade reduzida. Qual intervenção é um método simples e econômico para reduzir os riscos de complicação pulmonar?
    1. Antibióticos
    2. Mudança frequente de posição
    3. Umidificação do oxigênio
    4. Fisioterapia respiratória
7. Um paciente é admitido com pneumonia lombar grave. Qual dos achados da avaliação a seguir indicaria que o paciente precisa de aspiração da via aérea?
    1. Tosse com escarro ocasional
    2. Tosse com escarro fino e aquoso após a nebulização
    3. Diminuição da habilidade de limpar a via aérea com a tosse
    4. Sons pulmonares claros após a tosse
8. Um paciente foi admitido após um acidente automobilístico com múltiplas costelas fraturadas. A avaliação respiratória inclui sinais/sintomas de pneumotórax secundário. Quais são os achados da avaliação mais comuns associados a um pneumotórax? (Selecione todos os que se aplicam.)
    1. Dor pleurítica aguda que se agrava na inspiração
    2. Crepitações sobre as bases do pulmão afetado
    3. Desvio traqueal em direção ao pulmão afetado
    4. Agravamento da dispneia
    5. Ausência de sons pulmonares na ausculta do lado afetado
9. Um paciente foi recém-diagnosticado com doença pulmonar crônica. Ao discutir a doença pulmonar com o enfermeiro, qual das afirmações do paciente indicaria uma necessidade por mais orientação?
    1. “Vou garantir o meu repouso entre as atividades para que eu não fique com falta de ar.”
    2. “Vou praticar a técnica da respiração de lábios franzidos

para melhorar minha tolerância ao exercício."
3. "Se eu tiver problema em respirar à noite, vou usar dois ou três travesseiros para me apoiar."
4. "Se eu ficar com falta de ar, vou mudar o nível do meu oxigênio para 6 L/min,"

10. O enfermeiro avalia um novo paciente e descobre que ele tem falta de ar com uma frequência respiratória de 32 e está deitado em decúbito dorsal na cama. Qual é a ação prioritária de enfermagem?
    1. Elevar a cabeceira da cama a 45 graus ou mais.
    2. Obter a saturação do oxigênio com um oxímetro de pulso.
    3. Medir a pressão arterial e a frequência respiratória.
    4. Notificar o médico sobre a falta de ar.
11. O enfermeiro está cuidando de um paciente que exibe dificuldade de respiração, está usando os músculos acessórios e está tossindo um escarro espumoso cor-de-rosa. O paciente tem diminuição dos sons respiratórios nas bases pulmonares bilaterais. Quais são as avaliações de enfermagem prioritárias para o enfermeiro realizar antes de notificar o médico? (Selecione todas as que se aplicam.)
    1. Níveis de SpO_2
    2. Quantidade, cor e consistência da produção de escarro
    3. Estado do líquido
    4. Mudança da frequência e do padrão respiratório
    5. Dor na parte inferior da perna
12. Coloque o seguinte na sequência correta para aspiração do paciente.
    1. Abrir o kit e a cuba
    2. Calçar as luvas
    3. Lubrificar o cateter
    4. Verificar o funcionamento do dispositivo de aspiração e pressão
    5. Conectar a sonda de aspiração ao cateter de aspiração
    6. Aumentar o oxigênio complementar
    7. Reaplicar o oxigênio

8. Aspirar a via aérea

13. Quais dos seguintes procedimentos o enfermeiro pode delegar ao pessoal de nível técnico de enfermagem? (Selecione todos os que se aplicam.)
    1. Aspiração nasotraqueal
    2. Aspiração orofaríngea de um paciente estável
    3. Aspiração de uma nova via aérea artificial
    4. Aspiração da sonda de traqueostomia permanente
    5. Cuidado de uma sonda endotraqueal
14. Duas horas após a cirurgia, o enfermeiro avalia um paciente que teve uma sonda torácica inserida durante a cirurgia. Há 200 mL de drenagem vermelho-escura na sonda torácica neste momento. Qual é a ação apropriada para o enfermeiro realizar?
    1. Registrar a quantidade e continuar a monitorar a drenagem.
    2. Notificar o médico.
    3. Ordenhar a sonda torácica com pinça começando no tórax.
    4. Aumentar a aspiração para 10 mmHg.
15. O enfermeiro está analisando os resultados dos testes diagnósticos do paciente. Dos resultados a seguir, o achado que está dentro dos limites esperados e normais é:
    1. Área endurecida, palpável e elevada em torno do local de teste cutâneo de tuberculose.
    2. O escarro para cultura e sensibilidade identifica a tuberculose por micobactéria
    3. Presença de bacilos álcool-acidorresistentes no escarro
    4. Tensão no oxigênio arterial (PaO_2) de 95 mmHg

Respostas: 1. 4; **2.** 4; **3.** 2; **4.** 1; **5.** 4; **6.** 2; **7.** 3; **8.** 1, 4, 5; **9.** 4; **10.** 1; **11.** 1, 2, 4; **12.** 4, 6, 1, 3, 2, 5, 8, 7; **13.** 2, 4; **14.** 1; **15.** 4.

Referências

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. ed 9 St Louis: Mosby; 2011.

American Association of Respiratory Care (AARC) AARC clinical practice guideline, directed cough. *Respir Care*. 1993;38(5):495.

American Association of Respiratory Care (AARC) AARC clinical practice guideline, nasotracheal suction—2004 revision and update. *Respir Care*. 2004;49:1080.

American Association of Respiratory Care (AARC) AARC clinical practice guideline, oxygen therapy in the home or alternate site health care facility—2007 revision and update. *Respir Care*. 2007;52(1):1063.

American Association of Respiratory Care (AARC) AARC clinical practice guideline, endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways—2010 update. *Respir Care*. 2010;55(60):758.

American Association of Respiratory Care (AARC) AARC clinical practice guideline, providing patient and caregiver training—2010. *Respir Care*. 2010;55:765.

American Association of Respiratory Care (AARC) Clinical practice guideline: incentive spirometry. *Respir Care*. 2011;56(10):1600.

American Association of Respiratory Care (AARC) AARC clinical practice guidelines: incentive spirometry-2011. *Respir Care*. 2011;56(10):1600.

American Association of Respiratory Care (AARC) Effectiveness of nonpharmacologic airway clearance therapies in hospitalized patients. *Respir Care*. 2012;58:2187.

American Cancer Society (ACS): *Questions about smoking, tobacco, and health*, 2014a, http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/tobaccocancer/questionsaboutsmoki Accessed September 4, 2014.

American Cancer Society (ACS): *Guide to quitting smoking*, 2014b, http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/guidetoquittingsmoking/i Accessed September 4, 2014.

American Heart Association (AHA) Community lay rescuer automated external defibrillator programs. *Circulation*. 2006;113:1260.

American Heart Association (AHA) 2010 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science. *Circulation*. 2010;122:S685.

American Heart Association (AHA) Part 1: Executive Summary: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency

cardiovascular care. *Circulation*. 2010;122(Suppl):S640–S656.

American Heart Association (AHA) Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation in schools: a science advisory from American heart association. *Circulation*. 2011;123:691.

American Heart Association (AHA): *Get with the guidelines-resuscitation recognition criteria*, 2014, http://my.americanheart.org/professional/ScienceNews/New-Recommendations-to-Improve-Outcomes-After-In-Hospital-Cardiac-Arrest_UCM_450078_Article.jsp Accessed May 2015.

American Heart Association: *Heart attack symptoms in women*, 2015, http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/WarningSignsofaH Attack-Symptoms-in-Women_UCM_436448_Article.jsp#.VkYLs8ZzOUk. Accessed November 2015.

American Lung Association: *State of the lung disease in diverse communities 2010*, 2010, http://www.lung.org/finding-cures/our-research/solddc-index.html. Accessed May 2015.

American Thoracic Society (ATS): *Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and Europena Respiratory Society*, 2011, http://www.thoracic.org/statements/resources/copd/179full.pdf. Accessed November 2015.

Bauman M, et al. Chest tube care, the more you know, the easier it gets. *Am Nurse Today*. 2011;9: http://www.americannursetoday.com/chest-tube-care-the-more-you-know-the-easier-it-gets. Accessed May 2015.

Carroll P: *Chest tube and drainage management*, 2015, http://www.rn.org/courses/coursematerial-98.pdf. Accessed November 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Current cigarette smoking among adults-United States, 2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(44):889.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Tuberculosis, African-American community*, Atlanta, 2013a, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Tuberculosis Elimination. http://www.cdc.gov/tb/topic/populations/TbinAfricanAmericans/default.htm. Accessed May 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Tobacco product use among middle and high school students- United States, 2011 and 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2013;62(45):893: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6245a2.htm. Accessed May 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Vaccines & immunizations:*

pneumococcal vaccination, 2013c, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Immunization and Respiratory Diseases. http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/pneumo/default.htm. Accessed May 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Testing for TB infection*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Division of Tuberculosis Elimination; 2014: http://www.cdc.gov/tb/topic/testing/default.htm. Accessed May 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Diagnosis of TB disease*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Division of Tuberculosis Elimination; 2014: http://www.cdc.gov/tb/topic/testing/default.htm#diagnosis. Accessed May 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Smoking and tobacco use, quitting smoking*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health; 2014: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/quitting/index.l Accessed May 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Fact Sheet: Adult cigarette smoking in the United States: current estimates*. Centers for Disease Control and Prevention, Smoking and Tobacco Use; 2014: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/ Accessed May 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Recommended adult immunization schedule—United States*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, Morbidity and Mortality Weekly; 2014: http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf. Accessed May 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) *Smoking and tobacco use, smoking during pregnancy*. Centers for Disease Control and Prevention Office on Smoking and Health, National Center for Disease Prevention and Health Promotion; 2014: http://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/pregnancy. Accessed May 2015.

Centers for Disease Control (CDC): *Key facts about seasonal flu vaccine*, 2014g, Centers for Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/flu/protect/keyfacts.htm. Accessed May 2015.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): *Home oxygen therapy*, 2015, https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/Home-Oxygen-Therapy-ICN908804.pdf. Accessed January 2016.

Cleveland Clinic *Information for patients: tracheostomy care*. Cleveland Clinic Head

and Neck Institute; 2014:
http://my.clevelandclinic.org/head_neck/patients/head_neck_cancer/tracheostom
Accessed May 2015.

Cooper KLL. Evidence-based prevention of pressure ulcers in the intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2013;33(6):57.

Cystic Fibrosis Foundation (CFF) *An introduction to postural drainage & percussion—consumer fact sheet*. Bethesda, Md: Cystic Fibrosis Foundation; 2012.

Downie F, et al. Opsite flexifit gentle: preventing skin breakdown in vulnerable skin. *Br J Nurs*. 2013;22(12):S20.

Environmental Protection Agency (EPA): *A citizen's guide to radon*, 2014. http://www.epa.gov/radon/pubs/citguide.html. Accessed May 2015.

Freeman S. Care of adult patients with a temporary tracheostomy. *Nurs Stand*. 2011;26(20):49.

Hamilton VA, et al. The role of the endotracheal tube cuff in microaspiration. *Heart Lung*. 2012;41(2).

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children multimedia enhanced version*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Johns Hopkins Medicine: *Stoma care*, 2015. http://www.hopkinsmedicine.org/tracheostomy/living/stoma.html. Accessed May 2015.

Kane C, et al. Chest tubes in the critically ills patient. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013;32(3):112.

Katholi RE, Couri DM. Left ventricular hypertrophy: major risk factor in patients with hypertension: update and practical clinical applications. *Int J Hypertens*. 2011; Article ID 495349, 2011.
http://www.hindawi.com/journals/ijhy/2011/495349/. Accessed May 2015.

Lewis SL, et al. *Medical surgical nursing, assessment and management of clinical problems*. ed 9 St Louis: Mosby; 2014.

Li TC: *Can I get the flu vaccine if I am allergic to eggs? Mayo Clinic*, 2013, http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/swine-flu/expert-answers/flu-vaccine-egg-allergy/faq-20057773. Accessed May 2015.

McCance KL, Huether SE. *Pathophysiology: the biologic basis for disease in adults and children*. ed 7 St Louis: Mosby Elsevier; 2014.

Meiner S. *Gerontologic nursing*. ed 4 St Louis: Mosby; 2011.

Morris LL, et al. Tracheostomy care and complications in the intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2013;33(5):18.

Morrison L, Agnew J: *Oscillating devices for airway clearance in people with cystic fibrosis (Review)*, 2014, The Cochrane Library,
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006842.pub3/abstract.

Accessed January 2016.

National Heart Lung and Blood Institute: *What is CPAP?* 2011, National Institutes of Health. http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/cpap. Accessed May 2015.

National Institute on Drug Abuse (NIDA): *NIDA Drugfacts: marijuana*, 2014, National Institutes of Health. http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana. Accessed May 2015.

National Institute on Drug Abuse (NIDA): *Drugfacts: cocaine*, 2013, National Institutes of Health. http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cocaine. Accessed May 2015.

Respiratory Therapy Cave (RTC), *Chest tubes and pleural drainage*, 2011. http://respiratorytherapycave.blogspot.com/2011/10/chest-tubes-and-pleural-drainage.html. Accessed May 2015.

Soo Hoo GW, et al: *Noninvasive ventilation*, 2014, http://emedicine.medscape.com/article/304235-overview. Accessed May 2015.

Stoppler MC: *Is your child or teen "huffing"*, MedicineNet.com, 2013, http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=47975 Accessed September 4, 2014.

Task Force on Supplemental Oxygen Therapy Supplemental oxygen utilization during physical therapy intervention. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2014;25(2):38.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess' gerontological nursing and healthy aging*. ed 4 St Louis: Elsevier; 2014.

Urden LD, et al. *Thelan's critical care nursing diagnosis and management*. ed 7 St Louis: Elsevier; 2014.

Referências de pesquisa

Aguiar C, et al. Tubing length for long-term oxygen therapy. *Respir Care*. 2015;60(2):178.

Atkins JR, Kautz DD. Move to improve: progressive mobilization in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(5):275.

Booker S, et al. Mouth care to reduce ventilator-associated pneumonia. *Am J Nurs*. 2013;113(10):24.

Borge CR, et al. Effects of controlled breathing exercises and respiratory muscle training in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from evaluating the quality of evidence in systematic reviews. *BMC Pulm Med*. 2014;14:184.

Cabral LF, et al. Pursed lip breathing improves exercise tolerance in COPD: a randomized crossover study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014; [Epub ahead of print].

Cassidy MR, et al. I cough: reducing postoperative pulmonary complications with a multidisciplinary patient care program. *JAMA Surg*. 2013; 14740.

Dango S, et al. Impact of chest tube clearance on postoperative morbidity after thoracotomy: results of a prospective, randomized trial. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2010;37(1):51.

Earnest MA. Explaining adherence to supplemental oxygen therapy. *J Gen Intern Med*. 2002;17:749.

Hong CM, et al. Patients with chronic obstructive pulmonary disorder. *Med Clin North Am*. 2013;97(6):1095.

Institute for Health Care Improvement (IHCI): *Implement the IHI ventilator bundle*, 2012, http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventVAP.aspx. Accessed May 2015.

James PA, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507.

Kaiser JR, et al. The effects of closed tracheal suctioning plus volume guarantee on cerebral hemodynamics. *J Perinatol*. 2011;31(10):671.

Kassis A, et al. Characteristics of patients with injury secondary to smoking on home oxygen therapy transferred intubated to a burn center. *J Am Coll Surg*. 2014;8(6):1182.

Labeau SO, et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia with oral antiseptics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2011;11(11):845.

Lacherade JC, et al. Intermittent subglottic secretion drainage and ventilator associated pneumonia: a multicenter trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(7):910.

Loo CY, et al. Implications and emerging control strategies for ventilator associated infections. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2015;13(3):379.

Luo Z, et al. Noninvasive positive pressure ventilation is required following extubation at the pulmonary infection control window: a prospective observational study. *Clin Respir J*. 2014;8(3):338.

Lynn-McHale DJ. *AACN procedural manual for critical care*. ed 6 St Louis: Saunders; 2011.

Monaco SS, et al. Preventing ventilator-associated events, complying with evidence-based practice. *Crit Care Nurs Q*. 2014;37(4):384.

Morris AC, et al. Reducing ventilator-associated pneumonia in intensive care: impact of implementing a care bundle. *Crit Care Med*. 2011;39(10):2218.

Najafi M, et al. Gender differences in coronary artery disease: correlational study on dietary pattern and known cardiovascular risk factors. *Int Cardiovasc Res J*. 2013;7(4):124.

Needleman M, et al. Randomized controlled trial of tooth-brushing to reduce ventilator-associated pneumonia pathogens and dental plaque in a critical care unit. *J Clin Periodontol*. 2011;38(3):246.

O'Leary C. Evidenced-based management of sepsis. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18(3):280.

Ozden D, Gorgulu S. Development of standard practice guidelines for open and closed system suctioning. *J Clin Nurs*. 2012;21(9–10):1327.

Pang PS, et al. Assessment of dyspnea early in acute heart failure: patient characteristics and response differences between Likert and visual analog scales. *Acad Emerg Med*. 2014;21(6):659.

Pedersen CM, et al. Endotracheal suctioning of the adult intubated patient—what is the evidence?. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25:21.

Rauen CA, et al. Seven evidenced-based practice habits: putting some sacred cows out to pasture. *Crit Care Nurse*. 2008;28(2):98.

Sedwick MB, et al. Using evidence-based practice to prevent ventilator-associated pneumonia. *Crit Care Nurse*. 2012;32(4):41.

Shi Z, et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD008367: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008367.pub2/abstract. Accessed May 2015.

Sole ML, et al. Comparison of airway management practices between registered nurses and respiratory care practitioners. *Am J Crit Care*. 2014;23(3):191.

Yazdannik AR, et al. Comparing two levels of closed system suction pressure in ICU patients: evaluating the relative safety of higher values of suction pressure. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(2):117.

Zaratkiewicz S, et al. Retrospective review of the reduction of oral pressure ulcers in mechanically ventilated patients: a change in practice. *Crit Care Nurs Q*. 2012;35(3):247.

42

Equilíbrios Hídrico, Eletrolítico e Acidobásico

OBJETIVOS

- Descrever os processos envolvidos na regulação do volume do líquido extracelular, da osmolalidade dos líquidos orgânicos e da distribuição dos líquidos.
- Descrever os processos envolvidos na regulação das concentrações plasmáticas dos íons potássio, cálcio, magnésio e fosfato.
- Descrever os processos envolvidos na regulação do equilíbrio acidobásico.
- Descrever os distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos comuns.
- Identificar os fatores de risco para distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos.
- Escolher as avaliações clínicas apropriadas para os distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos específicos.
- Interpretar os valores laboratoriais hídricos, eletrolíticos e acidobásicos comuns.
- Aplicar o processo de enfermagem quando cuidar de pacientes com distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos.
- Discutir a finalidade e o procedimento para a instalação e a manutenção da terapia IV.

- Calcular uma velocidade de fluxo IV.
- Descrever como medir e registrar a ingestão e o débito de líquidos.
- Explicar como trocar equipos e soluções IV e interromper uma infusão.
- Descrever as complicações potenciais da terapia IV e o que fazer caso elas ocorram.
- Discutir o procedimento para iniciar uma transfusão de sangue e procedimentos para gerenciar uma reação transfusional.

TERMOS-CHAVE

Acidose metabólica, p. 936
Acidose respiratória, p. 936
Acidose, p. 936
Alcalose metabólica, p. 937
Alcalose respiratória, p. 936
Alcalose, p. 936
Ânions, p. 927
Cátions, p. 927
Coloides, p. 928
Cristaloides, p. 947
Déficit de volume de líquido extracelular (déficit do LEC), p. 931
Desidratação, p. 931
Dispositivos de acesso vascular (VAD), p. 948
Dispositivos de infusão eletrônicos (EID), p. 950
Eletrólitos, p. 927
Excesso de volume de líquido extracelular (excesso do LEC), p. 931

Extravasamento, p. 953
Filtração, p. 928
Flebite, p. 953
Gasometria arterial (ABG), p. 935
Hipercalcemia, p. 933
Hipermagnesemia, p. 935
Hipernatremia, p. 931
Hiperpotassemia, p. 933
Hipertônico, p. 928
Hipocalcemia, p. 933
Hipomagnesemia, p. 933
Hiponatremia, p. 931
Hipopotassemia, p. 933
Hipotônico, p. 928
Hipovolemia, p. 931
Infiltração, p. 952
Intervalo aniônico, p. 936
Íons, p. 927
Isotônico, p. 928
Líquido extracelular (LEC), p. 927
Líquido intersticial, p. 927
Líquido intracelular (LIC), p. 927
Líquido intravascular, p. 927
Líquido, p. 927
Líquidos transcelulares, p. 927
Osmolalidade, p. 927
Osmose, p. 928
Pressão coloidosmótica, p. 928
Pressão hidrostática, p. 928

Pressão oncótica, p. 928
Pressão osmótica, p. 928
Reação transfusional, p. 954
Tampões, p. 935
Transfusão autóloga, p. 954
Transporte ativo, p. 928
Venipuntura, p. 949

O líquido circunda todas as células no corpo e também está dentro delas. Os líquidos orgânicos contêm eletrólitos como sódio e potássio e também apresentam um grau de acidez. Os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico dentro do organismo mantêm a saúde e a função de todos os sistemas orgânicos. As características dos líquidos orgânicos influenciam a função do sistema orgânico por causa de seus efeitos sobre a função celular. Estas características incluem a quantidade de líquido (volume), concentração (osmolalidade), composição (concentração do eletrólito) e grau de acidez (pH). Todas estas características possuem mecanismos reguladores que as mantêm em equilíbrio para a função normal. Neste capítulo, você aprenderá como o corpo normalmente mantém os equilíbrios hídrico, eletrolítico e ácido-básico. Você também aprenderá como se desenvolvem os desequilíbrios ou distúrbios; como diversos distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos afetam o paciente; e as maneiras para ajudar os pacientes a manter ou restaurar o equilíbrio com segurança.

Base de conhecimento científico

Esta seção proporciona a base para o seu raciocínio crítico em relação aos pacientes que tem ou estão em risco de apresentar distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos.

Localização e Movimento da Água e Eletrólitos

A água comporta uma proporção substancial do peso corporal. Na realidade, aproximadamente 60% do peso corporal de um homem adulto são feitos de água. Esta proporção diminui com a idade; aproximadamente 50% do peso de um homem idoso são feitos de água. Tipicamente, as mulheres possuem menor conteúdo de água que os homens. As pessoas obesas possuem menos água em seus corpos que as pessoas magras porque o tecido adiposo contém menos água que o músculo (Hall, 2016). O termo **líquido** significa água que contém substâncias dissolvidas ou suspensas, como glicose, sais minerais e proteínas.

Distribuição de Líquidos

Os líquidos orgânicos estão localizados em dois compartimentos distintos: o **líquido extracelular (LEC)**, fora das células, e o **líquido intracelular (LIC)**, dentro das células (Fig. 42-1). Nos adultos, o LIC consiste em aproximadamente dois terços da água corporal total. O LEC perfaz aproximadamente um terço da água total do corpo. O LEC tem duas divisões maiores (**líquido intravascular** e **líquido intersticial**) e uma divisão menor (**líquidos transcelulares**). O líquido intravascular é a parte líquida do sangue (i.e., o plasma). O líquido intersticial localiza-se entre as células e fora dos vasos sanguíneos. Os líquidos transcelulares, como os líquidos cefalorraquidiano, peritoneal, pleural e sinovial, são secretados pelas células epiteliais (Hall, 2016).

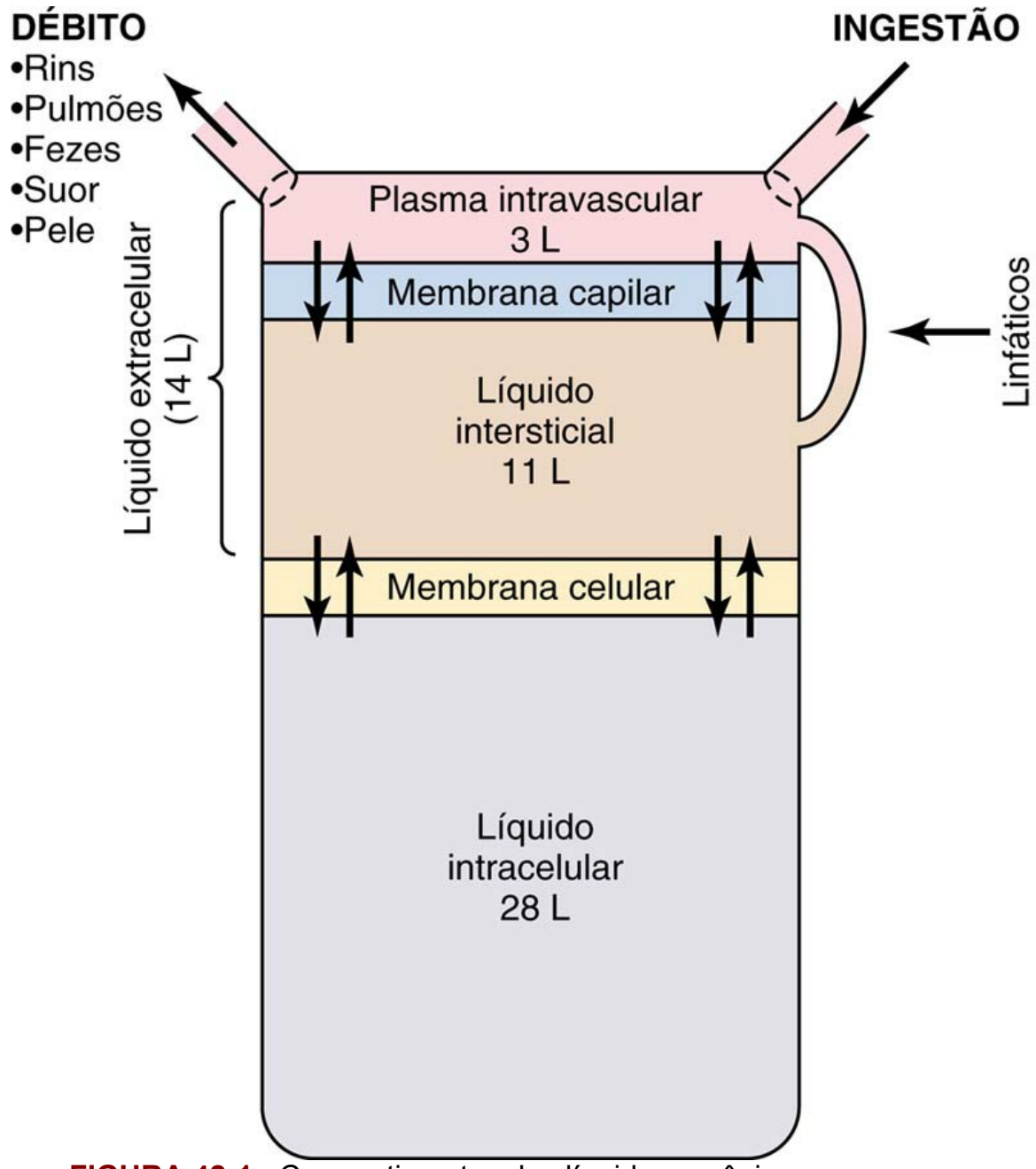


FIGURA 42-1 Compartimentos dos líquidos orgânicos. (De Hall JE: *Guyton and Hall textbook of medical physiology,* ed. 13. Philadelphia, 2016, Saunders.)

Composição dos Líquidos Orgânicos

O líquido nos compartimentos orgânicos contém sais minerais, conhecidos tecnicamente como **eletrólitos**. Um eletrólito é um

composto que se decompõe em **íons** (partículas carregadas) quando se dissolve em água. Os íons que são carregados positivamente são chamados de **cátions**; os íons que são carregados negativamente são denominados **ânions**. Os cátions nos líquidos orgânicos são os íons sódio (Na^{2+}), potássio (K^{+}), cálcio (Ca^{2+}) e magnésio (Mg^{2+}). Os ânions nos líquidos orgânicos são o cloreto (Cl^{-}) e o bicarbonato (HCO_3^-). Os ânions e os cátions se combinam para formar sais. Se você coloca o sal de cozinha (NaCl) na água, ele se dissocia em Na^{+} e Cl^{-}. As outras combinações de ânions e cátions agem da mesma maneira. Comumente, os laboratórios clínicos informam as mensurações de eletrólitos em miliequivalentes por litro (mEq/L) ou milimoles por litro (mmol/L), que são duas unidades de concentração diferentes (Tabela 42-1). Os milimoles por litro representam o número de miligramas do eletrólito que estão contidos em um litro do líquido a ser medido dividido por seu peso molecular (usualmente soro ou plasma sanguíneo). Os miliequivalentes por litro são os milimoles por litro multiplicados pela carga elétrica (p. ex., 1 para Na^{+}, 2 para Ca^{2+}). Um miliequivalente de um eletrólito pode combinar-se com um miliequivalente de outro eletrólito, o que é por que esta unidade de medição é empregada.

Tabela 42-1

Valores Laboratoriais Normais para Adultos

Item Medido	Valor Normal no Soro e no Sangue
Osmolalidade	280-300 mOsm/kg H_2O (280-300 mmol/kg H_2O)
Eletrólitos	
Sódio (Na^{+})	136-145 mEq/L (136-145 mmol/L)
Potássio (K^{+})	3,5-5,0 mEq/L (3,5-5 mmol/L)
Cloro (Cl^{-})	98-106 mEq/L (98-106 mmol/L)
CO_2 total (conteúdo total de CO_2)	22-30 mEq/L (22-30 mmol/L)
Bicarbonato (HCO_3^-)	Arterial: 22-26 mEq/L (22-26 mmol/L) Venoso: 24-30 mEq/L (24-30 mmol/L)
Cálcio total (Ca^{2+})	8,4-10,5 mg/dL (2,1-2,6 mmol/L)

Cálcio ionizado (Ca^{2+})	4,5-5,3 mg/dL (1,1-1,3 mmol/L)
Magnésio (Mg^{2+})	1,5-2,5 mEq/L (0,75-1,25 mmol/L)
Fosfato	2,7-4,5 mg/dL (0,87-1,45 mmol/L)
Intervalo aniônico	5-11 mEq/L (5-11 mmol/L)
Gases Sanguíneos Arteriais	
pH	7.35-7.45
$PaCO_2$	35-45 mm Hg (4,7-6 kPa)
PaO_2	80-100 mm Hg (10,7-13,3 kPa)
Saturação de O_2	95%-100% (0,95-1,0)
Excesso de base	−2 a +2 mEq/L (mmol/L)

O líquido que contém um grande número de partículas dissolvidas é mais concentrado que a mesma quantidade de líquido que contém apenas algumas partículas. A **osmolalidade** de um líquido é uma medida do número de partículas por quilograma de água. Algumas partículas (p. ex., ureia) atravessam facilmente as membranas celulares; outras como o Na^+ não podem atravessar com facilidade. As partículas que não conseguem atravessar as membranas celulares com facilidade determinam a tonicidade (concentração efetiva) de um líquido (Davison et al., 2014). Um líquido com a mesma tonicidade que o sangue é denominado **isotônico**. Uma solução **hipotônica** é mais diluída que o sangue; já a solução **hipertônica** é mais concentrada que o sangue normal (Fig. 42-2).

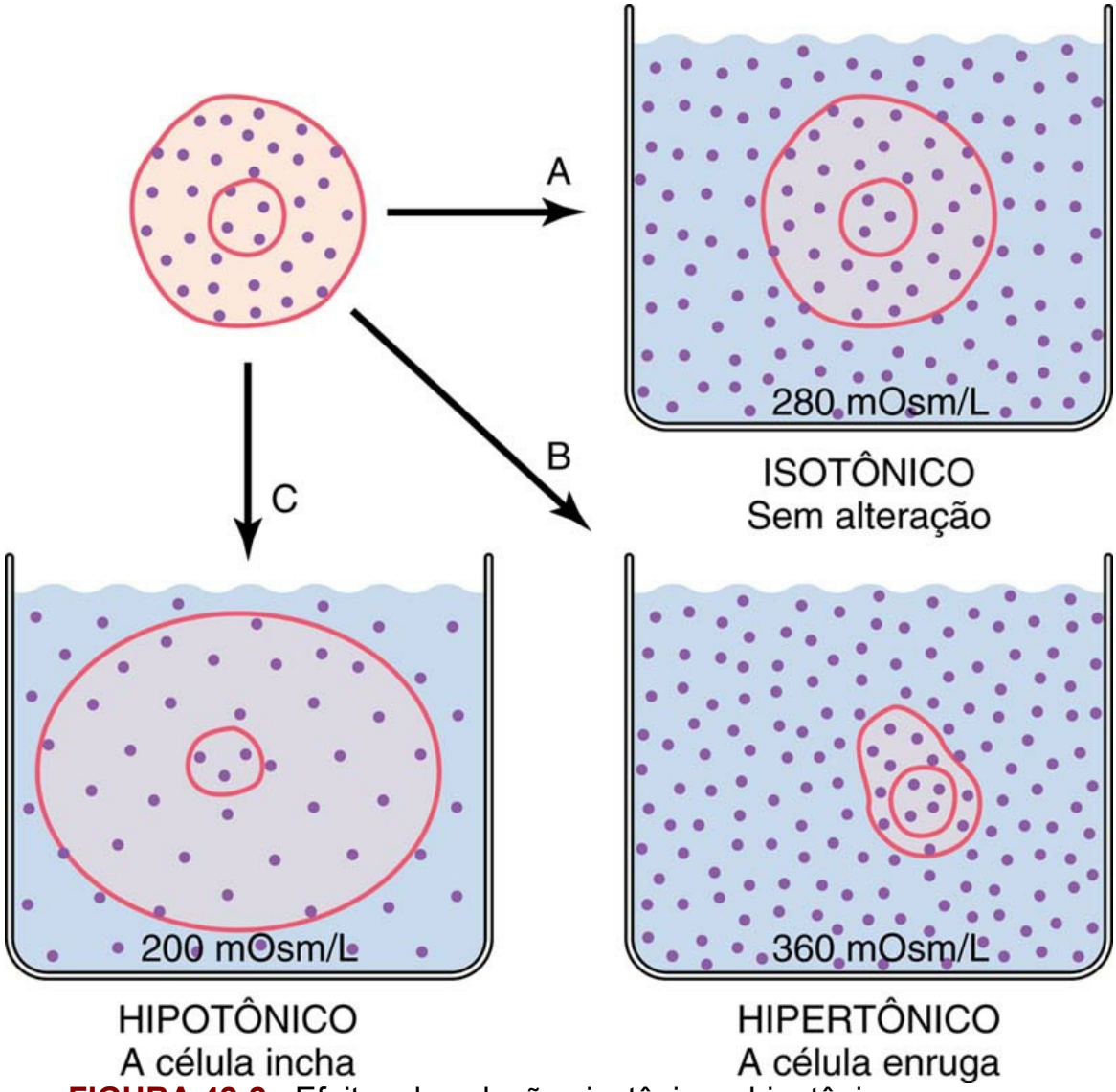


FIGURA 42-2 Efeitos de soluções isotônicas, hipotônicas e hipertônicas. (De Hall JE: *Guyton and Hall textbook of medical physiology*, ed. 13. Philadelphia, 2016, Saunders.)

Movimento de Água e Eletrólitos

Transporte ativo, difusão, osmose e filtração são processos que movimentam a água e os eletrólitos entre os compartimentos orgânicos. Os processos mantêm a osmolalidade igual em todos os compartimentos, enquanto permitem diferentes concentrações de eletrólitos.

Transporte Ativo

Os líquidos nos diferentes compartimentos corporais apresentam diferentes concentrações de eletrólitos que são necessárias para a função normal. Por exemplo, as concentrações de Na^+, Cl^- e HCO_3^- são mais elevadas no LEC, enquanto as concentrações de K^+, Mg^{2+} e fosfato são maiores no LIC. As células mantêm sua concentração eletrolítica intracelular elevada por **transporte ativo**. O transporte ativo requer energia na forma de trifosfato de adenosina (ATP) para mover os eletrólitos através das membranas celulares contra o gradiente de concentração (das áreas de menor concentração para as áreas de concentração mais elevada). Um exemplo de transporte ativo é a bomba de sódio-potássio, que movimenta o Na^+ para fora da célula e o K^+ para dentro dela, mantendo o LIC mais pobre em Na^+ e mais rico em K^+ que o LEC.

Difusão

A difusão é o movimento passivo dos eletrólitos ou de outras partículas sob um gradiente de concentração (da área de concentração mais elevada para a área de menor concentração). Dentro de um compartimento corporal, o eletrólito difunde-se com facilidade por meio de movimentos aleatórios até que a concentração seja igual em todas os locais. No entanto, a difusão dos eletrólitos através das membranas celulares exige proteínas que também servem como canais iônicos. Por exemplo, quando um canal de sódio em uma membrana celular está aberto, o Na^+ difunde-se de maneira passiva para dentro do LIC porque a concentração é menor no LIC. A abertura dos canais iônicos é rigorosamente controlada e desempenha uma parte importante na função muscular e nervosa.

Osmose

A água movimenta-se através das membranas celulares por **osmose**, um processo pelo qual a água se move através de uma membrana que separa os líquidos com diferentes concentrações de partículas (Fig. 42-3). As membranas celulares são semipermeáveis, o que significa que a água as atravessa com facilidade, mas não são livremente permeáveis

a muitos tipos de partículas, inclusive eletrólitos como sódio e potássio. Estas membranas celulares semipermeáveis separam o líquido intersticial do LIC. O líquido em cada um destes compartimentos exerce a **pressão osmótica**, uma força que traciona para dentro causada pelas partículas no liquido. As partículas já existentes dentro da célula exercem a pressão osmótica do LIC, a qual tende a puxar a água para dentro da célula. As partículas no líquido intersticial exercem a pressão osmótica do líquido intersticial, a qual tende a empurrar a água para fora da célula. A água se move para dentro do compartimento que possui uma pressão osmótica mais elevada (força de tração interna) até que a concentração da partícula seja igual nos dois compartimentos.

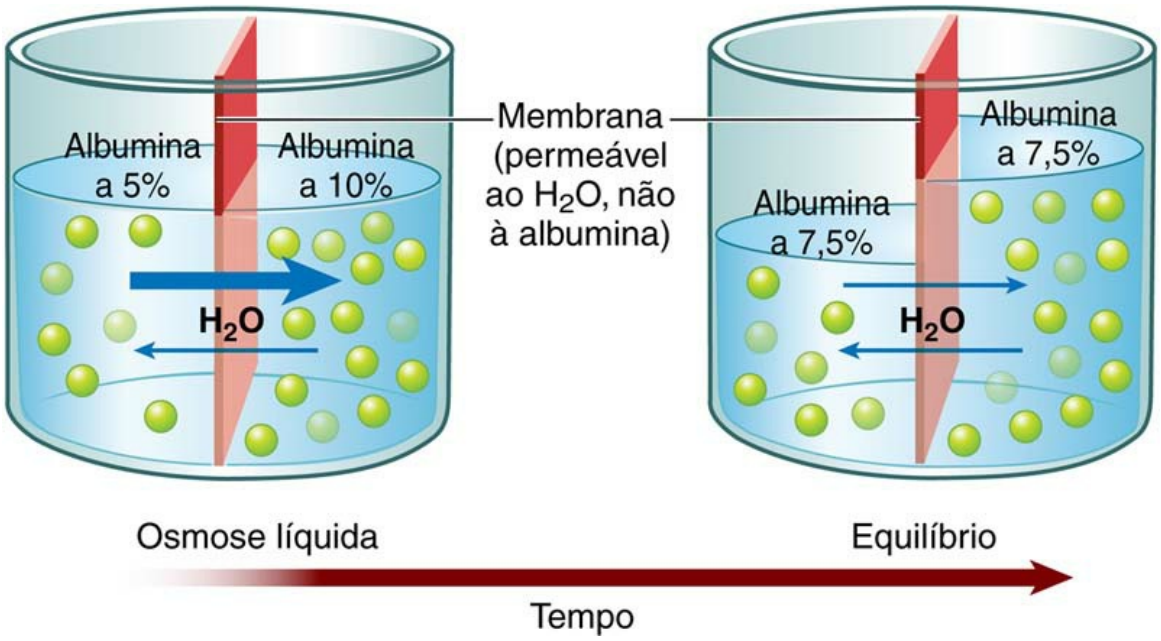


FIGURA 42-3 A osmose movimenta a água através da membrana semipermeável. (De Patton, KT, Thibodeau GA: *Anatomy and physiology*, ed 9, St. Louis, 2016, Mosby.)

Quando a concentração da partícula no compartimento intersticial se modifica, a osmose ocorre rapidamente e movimenta a água para dentro ou para fora das células para equalizar as pressões osmóticas. Por exemplo, quando uma solução hipotônica (mais diluída que os

líquidos orgânicos normais) é administrada por via intravenosa (IV), ela dilui o líquido intersticial, diminuindo sua pressão osmótica abaixo da pressão osmótica intracelular. A água se move rapidamente para dentro das células até que as duas pressões osmóticas se igualem novamente. Por outro lado, a infusão de uma solução IV hipertônica (mais concentrada que os líquidos orgânicos normais) faz com que a água saia das células por osmose para equalizar a osmolalidade entre os compartimentos intersticial e intracelular.

Filtração

O líquido se movimenta para dentro e para fora dos capilares (entre os compartimentos vascular e intersticial) mediante o processo de **filtração** (Fig. 42-4). A filtração é a ação combinada de quatro forças, duas que tendem a movimentar o líquido para fora dos capilares e pequenas vênulas e duas que tendem a mover o líquido de volta para dentro deles. A **pressão hidrostática** é a força do líquido que pressiona no sentido externo contra uma superfície. De maneira similar, a pressão hidrostática capilar é uma força relativamente forte que traciona para fora, a qual ajuda a mover o líquido dos capilares para dentro da área intersticial. A pressão hidrostática do líquido intersticial é uma força de oposição mais fraca, que tende a empurrar o líquido novamente de volta para dentro dos capilares (Hall, 2016).

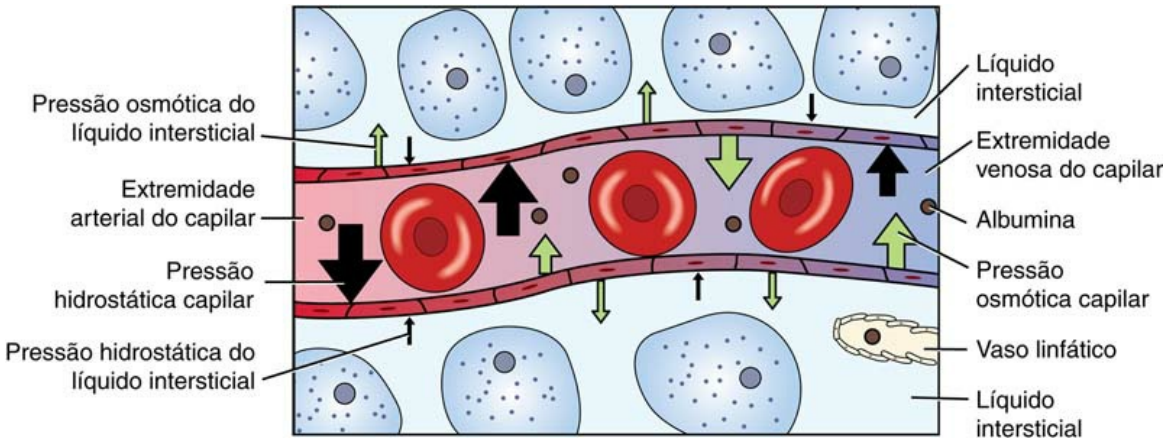


FIGURA 42-4 A filtração capilar move o líquido entre os compartimentos vascular e intersticial. (De Copehead LC, Banasik

JL: *Pathophysiology*, ed 5, St. Louis, 2013, Saunders.)

O sangue contém albumina e outras proteínas conhecidas como **coloides**. Estas proteínas são muito maiores que os eletrólitos, glicose e outras moléculas que se dissolvem com facilidade. A maioria dos coloides é grande demais para sair dos capilares no líquido que é filtrado; desta maneira, eles permanecem no sangue. Como eles são partículas, os coloides exercem pressão osmótica. A **pressão coloidosmótica** sanguínea, também chamada de **pressão oncótica**, é uma força de tração interna gerada pelas proteínas sanguíneas que ajuda a mover o líquido da área intersticial de volta para dentro dos capilares. A pressão coloidosmótica do líquido intersticial constitui, normalmente, uma força de oposição muito pequena.

Na extremidade arterial de um capilar normal, a pressão capilar hidrostática é a mais forte, sendo que o líquido se move do capilar para dentro da área intersticial, levando nutrientes para as células. Na extremidade venosa, a pressão capilar hidrostática é mais fraca e a pressão coloidosmótica do sangue é a mais forte. Desta maneira, o líquido se movimenta para dentro do capilar na extremidade venosa, removendo os produtos residuais oriundos do metabolismo celular. Os vasos linfáticos removem qualquer líquido adicional e as proteínas que extravasaram para dentro do líquido intersticial.

Os processos patológicos e outros fatores que alteram estas forças podem causar o acúmulo do líquido em excesso no espaço intersticial, conhecido como *edema*. Por exemplo, as pessoas com insuficiência cardíaca desenvolvem edema. Nesta situação, a congestão venosa de um coração enfraquecido que não bombeia mais de modo efetivo aumenta a pressão hidrostática capilar, gerando o edema ao mover o excesso de líquido para dentro do espaço intersticial. A pressão hidrostática capilar aumentada resultante e a pressão coloidosmótica intersticial aumentada produzem o edema localizado nos tecidos inflamados.

Balanço Hídrico

A homeostasia dos líquidos consiste na inter-relação dinâmica de três

processos: ingestão e absorção do líquido, distribuição do líquido e débito do líquido (Felver, 2013d). Para manter o balanço hídrico, a ingesta de líquido deve ser igual ao débito. Como parte do débito hídrico diário normal (p. ex., urina, suor) é uma solução salina hipotônica, as pessoas devem ter uma ingestão de líquido equivalente à de um líquido hipotônico contendo sódio (ou água mais alimentos com algum sal) para manter o balanço hídrico (ingestão igual ao débito).

Ingestão de Líquidos

A ingestão de líquidos ocorre por via oral ao beber, mas também pela alimentação, porque a maioria dos alimentos contém alguma água. O metabolismo dos alimentos cria água adicional. A ingestão de líquido média a partir destas vias para adultos saudáveis é de aproximadamente 2.300 mL, embora esta quantidade possa variar amplamente, dependendo dos hábitos de exercício, preferências e o ambiente (Tabela 42-2). As outras vias da ingestão de líquido incluem as vias IV, retal (p. ex., enemas) e a irrigação de cavidades corporais que podem absorver líquidos.

Tabela 42-2

Ingestão e Débito Hídricos Médios no Adulto Saudável

	Normal (por dia)	Exercício Intenso Prolongado (por hora)
Ingestão de Líquidos		
Líquidos ingeridos		
Oral	1.100-1.400 mL	280-1.100 mL/h
Alimentos	800-1.000 mL	Altamente variável
Metabolismo	300 mL	16-50 mL/h
TOTAL	2.200-2.700 mL	300-1.150 mL/h
Débito Hídrico		

Pele (insensível e suor)	500-600 mL	300-2.100 mL/h
Pulmões insensíveis	400 mL	20 mL/h
Gastrointestinal	100-200 mL	Desprezível, exceto com diarreia durante exercício
Urina	1.200-1.500 mL	20-1.000 mL/h, dependendo do estado de hidratação
TOTAL	2.200-2.700 mL	340-3.120 mL/h Reidratação com líquido contendo Na^+ necessária depois do exercício vigoroso prolongado

Dados de Hall JE: *Guyton and Hall textbook of medical physiology*, ed. 13, Philadelphia, 2016, Saunders; American College of Sports Medicine (ACSM): Position stand on exercise and fluid replacement, *Med Sci Sports Exerc* 39(2):377, 2007.

Embora você possa pensar que o principal regulador da ingestão de líquido oral seja a sede, o hábito e as razões sociais também desempenham papéis importantes na ingestão de líquidos. A sede, o desejo consciente por água, é um importante regulador da ingestão de líquidos quando a osmolalidade plasmática aumenta (sede mediada por osmorreceptor) ou o volume sanguíneo aumenta (sede mediada por barorreceptor e a sede mediada por angiotensina II e III) (Arai et al., 2013). O mecanismo de controle da sede localiza-se dentro do hipotálamo no cérebro (Fig. 42-5). Os osmorreceptores monitoram continuamente a osmolalidade plasmática; quando ela aumenta, eles provocam sede ao estimular os neurônios no hipotálamo. As pessoas que estão alertas podem obter líquido ou comunicar sua sede a outros, sendo que a ingestão de líquidos restaura o balanço hídrico. Lactentes, pacientes com problemas neurológicos ou psicológicos e alguns idosos que são incapazes de perceber ou comunicar sua sede estão em risco para desidratação.

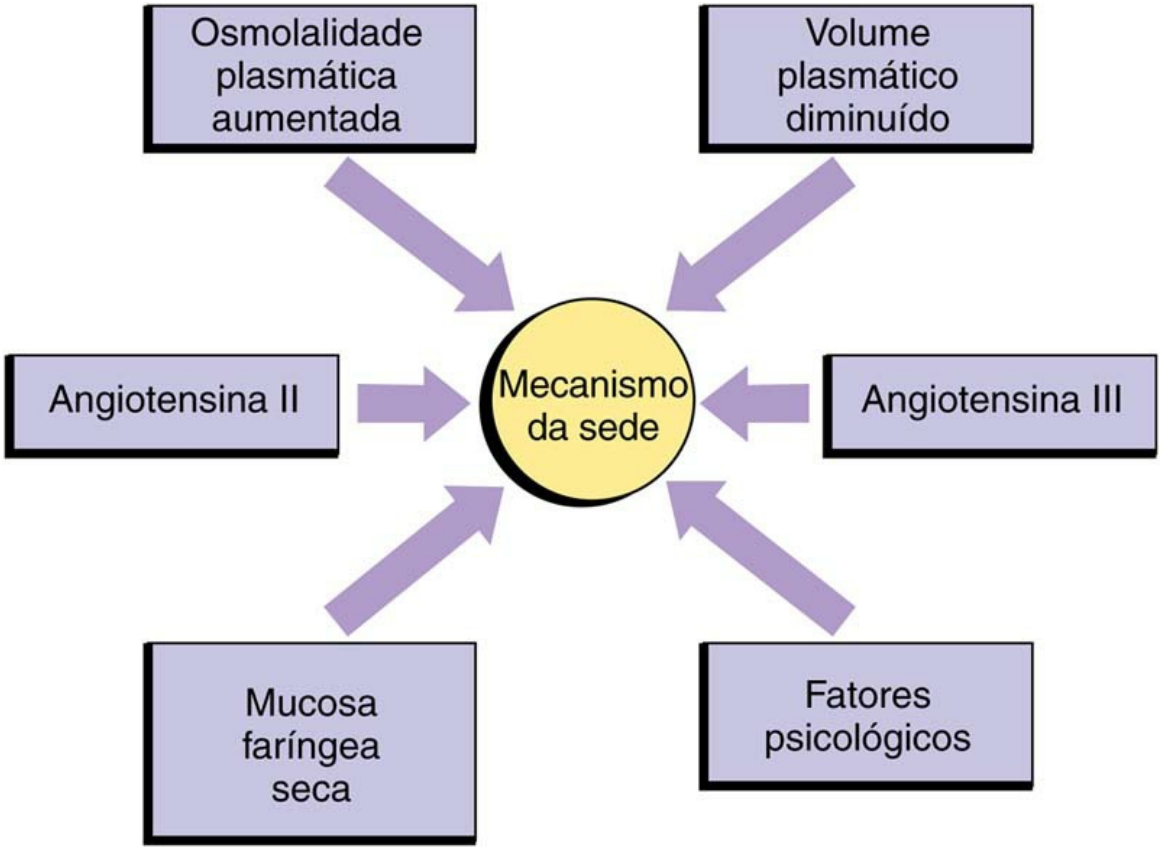


FIGURA 42-5 Estímulos que afetam o mecanismo da sede.

Distribuição de Líquidos

O termo *distribuição de líquidos* significa a movimentação de líquido entre seus diversos compartimentos. A distribuição de líquido entre os compartimentos extracelular e intracelular ocorre por osmose. A distribuição de líquido entre as partes vascular e intersticial do LEC acontece por meio da filtração.

Débito de Líquidos

O débito hídrico normalmente acontece por meio de quatro órgãos: a pele, os pulmões, o trato gastrointestinal (GI) e os rins. Os exemplos de débito de líquido anormal incluem vômito, drenagem de ferimentos ou hemorragia (Felver, 2013d). A Tabela 42-2 mostra as quantidades médias de excreção de líquidos para adultos saudáveis, embora o débito urinário varie muito, dependendo da ingestão de

líquidos. A perda hídrica insensível (invisível) através da pele e pulmões é contínua. Ela aumenta quando uma pessoa apresenta febre ou uma queimadura recente da pele (Hale e Hovey, 2013). O suor, que é visível e contém sódio, ocorre de maneira intermitente e aumenta substancialmente o débito de líquidos. O trato GI desempenha um papel vital no balanço hídrico. Aproximadamente 3 a 6 L de líquido se movimentam para dentro do trato GI a cada dia e voltam para dentro do LEC. Normalmente, o adulto médio excreta apenas 100 mL de líquido por dia nas fezes. No entanto, a diarreia provoca grande perda hídrica pelo trato GI.

Os rins constituem o maior regulador do débito hídrico porque eles respondem aos hormônios que influenciam a produção de urina. Quando os adultos saudáveis bebem mais água, eles aumentam a produção de urina para manter o equilíbrio hídrico. Quando eles bebem menos água, suam bastante ou perdem líquido pelo vômito, seu volume urinário diminui para manter o equilíbrio hídrico. Estes ajustes são causados principalmente pelas ações do hormônio antidiurético (ADH), do sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) e dos peptídeos natriuréticos atriais (ANP) (Hall, 2016) (Fig. 42-6).

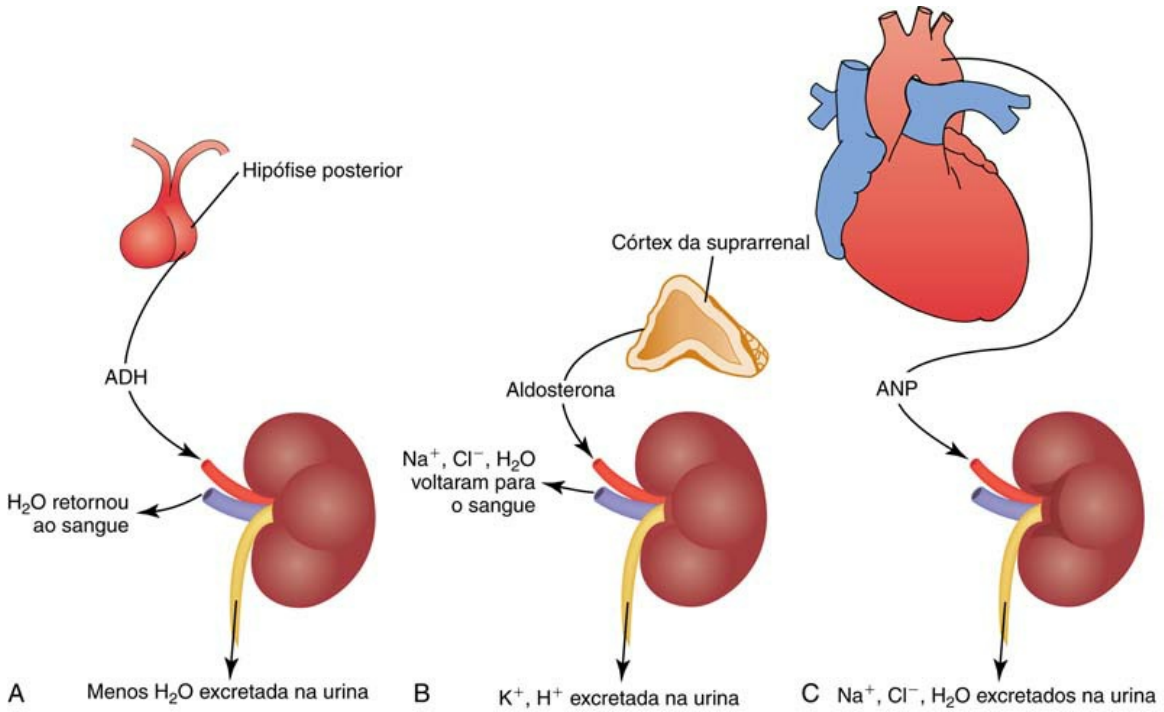


FIGURA 42-6 Principais hormônios que influenciam a excreção renal de líquido. **A,** Hormônio antidiurético (ADH). **B,** Aldosterona. **C,** Peptídeo natriurético atrial (ANP).

Hormônio Antidiurético

O ADH regula a osmolalidade dos líquidos orgânicos ao influenciar quanto de água é excretado na urina. Ele é sintetizado por neurônios no hipotálamo, os quais o liberam a partir da hipófise posterior. O ADH circula no sangue até os rins, onde age sobre os ductos coletores (Hall, 2016). Seu nome — hormônio antidiurético — lhe diz como ele atua. Ele faz as células renais reabsorverem água, tirando a água do líquido tubular renal e colocando-a de volta no sangue. Esta ação diminui o volume da urina, concentrando a urina enquanto dilui o sangue ao adicionar água a ele (Fig. 42-6, *A*).

As pessoas normalmente apresentam alguma liberação de ADH para manter o balanço hídrico. Mais ADH é liberado quando os líquidos orgânicos se tornam mais concentrados. Os fatores que aumentam os níveis de ADH incluem o volume sanguíneo gravemente diminuído (p. ex., desidratação, hemorragia), dor, estressores e alguns medicamentos.

Os níveis de ADH diminuem quando os líquidos orgânicos ficam muito diluídos. Isto permite que mais água seja excretada na urina, criando um volume maior de urina diluída e concentrando os líquidos orgânicos de volta para a osmolalidade normal. Por exemplo, o álcool etílico diminui a liberação de ADH, que faz as pessoas urinarem com frequência quando ingerem bebidas alcoólicas.

Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona

O RAAS regula o volume do LEC ao influenciar quanto de sódio e água são excretados na urina. Ele também contribui para a regulação da pressão arterial. As células especializadas nos rins liberam a enzima renina, a qual atua sobre o angiotensinogênio, uma proteína inativa secretada pelo fígado que circula no sangue. A renina converte o angiotensinogênio em angiotensina I, que é convertida em angiotensina II por outras enzimas nos capilares pulmonares (Hall, 2016). A angiotensina II possui diversas funções, uma das quais é a vasoconstrição em alguns leitos vasculares. As funções de homeostasia de líquidos importantes da angiotensina II incluem a estimulação da liberação de aldosterona a partir do córtex da suprarrenal.

A aldosterona circula até os rins, onde provoca a reabsorção de sódio e água em proporção isotônica nos túbulos renais distais. Remover sódio e água a partir dos túbulos renais e devolvendo-os para o sangue aumenta o volume do LEC (Fig. 42-6, *B*). A aldosterona também contribui para os equilíbrios hídrico e acidobásico ao aumentar a excreção urinária dos íons potássio e hidrogênio.

Para manter o equilíbrio hídrico, normalmente acontece alguma ação do RAAS. Determinados estímulos aumentam ou diminuem a atividade deste sistema para restaurar o equilíbrio hídrico. Por exemplo, quando a hemorragia ou o vômito diminuem o volume do líquido extracelular (VLEC), o fluxo sanguíneo diminui através das artérias renais, sendo liberada mais renina. Esta atividade aumentada da RAAS causa maior retenção de sódio e água, ajudando a restaurar o VLEC.

Peptídeo Natriurético Atrial

O ANP também regula o VLEC ao influenciar quanto de sódio e água são excretados na urina. As células nos átrios do coração liberam o ANP quando elas são estiradas (p. ex., por um VLEC aumentado). O ANP é um hormônio fraco que inibe o ADH ao aumentar a perda de sódio e água na urina (Fig. 42-6, *C*). Desta maneira, o ANP opõe-se ao efeito da aldosterona (Hall, 2016).

Desequilíbrios Hídricos

Quando processos patológicos, medicamentos ou outros fatores rompem a ingestão ou o débito hídrico, por vezes ocorrem desequilíbrios (Felver, 2013d). Por exemplo, com adiarreia, existe um aumento no débito hídrico, sendo que um desequilíbrio hídrico (desidratação) acontece quando a ingestão de líquidos não aumenta da maneira apropriada. Existem dois tipos principais de desequilíbrios hídricos: distúrbios do volume e distúrbios da osmolalidade (Fig. 42-7). Os desequilíbrios do volume são distúrbios da *quantidade de líquido no compartimento extracelular.* Os desequilíbrios da osmolalidade são distúrbios da *concentração dos líquidos orgânicos.* Os distúrbios do volume e da osmolalidade ocorrem separadamente ou em conjunto.

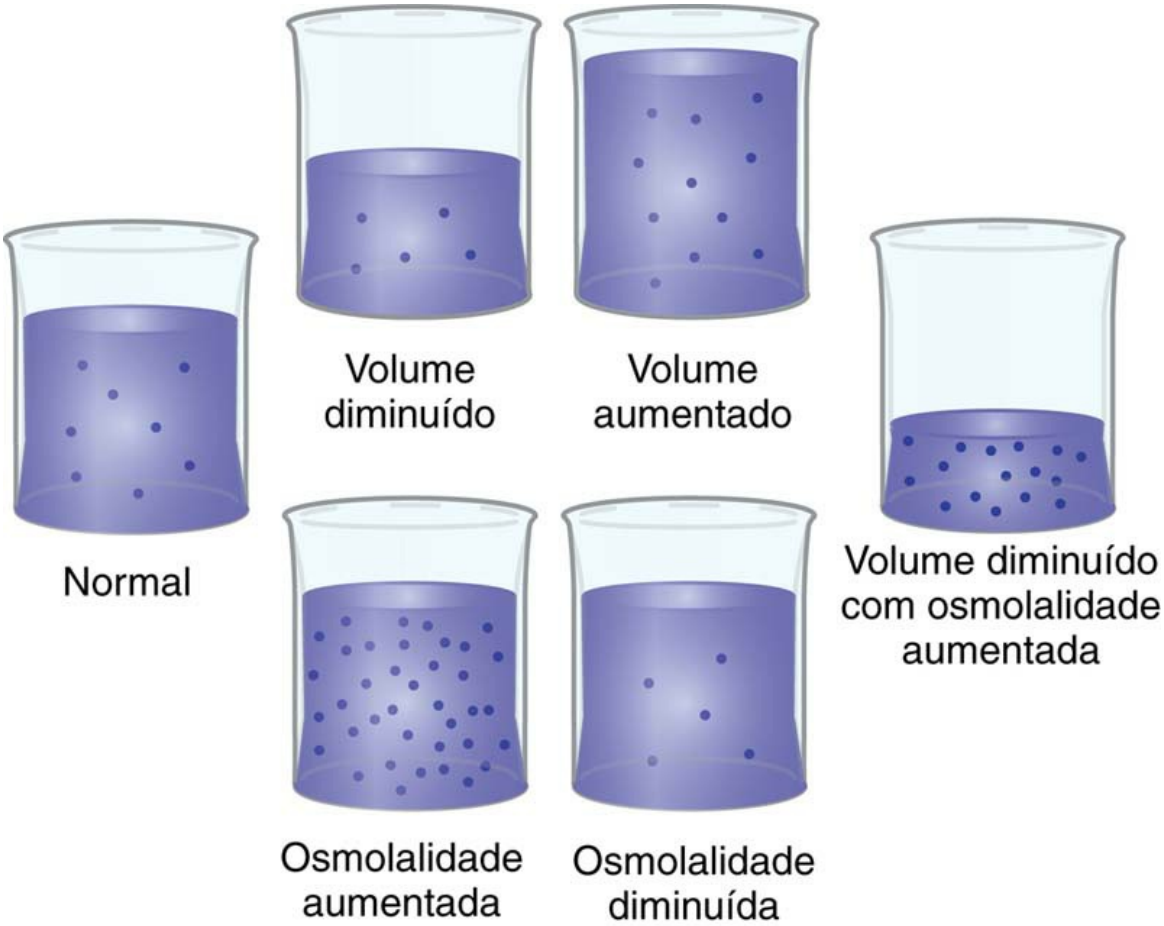


FIGURA 42-7 Distúrbios da osmolalidade e do volume de líquidos. (De Copehead LC, Banasik JL: *Pathophysiology online for pathophysiology,* ed. 4, St. Louis, 2013, Mosby.)

Desequilíbrios do Volume do Líquido Extracelular

Em um distúrbio no VLEC há muito pouco (déficit de VLEC) ou aumento (excesso de VLEC) do líquido isotônico. O **déficit do VLEC** está presente quando há líquido isotônico insuficiente no compartimento extracelular. Lembre-se que existe muito sódio no LEC normal. Com o déficit do VLEC, o débito do líquido isotônico excede a ingestão de líquido contendo sódio. Como o LEC é vascular e intersticial, os sinais e os sintomas surgem a partir da falta de volume nestes dois compartimentos. A Tabela 42-3 lista as causas específicas e os sinais e sintomas do déficit de VLEC. O termo **hipovolemia** significa volume vascular diminuído e, com frequência, é empregado

quando se discute o déficit do VLEC (Hale e Hovey, 2013).

Tabela 42-3
Desequilíbrios Hídricos

Desequilíbrio e Etiologias Correlatas	Sinais e Sintomas
Desequilíbrio Isotônicos — Água e Sódio Perdidos ou Ganhos em Proporções Iguais ou Isotônicas	
Déficit de Volume de Líquido Extracelular — Os Líquidos Orgânicos Apresentam Volume Diminuído, porém Osmolalidade Normal	
Ingestão de Sódio e Água Menor que o Débito, Causando Perda Isotônica: Ingesta oral de água e sal gravemente diminuída Débito GI aumentado: vômito, diarreia, uso excessivo de laxativo, drenagem a partir de fístulas ou tubos Débito renal aumentado: uso de diuréticos, insuficiência da suprarrenal (déficit de cortisol e aldosterona) Perda de sangue ou de plasma: hemorragia, queimaduras Sudorese maciça sem a ingestão de água e sódio	*Exame físico:* Perda de peso súbita (durante a noite), hipotensão postural, taquicardia, pulso filiforme, mucosas secas, turgor cutâneo deficiente, enchimento venoso lento, veias cervicais planas quando em posição supina, urina amarelo escuro Quando grave: sede, agitação, confusão, hipotensão, oligúria (débito urinário abaixo de 30 mL/h): pele fria e pegajosa; choque hipovolêmico *Achados laboratoriais:* Hematócrito aumentado, ureia aumentada *acima* de 25 mg/dL (8,9 mmol/L) (hemoconcentração); densidade urinária específica comumente acima de 1.030, exceto quando com etiologia renal
Excesso de Volume de Líquido Extracelular — Os Líquidos Orgânicos Apresentam Volume Aumentado, Porém Osmolalidade Normal	
Ingestão de Água e Sódio Maior Que o Débito, Causando Ganho Isotônico: Administração excessiva de líquidos IV isotônicos contendo Na^+ ou ingestão oral de alimentos salgados e água Retenção renal de água e Na^+: insuficiência cardíaca, cirrose, excesso de aldosterona ou glicocorticoide, doença renal oligúrica aguda ou crônica	*Exame físico:* Ganho de peso súbito (durante a noite), edema (principalmente nas áreas dependentes), veias cervicais turgidas quando ereto ou semiereto, estertores nos pulmões Quando grave: confusão, edema pulmonar *Achados laboratoriais:* Hematócrito diminuído, ureia diminuída abaixo de 10 mg/dL (3,6 mmol/L) (hemodiluição)
Desequilíbrio da Osmolalidade	
Hipernatremia (Déficit de Água; Desequilíbrio Hiperosmolar) — Líquidos Orgânicos Muito Concentrados	

Perda Relativamente Maior de Água Que de Sal: Diabetes insípido (deficiência de ADH) Diurese osmótico Grande sudorese insensível e débito hídrico respiratório sem a ingestão aumentada de água **Ganho Relativamente Maior de Sal Que de Água:** Administração de alimentação por sonda ou tubo líquidos parenterais hipertônicos ou tabletes de sal Falta de acesso à água, privação hídrica deliberada, incapacidade de responder à sede (p. ex., imobilidade, afasia) Disfunção do estímulo da sede direcionada por osmorreceptor	*Exame físico:* Nível de consciência diminuído (confusão, letargia, coma), talvez sede, convulsão quando se desenvolve rapidamente ou quando é muito intensa *Achados laboratoriais:* Nível de Na^+ sérico acima de 145 mEq/L (145 mmol/L), osmolalidade sérica acima de 300 mOsm/kg (300 mmol/kg)
Hiponatremia (Excesso de Água; Intoxicação Hídrica; Distúrbio Hipo-osmolar) — Líquidos Orgânicos Muito Diluídos	
Ganho Relativamente Maior de Água Que de Sal: ADH excessivo (SIADH) Polidipsia psicogênica ou ingestão excessiva de água forçada Administração IV excessiva de SG5% Uso de soluções de irrigação hipotônicas Enemas de água corrente **Perda Relativamente Maior de Sal Que de Água:** Reposição de grande débito de líquido orgânico (p. ex., diarreia, vômito) com água, mas sem sal	*Exame físico:* Nível de consciência diminuído (confusão, letargia, coma), convulsões quando se desenvolve com rapidez ou é muito intenso *Achados Laboratoriais:* Nível de Na^+ sérico abaixo de 135 mEq/L (135 mmol/L); osmolalidade sérica abaixo d 280 mOsm/kg (280 mOsm/kg)
Distúrbio Combinado do Volume e Osmolalidade	
Desidratação Clínica (Déficit de VLEC mais Hipernatremia) — Os Líquidos Orgânicos Mostram Volume Diminuído e Estão Muito Concentrados	
Ingestão de Água e Sódio Menor Que o Débito, Com Perda Relativamente Maior de Água Que de Sal: Todas as causas de déficit do VLEC (veja as etiologias anteriores) mais ingestão deficiente ou nenhuma de água, frequentemente com febre gerando o débito de água insensível aumentado.	*Exame físico e achados laboratoriais:* Combinação daqueles para o déficit do VLEC mais aqueles para a hipernatremia (veja sinais anteriores)

ADH, Hormônio antidiurético; *VLEC,* volume de líquido extracelular; *GI*, gastrointestinal; SG5%, glicose a 5% em água; *IV*, intravenoso; *SIADH*, síndrome da secreção inadequada de hormônio antidiurético.

O **excesso de VLEC** ocorre quando existe líquido isotônico demais no compartimento extracelular. A ingestão de líquido isotônico contendo sódio superou o débito hídrico. Por exemplo, quando você ingere alimentos mais salgados que o habitual e bebe água, você pode perceber que seus tornozelos incham ou que os anéis em seus dedos ficam mais apertados e você ganha 1 kg ou mais durante a noite. Estas são manifestações do excesso discreto do VLEC. Veja a Tabela 42-3 para outros sinais, sintomas e causas específicos.

Desequilíbrios da Osmolalidade

Em um distúrbio da osmolalidade, os líquidos orgânicos ficam hipertônicos ou hipotônicos, o que causa desvios osmóticos da água através das membranas celulares. Os distúrbios da osmolalidade são chamados de *hipernatremia* e *hiponatremia.*

A **hipernatremia**, também chamada de *déficit de água*, é uma condição hipertônica. Duas causas gerais tornam os líquidos orgânicos muito concentrados: perda de uma quantidade relativamente maior de água que de sal, ou ganho relativamente maior de sal que de água (Felver, 2013d). A Tabela 42-3 lista as causas específicas sob estas categorias. Quando o líquido intersticial se torna hipertônico, a água sai das células por osmose e elas enrugam. Os sinais e sintomas da hipernatremia são aqueles da disfunção cerebral, os quais aparecem quando as células cerebrais enrugam. A hipernatremia pode ocorrer em combinação com o déficit de VLEC; este distúrbio combinado acontece quando as células cerebrais incham, efeito chamado de **desidratação clínica**.

Hiponatremia, também chamada de *excesso de água ou intoxicação por água*, é uma condição hipotônica. Ela aumenta a partir de ganho ou relativamente mais água do que sal ou perda relativamente maior de sal do que de água (Felver, 2013d) (Tabela 42-3). A condição de líquido intersticial excessivamente diluído faz a água entrar nas células por osmose, causando inchaço da célula. Os sinais e sintomas de disfunção cerebral ocorrem quando as células cerebrais incham.

Desidratação Clínica

O déficit do VLEC e a hipernatremia frequentemente acontecem ao mesmo tempo; esta combinação é chamada de *desidratação clínica.* O VLEC é muito baixo e os líquidos orgânicos ficam muito concentrados. A desidratação clínica é comum com a gastroenterite ou com outras causas de vômitos intensos e diarreia quando as pessoas não são capazes de repor seu débito urinário com a ingestão suficiente de líquidos portadores de sódio diluídos. Os sinais e sintomas da desidratação clínica são aqueles tanto do déficit de VLEC quanto da hipernatremia (Tabela 42-3).

Equilíbrio Eletrolítico

Você pode compreender melhor o equilíbrio eletrolítico ao considerar os três processos envolvidos na homeostasia eletrolítica: a ingestão e a absorção do eletrólito, a distribuição do eletrólito e o débito do eletrólito (Tabela 42-4) (Felver, 2013d). Embora o sódio seja um eletrólito, ele não é incluído aqui porque os distúrbios do sódio sérico constituem os distúrbios da osmolalidade previamente abordados.

Tabela 42-4

Ingestão e Absorção, Distribuição e Débito de Eletrólitos

Eletrólito	Ingestão e Absorção	Distribuição	Débito/Perda	Função Importante
Potássio (K^+)	Frutas Batatas Café instantâneo Melaço Castanhas Absorve com facilidade	Baixo no LEC, alto no LIC Insulina, epinefrina e alcalose desviam o K^+ para dentro das células Alguns tipos de acidose desviam o K^+ para fora das células	Aldosterona, alcaçuz preto, hipomagnesemia e poliúria aumentam a excreção renal; a oligúria diminui a excreção renal. A diarreia aguda ou crônica aumenta a excreção fecal.	Mantém o potencial de membrana em repouso da musculatura esquelética, lisa e cardíaca, possibilitando a função muscular normal.
Cálcio (Ca^{2+})	Produtos lácteos Peixes enlatados	O Ca^{2+} está baixo no LEC, em sua maioria nos	Os diuréticos tiazídicos diminuem a excreção renal.	Influencia a excitabilidade do nervo e das células musculares;

	com ossos Brocolis Laranjas Requer vitamina D para a melhor absorção A gordura não digerida evita a absorção	ossos e intracelular Algum Ca^{2+} no sangue está ligado e inativo; apenas o Ca^{2+} ionizado está ativo. O hormônio paratireóideo desvia o Ca^{2+} para fora do osso; a calcitonina desvia o Ca^{2+} para dentro do osso O Ca^{2+} diminui no sangue quando o fosfato se eleva e vice-versa.	A diarreia crônica e a gordura não digerida aumentam a excreção fecal.	necessário para a contração muscular
Magnésio (Mg^{2+})	Vegetais folhosos verde-escuros Grãos integrais Laxativos e antiácidos contendo Mg^{2+} A gordura não digerida evita a absorção	O Mg^{2+} está baixo no LEC, a maior parte nos ossos e intracelular Parte do Mg^{2+} no sangue está ligado e é inativo; apenas o Mg^{2+} livre se mostra ativo	O etanol sanguíneo crescente aumenta a excreção renal; a oligúria diminui a excreção renal A diarreia crônica e a gordura não digerida aumentam a excreção fecal.	Influencia a função das junções neuromusculares; é um cofator para inúmeras enzimas
Fosfato	Leite Alimentos processados Os antiácidos com alumínio evitam a absorção	O fosfato é baixo no LEC; é mais elevado no LIC e nos ossos. A insulina e a epinefrina desviam o fosfato para dentro das células. Diminui no sangue quando o cálcio se eleva e vice-versa.	A oligúria diminui a excreção renal.	Necessário para a produção de ATP, a fonte de energia para o metabolismo celular.

ATP, Trifosfato de adenosina; *LEC,* líquido extracelular; *LIC,* líquido intracelular.

O distúrbio eletrolítico é uma questão importante. As concentrações

plasmáticas do K^+, Ca^{2+}, Mg^{2+} e fosfato são muito baixas na comparação com suas concentrações nas células e no osso (Hall, 2016). Estas diferenças de concentração são necessárias para as funções muscular e nervosa normais. Os valores de eletrólitos encontrados nos exames laboratoriais são determinados no soro sanguíneo e não medem os níveis intracelulares.

O débito eletrolítico ocorre através da excreção normal na urina, fezes e suor. O débito também ocorre por vômito, tubos de drenagem ou fístulas. Quando o débito eletrolítico aumenta, a ingesta eletrolítica deve aumentar para manter o equilíbrio eletrolítico. De modo similar, quando o débito eletrolítico diminui como com a oligúria, a ingesta eletrolítica também deve diminuir para manter o equilíbrio (Felver, 2013c).

Distúrbios Eletrolíticos

Fatores como diarreia, distúrbios endócrinos e medicamentos que rompem a homeostasia dos eletrólitos causam distúrbios eletrolíticos. A ingestão de eletrólitos maior que o débito de eletrólitos ou um desvio dos eletrólitos a partir das células ou osso para dentro do LEC produz excesso de eletrólitos no plasma. A ingesta de eletrólitos menor que o débito de eletrólitos ou um desvio de eletrólitos a partir do LEC para dentro das células ou osso causa déficit de eletrólitos no plasma (Felver, 2013c).

Distúrbios do Potássio

A **hipopotassemia** consiste na concentração de potássio anormalmente baixa no sangue. Ela resulta da ingestão e absorção de potássio diminuídas, de um desvio do potássio do LEC para dentro das células e de um débito de potássio aumentado (Tabela 42-5). As causas comuns de hipopotassemia originárias do débito de potássio aumentado incluem diarreia, vômito repetido e o uso de diuréticos liberadores de potássio. As pessoas portadoras destas condições precisam aumentar a ingestão para reduzir seu risco de hipopotassemia. A hipopotassemia provoca fraqueza muscular, que

comporta risco de vida quando ela inclui os músculos respiratórios e arritmias cardíacas com risco de vida potencial.

Tabela 42-5
Desequilíbrios Eletrolíticos

Desequilíbrio e Etiologias Correlatoa	Sinais e Sintomas
Hipopotassemia — Concentração de Potássio (K^+) Sérico Baixa	
Ingestão de K^+ Diminuída: Uso excessivo de soluções IV sem K^+ **Desvio de K^+ Para Dentro das Células:** Alcalose; tratamento de cetoacidose diabética com insulina **Débito de K^+ Aumentado:** Diarreia aguda ou crônica; vômito; outras perdas GI (p. ex., drenagem nasogástrica ou de fístula); uso de diuréticos poupadores de potássio; excesso de aldosterona; poliúria; terapia com glicocorticoide	*Exame físico:* Fraqueza muscular bilateral que começa no quadríceps e pode ascender até os músculos respiratórios, distensão abdominal, sons intestinais diminuídos, constipação, disritmias *Achados laboratoriais:* Nível sérico de K^+ abaixo de 3,5 mEq/L (3,5 mmol/L); anormalidades do ECG: ondas U, ondas T achatadas ou invertidas, depressão do segmento ST
Hiperpotassemia — Concentração de Potássio (K^+) Sérico Aumentada	
Ingestão de K^+ Aumentada: Administração iatrogênica de grandes quantidades de K^+ IV; infusão rápida de sangue armazenado; ingestão de excesso de substitutos de sal com K^+ **Desvio de K^+ Para Fora das Células:** Lesão celular maciça (p. ex., traumatismo com esmagamento, quimioterapia citotóxica), insulina insuficiente (p. ex., cetoacidose diabética); alguns tipos de acidose **Débito de K^+ Diminuído:** Oligúria aguda ou crônica (p. ex., déficit grave do VLEC, doença renal em estágio terminal); uso de diurético poupador de potássio; insuficiência da suprarrenal (déficit de cortisol e aldosterona)	*Exame Físico:* Fraqueza muscular bilateral no quadríceps, cólicas abdominais transitórias, diarreia, disritmias, parada cardíaca quando grave *Achados Laboratoriais:* Nível sérico de K^+ acima de 5 mEq/L (5 mmol/L); anormalidades do ECG: ondas T em pico, complexo QRS alargado, prolongamento do PR; padrão de onda sinusoidal terminal
Hipocalcemia — Concentração de Cálcio (Ca^{2+}) Sérico Baixa	
Ingestão e Absorção de Ca^{2+} Diminuídas: Dieta deficiente em cálcio; a deficiência de vitamina D (inclui a doença renal	*Exame físico:* Dormência e formigamento dos dedos, artelhos e região perioral (ao redor da boca), sinal de Chvostek positivo (contração dos músculos faciais quando o nervo

em estágio terminal), diarreia crônica, uso errôneo de laxativo; esteatorreia **Desvio do Ca^{2+} Para Dentro do Osso ou Para a Forma Inativa:** Hipoparatireoidismo, administração rápida de sangue citratado; hipoalbuminemia; alcalose; pancreatite; hiperfosfatemia (inclui a doença renal em estágio terminal) **Débito de Ca^{2+} Aumentado:** Diarreia crônica, esteatorreia	facial é percutido), reflexos hiperativos, caibras e contraturas musculares, espasmos carpal e pedioso, tetania, convulsões, laringoespasmo e disritmias *Achados Laboratoriais:* Nível de Ca^{2+} sérico total abaixo de 8,4 mg/dL (2,1 mmol/L) ou nível de Ca^{2+} ionizado sérico abaixo de 4,5 mg/dL (1,1 mmol/L); anormalidades do ECG: segmentos ST prolongados
Hipercalcemia — Concentração de Cálcio (Ca^{2+}) Sérico Alta	
Ingestão e Absorção de Ca^{2+} Aumentadas: Síndrome do leite-álcali **Desvio de Ca^{2+} Para Fora do Osso:** Imobilização prolongada; hiperparatireoidismo; tumores ósseos; cânceres não ósseos que secretam fatores de reabsorção óssea **Débito de Ca^{2+} Diminuído:** Uso de diuréticos tiazídicos	*Exame físico:* Anorexia, náusea e vômito, constipação, fadiga, reflexos diminuídos, letargia, nível de consciência diminuído, confusão, alteração da personalidade, parada cardíaca quando grave *Achados laboratoriais:* Nível de Ca^{2+} sérico total acima de 10,5 mg/dL (2,6 mmol/L) ou nível de Ca^{2+} ionizado sérico acima de 5,3 mg/dL (1,3 mmol/L); anormalidades do ECG: bloqueio cardíaco, segmentos ST encurtados
Hipomagnesemia — Concentração de Magnésio (Mg^{2+}) Sérico Diminuída	
Ingestão e Absorção de Mg^{2+} Diminuídas: Desnutrição, alcoolismo crônico; diarreia crônica; uso errôneo de laxativo; esteatorreia. **Desvio de Mg^{2+} Para a Forma Inativa:** Administração rápida de sangue citratado **Débito de Mg^{2+} Aumentado:** Diarreia crônica; esteatorreia; outras perdas GI (p. ex., vômito, drenagem nasogástrica ou por fístula) uso de diurético tiazídico ou de alça; excesso de aldosterona	*Exame físico:* Sinal de Chvostek positivo, reflexos tendinosos profundos hiperativos, caibras e contraturas musculares, caretas, disfagia, tetania, convulsões, insônia, taquicardia, hipertensão, disritmias *Achados laboratoriais:* Nível de Mg^{2+} sérico abaixo de 1,5 mEq/L (0,75 mmol/L); anormalidades do ECG: intervalo QT prolongado
Hipermagnesemia — Concentração de Magnésio (Mg^{2+}) Sérico Alta	
Ingestão e Absorção de Mg^{2+} Aumentadas: Uso excessivo de laxativos e antiácidos contendo Mg^{2+}; sobrecarga parenteral de magnésio **Débito de Mg^{2+} Diminuído:** Doença renal em estágio terminal oligúrica; insuficiência da suprarrenal.	*Exame físico:* Letargia; reflexos tendinosos profundos hipoativos; bradicardia, hipotensão. Elevação aguda nos níveis de Mg^{2+}: Rubor, sensação de calor Hipermagnesemia aguda grave: Frequência e profundidade das respirações diminuídas; disritmias, parada cardíaca *Achados laboratoriais:* Nível de Mg^{2+} sérico *acima* de 2,5 mEq/L (1,25 mmol/L); anormalidades do ECG: intervalo PR prolongado

Dados de Felver L: Fluid and electrolyte homeostasis and imbalances. Em

Copstead LC, Banasik JL: *Pathophysiology*, ed. 5, St. Louis, 2013, Saunders.

ECG, Eletrocardiograma; *VLEC,* volume de líquido extracelular; *GI,* gastrointestinal; IV, intravenoso.

A **hiperpotassemia** consiste na concentração anormalmente elevada do íon potássio no sangue. Suas causas comuns incluem a ingestão e a absorção aumentadas de potássio, o desvio do potássio das células para dentro do LEC, e o débito de potássio diminuído (Tabela 42-5). As pessoas que apresentam oligúria (débito urinário diminuído) se encontram em risco elevado de hiperpotassemia a partir do débito de potássio diminuído resultante, a menos que a sua ingesta de potássio também diminua de maneira substancial. Compreender este princípio ajuda a lembrar de verificar o débito urinário antes de administrar soluções IV contendo potássio. A hiperpotassemia pode causar fraqueza muscular, disritmias cardíacas com risco de vida potencial e parada cardíaca.

Distúrbios do Cálcio

A **hipocalcemia** consiste na concentração de cálcio anormalmente baixa no sangue. A forma fisiologicamente ativa do cálcio no sangue é o cálcio ionizado. O cálcio sanguíneo total também contém as formas inativas que estão ligadas às proteínas plasmáticas e pequenos ânions, como o citrato. Os fatores que fazem com que uma quantidade muito grande de cálcio ionizado se desloque para as formas ligadas provocam a *hipocalcemia ionizada* sintomática. A Tabela 42-5 resume as causas comuns. As pessoas portadoras de pancreatite aguda frequentemente desenvolvem hipocalcemia porque o cálcio se liga à gordura não digerida em suas fezes e é excretado. Este processo diminui a absorção do cálcio na dieta e também aumenta o débito de cálcio ao evitar a reabsorção do cálcio contido nos líquidos GI. A hipocalcemia aumenta a excitabilidade neuromuscular, a base para seus sinais e sintomas.

A **hipercalcemia** consiste na concentração de cálcio anormalmente alta no sangue. A hipercalcemia resulta da ingestão e absorção de cálcio aumentadas, do desvio do cálcio dos ossos para o LEC, e do débito de cálcio diminuído (Tabela 42-5). Os pacientes com alguns

tipos de câncer, como os cânceres de pulmão e de mama, frequentemente desenvolvem hipercalcemia porque algumas células cancerosas secretam substâncias químicas dentro do sangue, as quais estão relacionadas com o hormônio paratireóideo. Quando estas substâncias químicas alcançam os ossos, elas provocam o desvio do cálcio ósseo para dentro do LEC. Isto enfraquece os ossos, sendo que, por vezes, a pessoa desenvolve fraturas patológicas (i.e., a quebra do osso causada por forças que não quebrariam um osso saudável). A hipercalcemia diminui a excitabilidade neuromuscular, a base para seus outros sinais e sintomas, dentre os quais o mais comum é a letargia.

Distúrbios do Magnésio

A **hipomagnesemia** é a concentração de magnésio anormalmente baixa no sangue. Suas causas comuns são a ingestão e a absorção de magnésio diminuídas, o desvio do magnésio plasmático para sua forma inativa, e o débito de magnésio aumentado (Tabela 42-5). Os sinais e sintomas são similares àqueles da hipocalcemia porque a hipomagnesemia também aumenta a excitabilidade neuromuscular.

A **hipermagnesemia** consiste na concentração de magnésio anormalmente elevada no sangue (Tabela 42-5). A doença renal em estágio terminal causa a hipermagnesemia a menos que a pessoa diminua a ingestão de magnésio para compatibilizar o débito diminuído. Os sinais e sintomas são causados pela excitabilidade neuromuscular diminuída, com a letargia e os reflexos tendinosos profundos diminuídos sendo os mais comuns.

Equilíbrio Acidobásico

Para a função celular ótima, o corpo mantém um equilíbrio entre ácidos e bases. A homeostasia ácido-básica consiste na inter-relação dinâmica de três processos: produção de ácido, tamponamento de ácido e excreção de ácido (Felver, 2013a). O equilíbrio acidobásico normal é mantido com a excreção de ácido igual à produção de ácido. O ácido libera íons hidrogênio (H^+); as bases (substâncias alcalinas)

captam os íons H^+. Quanto mais íons H^+ estiverem presentes, mais ácida será a solução.

O grau de acidez no sangue e em outros líquidos orgânicos é informado pelo laboratório clínico como pH. A escala de pH vai de 1,0 (muito ácido) até 14,0 (muito alcalino; básico). Um pH de 7,0 é considerado neutro. A faixa de pH normal do sangue arterial do adulto é de 7,35 a 7,45. É muito importante manter o pH dentro desta faixa de normalidade para o funcionamento celular ótimo. Quando o pH vai para fora desta faixa, as enzimas dentro das células não funcionam da maneira apropriada; a hemoglobina não se combina adequadamente com o oxigênio; e acontecem graves problemas fisiológicos, inclusive a morte. Os exames laboratoriais de uma amostra de sangue arterial chamado **gasometria arterial (ABG)** são usados para monitorar um equilíbrio ácido-básico (Ayers e Dixon, 2012) (Tabela 42-6).

Tabela 42-6

Medidas dos Gases Sanguíneos Arteriais

Medida Laboratorial	Faixa de Normalidade no Sangue Arterial do Adulto	Definição e Interpretação
pH	7,35-7,45	O pH é um logaritmo negativo da concentração de H^+ livre, uma medida de quão ácido ou alcalino está o sangue. Os valores abaixo de 7.35 indicam anormalmente ácido; acima de 7.45, eles indicam anormalmente alcalino. As pequenas alterações no pH indicam grandes alterações na concentração de H^+ e são clinicamente importantes.
$PaCO_2$	35-45 mm Hg (4,7-6 kPa)	A $PaCO_2$ é a pressão parcial de dióxido de carbono (CO_2), uma medida de quão bem os pulmões estão excretando o CO_2 produzido pelas células. A $PaCO_2$ aumentada indica o acúmulo de CO_2 no sangue (mais ácido carbônico) causado pela hipoventilação; a $PaCO_2$ diminuída indica a excreção excessiva de CO_2 (menos ácido carbônico) pela hiperventilação.
HCO_3^-	22-26 mEq/L (22-26 mmol/L)	O HCO_3^- é a concentração do bicarbonato base (substância alcalina), uma medida de quão bem os rins estão excretando os ácidos metabólicos. O HCO_3^- aumentado indica que o sangue possui

		muito poucos ácidos metabólicos; o HCO_3^- diminuído indica que o sangue apresenta excesso de ácidos metabólicos.
PaO_2	80-100 mm Hg (10-13,3 kPa)	A PaO_2é a pressão parcial de oxigênio (O_2), uma medida de quão bem a troca gasosa está acontecendo nos alvéolos dos pulmões. Os valores abaixo do normal indicam a oxigenação deficiente do sangue.
SaO_2	95%-100%	A SaO_2 é a saturação de oxigênio, o percentual da hemoglobina que está carregando a maior quantidade de O_2 possível. É influenciada por pH, $PaCO_2$ e temperatura corporal. Ela cai rapidamente quando a PaO_2 cai abaixo de 60 mm Hg (8 kPa).
Excesso de base	−2 a +2 mEq/L (mmol/L)	O excesso de base é a capacidade de tamponamento observada menos a capacidade de tamponamento normal, uma medida de quão bem os tampões sanguíneos estão controlando os ácidos metabólicos. Os valores abaixo de −2 (excesso de base negativo) indicam excesso de ácidos metabólicos; os valores acima de +2 indicam quantidades excessivas de bicarbonato.

Produção de Ácido

O metabolismo celular cria constantemente dois tipos de ácido: ácido carbônico e ácidos metabólicos (Fig. 42-8). As células produzem dióxido de carbono (CO_2), o qual atua como um ácido no corpo ao se converter em ácido carbônico (H_2CO_3):

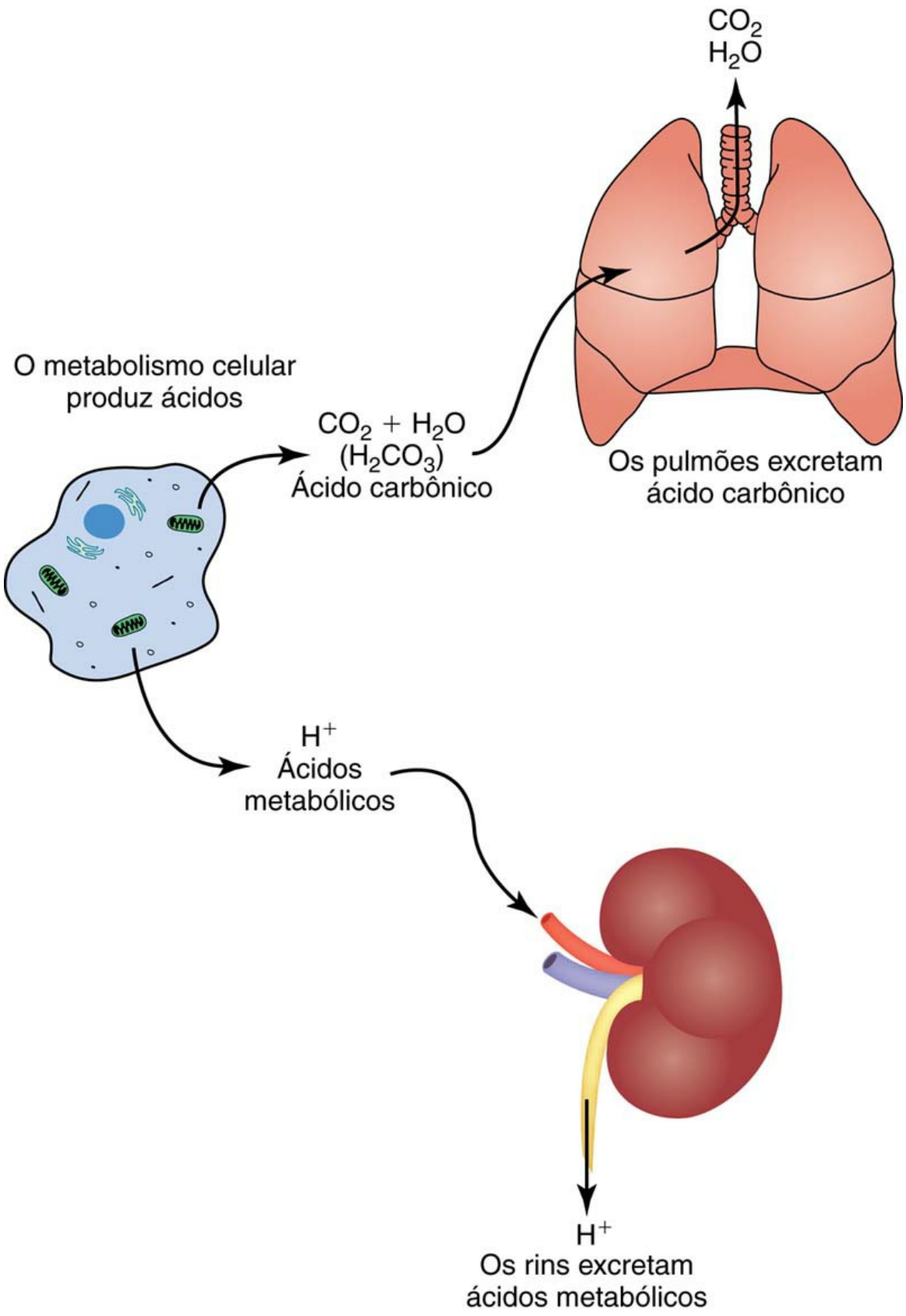


FIGURA 42-8 Produção e excreção de ácido.

$$CO_2 + H_2O \leftrightarrow H_2CO_3 \leftrightarrow H^+ + HCO_3^-$$

Dióxido de carbono + água ↔ Ácido Carbônico
↔ Íon Hidrogênio + Bicarbonato

Os ácidos metabólicos são qualquer ácido que não seja ácido carbônico. Eles incluem ácido cítrico, ácido lático e muitos outros.

Tamponamento de Ácido

Os **tampões** são pares de substâncias químicas que atuam em conjunto para manter o pH normal dos líquidos orgânicos. Quando existem muitos íons H^+ livres, um tampão os capta de modo que eles não fiquem mais livres. Quando existem muito poucos, um tampão pode liberar íons H^+ para evitar um distúrbio acidobásico. Os tampões atuam com rapidez, dentro de segundos.

Todos os líquidos orgânicos contêm tampões. O principal tampão no LEC é o sistema tampão bicarbonato (HCO_3^-), que tampona os ácidos metabólicos. Ele consiste em muito bicarbonato e uma pequena quantidade de ácido carbônico (normalmente uma proporção de 20 para 1). A adição do H^+ liberado por um ácido metabólico a um íon bicarbonato produz mais ácido carbônico. Agora, o H^+ não está mais livre e não diminuirá o pH:

$$HCO_3^- + H^+ \leftrightarrow H_2CO_3$$

Íon Bicarbonato + Íon Hidrogênio ↔ Ácido Carbônico

Quando existem muito poucos íons H^+, a parte do ácido carbônico do par de tampões libera alguns íons, aumentando o íon bicarbonato e retornando novamente o pH para o normal.

$$H_2CO_3 \leftrightarrow HCO_3^- + H^+$$

$$\text{Ácido Carbônico} \leftrightarrow \text{Íon Bicarbonato} + \text{Íon Hidrogênio}$$

Os outros tampões incluem hemoglobina, tampões proteicos e tampões fosfato. Os tampões celulares e ósseos também contribuem. Os tampões normalmente impedem que o sangue se torne muito ácido quando os ácidos que são produzidos pelas células circulem até os pulmões e os rins para a excreção.

Excreção de Ácido

O corpo possui dois sistemas de excreção de ácido: os pulmões e os rins. Os pulmões excretam ácido carbônico; os rins excretam ácidos metabólicos (Fig. 42-8).

Excreção de Ácido Carbônico

Quando você expira, você excreta ácido carbônico na forma de CO_2 e água. Quando a $PaCO_2$ (i.e., o nível de CO_2 no sangue) se eleva, os quimiorreceptores deflagram respirações mais rápidas e mais profundas para excretar o excesso. Quando a $PaCO_2$ cai, os quimiorreceptores deflagram respirações mais lentas e mais superficiais, de modo que uma parcela maior do CO_2 produzido nas células permanece no sangue e aumenta o déficit. Estas alterações na frequência respiratória e na profundidade da respiração mantém a parte do ácido carbônico do equilíbrio acidobásico (Hale e Hovey, 2013). Pacientes portadores de doença respiratória podem ser incapazes de excretar ácido carbônico suficiente, o que faz com que o

sangue se torne mais ácido e que o CO_2 sanguíneo aumente. Quando uma frequência respiratória aumentada é incapaz de corrigir o problema, os rins começam alguma excreção compensatória de ácidos metabólicos.

Excreção de Ácidos Metabólicos

Os rins excretam todos os ácidos exceto o ácido carbônico. Eles secretam H^+ dentro do líquido tubular renal, colocando o HCO_3^- de volta para dentro do sangue ao mesmo tempo. Quando existe um excesso de íons H^+ no sangue, as células renais deslocam mais íons H^+ para dentro dos túbulos renais para a excreção, retendo mais HCO_3^- no processo. Quando existem muito pouco íons H^+ no sangue, as células renais secretam menos íons H^+.

Os tampões fosfato no líquido tubular renal impedem que a urina se torne ácida quando os rins excretam íons H^+. Quando os rins precisam excretar bastante H^+, as células tubulares renais secretam amônia, a qual se combina com os íons H^+ nos túbulos para formar NH_4^+, os íons amônio. O tamponamento pelo fosfato e a criação do NH_4^+ transformam os íons H^+ livres em outras moléculas no líquido tubular renal (Hale e Hovey, 2013). Este processo possibilita a excreção de ácido metabólico na urina sem tornar a urina muito ácida. As pessoas que apresentam doença renal oligúrica frequentemente são incapazes de excretar normalmente os ácidos metabólicos; estes ácidos se acumulam e tornam o sangue muito ácido. Quando os rins são incapazes de corrigir este problema, a frequência e a profundidade da respiração aumentam, gerando a excreção compensatória de ácido carbônico.

Distúrbios Acidobásicos

As pessoas desenvolvem distúrbios acidobásicos quando seus mecanismos homeostáticos normais se mostram disfuncionais ou estão sobrecarregados. O termo **acidose** descreve uma condição que tende a tornar o sangue relativamente muito ácido. Como nossas

células produzem dois tipos de ácido, existem dois tipos distintos de acidose: acidose respiratória e acidose metabólica. O termo **alcalose** descreve uma condição que tende a tornar o sangue relativamente muito básico (alcalino). Existem dois tipos de alcalose: alcalose respiratória e alcalose metabólica.

O corpo possui mecanismos compensatórios que limitam a extensão da alteração do pH com os distúrbios acidobásicos (Berend et al., 2014). A compensação envolve as alterações fisiológicas que ajudam a normalizar o pH, mas não corrige a causa do problema. Quando o problema é um distúrbio acidobásico respiratório, somente os pulmões podem corrigir o problema, mas os rins podem compensar ao mudar a quantidade de ácido metabólico no sangue. Quando o problema é um distúrbio acidobásico metabólico, apenas os rins podem corrigir o problema, mas os pulmões podem compensar ao modificar a quantidade de ácido carbônico no sangue. Desta maneira, os rins compensam os distúrbios acidobásicos respiratórios; o sistema respiratório compensa os distúrbios acidobásicos metabólicos. Estes mecanismos compensatórios não corrigem o problema, porém eles ajudam o organismo a sobreviver mediante a movimentação do pH sanguíneo para a normalidade. Contudo, quando a condição subjacente não é corrigida, estes mecanismos de compensação irão fracassar mais adiante.

Acidose Respiratória

A **acidose respiratória** origina-se da hipoventilação alveolar; os pulmões são incapazes de excretar suficientemente o CO_2. A $PaCO_2$ se eleva, criando um excesso de ácido carbônico no sangue, o que diminui o pH (Tabela 42-7). Os rins compensam ao aumentar a excreção de ácidos metabólicos na urina, o que aumenta o bicarbonato sanguíneo. Este processo compensatório é lento, levando frequentemente 24 horas para demonstrar o efeito clínico e de 3 a 5 dias para alcançar um estado de equilíbrio. O pH diminuído do líquido cefalorraquidiano (LCR) e o pH intracelular diminuído das células cerebrais provocam o nível de consciência diminuído.

Tabela 42-7

Desequilíbrios Acidobásicos

Desequilíbrio e Etiologias Correlatas	Sinais e Sintomas
Acidose Respiratória — Ácido Carbônico Excessivo Causado por Hipoventilação Alveolar	
Troca Gasosa Comprometida: DPOC do tipo B (bronquite crônica) ou DPOC do tipo A (enfisema) Pneumonia bacteriana Obstrução da via aérea Atelectasia extensa (alvéolos colapsados) Episódio de asma aguda grave **Função Neuromuscular Comprometida:** Fraqueza da musculatura respiratória ou paralisia por hipopotassemia ou disfunção neurológica Fadiga da musculatura respiratória, insuficiência respiratória Lesão da parede torácica ou cirurgia que causa dor na respiração **Disfunção do Controle Respiratório no Tronco Cerebral:** *Overdose* de medicamento com um depressor respiratório Alguns tipos de traumatismo craniano	*Exame físico:* Cefaleia, tontura, nível diminuído de consciência (confusão, letargia, coma), disritmias *Achados laboratoriais:* Alterações dos gases sanguíneos arteriais: pH *abaixo* de 7.35; $PaCO_2$ *acima* de 45 mm Hg (6 kPa), nível normal de HCO_3^- quando descompensado ou *acima* de 26 mEq/L (26 mmol/L) quando compensado
Alcalose Respiratória — Déficit de Ácido Carbônico Causado por Hiperventilação Alveolar	
Hipoxemia por qualquer etiologia (p. ex., parte inicial do episódio de asma, pneumonia) Dor aguda Ansiedade, sofrimento psicológico, soluço Parâmetros do ventilador mecânico inadequados Estimulação do controle respiratório no tronco cerebral (p. ex., meningite, sepse Gram-negativa, traumatismo craniano, *overdose* de aspirina)	*Exame físico:* Tontura, dormência e formigamento nos dedos, artelhos e região perioral, frequência e profundidade das respirações aumentadas, excitação e confusão possivelmente seguidas por nível de consciência diminuído, disritmias *Achados laboratoriais:* Alterações dos gases sanguíneos arteriais: pH *acima* 7.45, $PaCO_2$ *abaixo* de 35 mm Hg (4,7 kPa), nível de HCO_3^- normal quando de curta duração ou descompensado ou *abaixo* de 22 mEq/L (22 mmol/L) quando compensado

Acidose Metabólica — Ácidos Metabólicos Excessivos	
Aumento dos Ácidos Metabólicos (Intervalo Aniônico Alto): Cetoacidose (diabetes, inanição, alcoolismo) Estado hipermetabólico (hipertireoidismo grave, queimaduras, infecção grave) Doença renal oligúrica (lesão renal aguda, doença renal em estágio terminal) Choque circulatório (acidose lática) Ingestão de ácido ou precursores de ácido (p. ex., metanol, etilenoglicol, ácido bórico, *overdose* de aspirina) **Perda de Bicarbonato (Intervalo Aniônico Normal):** Diarreia Fístula pancreática ou descompressão intestinal Acidose tubular normal	*Exame físico:* Nível de consciência diminuído (letargia, confusão, coma), dor abdominal, disritmias, frequência e profundidade da respiração aumentadas (hiperventilação compensatória) *Achados laboratoriais:* Alterações dos gases sanguíneos arteriais: pH *abaixo* de 7,35, $PaCO_2$ normal quando descompensado ou *abaixo* de 7,35 (4,7 kPa) quando compensado; nível de HCO_3^- abaixo de 22 mEq/L (22 mmol/L)
Alcalose Metabólica — Déficit de Ácidos Metabólicos	
Aumento do Bicarbonato: Administração excessiva de bicarbonato de sódio Transfusão sanguínea maciça (o fígado converte o citrato em HCO_3^-) Déficit discreto a moderado do VLEC (alcalose por contração) **Perda de Ácido Metabólico:** Vômito ou aspiração gástrica em excesso Hipopotassemia Excesso de aldosterona	*Exame físico:* Tontura, dormência e formigamento de dedos, artelhos e região perioral; caibras musculares; possível excitação e confusão seguidos nível de consciência diminuídos, disritmias (podem ser causados por hipopotassemia concomitante) *Achados laboratoriais:* Alterações dos gases sanguíneos arteriais: pH *acima* de 7.45; $PaCO_2$ normal quando descompensado ou *acima* de 45 mm Hg (6,0 kPa) quando compensado. HCO_3^- *acima* de 26 mEq/L (26 mmol/L)

Dados de Felver L: Fluid and electrolyte homeostasis and imbalances. Em Copstead LC, Banasik JL: *Pathophysiology*, ed. 5, St. Louis, 2013, Saunders.

DPOC, Doença pulmonar obstrutiva crônica; *VLEC,* volume de líquido extracelular.

Alcalose Respiratória

A **alcalose respiratória** origina-se da hiperventilação alveolar; os pulmões excretam muito ácido carbônico (CO_2 e água). A $PaCO_2$ cai,

criando um déficit de ácido carbônico no sangue, o que aumenta o pH (Tabela 42-7). A alcalose respiratória geralmente é de curta duração; assim, os rins não têm tempo para gerar a compensação. Quando o pH do sangue, do LCR e do LIC aumenta de maneira aguda, a excitabilidade da membrana celular também aumenta, o que pode causar sintomas neurológicos, como excitação, confusão e parestesias. Quando o pH exibe uma elevação suficientemente alta, pode ocorrer a depressão do sistema nervoso central (SNC).

Acidose Metabólica

A **acidose metabólica** ocorre a partir de um aumento do ácido metabólico ou de uma diminuição de base (bicarbonato). Os rins são incapazes de excretar ácidos metabólicos suficientes, os quais se acumulam no sangue, ou o bicarbonato é removido diretamente do organismo como na diarreia (Tabela 42-7). Em ambos os casos, o HCO_3^- sanguíneo diminui e o pH cai. Com um aumento dos ácidos metabólicos, o HCO_3^- sanguíneo diminui porque ele é utilizado para tamponar os ácidos metabólicos. De modo similar, quando os pacientes apresentam condições que causam a remoção do HCO_3^-, a quantidade de HCO_3^- no sangue diminui. Para ajudar a identificar a causa específica, os profissionais de saúde e o laboratório calculam o **intervalo aniônico**, um reflexo dos intervalos não medidos no plasma. Você calcula o intervalo aniônico ao subtrair o somatório das concentrações plasmáticas dos ânions Cl^- e HCO_3^- a partir da concentração plasmática do cátion Na^+ (Berend et al., 2014). Quando olhar os relatos laboratoriais, confira os valores de referência com o laboratório que mediu as concentrações dos eletrólitos (Tabela 42-8).

Tabela 42-8
Intervalo Aniônico na Acidose Metabólica

Tipo de Intervalo Aniônico	Valores (Sem K^+)	Causas

Intervalo aniônico normal	3-12 mEq/L (3-12 mmol/L) Varia, dependendo do laboratório	*Excesso de débito de bicarbonato:* Diarreia, fístula pancreática, descompressão intestinal, acidose tubular renal Aumento de ácido contendo cloreto: Terapia parenteral com HCl
Intervalo aniônico alto	Maior que 5 mEq/L (5 mmol/L) acima da faixa de referência laboratorial	*Aumento de qualquer ácido, exceto HCl:* Cetoácidos (cetoacidose diabética, inanição, alcoolismo), ácido lático (choque circulatório, exercício extremo), excesso de ácidos metabólicos normais (lesão renal aguda oligúrica, doença renal em estágio terminal, hipertireoidismo grave, queimaduras, infecção grave), ácidos orgânicos incomuns (*overdose* de salicilato, ácidos metabolizados a partir do metanol, etilenoglicol, paraldeído)

Dados de Berend K, deVries A, Gans R: Physiological approach to assessment of acid-base disturbances, *New Engl J Med* 371(15): 1434, 2014.

O pH anormalmente baixo na acidose metabólica estimula os quimiorreceptores de tal maneira que o sistema respiratório compense a acidose por meio da hiperventilação. A hiperventilação compensatória começa em alguns minutos e remove o ácido carbônico do organismo. Este processo não corrige o problema, porém ajuda a limitar a diminuição no pH. A acidose metabólica diminui o nível de consciência da pessoa (Tabela 42-7).

Alcalose Metabólica

A **alcalose metabólica** ocorre a partir de um aumento direto de base (HCO_3^-) ou de uma diminuição do ácido metabólico, o que aumenta o HCO_3^- sanguíneo ao liberá-lo de sua função de tamponamento. As causas comuns incluem vômito e aspiração gástrica (Tabela 42-7). A compensação respiratória para a alcalose metabólica é a hipoventilação. A frequência e a profundidade diminuídas da respiração permitem que o ácido carbônico aumente no sangue, conforme observado por uma $PaCO_2$ aumentada. A necessidade de oxigênio pode limitar o grau da compensação respiratória para a alcalose metabólica. Como o HCO_3^- atravessa a barreira hematoencefálica com dificuldade, os sinais e sintomas neurológicos são menos graves ou, até mesmo, estão ausentes com a alcalose metabólica (Hale e Hovey, 2013).

Base do conhecimento científico

Você irá aplicar o conhecimento a respeito dos distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos em muitos quadros clínicos. Empregue a base de conhecimento científico na tomada da decisão clínica para proporcionar a terapia hídrica ótima e segura. Por exemplo, aplique o conhecimento dos fatores de risco para distúrbios hídricos e a fisiologia do envelhecimento normal quando se avaliam os idosos, sabendo que este grupo etário apresenta alto risco de distúrbio hídrico (Touhy e Jett, 2014). O conhecimento de enfermagem inclui perguntas a fazer para desvendar os fatores de risco para os distúrbios hídrico, eletrolítico e acidobásico; o exame clínico específico para sinais e sintomas destes distúrbios; e as intervenções de enfermagem e colaborativas para manter ou restaurar os distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos (Felver, 2013a,b,c). Os procedimentos e as técnicas para a terapia IV segura constituem uma área vital da base de conhecimentos de enfermagem e o foco de muita pesquisa para suportar a prática baseada em evidência.

Raciocínio crítico

O raciocínio crítico bem-sucedido requer síntese de conhecimento, experiência, informações obtidas a partir de pacientes, atitudes de raciocínio crítico, e padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos exigem que você antecipe as informações para analisar os dados e tomar as decisões relacionadas com o cuidado do paciente. Durante a coleta de dados, considere todos os elementos constituintes para elaborar um diagnóstico de enfermagem apropriado (Fig. 42-9).

Conhecimento

- Fisiologia dos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico
- Causas e sinais e sintomas dos distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos
- Papel do estágio do desenvolvimento nos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico
- Papel dos medicamentos nos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico
- Influência que os fatores de risco comuns têm sobre os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico

Experiência

- Cuidar de pacientes com distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos
- Experiência pessoal com a desidratação secundária à temperatura ambiental elevada, atividade física prolongada ou vômito e diarreia

AVALIAÇÃO

- Avalie os fatores de risco para distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos, incluindo o uso de medicamentos
- Determine a experiência e as atitudes do paciente em relação aos distúrbios hídricos e terapia com líquidos
- Avalie as preferências culturais sobre a ingestão de líquidos
- Identifique sinais e sintomas dos distúrbios do paciente e como eles mudaram com opassar do tempo
- Monitore os resultados laboratoriais relevantes

Padrões

- Aplique os padrões intelectuais de exatidão, relevância e significância quando obtém a história de saúde de um paciente
- Aplique os padrões da Infusion Nurses Society (INS) para avaliar o equilíbrio hídrico (INS, 2011).
- Considere as faixas de normalidade dos padrões laboratoriais para os valores eletrolíticos e acidobásicos

Atitudes

- Utilize disciplina para obter os dados de avaliação completos e corretos em relação ao estado hídrico, eletrolítico e acidobásico
- Seja responsável ao coletar as amostras apropriadas para exames laboratoriais e diagnósticos relacionados com os estados hídrico, eletrolítico e acidobásico

FIGURA 42-9 Modelo de raciocínio crítico para a avaliação dos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico.

No caso dos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico, você integra o conhecimento de fisiologia, fisiopatologia e farmacologia, bem como as experiências prévias e as informações reunidas a partir dos pacientes. A análise crítica dos dados possibilita uma compreensão de como os distúrbios hidroeletrolíticos e acidobásicos afeta um paciente específico e sua família. Além disso, as atitudes de raciocínio crítico como responsabilidade, disciplina e integridade, aplicadas durante a coleta de dados, ajudam a identificar os diagnósticos de enfermagem apropriados e a planejar intervenções bem-sucedidas. Os padrões profissionais, como os padrões de prática da Infusion Nurses Society (INS) (INS, 2011), fornecem uma valiosa orientação para a coleta de dados apropriadas.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma conduta de raciocínio crítico no cuidado de seus pacientes. O processo de enfermagem proporciona uma conduta de tomada de decisão clínica para que você desenvolva e implemente um plano de cuidados individualizado. Para os pacientes em alto risco para distúrbios hídricos, eletrolíticos e/ou acidobásicos ou para aqueles que já possuem estes distúrbios, uma conduta individualizada é a base para o cuidado de enfermagem seguro e efetivo centrado no paciente.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem, examine completamente cada paciente e analise de maneira crítica os achados para garantir que você toma as decisões clínicas centradas no paciente necessárias para o cuidado de enfermagem seguro. Usar uma conduta sistemática no histórico de enfermagem lhe capacita a ajudar os pacientes a manter ou restaurar com segurança os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico (Fig. 42-9).

Através dos Olhos do Paciente

O distúrbio hídrico, eletrolítico ou acidobásico de um paciente é, por vezes, tão grave que impede a discussão inicial de suas necessidades, valores e preferências expressas. No entanto, quando um paciente está suficientemente alerta para discutir o tratamento, você precisa revelar estas informações através de uma avaliação centrada no paciente. Focalize-se na experiência do paciente com as alterações hídricas, eletrolíticas ou ácido-básicas e em suas percepções da doença. Por exemplo, para o paciente que é hospitalizado em decorrência de diarreia, pergunte se ele já teve alguma experiência prévia com a desidratação e avalie sua interpretação dos sinais e sintomas experimentados e as possíveis causas. Também pergunte como a pessoa tratou a diarreia em casa para avaliar sua compreensão de

como evitar que os distúrbios aconteçam no futuro. Avalie as barreiras potenciais para a reidratação, como as preocupações relacionadas com a terapia IV ou com a falta de disponibilidade dos líquidos preferidos na temperatura preferida do líquido. Pergunte sobre as maiores preocupações do paciente em relação ao estado hídrico para construir a base para a parceria ativa no planejamento, implementação e avaliação do cuidado centrado no paciente.

História de Enfermagem

A avaliação clínica começa com uma história do paciente idealizada para revelar os fatores de risco que causam ou contribuem para os distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos (Tabela 42-9). Faça perguntas específicas e focadas para identificar os fatores que contribuem para os distúrbios potenciais de um paciente (Quadro 42-1).

Tabela 42-9

Fatores de Risco para Desequilíbrios Hídricos, Eletrolíticos e Acidobásicos

Idade	*Muito jovem:* Déficit do VLEC, distúrbios da osmolalidade, desidratação clínica *Muito idoso:* Excesso ou déficit de VLEC, distúrbios da osmolalidade
Ambiente	Dieta rica em sódio: Excesso do VLEC Dieta pobre em eletrólitos: Déficits de eletrólitos *Clima quente:* Desidratação clínica
Débito gastrointestinal	*Diarreia:* Déficit do VLEC, desidratação clínica, hipopotassemia, hipocalcemia (quando crônica), hipomagnesemia (quando crônica), acidose metabólica *Drenagem (p. ex., aspiração nasogástrica, fístulas):* Déficit do VLEC, hipopotassemia, acidose metabólica quando com drenagem intestinal ou pancreática *Vômito:* Déficit do VLEC, desidratação clínica, hipopotassemia, hipomagnesemia, alcalose metabólica
Doenças crônicas	*Câncer:* Hipercalcemia com a síndrome da lise tumoral, hiperpotassemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, outros distúrbios dependendo dos efeitos colaterais da terapia *Doença pulmonar obstrutiva crônica:* Acidose respiratória *Cirrose:* Excesso de VLEC, hipopotassemia *Insuficiência cardíaca:* Excesso de VLEC; outros distúrbios, dependendo da terapia *Doença renal oligúrica:* Excesso do VLEC, hiperpotassemia, hipermagnesemia, hiperfosfatemia, acidose metabólica
Traumatismo	*Queimaduras:* Déficit do VLEC, acidose metabólica Lesões por esmagamento: Hiperpotassemia

	Traumas cranianos: Hiponatremia ou hipernatremia, dependendo da resposta ao ADH *Hemorragia:* Déficit do VLEC, hiperpotassemia quando com choque circulatório
Terapias	Diuréticos e outros medicamentos (Quadro 42-3) *Terapia IV:* Excesso do VLEC, distúrbios da osmolalidade, excessos de eletrólitos *NP:* Qualquer distúrbio hídrico ou eletrolítico, dependendo dos componentes da solução

ADH, Hormônio antidiurético; *VLEC*, volume de líquido extracelular; *IV*, intravenoso; *NP*, nutrição parenteral.

Quadro 42-1 Questões de Coleta de Dados de Enfermagem

Ambiente

- Você trabalha ou faz exercícios em um ambiente quente?
- Em caso positivo, qual tipo de líquido você bebe durante este período?

Ingestão Nutricional

- Aproximadamente quantos copos de líquido você ingere por dia? Quais tipos de líquido você normalmente ingere?
- Diga-me o que você normalmente come em um dia.
- Quais lanches você normalmente ingere?
- Você se encontra sob alguma dieta especial por causa de um problema clínico? Como isto funciona para você?
- Você está seguindo algum programa de perda de peso?
- Você usa algum substituto para o sal?
- Você toma suplementos de cálcio, magnésio e potássio? Quando positivo, com qual frequência?
- Você está apresentando alguma dificuldade para mastigar ou engolir?

Estilo de Vida

- Quanto de álcool você bebe em uma semana comum?

Débito Gastrointestinal

- Você teve vômito ou diarreia recente? Quando positivo, por quanto tempo? Quantas vezes por dia?

Medicamentos e Outras Terapias

- Quais medicamentos/remédios à base de ervas você utiliza regularmente? Ocasionalmente?
- Você toma diuréticos? Medicamentos para a pressão alta?
- Você usa antiácidos? Quando positivo, quais? Com qual frequência? Você já utilizou bicarbonato de sódio como antiácido? Você utiliza medicamentos efervescentes para gripe?
- Você usa laxativos? Em caso positivo, com qual frequência? Qual tipo de fezes você elimina quando os utiliza?
- O que você utiliza para um desconforto no estômago?

Sinais e Sintomas

- Se você se pesa diariamente, como o seu peso se alterou durante os últimos dias?
- Você fica tonto quando fica em pé?
- Você sente sede, apresenta secura na boca, ou percebe a ausência de lagrimas?
- Você observou uma alteração no seu débito urinário: volume diminuído, coloração escurecida ou aparência concentrada?
- Você está experimentando inchaço de seus dedos, pés ou tornozelos?
- Você tem dificuldade respiratória quando se deita à noite?
- Você está exibindo dificuldade em se concentrar ou se sente confuso? O que é normal para você?
- Você está apresentando uma dificuldade maior que o normal para se levantar do sofá ou de uma poltrona? Você sente suas pernas incomumente pesadas quando sobe escadas? Você apresenta fraqueza muscular que é incomum para você?
- Você observou alguma caibra muscular ou sensações incomuns

como dormência ou formigamento dos dedos?

Idade

Em primeiro lugar, avalie a idade de um paciente. A proporção de água corporal total de um paciente lactente (70% a 80% do peso corporal) é maior que aquela das crianças ou adultos. Os lactentes e as crianças de pequeno porte exibem maiores necessidades hídricas e rins imaturos (Hockenberry e Wilson, 2015). Eles estão em maior risco para o déficit do LEC e para a hipernatremia porque a perda de água corporal é proporcionalmente maior por quilograma de peso.

As crianças que estão entre 2 e 12 anos de idade frequentemente respondem às doenças com febres com temperaturas mais elevadas e durações mais longas que aquelas dos adultos (Hockenberry e Wilson, 2015). Em qualquer idade, a febre aumenta a taxa de perda hídrica insensível. Os adolescentes apresentam metabolismo e produção de água aumentados por causa de suas alterações de crescimento rápidas. As flutuações no balanço hídrico são maiores nas meninas adolescentes em virtude das alterações hormonais associadas ao ciclo menstrual.

Os idosos experimentam inúmeras alterações relacionadas com a idade que afetam potencialmente os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico (Quadro 42-2). Com frequência, eles apresentam mais dificuldade de se recuperar de distúrbios decorrentes dos efeitos combinados do envelhecimento normal, diversas condições patológicas e diversos medicamentos.

Quadro 42-2

Foco nos idosos

Fatores que Afetam os Equilíbrios Hídrico, Eletrolítico e Acidobásico

- Alterações da composição orgânica, causando um percentual diminuído do peso corporal como água (50%), o que aumenta o

risco de déficit de volume de líquido extracelular (VLEC) e desidratação (Felver, 2013d).

- Alguns idosos restringem a ingestão de líquidos por causa da mobilidade prejudicada ou de preocupações sobre o controle da bexiga; isto aumenta seu risco de hipernatremia e déficit do VLEC.
- A elasticidade diminuída da pele altera o turgor cutâneo mesmo com o balanço hídrico normal; não se fundamente no turgor da pele para avaliar o déficit do VLEC ou desidratação em idosos.
- A sensação de sede diminuída aumenta o risco de hipernatremia e desidratação; não se baseie na sede para avaliar a hipernatremia, déficit de VLEC ou desidratação nos idosos (Touhy e Jett, 2014).
- Os barorreceptores tornam-se vagarosos com a idade, causando com frequência uma breve hipotensão postural; os idosos acordam mais lentamente quando você realiza medições da pressão arterial ortostáticas.
- As alterações cardiovasculares com a idade frequentemente diminuem a capacidade de se adaptar a um aumento súbito no volume vascular, aumentando o risco de edema pulmonar com a infusão rápida de líquidos IV isotônicos.
- Os rins do idoso são menos capazes de concentrar a urina, tornando-o menos capaz de conservar o líquido, quando necessário; isto aumenta o risco de hipernatremia, déficit de VLEC e desidratação (Touhy e Jett, 2014).
- As alterações renais do envelhecimento normal tornam mais difícil a excreção de uma grande carga de ácido, aumentando o risco de acidose metabólica.
- A sensibilidade aumentada aos efeitos anticolinérgicos dos medicamentos provoca a secura na boca; use diversas avaliações diferentes para o déficit do VLEC e desidratação em lugar de se fundamentar apenas na secura na boca (Burchum e Rosenthal, 2016).
- Os efeitos combinados do envelhecimento normal, doenças crônicas e diversos medicamentos frequentemente apresentam desafios para a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico.

Ambiente

Os ambientes quentes aumentam o débito hídrico pela sudorese. O suor é um líquido hipotônico contendo sódio. A sudorese excessiva sem a reposição adequada de sal e água pode levar ao déficit do VLEC, hipernatremia ou desidratação clínica. Pergunte aos pacientes sobre seus níveis normais de trabalho físico e se eles se engajam no exercício vigoroso em ambientes quentes. Os pacientes fazem reposições de líquido contendo sal disponíveis durante o exercício e a atividade?

Ingestão Nutricional

Avalie a ingestão de líquidos, sal e alimentos ricos em potássio, cálcio e magnésio (Tabela 42-4). Pergunte aos pacientes se eles seguem dietas para perda de peso. As dietas de inanição ou aqueles com conteúdo alto de lipídeos e nenhum conteúdo de carboidratos frequentemente conduzem à acidose metabólica (Tabela 42-7). Além disso, avalie a capacidade do paciente para mastigar e engolir, que, quando alterada, interfere na ingestão adequada de alimentos e líquidos ricos em eletrólitos.

Estilo de Vida

Colete uma história sobre a ingestão de álcool. Quantos dias na semana uma pessoa ingere uma bebida alcoólica, e quantos copos ela ingere por vez? O abuso de álcool crônico comumente provoca a hipomagnesemia, em parte porque ele aumenta a excreção renal de magnésio.

Medicamentos

Obtenha uma lista completa dos medicamentos atuais de seu paciente, incluindo os medicamentos de venda livre (OTC) e as preparações à base de ervas, para avaliar o risco para distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos (Quadro 42-3). Utilize um livro de referência de medicamentos ou bases de dados online confiáveis para verificar os efeitos potenciais de outros medicamentos. Pergunte

especificamente sobre o uso de bicarbonato de sódio como antiácido, o que pode gerar o excesso de VLEC por causa de seu elevado conteúdo de sódio que retém a água nos compartimentos extracelulares. Para um indivíduo que utiliza laxativos, pergunte sobre o tipo de laxativo, a frequência do uso, bem como a consistência e a frequência das fezes. Diversas evacuações líquidas removem o líquido e os eletrólitos do corpo, gerando, assim, inúmeros distúrbios.

Quadro 42-3 Medicamentos Comumente Utilizados que Causam Distúrbios Hídricos, Eletrolíticos e Acidobásicos

- *Inibidores da ECA (p. ex., captopril [Capoten]) e bloqueadores do receptor de angiotensina II (p. ex., losartana [Cozaar]):* Hiperpotassemia
- *Antidepressivos, SSRI (p. ex., fluoxetina [Prozac]):* Hiponatremia
- *Antiácidos com carbonato de cálcio:* Hipercalcemia, alcalose metabólica leve
- *Corticosteroides (p. ex., prednisona):* Hipopotassemia, alcalose metabólica
- *Diuréticos, perdedores de potássio (p. ex., furosemida [Lasix], tiazidas):* Déficit do VLEC, hiponatremia (tiazidas), hipopotassemia, hipomagnesemia, alcalose metabólica leve
- *Diuréticos, poupadores de potássio (p. ex., espironolactona [Aldactone]):* Hiperpotassemia, acidose metabólica leve
- *Antiácidos e medicamentos antigripais efervescentes (alto conteúdo de Na^+):* Excesso de VLEC
- *Laxativos:* Déficit do VLEC, hipopotassemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, acidose metabólica
- *Hidróxido de magnésio (p. ex., leite de magnésia):* Hipermagnesemia
- *Agentes anti-inflamatórios não esteroides (p. ex., ibuprofeno [Advil]):* Excesso discreto do VLEC, hiponatremia
- *Penicilinas, dose alta (p. ex., carbenicilina):* Hipopotassemia, alcalose

metabólica, hiperpotassemia com a penicilina G (contém K^+)

Dados de Burchum JR, Rosenthal LD: *Lehne's pharmacology for nursing care*, ed 9, St. Louis, 2016, Elsevier.

ECA, Enzima conversora de angiotensina; *VLEC,* Volume de líquido extracelular; *SSRI,* inibidor seletivo da receptação da serotonina.

História Clínica

Cirurgia Recente

A cirurgia causa uma resposta de estresse fisiológico, a qual aumenta com a cirurgia extensa e a perda sanguínea. Nas primeiras 24 a 48 horas depois da cirurgia, a secreção aumentada de aldosterona, glicocorticoides e ADH provoca o VLEC aumentado, osmolalidade diminuída e excreção aumentada de potássio (Lewis et al., 2014). Em pacientes de outra forma saudáveis, estes distúrbios resolvem sem dificuldade, porém os pacientes que possuem doenças preexistentes ou fatores de risco adicionais frequentemente precisam de tratamento durante este intervalo de tempo.

Débito Gastrointestinal

O débito aumentado de líquido através do trato GI é uma causa importante e comum de distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos que requerem a avaliação cuidadosa. O vômito e a diarreia, quer agudos, quer crônicos, podem causar déficit do VLEC, hipernatremia, desidratação clínica e hipopotassemia por aumentar o débito de líquido, Na^+ e K^+. Além disto, a diarreia crônica pode provocar hipocalcemia e hipomagnesemia ao diminuir a absorção eletrolítica. A remoção de ácido gástrico a partir do corpo através do vômito ou da sucção nasogástrica pode causar alcalose metabólica. Em contrapartida, a remoção dos líquidos pancreático ou intestinal ricos em bicarbonato por diarreia, sucção intestinal ou fístula pode causar acidose metabólica.

Traumatismo ou Doença Aguda

As condições agudas que colocam os pacientes em risco elevado para as alterações de líquidos, eletrólitos e ácido-básicas incluem as doenças respiratórias, queimaduras, trauma, alterações GI, e doença renal oligúrica crônica.

Distúrbios Respiratórios

Muitos distúrbios respiratórios agudos predispõem os pacientes à acidose respiratória. Por exemplo, a pneumonia bacteriana faz com que os alvéolos se encham com exsudato, o que compromete a troca gasosa, fazendo com que o paciente retenha dióxido de carbono, o que leva à $PaCO_2$ aumentada e à acidose respiratória.

Queimaduras

As queimaduras colocam os pacientes em alto risco para o déficit do VLEC por inúmeros mecanismos, inclusive o desvio do plasma para o líquido intersticial e o aumento do débito por evaporação e exsudato. Quanto maior for a superfície corporal queimada, maior será a perda de líquidos (Lewis et al., 2014). Os pacientes com queimaduras apresentam comprometimento celular que libera potássio para dentro do sangue e eles podem tornar-se hiperpotassêmicos. Além disto, estes pacientes frequentemente desenvolvem acidose metabólica por causa do metabolismo celular muito aumentado, o que produz mais ácidos metabólicos que os seus rins são capazes de excretar.

Traumatismo

A hemorragia por qualquer tipo de traumatismo causa o déficit do VLEC decorrente da perda sanguínea. Alguns tipos de traumatismo criam riscos adicionais. Por exemplo, as lesões por esmagamento destroem a estrutura celular, causando hiperpotassemia pela liberação maciça do K^+ intracelular para dentro do sangue.

Tipicamente, o traumatismo de crânio altera a secreção de ADH. Ele pode causar diabetes insípido (déficit de ADH), no qual os pacientes excretam grandes volumes de urina muito diluída e desenvolvem hipernatremia. Em contrapartida, o traumatismo craniano pode

causar a síndrome da secreção inadequada de hormônio antidiurético (SIADH), na qual a secreção excessiva de ADH provoca hiponatremia ao reter água em excesso e concentrando a urina (Lewis et al., 2014).

Doença Crônica

Muitas doenças crônicas criam risco continuado de distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos. Por exemplo, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) do tipo B frequentemente causa a acidose respiratória crônica. Além disto, os regimes de tratamento para a doença crônica frequentemente causam desequilíbrios. Examine os pacientes à procura destas condições.

Câncer

Os distúrbios hidroeletrolíticos específicos que ocorrem com o câncer dependem do tipo e da progressão do câncer e do regime terapêutico. Muitos pacientes com câncer desenvolvem hipercalcemia quando suas células cancerosas secretam substancias químicas que circulam até os ossos e fazem com que o cálcio penetre o sangue. Outros distúrbios hidroeletrolíticos ocorrem no câncer porque alguns tipos de tumores provocam anormalidades metabólicas e endócrinas. Além disto, os pacientes com câncer estão em risco para distúrbios hidroeletrolíticos em consequência dos efeitos colaterais (p. ex., anorexia, diarreia) da quimioterapia, de modificadores da resposta biológica ou radiação (Lewis et al., 2014).

Insuficiência Cardíaca

Os pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica apresentam débito cardíaco diminuído, o que reduz a perfusão renal e ativa o RAAS. A ação da aldosterona sobre os rins causa excesso de VLEC e risco de hipopotassemia. A maior parte dos diuréticos utilizados para tratar a insuficiência cardíaca aumenta o risco de hipopotassemia enquanto reduz o excesso do VLEC. A restrição de sódio na dieta é importante com a insuficiência cardíaca porque o Na^+ segura a água no LEC, piorando o excesso do VLEC. Na insuficiência cardíaca grave, a restrição tanto de sódio quanto de líquido é prescrita para diminuir

a carga de trabalho do coração ao reduzir o excesso do volume do líquido circulante (Lewis et al., 2014).

Doença Renal Oligúrica

A oligúria acontece quando os rins apresentam uma capacidade reduzida para produzir a urina. Algumas condições, como a nefrite aguda, causam o início agudo da oligúria, enquanto outros problemas, como a doença renal crônica, levam à oligúria crônica. A doença renal oligúrica previne a excreção normal de líquidos, eletrólitos e ácidos metabólicos resultando em excesso do VLEC, hiperpotassemia, hipermagnesemia, hiperfosfatemia e acidose metabólica. A gravidade destes distúrbios é proporcional ao grau de insuficiência renal. Embora a doença renal crônica seja progressiva, o tratamento bem-sucedido dos distúrbios é possível com a restrição nutricional de sódio e de outros eletrólitos, restrição hídrica nos casos graves e, mais adiante, diálise ou transplante renal (Lewis et al., 2014).

Exame Físico

Os dados obtidos por um exame físico cuidadoso valida e estende as informações coletadas na história do paciente. A Tabela 42-10 resume as avaliações focalizadas para pacientes com distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos. Foque sua avaliação nas áreas pertinentes à situação de cada paciente. Por exemplo, para os pacientes em risco de distúrbios hídricos, foque na avaliação de alterações do peso corporal, marcadores clínicos dos volumes vascular e intersticial, sede, alterações comportamentais e nível de consciência. Avaliações focalizadas adicionais para pacientes em alto risco de distúrbios eletrolíticos e acidobásicos incluem marcadores cardíacos, respiratórios, neuromusculares e GI específicos. Agrupar suas avaliações sob estas categorias ajuda a saber quais avaliações priorizar e capacita a avaliar de maneira efetiva.

Tabela 42-10

Avaliações de Enfermagem Focalizadas para Pacientes com

Desequilíbrios Hídricos, Eletrolíticos e Acidobásicos

Avaliação	Desequilíbrio
Peso Corporal se Altera a partir do Dia Anterior	
Perda de 1 kg ou mais em 24 horas para adultos	Déficit do VLEC
Ganho de 1 kg ou mais em 24 horas para adultos	Excesso do VLEC
Marcadores Clínicos do Volume Vascular	
Pressão arterial	
Hipotensão ou hipotensão ortostática	Déficit de VLEC
Tontura ao sentar ereto ou ao ficar em pé	Déficit do VLEC
Frequência do pulso e caráter:	
Rápido, filiforme	Déficit do VLEC
Cheio	Excesso de VLEC
Turgescência das veias cervicais:	
Planas ou colapsando com a inspiração quando em posição supina	Déficit do VLEC
Cheias ou distendidas quando ereto ou semiereto	Excesso de VLEC
Outras avaliações do volume vascular:	
Enchimento capilar: Lento	Déficit do VLEC
Ausculta pulmonar, lobo dependente: Estertores ou roncos com dispneia progressiva	Excesso de VLEC
Débito urinário: Pequeno volume de urina amarelo escuro	Déficit do VLEC
Marcadores Clínicos do Volume Intersticial	
Presença de edema: Presente nas áreas dependentes (tornozelos ou sacro) e possivelmente dedos ou ao redor dos olhos	Excesso de VLEC
Mucosas: Secas entre as bochechas e a gengiva, lacrimejamento ausente ou diminuído	Déficit de VLEC
Turgor cutâneo: A pele pinçada falha em voltar para a posição normal dentro de 3 segundos	Déficit de VLEC
Presença de sede: Sede presente	Hipernatremia, déficit grave do VLEC
Comportamento e nível de consciência	
Inquietação e confusão leve	Déficit grave do VLEC
Nível de consciência diminuído (letargia, confusão, coma)	Hiponatremia, hipernatremia, hipercalcemia, distúrbios acidobásicos
Sinais Cardíacos e Respiratórios dos Desequilíbrios Eletrolíticos ou Acidobásicos	
Ritmo do Pulso e ECG: Pulso irregular e alterações do ECG	Distúrbios do K^+, Ca^{2+}, Mg^{2+} e/ou acidobásicos
Frequência e profundidade das respirações:	

Frequência e profundidade aumentadas	Acidose metabólica (mecanismo compensatório); alcalose respiratória (causa)
Frequência e profundidade diminuídas	Alcalose metabólica (mecanismo compensatório); acidose respiratória (causa)
Marcadores Neuromusculares dos Distúrbios Eletrolíticos ou Acidobásicos	
Força muscular bilateralmente, em especial dos músculos quadríceps:	
Fraqueza muscular	Hipopotassemia, hiperpotassemia
Reflexos e sensações:	
Reflexos tendinosos profundos diminuídos	Hipercalcemia, hipermagnesemia
Reflexos hiperativos, caibras e contraturas musculares, tetania	Hipocalcemia, hipomagnesemia
Dormência, formigamento nas pontas dos dedos, ao redor da boca	Hipocalcemia, hipomagnesemia, alcalose respiratória
Caibras musculares, tetania	Hipocalcemia, hipomagnesemia, alcalose respiratória
Tremores	Hipomagnesemia
Sinais Gastrointestinais de Distúrbios Eletrolíticos	
Inspeção e ausculta	
Distensão abdominal	Hipopotassemia, líquido no terceiro espaço
Sons intestinais diminuídos	Hipopotassemia
Motilidade: Constipação	Hipopotassemia, hipercalcemia

ECG, Eletrocardiograma; *VLEC*, volume de líquido extracelular.

Pesos Diários e Medição da Ingestão e Débito de Líquidos

Os pesos diários constituem um importante indicador do estado hídrico (Felver, 2013c). Cada quilograma de peso ganho ou perdido durante a noite é igual a 1 L de líquido retido ou perdido. Estes ganhos ou perdas hídricas indicam alterações na quantidade de líquido orgânico total, comumente de LEC, mas não indicam os desvios entre os compartimentos orgânicos. Pese diariamente os pacientes com insuficiência cardíaca e aqueles que se encontram em alto risco ou que realmente apresentam excesso de líquido. Os pesos diários também são úteis para pacientes com desidratação clínica ou

outras causas ou riscos para déficit do LVEC. Pese o paciente no mesmo horário a cada dia com a mesma balança depois que o paciente urinar. Calibre a balança a cada dia ou de modo rotineiro. O paciente precisa utilizar as mesmas roupas ou roupas com o mesmo peso; se usar uma balança de leito, utilize o mesmo número de lençóis na balança a cada pesagem. Compare os pesos de cada dia com aquele do dia anterior para determinar as perdas ou ganhos hídricos. Observe os pesos por vários dias para reconhecer as tendências. A interpretação dos pesos diários orienta a terapia clínica e o cuidado de enfermagem. Ensine os pacientes com insuficiência cardíaca a obter e registrar seus pesos diários em casa e a fazer contato com seus médicos caso seu peso aumente repentinamente em uma quantidade pré-determinada (obtenha os parâmetros com seus médicos). É importante reconhecer as tendências nos pesos diários medidos em casa. Os pacientes que estão hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada frequentemente experimentam aumentos contínuos durante a semana anterior à hospitalização.

Medir e registrar toda a ingesta e débito de líquidos (balanço hídrico) durante um período de 24 horas constitui aspecto importante da avaliação do balanço hídrico. Compare a ingestão de 24 horas de um paciente com seu débito de 24 horas. As duas medidas devem ser aproximadamente iguais quando um paciente exibe um balanço hídrico normal (Felver, 2013c). Para interpretar as situações em que a ingestão e o débito são substancialmente diferentes, considere o paciente individualmente. Por exemplo, quando a ingesta é substancialmente maior que o débito, existem duas possibilidades: o paciente pode estar ganhando líquido em excesso ou retornando ao estado hídrico normal ao repor o líquido previamente perdido pelo corpo. De modo similar, quando a ingesta é substancialmente menor que o débito, também existem duas possibilidades: o paciente pode estar perdendo o líquido necessário para o corpo e desenvolvendo o déficit do VLEC e/ou hipernatremia ou voltando ao estado hídrico normal ao excretar o excesso de líquido obtido anteriormente.

Na maioria dos ambientes de cuidados de saúde, a medição do balanço hídrico constitui uma avaliação de enfermagem. Algumas

instituições exigem prescrição para o balanço hídrico. Quando você quer medir o balanço hídrico de um paciente com estado hídrico comprometido, verifique a política de sua instituição para determinar se você pode fazer isto por si ou se há necessidade da prescrição do médico.

A ingesta hídrica inclui todos os líquidos que a pessoa ingere (p. ex., gelatina, sorvete, sopa), bebidas (p. ex., água, café, suco) ou recebe através de sondas de alimentação nasogástrica ou de jejunostomia (Cap. 45). Os líquidos IV (infusões contínuas e infusões em paralelo intermitentes) e os hemoderivados também são fontes de ingesta. A água deglutida enquanto toma comprimidos e medicações líquidas contam como ingesta. Um paciente que recebe alimentações por sonda frequentemente recebe inúmeros medicamentos líquidos, sendo que a água é utilizada para lavar a sonda antes e/ou depois dos medicamentos. Durante um período de 24 horas, estes líquidos perfazem uma quantidade significativa e sempre são documentados no registro do balanço hídrico. Peça aos pacientes que são lúcidos e orientados para ajudar na medição de sua ingesta oral e explique para as famílias por que eles não devem beber ou comer das bandejas de refeição ou jarras de água do paciente.

O débito hídrico inclui urina, diarreia, vômito, aspiração gástrica e drenagem a partir de feridas pós-cirúrgicas ou outros tubos (Cap. 50). Registre o débito urinário do paciente depois de cada micção. Instrua os pacientes alertas, orientados e que deambulam a preservar sua urina em um recipiente calibrado, o qual se prende à borda do vaso sanitário (Fig. 42-10). Ensine os pacientes e as famílias sobre a finalidade das medições do balanço hídrico. Ensine-os também a notificar a enfermeira ou os técnicos de enfermagem para esvaziar qualquer recipiente com a urina eliminada ou como eles mesmos podem medir e esvaziar os recipientes e a relatar os resultados da maneira apropriada. Os pacientes precisam ter boa visão e habilidades motoras para realizar estas medições. O envolvimento ativo do paciente e da família é um aspecto essencial do cuidado centrado no paciente para manter as medições exatas do balanço hídrico. Quando o paciente possui uma sonda urinária de demora, tubo de drenagem

ou aspiração, registre o débito (p. ex., no final de cada turno de enfermagem ou a cada hora) conforme exigido pela condição do paciente.

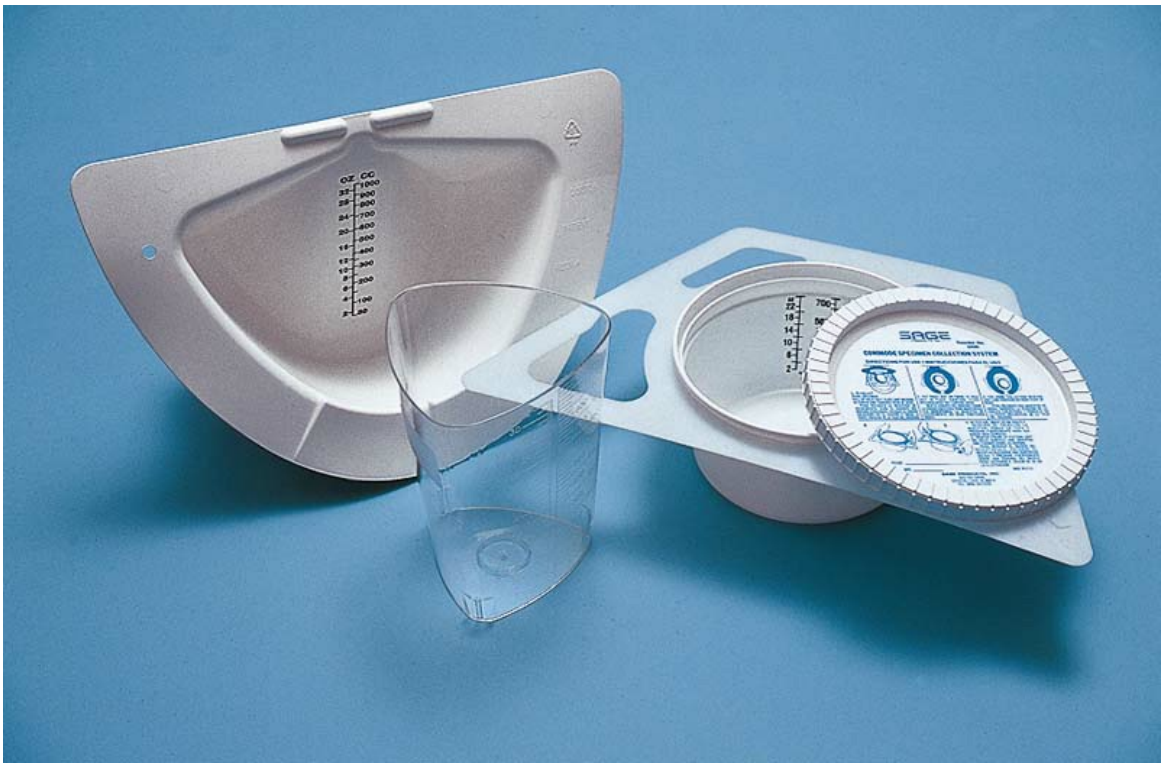


FIGURA 42-10 Recipientes para medir o débito urinário.

Você pode delegar partes da medição e registro do balanço hídrico para o técnico de enfermagem com habilidades competentes na medição. A medição real dos volumes de líquido é mais exata que suas estimativas visuais. Em muitas instituições, o técnico de enfermagem registra a ingesta oral, mas não através de sondas de alimentação ou IV, o que é uma responsabilidade da enfermeria. De maneira similar, o técnico de enfermagem frequentemente registra o débito na urina, diarreia e vômito, mas não a drenagem através de tubos. A enfermeira e o técnico de enfermagem trabalham como uma equipe para registrar as medições no local correto em registros de saúde eletrônicos (EHR), frequentemente em uma folha de fluxo ou prontuário com outras informações. Comumente, o programa de EHR

calcula os totais de 24 horas. Quando um EHR não é utilizado, registre o balanço hídrico em formulários de papel presos em pranchetas ao lado do leito ou na porta do quarto. Você ou o técnico de enfermagem calcula os totais de 24 horas (veja a política da instituição). O balanço hídrico exato facilita a avaliação continuada do estado de hidratação de um paciente.

Valores Laboratoriais

Revise os resultados dos exames laboratoriais do paciente e compare-os com as faixas de normalidade para obter dados objetivos adicionais sobre os balanços hídrico, eletrolítico e acidobásico. Os resultados de exame normais e anormais estão resumidos nas Tabelas 42-1, 42-3 e 42-5 a 42-7. A frequência das medições dos níveis de eletrólitos depende da gravidade da doença de um paciente. A análise dos resultados laboratoriais requer um bom clínico, em especial quando uma pessoa desenvolve um distúrbio agudo enquanto também apresenta uma doença crônica. Usualmente, os exames dos eletrólitos séricos são rotineiramente realizados nos pacientes que entram no hospital para triar para os desequilíbrios e servir como uma linha de base para futuras comparações.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Quando cuidamos de pacientes com suspeita de distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos, é particularmente importante o raciocínio crítico para formular os diagnósticos de enfermagem. Os dados de avaliação que estabelecem o risco para ou a presença real de um diagnóstico de enfermagem nestas áreas podem ser sutis, sendo que os padrões e as tendências emergem apenas quando houve a avaliação exata. Com frequência, há o envolvimento de vários sistemas orgânicos; o agrupamento criterioso das características de definição leva à seleção dos diagnósticos apropriados (Quadro 42-4).

Quadro 42-4

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Déficit de Volume de Líquidos Relacionado com a Perda de Líquidos Gastrointestinais por Vômito

Atividades de Avaliação	Características de Definição
Avaliar o pulso e a pressão arterial postural.	O paciente apresenta hipotensão postural com aumento da frequência cardíaca; o pulso é fraco.
Inspecionar as mucosas orais para o grau de umidificação.	As mucosas orais entre a bochecha e a gengiva estão úmidas.
Obter medições de peso diárias.	O paciente perde 1 kg ou mais em 24 horas.
Medir o débito urinário e observar a coloração; quando disponível, medir a densidade específica da urina.	O paciente produz pequeno volume de urina com coloração escura; a densidade específica da urina está aumentada.
Testar o turgor cutâneo (não confiável para idosos)	Turgor cutâneo diminuído é notado.

Além do agrupamento adequado dos dados da avaliação, uma parte importante da formulação dos diagnósticos de enfermagem consiste em identificar o fator etiológico ou correlato relevante (quando um diagnóstico é focalizado no problema) ou os fatores de risco (quando um diagnóstico é um diagnóstico de risco). Você escolhe intervenções que tratam ou modificam o fator correlato para que o diagnóstico seja resolvido. Por exemplo, *Volume Hídrico Deficiente relacionado com a perda de líquidos GI por vômito* requer terapias que controlam o vômito dos pacientes e restauram o volume hídrico com terapia IV. Em contraste, o diagnóstico de *Volume Hídrico Deficiente relacionado com a temperatura corporal elevada* requer terapias para diminuir a temperatura corporal do paciente e repor os líquidos orgânicos perdidos pela reposição de líquidos orais ou, possivelmente, da terapia IV. Os possíveis diagnósticos de enfermagem para pacientes com alterações hídricas, eletrolíticas e ácido-básicas incluem os seguintes:

- *Débito Cardíaco Diminuído*
- *Confusão Aguda*
- *Risco para Distúrbio Eletrolítico*

- *Volume Hídrico Deficiente*
- *Excesso de Volume de Líquidos*
- *Troca Gasosa Comprometida*
- *Risco para Lesão*
- *Déficit de Conhecimento Relacionado com o Tratamento da Doença*

Planejamento de Enfermagem

Durante o processo de planejamento de enfermagem, empregue o raciocínio crítico para sintetizar as informações oriundas de diversas fontes (Fig. 42-11). Garanta que o plano de cuidados do paciente integra os conhecimentos científico e de enfermagem e a totalidade das informações que você coletou a respeito de cada paciente.

Conhecimento

- Papel de outros profissionais de saúde
- Efeito de regimes de reposição de líquidos específicos sobre o estado hídrico, eletrolítico e acidobásico
- Efeitos de medicamentos no equilíbrio hídrico, eletrolítico e acidobásico
- Conhecimento científico e de enfermagem dos distúrbios e equilíbrio hídricos, eletrolíticos e acidobásicos

Experiência

- Respostas prévias do paciente às terapias de enfermagem planejadas para melhorar os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico (aquela que funcionou e a que não funcionou)

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecionar intervenções de enfermagem individualizadas para manter ou restaurar os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico
- Consultar farmacêuticos, nutricionistas e especialistas em terapia IV
- Envolver o paciente e a família na idealização de intervenções culturalmente apropriadas

Padrões

- Individualizar as terapias baseadas nos resultados desejados do paciente
- Usar terapias compatíveis com as diretrizes do CDC para a prevenção de infecções intravasculares
- Aplicar os padrões de prática da Infusion Nurses Society (INS) (2011)

Atitudes

- Usar a criatividade para planejar intervenções que alcancem os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico e que se integrem nas atividades da vida diária do paciente
- Ser responsável por planejar as intervenções de enfermagem compatíveis com o estado hídrico, eletrolítico e acidobásico do paciente e com os padrões de prática

FIGURA 42-11 Modelo de raciocínio crítico para planejamento de enfermagem dos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico. *CDC,* Centers for Disease Control and Prevention.

Metas e Resultados

Estabeleça um plano de cuidados de paciente individualizado para cada diagnóstico de enfermagem (veja o Plano de Cuidado de Enfermagem) que inclua as metas do paciente mutuamente estabelecidas para cada diagnóstico. Colabore com e informe aos pacientes à medida que você individualiza as metas com resultados realistas e mensuráveis. Por exemplo, com um diagnóstico de enfermagem de *Volume Hídrico Deficiente*, os seguintes resultados correlatos poderiam ser estabelecidos para a meta, "O paciente alcança o estado de hidratação normal na alta":

- O paciente se mostra sem complicações associadas ao dispositivo IV durante toda a duração da terapia IV.
- O paciente demonstra medições do balanço hídrico equilibradas dentro de 48 horas.
- O paciente apresenta eletrólitos séricos dentro da faixa de normalidade dentro de 48 horas.

Estabelecendo Prioridades

A condição clínica do paciente determina qual dos diagnósticos de enfermagem recebe a prioridade máxima. Muitos diagnósticos de enfermagem na área dos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico são de prioridade máxima porque as consequências para o paciente podem ser graves ou, até mesmo, comportar risco de morte. Por exemplo, no mapa conceitual (Fig. 42-12) para a Sra. Beck, a ocorrência de vômito e a diarreia criou um diagnóstico de enfermagem de alta prioridade de *Volume Hídrico Deficiente*. A prioridade para a Sra. Beck consiste em restaurar seu balanço hídrico. Para atingir esta prioridade, seu vômito e diarreia devem ser controlados e resolvidos, sendo reposto seu volume hídrico. Quando estas metas não são alcançadas, o

distúrbio hídrico da Sra. Beck provavelmente irá se agravar.

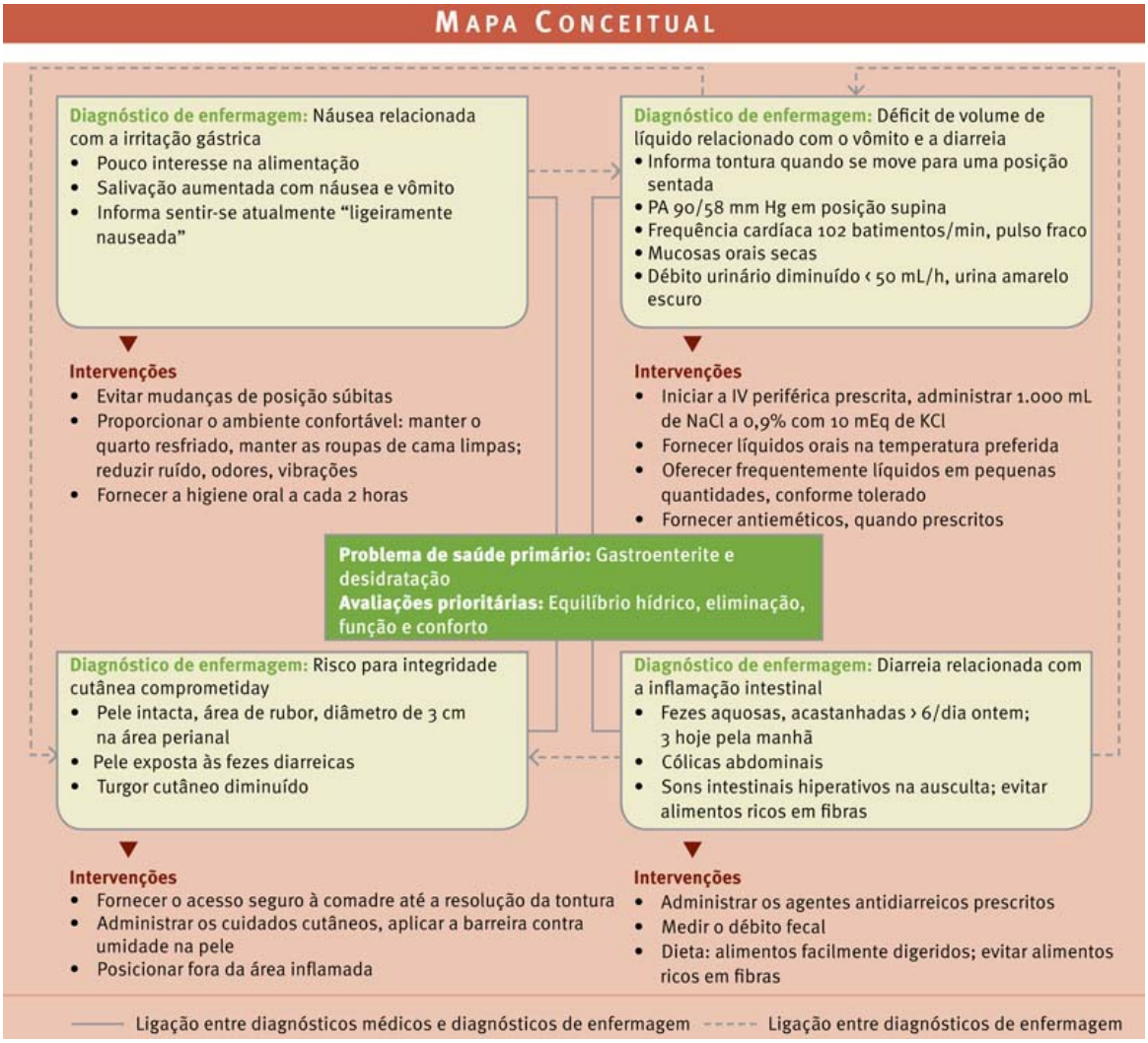


FIGURA 42-12 Mapa conceitual para a Sra. Beck.

Trabalho em Equipe e Colaboração

A comunicação com o médico do paciente ajuda a estabelecer intervalos de tempo realistas para as metas do cuidado, principalmente quando o estado fisiológico do paciente se mostra instável. A comunicação e a consulta continuados são importantes porque a condição do paciente pode se alterar com rapidez. A colaboração com o paciente, com a família e com outros membros da

equipe de cuidados de saúde interdisciplinar, como o terapeuta IV e farmacêutico, ajuda a alcançar os resultados do paciente. O paciente e a família são muito valiosos na identificação das condutas para terapias bem-sucedidas, como as maneiras para aumentar a ingestão de líquidos. Não delegue a administração de líquidos IV e a avaliação hemodinâmica aos técnicos de enfermagem. Quando o paciente fica estável, você pode delegar a pesagem diária, o balanço hídrico e o cuidado físico direto para o técnico de enfermagem.

Comece o planejamento de alta precocemente para os pacientes com distúrbios hidroeletrolíticos agudos ou crônicos ao antecipar às necessidades do paciente e da família quando eles fazem a transição para outro ambiente. No hospital, a colaboração com outros membros da equipe de saúde garante que o tratamento irá prosseguir no ambiente domiciliar ou no ambiente de cuidados de longo prazo com algumas rupturas. Você garante que os regimes terapêuticos estabelecidos em um ambiente continuem no próximo ambiente através do término. Por exemplo, para um paciente que recebe alta da terapia IV, avalie o conhecimento e as competências dos familiares ou de amigos que devem assumir as responsabilidades do cuidado e inicie uma referência para a terapia IV domiciliar logo que possível. A colaboração próxima com os membros da equipe de cuidados de saúde, como o médico do paciente, nutricionista e farmacêutico, é essencial para garantir os resultados positivos para o paciente. Uma nutricionista é um recurso inestimável na recomendação de fontes alimentares para aumentar ou reduzir a ingestão de eletrólitos específicos, incorporando as preferências do paciente quando possível (Cap. 45). Um farmacêutico ajuda a identificar os medicamentos ou as combinações de medicamentos prováveis de causar distúrbios eletrolíticos ou acidobásicos e oferece informações em relação à educação do paciente sobre os efeitos colaterais que se podem prever a partir dos medicamentos prescritos. O médico do paciente direciona o tratamento dos distúrbios hídricos, eletrolíticos ou acidobásicos.

◆ Implementação

Promoção da Saúde

As atividades de promoção da saúde focalizam-se principalmente na educação do paciente com base na sua avaliação da educação de saúde do paciente e da família. Utilize a linguagem direta para ensinar os pacientes e os cuidadores familiares a reconhecer os fatores de risco para desenvolver os distúrbios e implementar as medidas de prevenção apropriadas. Por exemplo, os pais de lactentes precisam compreender que as perdas GI levam rapidamente a distúrbios graves; portanto, quando o vômito ou a diarreia acontece em um lactente, eles precisam reidratar de imediato com líquidos portadores de sódio ou procurar os cuidados de saúde para restaurar o equilíbrio normal. Pessoas de qualquer idade precisam aprender a repor as perdas de líquidos orgânicos com líquidos contendo sódio e água.

Plano de cuidado de enfermagem

Volume Hídrico Deficiente

Histórico de enfermagem

A Sra. Helen Beck tem 72 anos de idade e foi vista por seu médico esta manhã depois de cair em casa e telefonar para um vizinho pedindo ajuda. Ela vive sozinha em um apartamento e não tem doença crônica, exceto pela osteoartrite das mãos. Ela teve diarreia e vômito durante 24 horas e não ingeriu nada. Apesar de se sentir ligeiramente nauseada, ela tentou beber um pouco de água, porque ela sabia que precisava de líquido. A Sra. Beck é internada para a terapia com líquidos IV. As radiografias indicam que ela não apresenta fraturas. Revisão dos achados laboratoriais: hematócrito 55% (hemoconcentração causada por hipovolemia); sódio 148 mEq/L e potássio, 3 mEq/L. (NOTA: A Sra. Beck apresenta hipopotassemia, além de déficit de volume de líquido extracelular [VLEC] e hipernatremia [desidratação clínica]).

Atividades de Coleta de Dados	*Achados/Características Definidoras**
Peça a Sra. Beck para	Ela diz que seus problemas gastrointestinais (GI) começaram ontem de

descrever quando começaram o vômito e a diarreia e quaisquer sinais e sintomas correlatos.	maneira repentina e que ela **fica fraca e tonta quando se senta ou fica em pé**, o que é por que ela se sente assim. Ela se sente **fraca** e apresenta **secura na boca**.
Pergunte sobre seu estado de vômito e diarreia atual.	Ela diz que ainda estava vomitando hoje cedo pela manhã. Nada aconteceu nas últimas 3 horas. Ela se sente um pouco nauseada. Apresentou três episódios de diarreia aquosa esta manhã e mais seis ontem.
Avalie os sinais vitais da Sra. Beck	**Frequência cardíaca de 110** batimentos/minuto com ritmo regular e um **pulso fraco, pressão arterial (PA) em posição supina é de 90/58.** A temperatura e a frequência respiratória estão dentro dos limites normais. A medição da PA postural não é verificada pois a paciente diz que ela **fica tonta quando se senta ereta.**
Avalie os sinais físicos do volume de líquido extracelular (VLEC)	As veias do pescoço ficam planas quando ela está em posição supina; **100 mL de urina amarelo escuro** nas últimas 4 horas; mucosas secas entre as bochechas e a gengiva; tempo de enchimento capilar prolongado de 5 segundos.
Pese a Sra. Beck usando uma balança de leito.	Peso 54,5 kg. Diz que o peso usual em casa 46, 27 kg (**perda de peso de 3,17 kg**)

* As **características de definição** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Déficit de volume de líquidos relacionado com o débito aumentado de líquidos GI a partir do vômito e diarreia

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	***Resultados Esperados (NOC)*** †
Balanço Hídrico	
O volume hídrico da Sra. Beck voltará ao normal em torno da alta hospitalar.	A frequência cardíaca e a PA voltarão ao normal dentro de 24 horas. A Sra. Beck não relatará tontura quando sentar ou ficar em pé dentro de 24 horas. A cor da urina ficará amarelo clara dentro de 24 horas. O débito urinário diário será igual à ingesta de pelo menos 1.500 mL na alta.
A Sra. Beck descreve como gerenciar o balanço hídrico em casa antes da alta hospitalar.	A Sra. Beck descreve como repor as perdas hídricas GI com líquidos que contenham sódio. Ela descreve os sinais e sintomas que indicam a necessidade de aumentar a ingestão de líquido e sódio.

† Rótulos de classificação de resultado de Moorhead S et al.: *Nursing outcomes classification (NOC),* ed. 5, St. Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	JUSTIFICATIVA

Controle de Líquido/Eletrólitos	
Forneça à Sra. Beck os alimentos preferidos na sua temperatura preferida.	O cuidado centrado no paciente leva em consideração as preferências individuais. Oferecer as preferências culturais em relação à temperatura do líquido oral influencia a ingestão de líquido (Giger, 2013). Em contraste com a crença popular, é provável que quantidades moderadas de bebidas cafeinadas não possuam efeito diurético excessivo (Killer et al., 2014).
Forneça o jarro e o copo de água na temperatura preferida da Sra. Beck na cabeceira do leito; assegure-se de que ela pode acessar e derramar a água com facilidade; forneça o canudo caso ela deseje.	A fraqueza ou a doença crônica, como a osteoartrite das mãos, pode tornar difícil a manipulação de uma jarra de água cheia. Disponibilize o líquido de modo que seja fácil para o acesso do paciente (Felver, 2013c).
Administre a terapia IV conforme a prescrição, monitorando rigorosamente para os efeitos colaterais iniciais das complicações.	A reposição hídrica IV aumenta a reposição oral quando existe déficit do VLEC. O cuidado apropriado para a idade é necessário por causa das alterações fisiológicas e anatômicas do idoso que afetam o aporte de volume (INS, 2011).
Discuta diferentes maneiras para prevenir e tratar a desidratação em casa. Forneça folhetos informativos por escrito.	A educação do paciente é aumentada nos idosos quando você utiliza vários sentidos durante as sessões de ensino (Touhy e Jett, 2014).

‡ Rótulos de classificação de intervenções de Bulechek et al: *Nursing interventions classification (NIC)*, ed. 5, St. Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Paciente/Achado***	***Obtenção do Resultado***
Monitore os sinais vitais, ingestão e débito (balanço hídrico), peso diário, e PA postural quando não houver mais tontura	T 37ºC, FR 10, FC 72 batimentos/min, PA 120/78 sentado, 122/78 em pé, nega tontura Ingestão, 2.000 mL, débito 2.000 mL, de urina amarelo claro Peso hoje 58,5 kg	Os sinais vitais voltaram para a faixa de normalidade. Nenhuma hipotensão postural. As medições do balanço hídrico estão equilibradas, a urina é amarelo clara O peso diário voltou ao normal da Sra. Beck.
Avalie a turgência das veias cervicais quando em posição supina,	As veias cervicais turgidas quando m posição supina, mucosas úmidas	Os marcadores adicionais do VLEC estão

mucosas.		normais.
Avalie a eficácia do ensino em relação à manutenção do equilíbrio hídrico em casa.	A Sra. Beck identificou o caldo salgado e os líquidos de reposição de eletrólitos comerciais para repor a perda hídrica GI e indicou a necessidade de aumentar sua ingestão quando a urina se torna amarelo escura ou ela fica tonta ao se sentar ereta.	A Sra. Beck descreve o gerenciamento domiciliar efetivo do balanço hídrico.

Os pacientes com alterações de saúde crônicas frequentemente se encontram em risco para desenvolver distúrbios hídricos, eletrólitos e acidobásicos. Eles precisam compreender seus próprios fatores de risco e as medidas a serem empreendidas para evitar os distúrbios. Por exemplo, os pacientes com doença renal em estágio terminal frequentemente precisam restringir a ingestão de líquidos, sódio, potássio, magnésio e fosfato. Com a educação nutricional, estes pacientes aprendem os tipos de alimentos a ser evitados e o volume adequado de líquido que é permitido para eles diariamente (Cap. 45). Ensine os pacientes com doenças crônicas e a seus cuidadores os sinais e sintomas iniciais dos distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos para os quais eles se encontram em risco e o que fazer caso aconteçam.

Cuidado Agudo

Embora os distúrbios hídricos, eletrolíticos e/ou acidobásicos ocorram em todos os ambientes, eles são comuns no cuidado agudo. As enfermeiras de cuidados agudos administram medicamentos e líquidos orais e IV para repor os déficits hidroeletrolíticos ou para manter a homeostasia normal; elas também ajudam na restrição da ingestão como parte da terapia para excessos.

Reposição Enteral de Líquidos

A reposição oral de líquidos e eletrólitos é apropriada enquanto o paciente não se encontra fisiologicamente tão instável que não possa ser reposta com rapidez. A reposição oral de líquidos está contraindicada quando um paciente apresenta obstrução mecânica do trato GI, está em risco elevado para aspiração ou exibe

comprometimento da deglutição. Alguns pacientes incapazes de tolerar alimentos sólidos ainda estão aptos a ingerir líquidos. As estratégias para incentivar a ingestão de líquidos incluem o oferecimento de pequenos goles de líquido, picolés e lascas de gelo. Registre metade do volume das lascas de gelo na medição do balanço hídrico. Por exemplo, quando um paciente ingere 240 mL de lascas de gelo, você registra 120 mL de ingestão. Incentive os pacientes a manter seu próprio registro de ingestão para envolvê-los de maneira ativa. Também podem ajudar os familiares que estão adequadamente instruídos. Dê atenção à temperatura preferida de cada paciente para os líquidos orais. As crenças culturais relacionadas com os líquidos e a temperatura dos líquidos apropriados podem transformar-se em uma barreira para alcançar a ingesta hídrica adequada, a menos que haja disponibilidade do líquido com a temperatura preferida (Quadro 42-5).

Quadro 42-5

Aspectos culturais do cuidado

Terapia com Líquidos

As crenças culturais e religiosas influenciam como você gerencia a terapia com líquidos e como os pacientes comunicam suas necessidades. Por exemplo, um familiar idoso pode ser a pessoa que recebe explicações e toma as decisões dos cuidados de saúde em lugar do paciente. As crenças culturais e religiosas de um paciente podem provocar a recusa de terapias. Por exemplo, as crenças de quente-frio frequentemente fazem com que os pacientes recusem líquidos orais frios quando eles apresentam determinadas doenças, porque eles acreditam que os líquidos quentes são necessários para restaurar o equilíbrio (Giger, 2013). As práticas religiosas podem exigir modificações do comprimento do tubo IV (p. ex., quando os pacientes precisam ajoelhar no chão e orar várias vezes ao dia).

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Estabeleça a comunicação. Quando apropriado, determine quem toma as decisões para o paciente e explique a restrição hídrica ou os procedimentos de terapia IV.
- Descubra as preferências e valores do paciente/família em sua entrevista clínica. Pergunte especificamente sobre a temperatura preferida dos líquidos orais e forneça (quando a ingesta oral é permitida).
- Determine a extensão necessária do equipo IV e incorpore um ou mais segmentos de extensão longa do tubo no conjunto IV quando o paciente se ajoelha no chão para rezar.
- Determine a aceitação ou a recusa dos regimes terapêuticos e respeite as escolhas do paciente/família em relação à terapia.
- Conheça as crenças do paciente em relação à terapia com sangue. Embora alguns pacientes recusem o sangue total ou o concentrado de hemácias por causa de crenças religiosas ou pessoais, eles podem aceitar outros hemoderivados ou alternativas.
- Quando o paciente apresenta pele de cor escura, avalie cuidadosamente para as alterações de coloração sutis no local do dispositivo de acesso vascular que poderiam indicar a flebite, a qual pode ser de difícil reconhecimento.

Quando for fazer a reposição de líquidos pela boca em um paciente com déficit do VLEC, escolha líquidos portadores de sódio (p. ex., Pedialyte ou Gastrolyte). Os líquidos que contêm lactose ou baixo conteúdo de sódio não são adequados quando um paciente apresenta diarreia.

Uma sonda de alimentação é apropriada quando o trato GI de um paciente é saudável, mas ele não consegue ingerir líquidos (p. ex., depois de cirurgia oral ou com o comprometimento da deglutição). As opções para administrar os líquidos incluem as instilações por gastrostomia ou jejunostomia ou as infusões através de sondas de alimentação nasogástricas de pequeno calibre (Cap. 45).

Restrição de Líquidos

Os pacientes portadores de hiponatremia geralmente requerem a restrição de ingestão de água. Os pacientes que apresentam excesso muito acentuado do VLEC por vezes têm restrições de sódio e líquidos. Com frequência, a restrição de líquidos é difícil para os pacientes, principalmente quando eles tomam medicamentos que ressecam a mucosa oral ou quando eles são respiradores bucais. Explique o motivo da restrição de líquidos. Certifique-se de que o paciente, a família e os visitantes sabem a quantidade de líquido permitida por via oral e compreendem que lascas de gelo, gelatina e sorvete são líquidos. Ajude o paciente a decidir a quantidade de líquido a beber em cada refeição, entre as refeições, antes de dormir e com os medicamentos. É importante permitir que os pacientes escolham os líquidos preferidos, exceto quando contraindicados. Com frequência, os pacientes sob restrição hídrica podem engolir vários comprimidos com tão pouco quanto 30 mL de líquido.

Nos ambientes de cuidados agudos, as restrições de líquidos geralmente alocam a metade dos líquidos orais permitidos entre 7 horas da manhã e 15 horas (i.e., o período no qual os pacientes estão mais ativos, recebem duas refeições e tomam a maior parte dos medicamentos orais). Ofereça o restante dos líquidos durante a noite e a madrugada. Os pacientes sob restrição hídrica precisam do cuidado bucal frequente para umedecer a mucosa, diminuir a possibilidade de ressecamento e rachadura da mucosa, e para manter o conforto (Cap. 40).

Reposição Parenteral de Líquidos e Eletrólitos

Os líquidos e os eletrólitos podem ser repostos por infusão direta de líquido nas veias (intravenosa) em lugar de fazê-lo por meio do sistema digestivo. A reposição parenteral inclui nutrição parenteral (NP), terapia hidroeletrolítica IV (**cristaloides**) e administração de sangue e hemoderivados (coloides). Os dispositivos IV são chamados de *IV periféricos* quando a extremidade do cateter se localiza em uma veia em um dos membros; eles são chamados de *IV venosos centrais* quando a extremidade do cateter se situa no sistema circulatório central (p. ex., na veia cava próximo ao átrio direito do coração)

(Fig. 42-13).

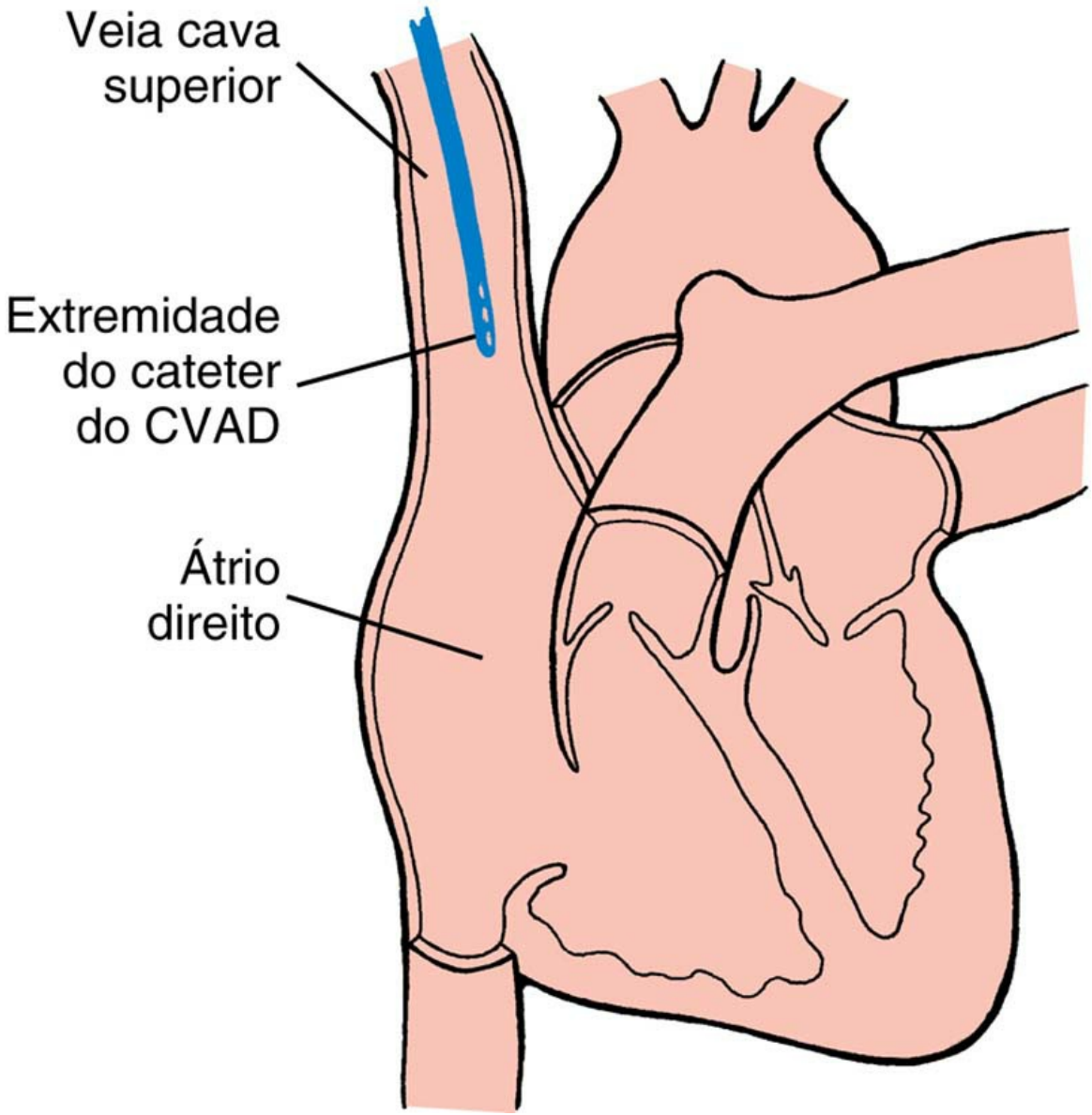


FIGURA 42-13 As linhas venosas centrais liberam o líquido IV dentro da veia cava superior próximo ao coração. *CVAD,* Dispositivo de acesso venoso central.

Pratique as precauções padronizadas para líquidos orgânicos quando preparar e administrar os líquidos parenterais (Cap. 29) para minimizar seu próprio risco para a exposição de patógenos transmitidos pelo ar. Leia e compreenda as políticas e os

procedimentos para infusões parenterais na instituição para a qual você trabalha.

Nutrição Parenteral

A NP, também chamada de *NP total (NPT)*, consiste na administração de uma solução complexa e altamente concentrada, contendo nutrientes e eletrólitos, a qual é formulada para satisfazer às necessidades de um paciente. Dependendo de sua osmolalidade, as soluções de NP são administradas por um cateter IV central (alta osmolalidade) ou de maneira periférica (osmolalidade menor). O Capítulo 45 revê os princípios e as diretrizes para a administração da NP, a qual é utilizada quando os pacientes são incapazes de receber a nutrição suficiente por via oral ou por meio da nutrição enteral.

Terapia Intravenosa (Cristaloides)

O objetivo da administração de líquidos IV consiste em corrigir ou evitar os distúrbios hídricos e eletrolíticos. Ela possibilita o acesso direto ao sistema vascular, permitindo a infusão continuada de líquidos durante um intervalo de tempo. A terapia IV requer a prescrição de um médico para o tipo, quantidade e velocidade de administração da solução. Você regula continuamente a terapia de líquidos IV por causa das contínuas alterações no equilíbrio hidroeletrolítico de um paciente. Para fornecer a terapia segura e apropriada para os pacientes que precisam de líquidos IV, você precisa do conhecimento da solução prescrita correta, do motivo pelo qual a solução foi prescrita, do equipamento necessário, dos procedimentos necessários para iniciar uma infusão, de como regular a velocidade da infusão e manter o sistema, de como identificar e corrigir os problemas, e como interromper a infusão.

Tipos de Solução

Muitas soluções IV preparadas estão disponíveis para uso (Tabela 42-11). Uma solução IV é isotônica, hipotônica ou hipertônica. As soluções isotônicas contendo sódio, como o soro fisiológico normal, estão indicadas para a reposição do VLEC, de modo a prevenir ou

tratar o déficit do VLEC. As soluções hipotônicas apresentam osmolalidade efetiva menor que a dos líquidos orgânicos, diminuindo, desta maneira, a osmolalidade ao diluir os líquidos orgânicos e movendo a água para dentro das células. As soluções hipertônicas apresentam uma osmolalidade efetiva maior que os líquidos orgânicos. Quando são soluções hipertônicas contendo sódio, elas aumentam rapidamente a osmolalidade e puxam a água para fora das células, fazendo com que elas enruguem (Wunderlich, 2013). A decisão de utilizar uma solução hipotônica ou hipertônica é tomada com base no distúrbio hidroeletrolítico de um determinado paciente. Por exemplo, um paciente com hipernatremia que não pode ser tratado com água por via oral geralmente recebe uma solução IV hipotônica para diluir o LEC e reidratar as células. A infusão muito rápida ou excessiva de qualquer líquido IV tem o potencial de causar graves problemas para o paciente.

Tabela 42-11

Soluções Intravenosas

Solução	Concentração	Comentários
Dextrose em Soluções de Água		**Dextrose é outro nome para a glicose**
Glicose a 5% em água	Isotônica	Isotônica quando entra primeiramente na veia; a glicose entra nas células com rapidez, deixando a água livre, o que dilui o LEC; grande parte da água penetra, então, as células por osmose
Glicose a 10% em água	Hipertônica	Hipertônica quando entra primeiramente na veia, a glicose penetra rapidamente a veia, deixando a água livre, o que dilui o LEC; a maior parte da água penetra então nas células por osmose.
Soluções Salinas		**A solução salina consiste em cloreto de sódio em água.**
Cloreto de sódio a 0,225% (solução salina a um quarto do normal; 1/4 NS; NaCl a 0,225%)	Hipotônico	Expande o VLEC (vascular e intersticial) e reidrata as células.
Cloreto de sódio a 0,45% (solução salina pela metade; 1/2 NS; NaCl a 0,45%)	Hipotônica	Expande o VLEC (vascular e intersticial) e reidrata as células.
Cloreto de sódio a 0,9% (solução salina normal; NS;	Isotônica	Expande o VLEC (vascular e intersticial) e reidrata as células.

NaCl a 0,9%)		
Cloreto de sódio a 3% ou 5% (solução salina hipertônica; NaCl a 3% ou 5%)	Hipertônica	Puxa a água das células para dentro do LEC por osmose
Dextrose em Soluções Salinas		
Glicose a 5% em NaCl a 0,45% (D_5 1/2 NS; D_5 0,45% NaCl)	Hipertônica	A glicose entra rapidamente nas células, deixando o cloreto de sódio a 0,45%
Glicose a 5% em cloreto de sódio a 0,9% (D_5NS; D_5 NaCl 0,9%)	Hipertônica	A glicose penetra rapidamente as células, deixando o cloreto de sódio a 0,9%
Soluções Eletrolíticas Balanceadas		
Lactato de Ringer (LR)	Isotônica	Contém Na^+, K^+, Ca^{2+}, Cl^- e lactato, que o fígado metaboliza em HCO_3^-. Expande o VLEC (vascular e intersticial); não entra nas células.
Glicose a 5% em lactato de Ringer (D_5LR)	Hipertônica	A glicose entra rapidamente nas células, deixando o lactato de Ringer.

LEC, Líquido extracelular; *VLEC*, volume de líquido extracelular.

Aditivos como o cloreto de potássio (KCl) são comuns nas soluções IV (p. ex., 1.000 mmL de SG a 5% em SF 1/2 com 20 mEq de KCl a 125 mL/h). Administre o KCl com cautela porque a hiperpotassemia pode provocar disritmias cardíacas fatais. *Sob nenhuma circunstância, o KCl deve ser administrado por dose IV em bolo* (diretamente através de uma porta no equipo IV). Verifique se um paciente possui a função renal e o débito urinário adequados antes de administrar uma solução IV contendo potássio. Os pacientes com função renal normal que não recebem nada por via oral devem ter o potássio adicionado às soluções IV. O corpo não consegue conservar o potássio, sendo que os rins continuam a excretá-lo mesmo quando o nível plasmático cai. Sem a ingestão de potássio, a hipopotassemia desenvolve-se com rapidez.

Dispositivos de Acesso Vascular

Os **dispositivos de acesso vascular (VAD)** são cateteres ou portas de infusão destinados para o acesso repetido ao sistema vascular. Os cateteres periféricos são de curta duração (p. ex., restauração de líquidos depois da cirurgia e administração de antibiótico por curto prazo). Os dispositivos para uso por longo prazo incluem os cateteres centrais e as portas implantadas, que desembocam em uma veia central. Lembre-se de que o termo *central* se aplica à localização da extremidade do cateter, não ao local de inserção. Os cateteres centrais inseridos por via periférica (linhas PICC) entram em uma veia periférica no braço e se estendem através do sistema venoso até a veia cava superior, onde terminam. As outras linhas centrais entram em uma veia central, como a subclávia ou jugular, ou são colocadas em um túnel através do tecido subcutâneo antes de entrar em uma veia central. As linhas centrais são mais efetivas que os cateteres periféricos para a administração de grandes volumes de líquido, de nutrição parenteral e de medicamentos ou líquidos que irritam as veias. O cuidado adequado dos locais de inserção da linha central é crucial para a prevenção da infecção da corrente sanguínea associada à linha central (CLABSI). O National Quality Forum (NQF) (2015) enfatizou a prevenção das CLABSI com intervenções baseadas em evidências como uma importante medida de segurança para o paciente. O Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) não reembolsa os hospitais pelos custos e dias de hospitalização adicionais necessários para tratar uma CLABSI (Hadaway, 2012b). As enfermeiras precisam de educação especializada com relação ao cuidado de cateteres venosos centrais e portas de infusão implantadas. As responsabilidades de enfermagem para as linhas centrais incluem monitoramento cuidadoso, lavagem para manter a linha permeável e cuidado do local e trocas de curativo para prevenir as CLABSI (Quadro 42-6).

Quadro 42-6

Prevenindo as Infecções da Corrente Sanguínea Associadas à Linha Central (CLABSI)

Pergunta "PICO": Em pacientes adultos hospitalizados, quais intervenções para o cuidado da linha IV central são melhores para evitar a infecção da corrente sanguínea associada à linha central (CLABSI)?

Resumo das Evidências

A CLABSI é uma complicação grave da terapia IV que aumenta a morbidade, duração da internação e custos dos cuidados de saúde. A pesquisa mostra que as estratégias efetivas para a prevenção da CLABSI incluem a utilização de diversas práticas baseadas em evidência, agrupadas como uma "conduta" ou "checklist" (Chopra et al., 2013). Estas condutas são efetivas na redução das CLABSI no momento da inserção de linhas centrais e também durante sua manutenção (TJC, 2012). Por exemplo, uma conduta recomendada na inserção de uma linha central é a higiene das mãos antes da inserção do cateter; uso de precauções de barreira estéril máximas na inserção; antissepsia da pele com clorexidina antes da inserção e durante as trocas de curativo; prevenção contra o uso da veia femoral para acesso venoso central para os adultos; e a avaliação diária da necessidade da linha, com a imediata remoção das linhas não essenciais (Chopra et al., 2013). As condutas de manutenção são similares, com a atenção para higiene das mãos, assepsia do canhão do cateter, troca de curativos e da linha e avaliação diária continuada da necessidade da linha. Para a redução mais efetiva das CLABSI, a pesquisa demonstra a necessidade de estratégias educacionais organizadas e da atenção para o suporte institucional e cultura, além do uso de condutas de práticas de inserção e manutenção de linhas centrais. Um hospital instituiu a conduta da inserção de linhas centrais, mas ainda não alcançou a taxa de CLABSI zero na unidade de terapia intensiva (UTI); com a adição de um programa colaborativo envolvendo a educação da equipe, a

vigilância diária, kits de inserção de linha de uso único, e políticas e procedimentos atualizados, foi atingida uma taxa zero de CLABSI (Matocha, 2013). Dumyati et al. (2014) reduziram a taxa de CLABSI em 50% com uma intervenção multimodal que incluiu o envolvimento da liderança e equipe de enfermagem, educação sobre os componentes do feixe de manutenção da linha central, avaliação da competência e observações da linha central. Zingg et al. (2014) obtiveram redução hospitalar total clinicamente relevante das CLABSI com um programa interdisciplinar multimodal que incluiu componentes educacionais, kits de inserção de uso único, lista de verificação de inserção de cateter e conduta de manutenção do cateter.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Quando a conduta de prevenção de CLABSI não são usados para a inserção e manutenção de linha central em sua instituição, revise a pesquisa atual em um comitê de prática de enfermagem ou com sua equipe de terapia IV para influenciar os procedimentos e políticas e implementar estas condutas.
- Estenda o uso de condutas de manutenção de linha central para as unidades do hospital fora da UTI onde os pacientes portam linhas centrais.
- Trabalhe com os profissionais do controle de infecção e com a administração de enfermagem e médica para estabelecer um programa multidisciplinar de prevenção da CLABSI, que inclui o suporte institucional para a educação, demonstração de competência, uso de condutas de inserção e manutenção, além de observações diárias da linha.

Material

A seleção e a preparação corretas do equipamento IV ajudam na aplicação segura e rápida de uma linha IV. Como os líquidos são infundidos diretamente na corrente sanguínea, há necessidade da técnica estéril. Organize todo o material ao lado do leito para uma

inserção eficiente. O equipamento IV incluem os dispositivos de acesso vascular (VAD); torniquete; luvas de procedimento; curativos; recipientes de líquido IV; vários tipos de equipo; e dispositivos de infusão eletrônicos (EID), também chamados de *bombas infusoras*. Os VAD, que são cateteres IV periféricos curtos, estão disponíveis em inúmeros calibres como os calibres 20 e 22 comumente utilizados. Um calibre maior indica um cateter de diâmetro menor. Um VAD periférico é chamado de cateter sobre agulha; ele consiste em um pequeno tubo de plástico ou cateter enfiado sobre um estilete afiado (agulha). Quando você insere um estilete e avança o cateter para dentro da veia, você retira o estilete, deixando o cateter na posição. Estes dispositivos apresentam um mecanismo de segurança que cobre o estilete afiado quando ele é retirado para reduzir o risco de lesão por punção por agulha (Fig. 42-14). Os sistemas sem agulha permitem que você faça conexões sem a utilização de agulhas, o que reduz as lesões por punção por agulha (Hadaway, 2012a).

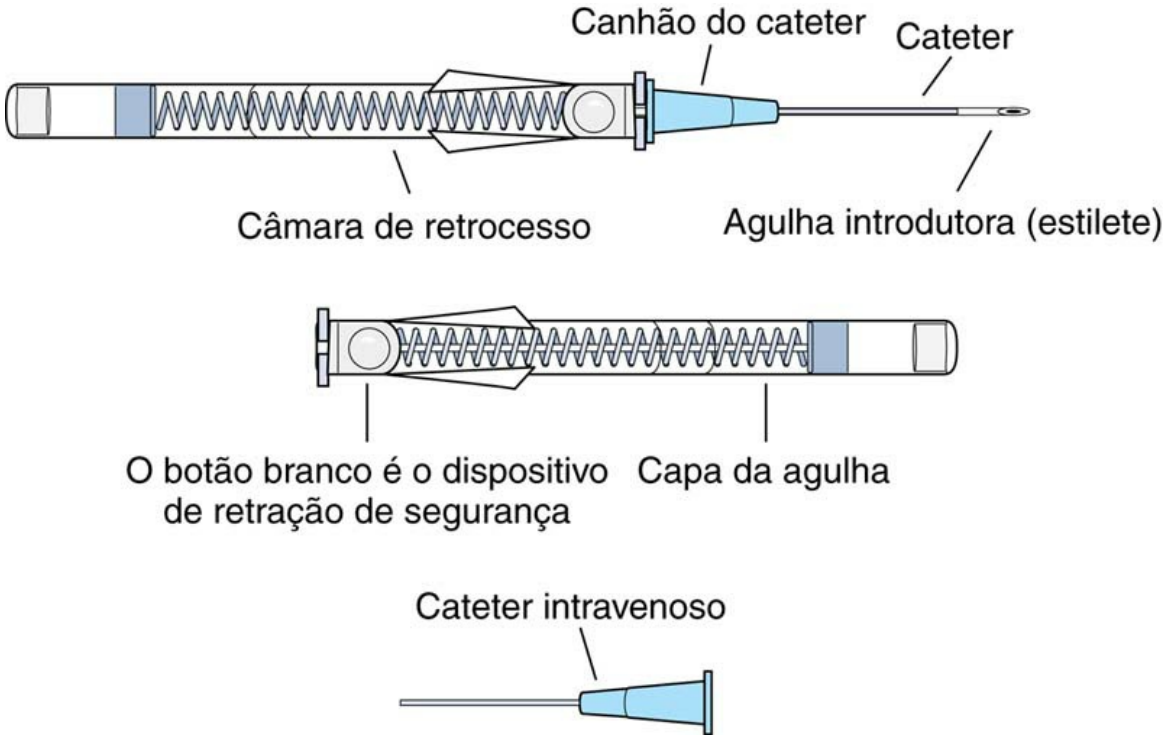


FIGURA 42-14 Cateter sobre agulha para venipuntura.

O principal líquido IV utilizado em uma infusão contínua flui através do tubo chamado de *linha primária ou principal*. A linha primária conecta-se ao cateter IV. Os medicamentos injetáveis, como os antibióticos, são usualmente adicionados a uma pequena bolsa de solução IV e "infundido em paralelo" como um conjunto secundário dentro da linha primária ou como uma infusão primária intermitente a ser administrada durante um período de 30 a 60 minutos (Cap. 32). O tipo e a quantidade da solução são prescritos pelo médico do paciente e dependem do medicamento adicionado e do estado fisiológico do paciente. Quando uma infusão IV é conectada a um dispositivo de infusão eletrônica (EID), utilize o tubo idealizado para aquele EID. Para as infusões IV por fluxo gravitacional (que não usam EID), selecione o tubo ou equipo conforme descrito na lista de material do Procedimento 42-2 nas páginas 967-977. Acrescente um equipo de extensão IV para aumentar o comprimento da linha primária, o que reduz a tração no tubo e aumenta a mobilidade do paciente quando mudar de posição.

Iniciando a Linha Intravenosa

Depois que você reúne o material na cabeceira do leito do paciente, prepare-se para inserir a linha IV ao avaliar o paciente para um local de venipuntura (Procedimento 42-1). Os locais IV mais comuns estão na face interna do braço (Fig. 42-15). Não use as veias das mãos nos idosos ou em pacientes que deambulam. A inserção IV em uma veia do pé é comum nas crianças, porém evite estes locais em adultos por causa do risco aumentado de tromboembolia (INS, 2011).

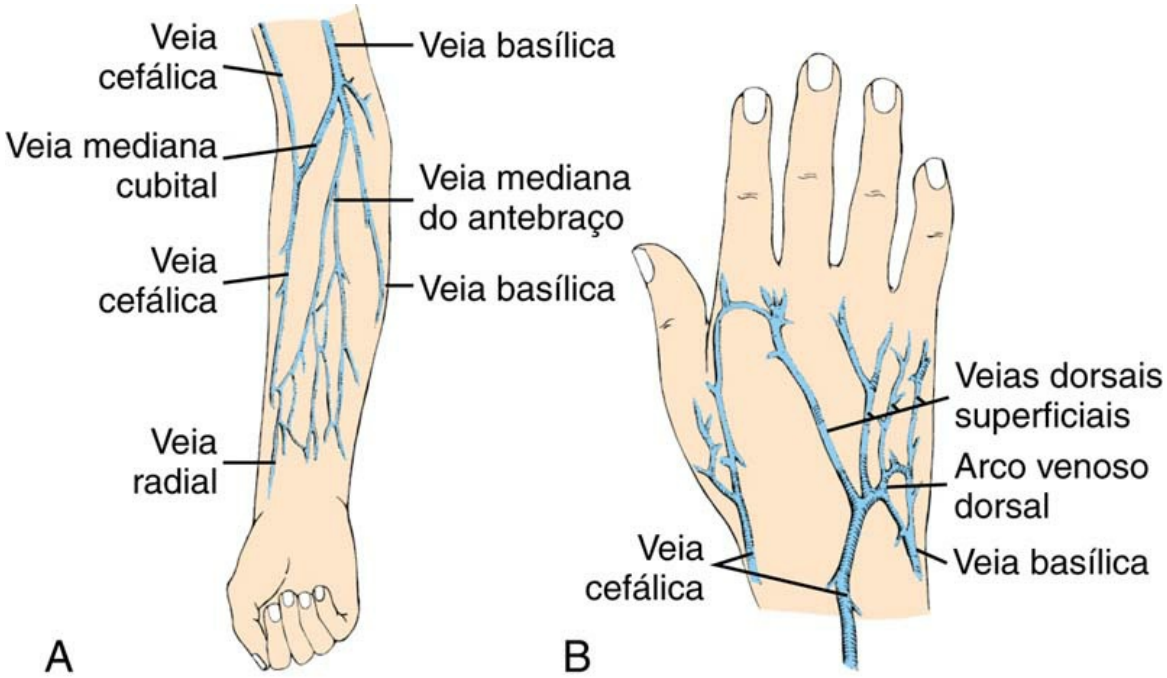


FIGURA 42-15 Locais IV comuns. **A,** Antebraço. **B,** Superfície dorsal da mão.

Quando você examina um paciente para os locais de punção venosa potenciais, considere as condições que excluem determinados locais. A punção venosa ou venipuntura está contraindicada em um local que apresente sinais de infecção, infiltração ou trombose. Um local de infecção se mostra avermelhado, doloroso, inchado e possivelmente quente ao toque. O exsudato pode estar presente. Não use um local infectado por causa do perigo de introduzir bactérias da superfície da pele dentro da corrente sanguínea. Evite usar um membro com uma fístula/enxerto vascular (diálise) ou no mesmo lado de uma mastectomia. Evite áreas de flexão quando possível (INS, 2011; Wallis et al., 2014). Escolha o local mais distal apropriado (INS, 2011). Utilizar um local distal possibilita, em primeiro lugar, o uso dos locais proximais quando o paciente precisa de uma mudança do local de punção venosa.

A **venipuntura** é uma técnica em que uma veia é puncionada através da pele por um estilete rígido afiado (p. ex., agulha metálica). O estilete é parcialmente coberto, quer por um cateter de plástico, quer por uma agulha ligada a uma seringa. As finalidades gerais da punção venosa consistem em coletar uma amostra de sangue, iniciar

uma infusão IV, prover o acesso vascular para uso futuro, instilar um medicamento ou injetar um marcador radiopaco ou de outro tipo para exames diagnósticos especiais. O Procedimento 42-1 nas páginas 967-977 descreve a punção venosa para a infusão de líquidos IV periféricos, incorporando os padrões de prática do INS (2011). Há a necessidade de prática para se tornar proficiente na venipuntura. Somente profissionais experientes a realizam para os pacientes cujas veias são frágeis ou se colabam com facilidade, como os idosos. O Quadro 42-7 descreve os princípios a seguir para a punção venosa em idosos.

Quadro 42-7

Foco nos idosos

Proteção da Pele e das Veias durante a Terapia Intravenosa

- Utilize o cateter ou agulha com o menor calibre possível (p. ex., 22 ou 24). As veias são muito frágeis, sendo que o calibre menor permite o melhor fluxo sanguíneo para proporcionar a hemodiluição aumentada dos medicamentos ou líquidos IV (Gresser, 2014).
- Evite o dorso da mão, o que pode comprometer a necessidade de independência e mobilidade do paciente.
- Evite a aplicação da linha IV nas veias que sofrem colisão fácil porque os idosos apresentam menor suporte de tecido subcutâneo (Gresser, 2014).
- Evite o atrito vigoroso enquanto limpa o local para prevenir a laceração da pele frágil.
- Quando o paciente apresenta pele e veias frágeis, utilize pressão mínima ou não use pressão no torniquete (Gresser, 2014).
- Quando utilizar um torniquete, coloque-o sobre a manga da roupa do paciente ou use um manguito de pressão arterial.

- Com a perda do tecido de sustentação, as veias tendem a se situar mais superficialmente; diminua o ângulo de inserção para a venipuntura para 10 a 15 graus depois de penetrar a pele (Gresser, 2014).
- As veias se afastam da agulha com facilidade por causa da perda do tecido subcutâneo. Para estabilizar a veia, aplique tração na pele abaixo do local de injeção projetado (Gresser, 2014).
- Fixe o local IV com um dispositivo de estabilização de cateter, evitando o uso excessivo de esparadrapo sobre a pele frágil; considere cobrir adicionalmente o local com uma atadura cirúrgica (Gresser, 2014).
- Inúmeros medicamentos e suplementos (p. ex., anticoagulantes, antibióticos, glicocorticoides e alho) aumentam a probabilidade de equimose e sangramento (Burchum e Rosenthal, 2016).

As enfermeiras precisam de conhecimento e educação especializados para a instalação de PICC. Algumas linhas centrais e portas implantadas requerem a inserção por médicos ou por enfermeiras de prática avançada. Ambos os tipos de cateteres centrais requerem monitoramento e manutenção rigorosos. Este capítulo focaliza-se nos cateteres periféricos.

Regulando a Velocidade do Fluxo de Infusão

Depois de iniciar uma infusão IV periférica e verificá-la quanto a permeabilidade, regule a velocidade de infusão de acordo com a prescrição do médico (Procedimento 42-2 nas páginas 977-980). Para a segurança do paciente, evite o fluxo descontrolado do líquido IV para dentro de um paciente. Você é responsável por calcular a velocidade do fluxo (mL/h) que libera o líquido IV no intervalo de tempo prescrito. A velocidade de infusão IV correta assegura a segurança do paciente ao evitar a administração de líquidos IV muito lenta ou muito rápida. A velocidade de infusão que é muito lenta frequentemente leva ao comprometimento fisiológico adicional em um paciente que está desidratado, em choque circulatório ou

criticamente doente. Uma velocidade de infusão que é muito rápida sobrecarrega o paciente com líquidos IV, gerando distúrbios hidroeletrolíticos e complicações cardíacas em pacientes vulneráveis (p. ex., idosos ou pacientes com cardiopatia preexistente).

Os **dispositivos de infusão eletrônicos (EID)**, também chamados de *bombas infusoras* ou *bombas IV*, proporcionam uma velocidade de infusão IV horária exata. Os EID utilizam a pressão positiva para liberar uma determinada quantidade de líquido durante uma unidade de tempo especificada (p. ex., 125 mL/h). Familiarize-se com a marca de EID em uso em sua instituição, de modo que você seja capaz de estabelecer a velocidade de fluxo com exatidão. Muitos EID possuem capacidades que permitem infusões de solução única ou de Diversas soluções em diferentes velocidades. Os detectores e os alarmes eletrônicos respondem ao ar nas linhas IV, oclusão, término da infusão, pressão alta e baixa, além da baixa carga da bateria.

Quando você abre o clampe de rolo ou outro tipo de clampe em um tubo de infusão que ainda não está adequadamente inserido em um EID ou em um sistema de infusão de fluxo por gravidade, o líquido IV infunde com muita rapidez. Os dispositivos de controle de volume não eletrônicos são ocasionalmente utilizados com uma solução IV infundida por gravidade para evitar a infusão acidental de um grande volume hídrico. Estes dispositivos são pendurados entre a bolsa IV e o paciente e contêm apenas um pequeno volume de líquido que pode ser infundido no paciente. Independente do dispositivo em uso, monitore regularmente o paciente para verificar a infusão correta dos líquidos IV. A permeabilidade de um cateter IV significa que o líquido IV flui facilmente através dele. Para a permeabilidade, não devem existir coágulos na extremidade do cateter, sendo que a extremidade do cateter não deve se posicionar contra a parede da veia. Um cateter obstruído lentifica ou interrompe a velocidade de infusão dos líquidos IV. A velocidade do fluxo IV também pode ser lentificada por infiltração, vasoespasmo, um nó ou dobra no equipo, pela pressão externa sobre o equipo, e as mudanças de posição no membro do paciente. Quando o fluxo diminui ou cessa e o EID está funcionando normalmente, inspecione o tubo. Por vezes, o paciente está deitado ou

sentado sobre ele. O tubo pode estar dobrado ou preso no equipamento ou embaixo dele. Também inspecione a área ao redor do local de inserção para tudo o que obstrui o fluxo dos líquidos IV. Para o fluxo por gravidade, a altura do recipiente influencia a velocidade do fluxo. Elevar o recipiente comumente aumenta a velocidade por causa da pressão de direcionamento aumentada.

A flexão de um membro, principalmente no punho ou no cotovelo, pode diminuir a velocidade do fluxo IV ao comprimir a veia. Embora a aplicação do VAD em áreas de flexão seja desencorajada, isto é ocasionalmente necessário. Neste caso, os padrões do INS especificam o uso de uma tala de braço ou outro dispositivo de estabilização de articulação para proteger o local IV ao manter estendida a articulação (INS, 2011). Utilize o acolchoamento com talas de braço porque elas podem causar lesão na pele ou nervo pela pressão. Iniciar uma infusão em uma nova localização em lugar de se fundamentar em um local que provoca problemas pode ser mais confortável para um paciente. Antes de interromper a infusão atual, escolha outro local e inicie a infusão para verificar se o paciente apresenta outras veias acessíveis.

Mantendo o Sistema

Depois de aplicar uma linha IV e de regular a velocidade do fluxo, mantenha o sistema IV. A manutenção da linha envolve (1) manter o sistema estéril e intacto; (2) trocar os recipientes de líquidos IV; (3) ajudar um paciente nas atividades de autocuidado, como não romper o sistema; e (4) monitorar as complicações da terapia IV. A frequência e as opções para manter o sistema são identificados nas políticas da instituição.

Um componente importante do cuidado do paciente reside em manter a integridade de uma linha IV para evitar a infecção. Os locais potenciais para a contaminação de um VAD são mostrados na Figura 42-16. Inserir uma linha IV sob a técnica asséptica apropriada reduz as possibilidades de contaminação a partir da pele do paciente. Depois da inserção, evite a infecção por meio do uso consciente dos princípios de controle da infecção, como a higiene completa das mãos

antes e depois de manusear qualquer parte do sistema IV, e mantendo a esterilidade do sistema durante as trocas de equipo e de frascos de líquidos.

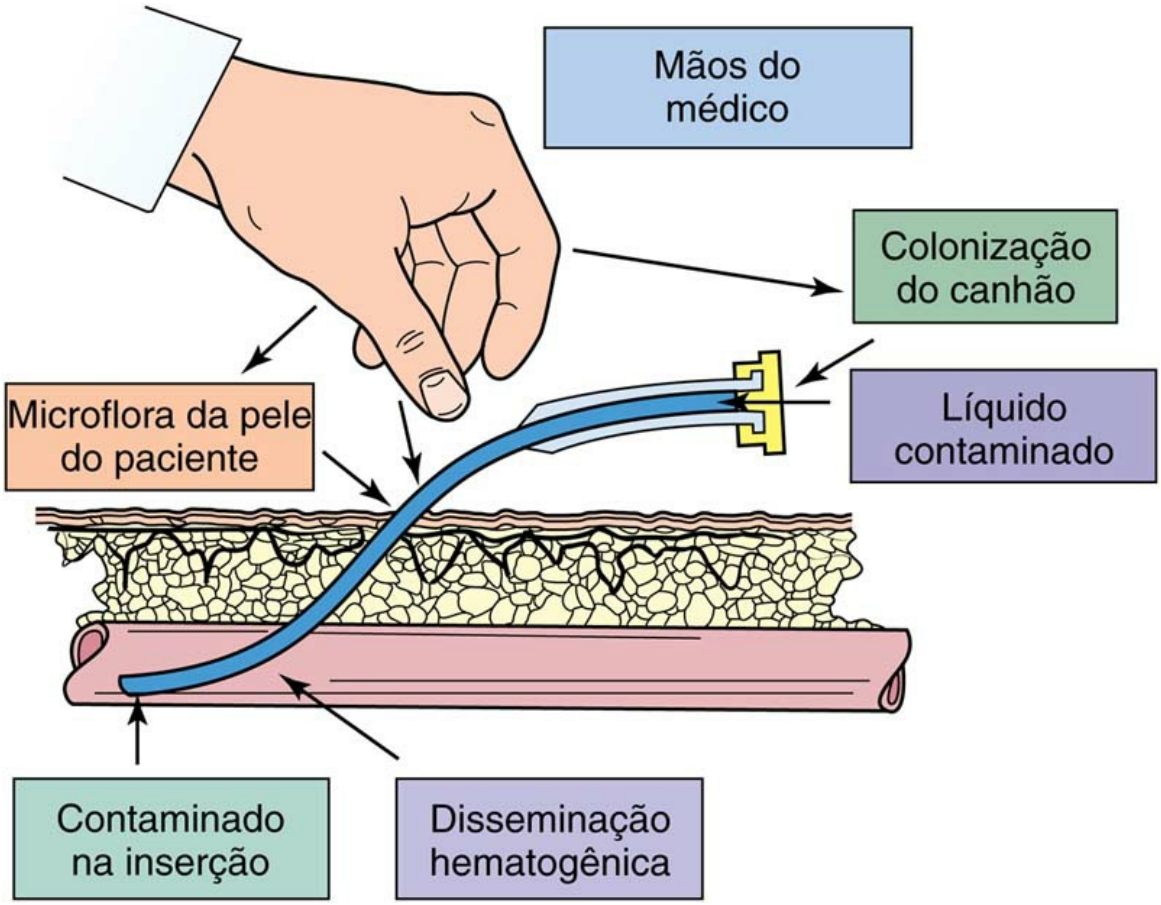


FIGURA 42-16 Locais potenciais para contaminação do dispositivo de aceso vascular.

Sempre mantenha a integridade de um sistema IV. Nunca desconecte o tubo porque ele está emaranhado ou porque poderia parecer mais conveniente para o posicionamento ou movimentação do paciente ou para a aplicação de um avental. Quando o paciente precisa de mais espaço para manobrar, use a técnica asséptica para acrescentar um tubo de extensão a uma linha IV. No entanto, mantenha a utilização do tubo de extensão a um mínimo porque cada conexão de tubo proporciona oportunidade para a contaminação. *Nunca permita que o tubo IV toque o chão.* Não use torneiras para

conectar mais de uma solução a um único local IV, porque elas são fontes de contaminação (INS, 2011). O tubo IV contém portas de injeção sem agulha através das quais as seringas ou outros adaptadores podem ser inseridos para a administração de medicamentos. Limpe por completo uma porta de injeção com clorexidina a 2% (preferido), álcool a 70% ou solução de povidona iodada e deixe que seque antes de acessar o sistema (INS, 2011).

Dispositivos de proteção destinados a evitar o movimento ou o deslocamento acidental de um VAD são chamados de *dispositivos de estabilização de cateter* (Fig. 42-17). Estes dispositivos estão disponíveis em muitos hospitais, sendo que as enfermeiras decidem se os utilizam ou não quando iniciam uma linha IV. Esta é uma questão de segurança do paciente (Billingsley e Kinchen, 2014). O movimento do VAD em uma veia pode provocar flebite ou inflamação; o deslocamento do VAD requer a utilização de outro VAD em um novo local de infusão IV. Os padrões do INS indicam que o uso destes dispositivos é preferível em relação à punção quando apropriado (INS, 2011).

FIGURA 42-17 Dispositivo de estabilização do cateter.
(Copyright © C.R. Bard, Inc. Usado com permissão.)

Trocando Frascos de Líquidos Intravenosos, Tubos e Curativos

Os pacientes que recebem terapia IV durante vários dias exigem trocas periódicas de frascos de líquidos IV (Procedimento 42-3 nas págs. 981-986). É importante organizar as tarefas de tal maneira que os frascos possam ser trocados rapidamente antes que um trombo se forme no cateter.

A frequência recomendada da troca do tubo IV depende de se ele é utilizado para infusão contínua ou intermitente. Os padrões do INS (2011) especificam que as trocas dos tubos de infusão contínua ocorram *com frequência não maior que* a cada 96 horas, a menos que o equipo tenha sido comprometido ou se tornado contaminado, o que exige a troca imediata do equipo (Ullman et al., 2013). Em

contrapartida, troque o tubo para a infusão *intermitente* a cada 24 horas por causa do risco aumentado de contaminação a partir da abertura do sistema IV (INS, 2011). Sangue, hemoderivados e lipídeos apresentam maior probabilidade de promover o crescimento bacteriano no equipo. Os padrões do INS (2011) especificam trocas de tubos a cada 4 horas para sangue e hemoderivados; e a cada 24 horas para lipídeos IV contínuos. Para os lipídeos, utilize os tubos que não contenham dietil-hexil-ftalato (DEHP), uma toxina que migra para dentro das soluções lipídicas (INS, 2011). Sempre que possível, agende as trocas de tubos quando for pendurar um novo recipiente IV para diminuir o risco de infecção (INS, 2011). Para evitar a entrada de bactérias na corrente sanguínea, mantenha a esterilidade durante as trocas de tubo e de frascos de solução IV (INS, 2011).

Um curativo estéril sobre um local IV reduz a entrada de bactérias no local de inserção. Os curativos transparentes, o tipo mais comum, ajudam a fixar os VAD, permitem a inspeção visual continuada do local IV e são sujos ou umedecidos com menos facilidade que os curativos de gaze (Bernatchez, 2014). Deixe os curativos transparentes na posição até que o tubo IV seja substituído (INS, 2011). Quando utilizar um curativo de gaze, troque-o a cada 48 horas (INS, 2011). Ambos os tipos de curativo devem ser trocados quando o dispositivo IV é removido ou substituído ou quando o curativo fica úmido, frouxo ou sujo (INS, 2011) (Procedimento 42-4 nas págs. 987-989).

Ajudando os Pacientes a Proteger a Integridade Intravenosa

Para evitar a ruptura acidental de um sistema IV, um paciente frequentemente precisa de ajuda com a higiene, medidas de conforto, refeições e deambulação. A troca de aventais ou camisolas é difícil para um paciente com uma linha IV no braço. Ensine os técnicos de enfermagem e os pacientes que eles não devem romper a integridade de uma linha IV para trocar um avental porque isto leva à contaminação. Isto ajuda a usar um avental com anéis de pressão ao longo da costura superior da manga para facilitar a troca do avental sem conturbar o local de punção venosa. Troque regularmente os aventais ao seguir estas etapas para a velocidade máxima e

mobilidade do braço:

1. *Para remover um avental*, remova a manga do avental do braço sem a linha IV, mantendo a privacidade do paciente.
2. Remova a manga do avental do braço com a linha IV.
3. Remova o frasco da solução IV de seu suporte e passe ele e o equipo através da manga. (Quando isto envolve remover o tubo do EID, use o clampe com rolo para lentificar a infusão para prevenir a infusão acidental de um grande volume de solução ou medicamento.)
4. *Para vestir um avental,* coloque o frasco da solução IV e o equipo através da manga do avental limpo e pendure-o em seu suporte. (Quando a linha IV é controlada por um EID, ligue a bomba e abra o clampe em rolo.)
5. Introduza o braço com a linha IV através da manga do avental.
6. Introduza o braço sem a linha IV através da manga do avental.

Um paciente com uma infusão na mão ou no braço é capaz de caminhar, exceto quando contraindicado. Ofereça um suporte IV com rodas. Ajude o paciente a se levantar do leito e coloque o suporte IV próximo ao braço afetado. Ensine o paciente a segurar o suporte com a mão afetada e a empurrá-lo enquanto caminha. Verifique se o frasco de solução IV se encontra na altura adequada, se não existe tensão sobre o tubo e se a velocidade do fluxo está correta. Instrua o paciente a informar qualquer sangue no equipo, interrupção no fluxo ou o aumento da dor.

Complicações da Terapia Intravenosa

A Tabela 42-12 apresenta as complicações da terapia IV, com as avaliações e as intervenções de enfermagem. Uma complicação potencialmente perigosa da terapia IV é a sobrecarga circulatória com a solução IV, que acontece quando um paciente recebe a administração muito rápida ou uma quantidade excessiva de líquidos. Os achados da coleta de dados dependem do tipo de solução IV que é infundida em excesso (Tabela 42-12). Com frequência, os sinais e sintomas surgem com rapidez, o que destaca a importância da avaliação frequente de pacientes que recebem terapia IV.

Tabela 42-12

Complicações da Terapia Intravenosa com Intervenções de Enfermagem

Complicação	Descrição	Achados da Avaliação	Intervenções de Enfermagem
Sobrecarga circulatória da solução IV	Solução IV infundida com muita rapidez ou em quantidade muito grande	Depende do tipo de solução Excesso de VLEC com líquido isotônico contendo Na^+ (estertores nas partes dependentes dos pulmões, dispneia, edema dependente) Hiponatremia com líquido hipotônico (confusão, convulsões) Hipernatremia com líquido hipertônico contendo Na^+ (confusão, convulsões) Hiperpotassemia a partir de líquido contendo K^+ (disritmias cardíacas, fraqueza muscular, distensão abdominal)	Quando os sintomas aparecem, reduzir a velocidade do fluxo IV e notifique o médico do paciente Com o excesso do VLEC, eleve a cabeceira do leito, administre oxigênio e diuréticos, quando prescrito. Monitore os sinais vitais e relatos laboratoriais dos níveis séricos. O médico pode ajustar os aditivos na solução IV ou o tipo de líquido IV; observe e implemente a prescrição.
Infiltração ou extravasamento	Líquido IV entrando no tecido subcutâneo ao redor do local da punção venosa Extravasamento: termo técnico utilizado quando um medicamento vesicante (lesivo para o tecido) (p. ex., quimioterapia) entra nos tecidos (Coyle et al., 2014)	Pele tensa ao redor do local do cateter, esbranquiçada, fria ao toque, edemaciada; pode ficar dolorosa quando a infiltração ou o extravasamento aumenta; a infusão pode ficar lenta ou parar	Interromper a infusão. Interromper a infusão IV quando o medicamento não é vesicante (Procedimento 42-3). Se o medicamento for vesicante, desconecte o equipo IV e aspire o medicamento a partir do cateter (Dychter et al., 2012). A política e os procedimentos da instituição podem exigir a administração do antídoto através do cateter antes da remoção. Elevar o membro. Contatar o médico quando a solução contiver KCl, um vasoconstritor ou outro vesicante potencial. Aplicar compressa quente, úmida ou fria de acordo com o procedimento para o tipo de solução infiltrada.

			Inicie nova linha IV em outro membro.
Flebite	Inflamação da camada interna de uma veia	Rubor, dor, desconforto, calor ao longo do trajeto da veia, começando no local de acesso,; possíveis estria avermelhada e/ou cordão palpável ao longo da veia	Suspender a infusão e interromper a linha IV (Procedimento 42-3). Inicie nova linha IV em outro membro ou proximal ao local de inserção anterior quando é necessária a terapia Aplique compressa quente e úmida ou contate a equipe de terapia IV ou médico quando a área precisa de tratamento adicional.
Infecção local	Infecção no ponto de entrada do cateter na pele durante a infusão ou depois da retirada do cateter IV	Rubor, calor e inchaço no ponto de entrada do cateter na pele; possível drenagem purulenta	Cultive qualquer drenagem (quando prescrito). Limpe a pele com álcool; remova o cateter e preserve para cultura; aplique o curativo estéril Notifique o médico. Inicie nova linha IV em outro membro. Inicie o cuidado apropriado da ferida (Cap. 48) quando necessário.
Sangramento no local da punção venosa	Exsudação ou extravasamento lento e continuado do sangue a partir do local da punção venosa	Sangue fresco evidente no local da punção venosa, represando-se por vezes embaixo do membro	Avalie se o sistema IV está intacto. Quando o cateter está dentro da veia, aplique o curativo compressivo no local ou troque o curativo. Inicie uma nova linha IV em outro membro ou proximal ao local de inserção anterior quando o VAD está deslocado, a linha IV está desconectada ou não cessa o sangramento a partir do local.

VLEC, Volume de líquido extracelular; *IV*, intravenoso; *VAD*, dispositivo de acesso vascular.

A **infiltração** tem lugar quando um cateter IV fica desalojado ou uma veia se rompe e os líquidos IV entram no tecido subcutâneo ao redor do local da punção venosa. Quando o líquido IV contém aditivos que lesionam o tecido, acontece o **extravasamento** (Dychter et al., 2012). A infiltração ou o extravasamento causam resfriamento, palidez e inchaço da área. Quando ocorre a infiltração, avalie imediatamente para quaisquer aditivos no líquido infiltrado para

determinar o tipo de ação necessário para evitar a lesão tecidual local e o esfacelo. Vasoconstritores, potássio em dose alta e outros aditivos IV no tecido subcutâneo precisam de tratamentos diferentes daqueles exigidos pela infiltração de uma solução IV sem aditivos (Dychter et al., 2012) (Tabela 42-12). Embora o INS tenha removido sua escala anterior de infiltração de seus padrões de 2011 por causa da validação por pesquisa insuficiente, a sociedade realmente recomenda a utilização de uma escala de infiltração para proporcionar objetividade na medição da infiltração (Tabela 42-13).

Tabela 42-13
Escala de Infiltração

Grau	Critérios Clínicos
0	Sem sintomas
1	Pele esbranquiçada Edema < 2,54 cm em qualquer direção Frio ao toque Com ou sem dor
2	Pele esbranquiçada Edema < 2,54 cm em qualquer direção Frio ao toque Com ou sem dor
3	Pele esbranquiçada Edema macroscópico > 15,2 cm em qualquer direção Frio ao toque Dor leve-moderada Possível dormência
4	Pele esbranquiçada, transparente Pele tensa, exsudativa Pele corada, equimótica, inchada Edema macroscópico > 15,2 cm em qualquer direção Edema tecidual depressível profundo Comprometimento circulatório Dor moderada a intensa Infiltração de qualquer quantidade de hemoderivado, irritante ou vesicante

De Groll et al: Evaluation of psychometric properties of the phlebitis and infiltration scales for the assessment of complications of peripheral vascular access devices. *J Infus Nurs* 33(6):385, 2010.

A **flebite** (p. ex., uma inflamação de uma veia) resulta de causas químicas, mecânicas ou bacterianas. Os fatores de risco para a flebite

incluem as soluções IV ácidas ou hipertônicas; a velocidade de infusão IV rápida; medicamentos IV como o KCl, vancomicina e penicilina; o VAD inserido em área de flexão; cateter mal fixado; higiene deficiente das mãos; e a falta de técnica asséptica (Wallis et al., 2014). Os sinais típicos da inflamação (i.e., calor, eritema [rubor], dor) acontecem ao longo da trajetória de uma veia (Tabela 42-14). A flebite pode ser perigosa porque os coágulos sanguíneos (tromboflebite) se formam ao longo de uma veia e, em alguns casos, provocam a embolia. Isto pode provocar o dano permanente das veias. Não se recomendam as trocas rotineiras de cateteres IV periféricos para reduzir a infecção (O'Grady et al., 2011). Os Padrões de Prática do INS (2011) recomendam evitar a substituição rotineira de cateteres IV periféricos em lactentes e crianças e a substituição de um cateter IV periférico em adultos somente quando clinicamente necessário (Richard et al, 2012; Webster et al., 2013). Uma declaração de posição do INS fornece as seguintes diretrizes sobre com qual frequência avaliar o local do VAD periférico para ver se sua substituição está clinicamente indicada (Gorski et al., 2012):

- Pelo menos a cada 4 horas para adultos alertas e orientados que são capazes de informar os problemas no local do VAD e que não estão recebendo infusões vesicantes (que lesionam os tecidos)
- Pelo menos a cada 1 a 2 horas para pacientes criticamente doentes e adultos que recebem sedativos, são incapazes de relatar os problemas o sitio do VAD, ou que possuem VAD em localizações de alto risco como as áreas de flexão.
- Pelo menos a cada hora para neonatos e crianças
- A cada 5 a 10 minutos durante a infusão de vesicantes ou vasoconstritores
- Durante cada consulta domiciliar ou ambulatorial.

Tabela 42-14
Escala de Flebite

Grau	Critérios Clínicos
0	Sem sintomas

1	Eritema no local de acesso, com ou sem dor
2	Dor no local de acesso com eritema e/ou edema
3	Dor no local de acesso com eritema e/ou edema; formação de estrias; cordão venoso palpável
4	Dor no local de acesso com eritema e/ou edema, formação de estrias; cordão venoso palpável > 2,54 cm de comprimento; drenagem purulenta

De Infusion Nurses Society: Infusion nursing standards of practice, *J. Infus Nurs* 34(1S):S1, 2011.

Na ausência da flebite, a infecção local no local da punção venosa comumente é causado pela técnica asséptica deficiente durante a inserção do cateter, monitoramento diário ou remoção do cateter. O reconhecimento e tratamento precoces da infecção local é importante para evitar que as bactérias penetrem a corrente sanguínea (Tabela 42-12). As infecções na corrente sanguínea podem originar-se de locais de cateteres IV periféricos curtos (Hadaway, 2012b).

O sangramento pode acontecer ao redor do local da venipuntura durante a infusão ou através do cateter ou equipo quando estes se desconectam de maneira acidental (Tabela 42-12). O sangramento é mais comum nos pacientes que recebem heparina ou outros anticoagulantes ou que exibem uma diátese hemorrágica (p. ex., hemofilia ou trombocitopenia).

Descontinuando o Acesso Intravenoso Periférico

Interromper o acesso IV depois da infusão da quantidade prescrita de líquido; quando ocorre infiltração, flebite ou infecção local; ou quando a infusão IV lentifica ou cessa, indicando que o cateter desenvolveu um trombo em sua extremidade. O Procedimento 42-3 apresenta os passos para interromper o acesso IV periférico. Você auxilia o paciente e os familiares a compreender que a troca da infusão IV para ingestão oral de líquidos é um sinal de progresso para a recuperação.

No Brasil siga as diretrizes práticas para terapia infusional da Infusion Nurses Society (INS Brasil), www.insbrasil.org.br e insbrasil@insbrasil.org.br.

No Brasil as recomendações quanto aos procedimentos relativos às transfusões de sangue e hemoderivados seguem as diretrizes da

Anvisa.

Transfusão de Sangue

A transfusão de sangue, ou a terapia com hemoderivados, consiste na administração de sangue total ou de um componente sanguíneo, como papa de hemácias, plaquetas ou plasma. Os objetivos para administrar as transfusões de sangue incluem (1) aumentar o volume de sangue circulante depois de cirurgia, traumatismo ou hemorragia; (2) aumentar o número de hemácias e manter os níveis de hemoglobina nos pacientes com anemia grave; e (3) fornecer componentes celulares selecionados como terapia de reposição (p. ex., fatores de coagulação, plaquetas, albumina).

Cuidar de pacientes que recebem transfusão de sangue ou de hemoderivados é uma responsabilidade de enfermagem. Você deve ser detalhada na avaliação do paciente, verificando o produto sanguíneo com as prescrições médicas, conferindo com os identificadores do paciente e monitorando para quaisquer reações adversas. As transfusões de sangue nunca são consideradas como rotina; negligenciar qualquer pequeno detalhe pode ter efeitos perigosos e com risco de morte para um paciente (AABB, 2014a,b).

Grupos e Tipos Sanguíneos

As transfusões de sangue devem ser adequadas a cada paciente para evitar a incompatibilidade. Os eritrócitos possuem antígenos em suas membranas; o plasma contém anticorpos contra antígenos eritrocitários específicos. Quando o sangue incompatível é transfundido (i.e., os antígenos eritrocitários de um paciente diferem daqueles transfundidos), os anticorpos do paciente deflagram a destruição do eritrócito em uma **reação transfusional** potencialmente perigosa (i.e., uma resposta imune aos componentes do sangue transfundido).

O agrupamento mais importante para fins de transfusão é o sistema ABO, que identifica os tipos sanguíneos A, B, O e AB. A determinação do tipo sanguíneo é feita com base na presença ou na ausência dos antígenos eritrocitários A e B. Os indivíduos com sangue do tipo A

possuem antígenos A em suas hemácias e anticorpos anti-B em seu plasma. Os indivíduos com sangue do tipo B possuem antígenos B em seus eritrócitos e anticorpos anti-A em seu plasma. Uma pessoa com sangue do tipo AB apresentam tanto antígenos A quanto B em suas hemácias e nenhum anticorpo contra ambos os antígenos em seu plasma. Um indivíduo do tipo O não possui nem o antígeno A nem o B em seu eritrócito, mas apresenta os antígenos anti-A e anti-B em seu plasma (Alexander et al., 2014). A Tabela 42-15 mostra as compatibilidades entre os tipos sanguíneos de doadores e receptores. As pessoas com o tipo sanguíneo O são consideradas doadores de sangue universais porque eles podem doar papa de hemácias e plaquetas para pessoas com qualquer tipo de sangue ABO. As pessoas com sangue do tipo AB são chamadas de *receptores de sangue universais* porque podem receber papas de hemácias e plaquetas de qualquer tipo sanguíneo.

Tabela 42-15

Compatibilidades ABO para Terapia Transfusional

Componente	**Compatibilidades**	
Sangue Total	**Administrar apenas o Sangue Específico para o Tipo**	
Concentrado de hemácias (armazenados, lavados ou congelados/lavados)	**Doador**	**Receptor**
	0	0, A, B, AB
	A	A, AB
	B	B, AB
	AB	AB
Plasma fresco congelado	**Doador**	**Receptor**
	0	0
	A	A, 0
	B	B, 0
	AB	AB, B, A, 0
Plaquetas	Eritrócitos: AB0 e Rh compatíveis *preferencialmente*	
	Doador	**Receptor**
	0	0, A, B, AB
	A	A, AB

	B	B, AB
	AB	AB

Dados de Alexander M et al.: *Core curriculum for infusion nursing,* ed. 4, Philadelphia, 2014, Lippincott.

AB0, Grupo sanguíneo consistindo nos grupos A, AB, B e 0.

Outra consideração quando se compatibiliza hemoderivados para transfusões é o fator Rh, que se refere a outro antígeno nas membranas dos eritrócitos. A maioria das pessoas possui este antígeno e são Rh positivas; uma pessoa sem ele é Rh negativa. As pessoas Rh negativas recebem hemoderivados apenas Rh negativos.

Transfusão Autóloga

A **transfusão autóloga** (autotransfusão) consiste em coleta e reinfusão do sangue do próprio paciente. O sangue para uma transfusão autóloga é mais comumente obtido de doação pré-operatória até 6 semanas antes de uma cirurgia agendada (p. ex., cardíaca, ortopédica, plástica ou ginecológica). Um paciente pode doar várias unidades de sangue, dependendo do tipo de cirurgia e de sua capacidade de manter um hematócrito aceitável. O sangue para a transfusão autóloga também é obtido no momento da cirurgia por hemodiluição normovolêmica ou pelo salvamento de sangue (p. ex., durante a cirurgia para transplante de fígado, traumatismo ou condições vasculares e ortopédicas). Depois da cirurgia, o sangue é recuperado a partir da drenagem dos drenos torácicos ou de cavidades articulares. As transfusões autólogas são mais seguras para os pacientes porque eles diminuem o risco de sangue não compatível e a exposição a agentes infecciosos (Alexander et al., 2014).

Transfundindo o Sangue

A transfusão do sangue ou de hemoderivados é um procedimento de enfermagem que requer prescrição de um médico. A segurança do paciente é uma prioridade de enfermagem, sendo que a avaliação do paciente, verificação da prescrição do médico e a verificação dos hemoderivados corretos para o paciente correto são imperativos (AABB, 2014a,b).

Realize uma avaliação completa do paciente antes de começar uma transfusão e monitore cuidadosamente durante e depois da transfusão. A avaliação é primordial por conta do risco de reações transfusionais. A avaliação pré-transfusão inclui estabelecer se um paciente sabe o motivo da transfusão de sangue e se ele já recebeu uma transfusão prévia ou teve uma reação transfusional anterior. Um paciente que teve uma reação transfusional geralmente não apresenta um risco maior para uma reação com uma transfusão subsequente. No entanto, ele pode ficar ansioso a respeito da transfusão, exigindo a intervenção de enfermagem. Antes de iniciar uma transfusão, explique o procedimento e instrua o paciente (quando alerta) para relatar quaisquer efeitos colaterais (p. ex., calafrios, tontura ou febre) uma vez iniciada a transfusão. Tenha um tradutor profissional disponível caso o paciente não fale português. Garanta que ele assinou um consentimento informado. Os pacientes com determinadas bases culturais ou religiosas podem recusar transfusões sanguíneas (Quadro 42-5).

Por causa do risco de reações transfusionais, sua avaliação pré-transfusional sempre inclui os sinais vitais basais do paciente. Estes dados possibilitam que você identifique quando as alterações nos sinais vitais acontecem em consequência de uma reação transfusional.

Sempre verifique a política e os procedimentos da instituição antes de começar qualquer terapia sanguínea. Para a segurança do paciente, sempre verifique três coisas: (1) que os hemoderivados liberados são aqueles que estavam prescritos, (2) que o sangue fornecido para um paciente é compatível com o tipo de sangue listado no prontuário médico e (3) que o paciente certo recebe o sangue. Juntos, duas enfermeiras ou uma enfermeira e uma técnica de enfermagem (verifique a política e procedimento da instituição) devem conferir o rótulo no hemoderivado com o prontuário médico e o número de identificação, grupo sanguíneo e o nome completo do paciente. Mesmo quando existe uma discrepância menor, não administre o sangue; notifique imediatamente o banco de sangue para prevenir erros de infusão.

Quando administra uma transfusão, você precisa de um cateter IV

com tamanho apropriado e tubo de administração que possua um filtro em linha especial (Fig. 42-18). Os adultos requerem um cateter calibroso (p. ex., 18 ou 20) porque o sangue é mais viscoso que os líquidos cristaloides IV. As crianças com veias pequenas precisam de um cateter mais fino. Encha o tubo com cloreto de sódio a 0,9% (soro fisiológico normal ou solução salina normal) para evitar a hemólise ou clivagem dos eritrócitos. Inicie lentamente a transfusão para possibilitar a detecção precoce de uma reação transfusional. Mantenha a velocidade de infusão prescrita, monitore para os efeitos colaterais, examine os sinais vitais e registre de imediato todos os achados. É importante ficar com o paciente durante os 15 primeiros minutos porque este é o tempo em que é mais provável que aconteça uma reação. Depois do intervalo de tempo inicial, continue a monitorar o paciente e obtenha periodicamente os sinais vitais durante a transfusão conforme orientado pela política da instituição. Quando uma reação transfusional está prevista ou é suspeitada, obtenha os sinais vitais com maior frequência (Tabela 42-16).

FIGURA 42-18 Enchendo o equipo para a administração de sangue.

Tabela 42-16

Efeitos Adversos Agudos das Transfusões

Efeito Adverso	Causa	Manifestações Clínicas	Tratamento	Prevenção
Reações Transfusionais — Causado pela Resposta Imune a Hemoderivados				
Hemolítica intravascular aguda	Infusão de sangue total, eritrócitos ou derivados contendo 10 mL ou mais de hemácias ABO-incompatíveis Anticorpos no plasma do receptor ligam-se aos antígenos nos eritrócitos transfundidos, causando a destruição do eritrócito	Calafrios, febre, dor lombar, rubor, taquicardia, taquipneia, hemoglobinúria, hemoglobinemia, oligúria súbita (lesão renal aguda), choque circulatório, parada cardíaca, morte	Interrompa a transfusão e preserve a bolsa de sangue e o equipo de administração para o acompanhamento. Mantenha o local IV aberto com soro fisiológico normal infundido através do novo equipo. Mantenha a PA e trate o choque, conforme a prescrição, quando presente. Colete as amostras de sangue **lentamente** para evitar a hemólise, envie para exames sorológicos. Envie a amostra da urina para o laboratório. Administre diuréticos de acordo com a prescrição para manter o fluxo urinário. Introduza a sonda urinária de demora ou meça cada micção para monitorar o débito urinário a cada hora. A diálise pode ser necessária quando ocorre lesão renal aguda. ***Alerta de segurança do paciente:*** Não transfunda componentes	Verifique meticulosamente e documente a identificação do paciente desde a coleta da amostra até a infusão do componente.

			adicionais contendo eritrócitos até que o banco de sangue forneça unidades que passaram recentemente pela prova cruzada	
Não hemolítica febril (mais comum)	Anticorpos contra os leucócitos do doador	Calafrios com tremor súbitos (rigores), febre (aumento na temperatura de 0,5º C ou mais desde o início), cefaleia, rubor, ansiedade, dor muscular	Pare a transfusão. Forneça antitérmicos de acordo com a prescrição; evite aspirina nos pacientes trombocitopênicos. ***Alerta de segurança do paciente:*** Não reinicie a transfusão.	Considere hemoderivados pobres em leucócitos (filtrados, lavados ou congelados) Trate previamente com antitérmicos, quando com história prévia
Alérgica leve	Anticorpos contra as proteínas plasmáticas do doador	Rubor, prurido, urticária	Interrompa temporariamente a transfusão. Administre o anti-histamínico, conforme prescrito. Quando os sintomas são leves e transitórios, reinicie lentamente a transfusão. ***Alerta de segurança do paciente:*** Não reinicie a transfusão quando se desenvolve febre, sintomas pulmonares ou hipotensão.	Trate profilaticamente com anti-histamínicos
Anafilática	Anticorpos para o plasma do doador, principalmente anti-IgA	Ansiedade, urticária, dispneia, sibilância progredindo para a cianose, hipotensão grave, choque circulatório, possível parada cardíaca	Pare a transfusão. Tenha a epinefrina pronta para a injeção (0,4 mL de solução a 1:1.000 por via subcutânea ou 0,1 mL de solução a 1:1.000 diluída para 10 mL com solução salina para uso IV) Forneça o suporte da pressão arterial conforme a prescrição. Inicie a RCP quando	Transfunda extensamente os produtos eritrocitários lavados, a partir dos quais todo o plasma foi removido. De maneira alternativa, utilize o sangue de doador deficiente em IgA.

			indicado. ***Alerta de segurança do paciente:*** Não reinicie a transfusão.	
Outros Efeitos Adversos Agudos				
Sobrecarga circulatória	Sangue administrado com maior rapidez que a circulação pode acomodar	*Dispneia*, tosse, roncos ou estertores nos lobos dependentes dos pulmões; veias cervicais distendidas quando na posição ereta.	Diminua a velocidade da transfusão ou interrompa a transfusão. Coloque o paciente ereto com os pés na posição pendente. Administre os diuréticos, oxigênio e morfina prescritos. A flebotomia pode estar indicada.	Ajuste o volume e a velocidade do fluxo da transfusão com base no tamanho e estado clínico do paciente. Peça ao banco de sangue para dividir a unidade em alíquotas menores para espaçar a ingesta de líquido.
Sepse	Contaminação bacteriana dos hemoderivados transfundidos	Início rápido dos calafrios, febre alta, hipotensão grave, e choque circulatório. *Pode ocorrer:* Vômito, diarreia, oligúria súbita (lesão renal aguda), coagulação intravascular disseminada (CID)	Interrompa a transfusão. Obter a cultura do sangue do paciente e envie a bolsa com o sangue remanescente para o banco de sangue para exames adicionais. Trate conforme prescrito: antibióticos, líquidos IV, vasopressores, glicocorticoides	Colete, processe, armazene e transfunda hemoderivados de acordo com os padrões do banco de sangue e infunda dentro de 4 horas do momento do início.

Dados de Alexander et al.: *Core curriculum for infusion nursing,* ed. 4, Philadelphia, 2014, Lippincott.

AB0, Grupos sanguíneos consistindo nos grupos A, AB, B e 0; *PA*, pressão arterial; *RCP,* reanimação cardiopulmonar; *CID,* coagulação intravascular disseminada; *IgA*, imunoglobulina A; *IV*, intravenosa.

Em geral, a velocidade de transfusão é especificada nas prescrições médicas. De maneira ideal, uma unidade de sangue total ou de concentrado de hemácias é transfundida em 2 horas. Este intervalo de tempo é alongado para 4 horas quando um paciente está em risco para

o excesso de VLEC. Além de 4 horas, existe um risco de contaminação bacteriana do sangue.

Quando os pacientes apresentam uma perda sanguínea grave, como na hemorragia, eles frequentemente recebem transfusões rápidas através de um cateter venoso central. Com frequência, um dispositivo de aquecimento do sangue é necessário porque a extremidade do cateter venoso central se localiza na veia cava superior, acima do átrio direito. A administração rápida de sangue frio pode provocar disritmias cardíacas. Os pacientes que recebem transfusão de grande volume de sangue citratado apresentam um alto risco para hiperpotassemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e alcalose metabólica; portanto, eles precisam de monitoramento rigoroso.

Reações Transfusionais e Outros Efeitos Adversos

Uma reação transfusional é uma reação do sistema imunológico à transfusão, a qual varia desde uma resposta discreta ao choque anafilático grave ou hemólise intravascular aguda, ambas podem ser fatais (Clark, 2011). A Tabela 42-16 apresenta as causas, as manifestações, o tratamento e a prevenção das reações transfusionais. A intervenção imediata quando ocorre uma reação transfusional mantém ou restaura a estabilidade fisiológica de um paciente. Quando você suspeita de hemólise intravascular aguda, faça o seguinte (Alexander et al., 2014):

- Interrompa imediatamente a transfusão.
- Mantenha a linha IV aberta ao substituir o equipo IV até o canhão do cateter por um novo tubo e lavando com soro fisiológico a 0,9% (solução salina normal).
- ***Não*** desligue apenas o sangue e ligue a solução de cloreto de sódio a 0,9% (solução salina normal) que está conectada ao conjunto de infusão com equipo em Y. Isto faria com que o sangue remanescente no tubo IV fosse infundido no paciente. Mesmo uma pequena quantidade de sangue incompatível pode provocar uma reação importante.
- Notifique imediatamente o médico ou a equipe de resposta de emergência.

- Permaneça com o paciente, observando os sinais e sintomas e monitorando os sinais vitais com uma frequência de até a cada 5 minutos.
- Prepare-se para administrar os medicamentos de emergência como os anti-histamínicos, vasopressores, líquidos e corticosteroides de acordo com o protocolo ou com a prescrição do médico.
- Prepare-se para realizar a reanimação cardiopulmonar.
- Preserve o frasco de sangue, equipo, rótulos presos e registro de transfusão para devolver para o banco de sangue.
- Obtenha amostras de sangue e urina de acordo com o protocolo ou com a prescrição do médico.

Os efeitos adversos agudos que não envolvem resposta imune aos hemoderivados também podem ocorrer durante uma transfusão (Tabela 42-16). A sobrecarga circulatória é um risco quando um paciente recebe transfusões maciças de sangue total ou de concentrado de hemácias para o choque hemorrágico maciço ou quando um paciente com volume sanguíneo normal recebe sangue. Os pacientes particularmente em risco para sobrecarga circulatória são os idosos e aqueles com doenças cardiopulmonares. A transfusão de hemoderivados que estão contaminados por bactérias, em especial as bactérias Gram-negativas, podem causar sepse.

Outra categoria de efeitos transfusionais adversos é a de doenças transmitidas pelo sangue de doadores infectados que estão assintomáticos. Os sintomas destas patologias podem surgir muito tempo depois das transfusões. As doenças transmitidas por transfusão incluem as hepatites B e C, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), e a infecção por citomegalovírus. Nos Estados Unidos, todas as unidades de sangue para bancos de sangue passam por triagem para HIV, vírus das hepatites B e C, sífilis e vírus do Oeste do Nilo, o que reduz o risco de adquirir estas infecções transmitidas pelo sangue (CDC, 2013).

Intervenções para Distúrbios Eletrolíticos

Além da administração das terapias médicas prescritas, existem intervenções de enfermagem para preservar ou restaurar o distúrbio

eletrolítico (Felver, 2013c). Por exemplo, pessoas portadoras de hipopotassemia ou hipercalcemia frequentemente necessitam de tratamento intestinal para constipação. As intervenções de segurança do paciente para evitar quedas (Cap. 27) são vitais para pacientes que se tornam letárgicos em virtude da hipercalcemia e para aqueles com fraqueza muscular. Os pacientes portadores de hipercalcemia precisam de ingesta hídrica aumentada para prevenir lesão renal; as enfermeiras podem ajudá-los a satisfazer às metas da ingesta oral de líquidos. Ensine os pacientes os motivos para suas terapias e sobre a importância de equilibrar o balanço de eletrólitos para evitar distúrbios no futuro.

Intervenções para os Desequilíbrio Acidobásicos

As intervenções de enfermagem para promover as terapias médicas prescritas e visar a reversão do desequilíbrio acidobásico existente enquanto proporciona a segurança do paciente (Felver, 2013b). Quando estes desequilíbrios comportam risco de morte, eles requerem o tratamento rápido. Mantenha uma linha IV funcional e verifique frequentemente as prescrições do médico para novos medicamentos ou líquidos. Forneça a reposição hidroeletrolítica e os medicamentos prescritos imediatamente, como a insulina. Além disto, monitore rigorosamente os pacientes para as alterações em seu estado. Utilize medidas de proteção como grades laterais para pacientes com diminuição do nível de consciência. Sustente a hiperventilação compensatória para pacientes com acidose metabólica ao manter suas mucosas umidificadas e ao posicioná-los para facilitar a expansão torácica. O Capítulo 41 revê as terapias apropriadas para pacientes com acidose respiratória. Os pacientes com desequilíbrios acidobásicos frequentemente requerem análise gasométrica repetida.

Gasometria Arterial

A determinação do estado acidobásico de um paciente exige a obtenção de uma amostra de sangue arterial para os testes laboratoriais. A análise dos gases arteriais revela o estado acidobásico e a adequação da ventilação e oxigenação. Uma enfermeira qualificada

ou outro profissional de saúde coleta o sangue arterial a partir de uma artéria periférica (comumente a radial) ou a partir de uma linha arterial existente (veja a política e procedimentos da instituição). Antes de uma coleta de sangue arterial, realize um teste de Allen, o qual avalia a circulação arterial na mão (Pagana et al., 2015). Quando realizar o teste de Allen, aplique a pressão tanto na artéria ulnar, quanto na radial, da mão selecionada. Os dedos da mão devem ficar pálidos e esmaecidos, indicando uma falta de fluxo sanguíneo arterial. Libere a pressão sobre a artéria ulnar e observe o retorno da coloração nos dedos e na mão, o que indica que existe circulação adequada para a mão e para os dedos através da artéria ulnar. O teste de Allen garante que um paciente terá o fluxo sanguíneo adequado para a mão caso a artéria radial seja lesionada. Quando a coloração não retorna, não realize a punção da artéria radial naquele braço. Depois da punção para a gasometria, aplique pressão no local da punção por um mínimo de 5 minutos para diminuir o risco para a formação de hematoma. Um intervalo de tempo mais prolongado é necessário quando o paciente toma medicamentos anticoagulantes. Reavalie o pulso radial depois de remover a pressão. Depois de obter a amostra, empreenda os cuidados para evitar que o ar penetre a seringa porque isto altera os valores gasométricos. Para reduzir a utilização de oxigênio pelas células sanguíneas, submerja a seringa em gelo picado e transporte-a imediatamente para o laboratório.

Cuidados de Restauração

Depois de experimentar alterações agudas nos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico, os pacientes frequentemente requerem manutenção continuada para evitar uma recorrência das alterações de saúde. Os idosos exigem considerações especiais para evitar o desenvolvimento de complicações (Quadro 42-2).

Terapia Intravenosa Domiciliar

Com frequência, a terapia IV continua no ambiente domiciliar para os pacientes que requerem hidratação por longo prazo, nutrição parenteral ou administração de medicamento por longo prazo. Inicie o

encmainhamento do paciente para os serviços sociais, conselheiros ou para um coordenador de cuidados domiciliares para o planejamento de alta, visando à avaliação do paciente e dos recursos na comunidade (Petroulias et al., 2013). Uma enfermeira de terapia IV domiciliar trabalha intimamente com um paciente para garantir que se mantenha um sistema IV estéril e que as complicações possam ser evitadas ou reconhecidas de imediato. O Quadro 42-8 resume as diretrizes de educação do paciente para a terapia IV domiciliar.

Quadro 42-8

Ensino do paciente

Terapia Intravenosa Domiciliar

Objetivo

- O paciente e/ou o cuidador familiar demonstrará competência com a administração de terapia IV domiciliar com segurança em casa.

Estratégias de Ensino

- Explique a importância da terapia IV na manutenção da hidratação e acesso para o fornecimento de medicamentos.
- Enfatize os riscos envolvidos quando o sistema IV não é mantido estéril.
- Certifique-se de que o paciente e/ou o cuidador familiar é capaz de manipular o equipamento necessário.
- Instrua na técnica asséptica e na higiene das mãos no manuseio de todos os equipamentos IV.
- Ensine como trocar as soluções IV, tubos e curativos quando eles ficam sujos ou se deslocam (Alexander et al., 2014). (NOTA: Como enfermeira de cuidados domiciliares, você pode ser capaz de visitar com frequência suficiente para realizar as trocas de equipo agendadas.)

- Ensine o procedimento para o descarte seguro nos recipientes apropriados de todos os materiais IV e perfurocortantes expostos ao sangue. Mantenha os recipientes de materiais perfurocortantes longe de crianças (Cap. 29).
- Instrua para aplicar pressão com gaze esterilizada quando o cateter é retirado, sendo que, quando o paciente está sob o uso de anticoagulantes, prenda pedaços de gaze estéril na posição com esparadrapo durante um mínimo de 20 minutos com pressão ou até que o sangramento cesse.
- Instrua sobre os sinais e sintomas de infiltração, flebite e infecção, relatando imediatamente os sintomas.
- Instrua o paciente e/ou o cuidador da família a relatar quando a infusão lentifica ou para ou quando o sangue é observado no tubo.
- Ensine o paciente com a assistência do cuidador como deambular, realizar a higiene e a participar em outras atividades da vida diária sem deslocar ou desconectar o cateter e o tubo.
  - Para tomar banho de chuveiro, proteja o local IV e o curativo para evitar que se molhem ao cobri-los por completo com plástico. Quando usar um dispositivo de infusão eletrônico, afaste a água ao redor.
  - Use roupas que não pressionem o local IV e evite o traumatismo no local quando trocar as roupas.
  - Faça com que o paciente evite o exercício extremo do braço com a linha IV.

Avaliação

- Pergunte ao paciente e ao cuidador por que são necessários a hidratação e o acesso IV para fornecimento dos medicamentos.
- Pergunte o que fazer quando a infusão IV para.
- Peça ao paciente e ao cuidador para descrever os sinais e sintomas de complicações e a ação que eles devem empreender.
- Observe o paciente ou o cuidador trocando o frasco de solução IV, equipo e curativo.
- Observe o paciente deambulando e participando nas atividades

da vida diária para ver como ele protege e manuseia o cateter IV e o aparelho.

Suporte Nutricional

Muitos pacientes que tiveram distúrbios eletrolíticos ou distúrbios acidobásicos metabólicos requerem suporte nutricional continuado. Dependendo do tipo de distúrbio, a ingestão de líquidos ou de alimentos pode ser incentivada ou restringida (Cap. 45). Os pacientes ou os familiares responsáveis pela preparação da refeição precisam aprender a compreender o conteúdo nutricional dos alimentos e a ler os rótulos dos alimentos preparados comercialmente.

Segurança do Medicamento

Inúmeros medicamentos, remédios de venda livre e preparações à base de ervas contêm componentes ou criam efeitos colaterais potenciais que podem alterar o equilíbrio hidroeletrolítico. Os pacientes com doenças crônicas que recebem vários medicamentos e aqueles com distúrbios renais estão em risco significativo para distúrbios. Quando os pacientes voltam para ambientes de cuidados de restauração, quer em casa, quer em cuidados de longo prazo, quer em outros ambientes, a segurança medicamentosa é muito importante. É essencial a educação do paciente e da família em relação aos efeitos colaterais potenciais e às interações medicamentosas que podem modificar o equilíbrio hídrico, eletrolítico ou acidobásico. Revise todos os medicamentos com os pacientes e encoraje-os a consultar seu farmacêutico local, em especial quando eles desejam experimentar um novo medicamento de venda livre ou preparação à base de ervas (Cap. 32).

◆ Avaliação de Enfermagem

Através dos Olhos do Paciente

Revise com os pacientes quão bem são abordadas ou aliviadas suas preocupações e expectativas principais em relação às situações

hidroeletrolíticas ou ácido-básicas. Por exemplo, pergunte a uma pessoa internada com desidratação que estava preocupada a respeito da queda por causa da tontura, "Qual é seu grau de confiança em sua capacidade de ficar em pé sem ficar tonto agora?" Quando a preocupação do paciente era a de se sentir desconfortável com a boca muito seca, pergunte, "Como você está sentindo a sua boca agora?" Quando a preocupação do paciente envolver ter uma melhor compreensão de um problema crônico, focalize a avaliação de enfermagem sobre sua visão da educação do paciente fornecida. Com frequência, as perspectivas de um paciente relativas do cuidado dependem, em parte, do envolvimento da família e de amigos. Quando os pacientes possuem preocupações sobre voltar para casa ou para um ambiente de cuidado diferente, é importante avaliar quão bem preparados eles se sentem para a transição a partir dos cuidados agudos.

Resultados do Paciente

Avalie a eficácia das intervenções usando as metas e os resultados estabelecidos para os diagnósticos de enfermagem do paciente. A avaliação do estado clínico de um paciente é particularmente importante quando existem distúrbios hídricos, eletrolíticos e/ou acidobásicos. A condição de um paciente pode mudar com muita rapidez, sendo que é importante reconhecer os problemas iminentes por integrar informações a respeito de seus fatores de risco apresentados, estado clínico, efeitos do regime de tratamento atual e ao agente etiológico potencial. Para a avaliação, aplique o conhecimento de como diversas condições fisiopatológicas afetam os equilíbrios hídrico, eletrolítico e ácido-básico; os efeitos de medicamentos e líquidos; e o estado clínico atual do paciente quando toma as decisões clínicas (Fig. 42-19).

Conhecimento

- Características de distúrbios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos
- Efeitos da fisiopatologia sobre os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico
- Efeitos das intervenções de enfermagem e médicas sobre os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico

Experiência

- Respostas prévias do paciente às terapias de enfermagem planejadas para melhorar os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico (aquelas que funcionaram e as que não funcionaram)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Reavaliar os sinais e sintomas dos distúrbios hídrico, eletrolítico e acidobásico do paciente
- Pergunte ao paciente sobre as percepções do equilíbrio hídrico depois das intervenções
- Pergunte quão bem foram abordadas as expectativas do paciente
- Observe os resultados laboratoriais mais comuns

Padrões

- Use os resultados esperados estabelecidos para avaliar a resposta d paciente ao tratamento (p. ex., as mucosas estarão úmidas, a hipotensão postural e a taquicardia não ocorrerão ao ficar em pé)

Atitudes

- Demonstrar a integridade quando identificar aquelas intervenções que não foram bem-sucedidas
- Ser independente quando tornar a idealizar as intervenções baseadas em hospital bem-sucedidas para o ambiente de cuidados domiciliares.

FIGURA 42-19 Modelo de raciocínio crítico para a avaliação dos equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico.

Compare seus achados de avaliação atuais com o exame físico prévio. Por exemplo, a hipopotassemia de um paciente demonstra melhoria quando o potássio sérico está crescendo na normalidade e os sinais físicos e os sintomas de hipopotassemia começam a desaparecer ou diminuir de intensidade. De modo específico, o ritmo cardíaco do paciente se torna mais regular, sendo que reaparece a função intestinal normal.

Para pacientes com alterações menos agudas, a avaliação provavelmente acontece durante um intervalo de tempo mais longo. Nesta situação, a avaliação pode ser mais focalizada nas alterações comportamentais (p. ex., a adesão do paciente às restrições na dieta e nos horários de medicação). Outro elemento importante da avaliação é a capacidade da família de antecipar as alterações e prevenir a reincidência dos problemas.

O nível de progresso do paciente determina se o plano de cuidados precisa continuar ou ser revisado. Quando as metas não são alcançadas, você pode precisar consultar um médico para discutir métodos adicionais como aumentar a frequência de uma intervenção (p. ex., fornecer mais líquidos para um paciente desidratado), introduzir uma nova terapia (p. ex., iniciar a inserção de uma linha IV) ou interromper uma determinada terapia. Quando os resultados são alcançados, o diagnóstico de enfermagem é resolvido e você é capaz de se concentrar em outras prioridades, incluindo manter os equilíbrios hídrico, eletrolítico e acidobásico normal. Quando os resultados estabelecidos não são alcançados, explore os fatores que contribuíram para a não obtenção dos resultados planejados. A modificação do plano de cuidados acontece depois desta avaliação. Quando os resultados não são atingidos, as perguntas formuladas podem incluir as seguintes:

- "Quais dificuldades você está tendo para medir diariamente a sua ingestão e débito e manter um registro?"
- "Quais barreiras você está experimentando para obter os alimentos ricos em potássio que você precisa?"

- “Voce continua apresentando evacuações amolecidas frequentes ou diarreia?”
- “Você comprou um antiácido ou ainda está usando bicarbonato de sódio como um antiácido?”

Procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é papel essencial da enfermeira profissional. Para garantir a segurança do paciente, comunique-se claramente com os membros da equipe de saúde, avalie e incorpore as prioridades do tratamento e as preferências do paciente, assim como utilize as melhores evidências quando tomar decisões a respeito do cuidado de seu paciente. Quando realizar os procedimentos neste capítulo, lembre-se dos seguintes pontos para garantir o cuidado seguro e individualizado do paciente:

- Verifique se você possui as informações necessárias, a prescrição médica quando necessária, e o equipamento disponível para o procedimento antes de começar.
- Antes do início da terapia, confirme a identificação do paciente usando dois identificadores do paciente (TJC, 2016) e avalie a via e a velocidade de infusão apropriadas e as incompatibilidades potenciais entre os líquidos em infusão e os medicamentos (INS, 2011).
- Determine se o paciente apresenta alergia ao látex e utilize artigos sem látex quando a alergia está presente (INS, 2011).
- Empregue o tubo ou equipo especialmente idealizado para a marca do EID e para transfusões de sangue e alguns medicamentos.
- Revise mentalmente os passos do procedimento antes de entrar no quarto do paciente (p. ex., considere as modificações que você pode precisar fazer para este paciente específico e verifique se o tipo da solução IV é apropriado para este paciente.
- Mantenha as técnicas estéril e asséptica rigorosas quando exigido, bem como a esterilidade e a integridade do sistema IV para evitar as infecções da corrente sanguínea (INS, 2011).

- Quando você contamina um objeto estéril durante o procedimento, não o utilize. Use um novo, esterilizado.
- Empregue as precauções padronizadas para líquidos orgânicos durante os procedimentos e coloque todos os itens descartáveis e artigos perfurocortantes contaminados por sangue em recipientes de biossegurança resistentes à punção (INS, 2011).

Procedimento 42-1 Iniciando a terapia intravenosa

Considerações sobre a delegação da tarefa

O procedimento de iniciar a terapia IV periférica não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem a não ser com supervisão direta da enfermeira. se:

- O paciente indica sensação de queimação, sangramento, inchaço ou sensação de resfriamento no local da inserção do cateter.
- Um curativo IV fica úmido ou frouxo.
- O dispositivo de infusão eletrônico (EID) dispara o alarme
- O frasco do líquido está quase vazio.

Material

- O dispositivo de acesso vascular (VAD) aprovado pela instituição para a punção venosa, como um cateter sobre agulha com o calibre apropriado, dependendo do tamanho da veia, para infusões de líquido contínuas: cateter 20 periférico para um adulto, calibre 22 para idosos e crianças (Alexander et al., 2014).
- Kit de instalação IV (disponível em algumas instituições) — contém um campo estéril para colocar embaixo do braço do paciente, torniquete, preparações de limpeza e antissépticas, curativos estéreis, um pequeno rolo de esparadrapo estéril
- Quando um kit IV não está disponível:
  - Campo descartável ou toalha
  - Torniquete (Determine o tipo de torniquete com base na avaliação do paciente [p. ex., manguito de pressão arterial [PA]

— idoso, faixa de borracha — lactentes]. Use torniquetes descartáveis para evitar as transferências de microrganismos entre pacientes.) (Alexander et al., 2014)
  - *Swab*s antissépticos (clorexidina a 2%, preferido) (INS, 2011)
  - Curativo transparente ou, com menor frequência, compressa de gaze de 5 × 5 cm ou 10 × 10 cm
  - Esparadrapo não alergênico e esparadrapo estéril.
- Anestésico local (p,ex., lidocaína intradérmica, anestésico transdérmico tópico) (*opcional*)
- Equipo de curta extensão com conector sem agulha fundida ou separada (também chamado de *acesso salinizado*, *acesso heparinizado, plug IV, capa de injeção, adaptador SOS, "buff cap" ou "buffalo cap")*
- Seringa de 5 ml pré-cheia com a solução de lavagem (cloreto de sódio a 0,9% [solução salina normal] estéril sem conservantes para adultos) (INS, 2011)
- Dispositivo de estabilização de cateter manufaturado (p. ex., STATLOCK), quando disponível (INS, 2011) (Fig. 42-17)
- Equipamento de proteção individual: luvas limpas, óculos, máscara (*opcional*, verificar a política da instituição).
- Avental do paciente com botões de pressão nas costuras dos ombros, quando disponível
- Recipiente de descarte de agulhas (descarte de objetos perfurocortantes) **Para a infusão de líquido IV contínua, além do material anterior:**
  - Tipo e quantidade corretos do líquido IV
  - EID
- Conjunto de administração com equipo IV com o tubo específico para o EID
- Quando utilizar o fluxo por gravidade, usar equipo de microgotas para volumes pequenos ou muito exatos e tubos de gotas para infundir o líquido com mais rapidez
  - Filtro em linha quando é provável a existência de material particulado ou quando se espera a terapia IV de alto volume ou

de longo prazo ou é exigido pela política da instituição; tamanho apropriado para o tipo de solução (p. ex., 0,22 micron para solução não lipídica, 1,2 micra para solução lipídica)
- Tubo de extensão longo quando desejado para a mobilidade do paciente
- Suporte IV, com rodas, preso ao teto ou preso ao leito
- Leitor de código de barras, se sistema de código de barras for utilizado

PASSO
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Revise a exatidão e a totalidade do preenchimento da prescrição do médico para o nome do paciente quantidade do líquido IV, aditivos da medicação, tempo de infusão e finalidade da infusão. Seguir o certos da administração de medicamentos (Cap. 32).
DECISÃO CLÍNICA: *Na maioria das instituições, os médicos não escrevem prescrições para "iniciar o acesso seguida pela prescrição da terapia IV exata. A prescrição para realizar a punção venosa está implícita. Quando prosseguir.*
2. Identifique o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as infor no MAR ou prontuário médico do paciente.
3. Avalie as variáveis clínicas que respondem ou que são afetadas pela administração de líquido IV.
a. Peso corporal
b. Marcadores clínicos do volume vascular:
(1) PA
(2) Pulso
(3) Turgescência das veias cervicais (normalmente as veias cervicais se mostram cheias quando a p fica em posição supina e planas quando ela está ereta ou semiereta)
(4) Enchimento capilar

(5) Ausculta dos pulmões

(6) Débito urinário (diminuído; amarelo escuro com déficit do VLEC)

c. Marcadores clínicos do volume intersticial :

(1) Edema dependente (quantifique a gravidade ao avaliar a depressão sobre proeminências ósseas 1+ indica edema muito pouco detectável; 4+ indica a depressão profunda persistente) (Cap. 31).

(2) Mucosa oral entre as bochechas e a gengiva

(3) Turgor cutâneo (pince a pele sobre o esterno ou na parte interna do antebraço). (A falha da pele retornar à posição normal em 3 segundos indica o déficit do VLEC.)

d. Sede

e. Comportamento e nível de consciência

(1) Agitação e confusão discreta

(2) Nível de consciência diminuído (letargia, confusão, coma)

f. Sinais cardíacos de distúrbios eletrolíticos e acidobásicos (p. ex., pulso irregular e alterações eletrocardiográficas [ECG])

4. Avalie a experiência prévia do paciente com e as percepções da terapia IV, compreensão da finalidad terapia IV, e a preferência da aplicação em qual braço.

5. Obtenha as informações oriundas de base de dados online aprovada, livro de referência de medicam ou farmacêutico sobre composição de líquidos IV, finalidades da administração, incompatibilidades potenciais, efeitos colaterais, diretrizes de monitoramento e necessidade de cateter ou equipo especia administração.

6. Determine se o paciente deve se submeter a quaisquer cirurgias ou procedimentos planejados.

7. Avalie para os seguintes fatores de risco: criança ou idoso; presença de insuficiência cardíaca ou doe renal oligúrica; lesões ou infecção de pele próximo locais de punção venosa potenciais; contagem de plaquetas baixas ou paciente que recebe anticoagulantes.

8. Avalie os dados laboratoriais do equilíbrio eletrolítico ou acidobásico.

DECISÃO CLÍNICA: *Quando os valores séricos atuais do K^+, Ca^{2+} ou Mg^{2+} estão altos, esclareça a prescriçã quantidade elevada de eletrólito para evitar o agravamento do excesso de eletrólito.*

9. Avalie a história de alergias do paciente, em especial para iodo, adesivos e látex.

10. Avalie a história clínica do paciente para doenças crônicas e todos os medicamentos prescritos e de livre.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna o material apropriado. Certifique-se de que você tem o conjunto de infusão correto para o EID será utilizado. Se o frasco for rígido em lugar de colapsável, você precisa de um tubo de ventilação n equipo IV.

2. Explique ao paciente e à família a justificativa para os líquidos e medicamentos IV, o procedimento p iniciar uma infusão IV, os sinais e sintomas das complicações, o que se espera do paciente e quais ser o paciente deve esperar.

3. Ajude o paciente a ficar confortável na posição sentada ou supina. Posicione uma cadeira de modo q fique no nível do paciente. Proporcione a iluminação apropriada.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Realize a higiene das mãos. Organize o material sobre uma mesinha sobre o leito ou mesinha de cabe limpa e sem aglomerações.

2. Troque o avental do paciente para um avental de fácil remoção com botões de pressão no ombro, qu disponível.

3. Abra as embalagens estéreis usando a técnica asséptica estéril (Cap. 29).

4. *Opção:* Prepare o tubo de extensão curto com o conector sem agulha ou acesso salinizado isolado (ve a política e procedimentos da instituição) para se prender o canhão do cateter do VAD.

a. Remova a tampa de proteção do conector sem agulha e acople a seringa com 1 a 3 mL de cloreto d
a 0,9% (solução salina), mantendo a esterilidade. Injete lentamente a quantidade suficiente de solu
salina para encher o tubo de extensão curto e conector, removendo todo o ar. Deixe a seringa acop
tubo (veja a ilustração).

b. Mantenha a esterilidade da extremidade do conector ao reaplicar a tampa na extremidade e reserv
se acoplar com o canhão do cateter na punção venosa bem-sucedida.

5. ***Para a infusão contínua:*** Prepare o tubo e a solução IV.

a. Verifique a solução IV, usando os seis certos da administração de medicamentos (Cap. 32). Quand
emprega o sistema com código de barras, escaneie o código de barras na pulseira do paciente e, em
seguida, no frasco do líquido IV. Certifique-se de que os aditivos prescritos como o potássio ou as
vitaminas estão incluídos e anotados no rótulo da bolsa. Verifique a solução para a coloração, clare
data de validade. Verifique o frasco para extravasamentos.

PASSO 4A Encha o tubo de extensão curto, deixando a seringa acoplada.

b. Abra o conjunto de infusão, mantendo a esterilidade de ambas as extremidades do tubo. **Nota:** os l
vezes tem um conjunto de administração exclusivo especial; siga as instruções do fabricante.

c. Remova as tampas das extremidades apropriadas, acople os tubos de extensão com porta de injeçã
extremidade distal do conjunto de infusão, mantendo a esterilidade da conexão. Não toque o pont
entrada da conexão. Deixe a tampa na extremidade distal do equipo de extensão.

d. Posicione o clampe de rolo do equipo IV a aproximadamente 2 a 5 cm abaixo da câmara de gotejar
mova-o no sentido da posição fechada (veja ilustrações).

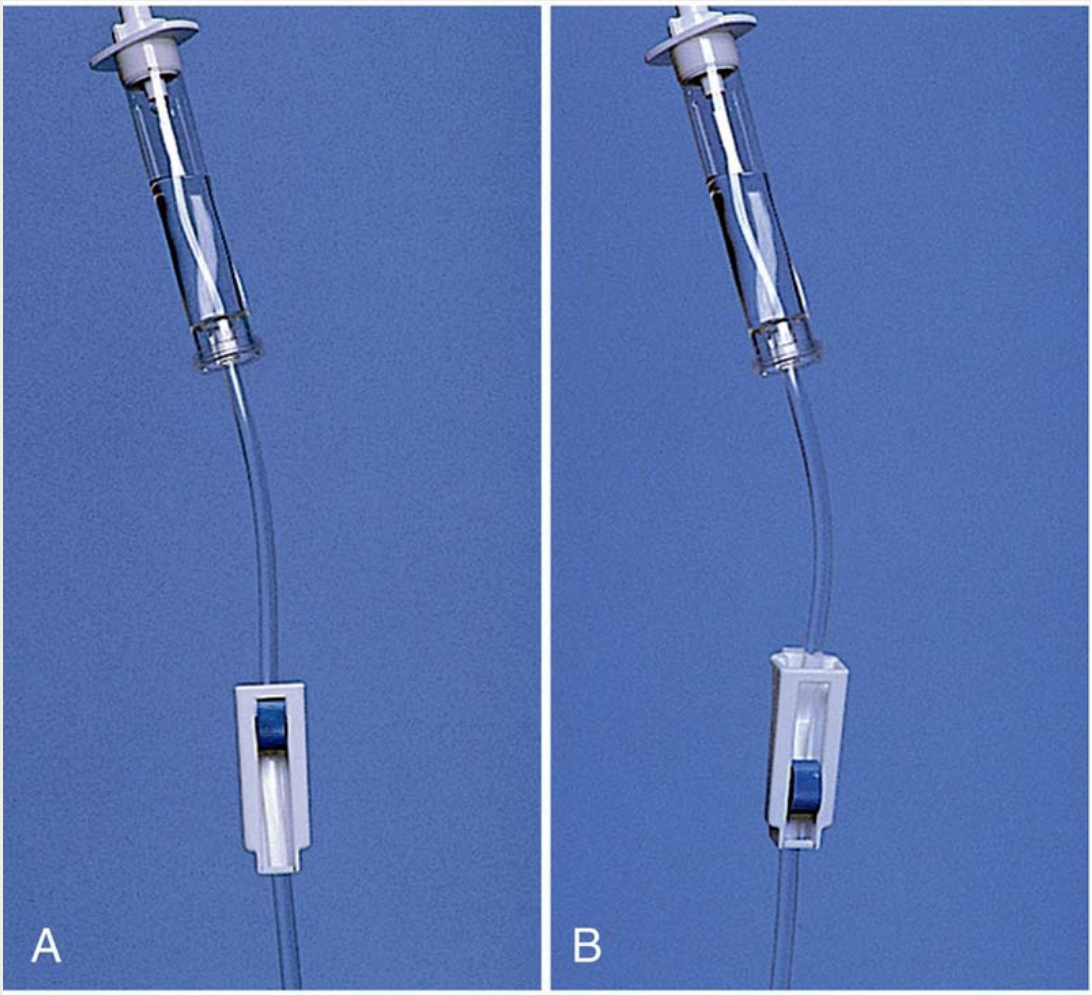
e. Remova a bainha de proteção da porta do tubo IV na bolsa de plástico da solução IV ou no alto do
de solução IV enquanto mantém a esterilidade (veja a ilustração).

f. *Introduza o conjunto de infusão no frasco ou bolsa de líquido:* Remova a tampa de proteção do bico de in
do tubo, sem tocar o bico, e introduza-o na porta da bolsa IV, utilizando um movimento de torção
ilustração). Limpe a tampa de borracha na solução em frasco de vidro com antisséptico de uso úni
introduza o bico na tampa de borracha do frasco de solução IV.

DECISÃO CLÍNICA: *Não toque no bico (ele é estéril). Quando ocorrer a contaminação (p. ex., você toca com o tubo IV e obtenha um novo tubo.*

g. Comprima a câmara de gotejamento e solte, permitindo que ela se encha pela metade com o líquido a ilustração).

h. Encha o tubo ao enchê-lo com a solução IV. Remova a tampa protetora na extremidade do tubo qu necessário (você pode encher parte do tubo sem remover a tampa) e abra lentamente o clampe com para permitir que o líquido percorra o trajeto desde a câmara de gotejamento através do tubo até a extremidade distal. Mantenha a esterilidade da extremidade. Volte o clampe com rolo para a posiç fechada depois que o tubo estiver cheio com o líquido IV. Recoloque a tampa protetora na extremi do tubo, caso ela tenha sido removida.



PASSO 5D **A,** Clampe com rolo na posição aberta. **B,** Clampe com rolo na posição fechada.

i. Certifique-se de que o tubo está sem ar e bolhas de ar. Para remover pequenas bolhas de ar, percut firmemente o tubo onde elas estão localizadas (veja a ilustração). Verifique todo o comprimento d para garantir que todas as bolhas de ar foram removidas. Quando utiliza um equipo com várias p vire as portas de cabeça para baixo e percuta para encher e remover o ar.

DECISÃO CLÍNICA: *Adicione o tubo de extensão longa ao equipo IV para proporcionar mais comprimento, o q mantém a estabilidade da linha IV.*

j. Quando se usa o tubo de extensão longo (não o tubo de extensão curto no Passo 4), remova a tamp proteção e acople-o à extremidade distal do tubo IV, mantendo a esterilidade. Em seguida, encha de extensão longo.

k. Introduza o tubo cheio no EID desligado.

DECISÃO CLÍNICA: *Você pode calçar as luvas antes ou depois de avaliar as veias. Você deve calçá-las antes*

6. Realize a higiene das mãos e calce luvas limpas. Use proteção ocular e máscara (verifique a política d instituição) caso seja possível o esguicho ou a borrifação do sangue.

DECISÃO CLÍNICA: *De acordo com a INS (2011), o uso de aparelhos de visualização (ultrassom) ajuda na ide são difíceis de visualizar ou palpar.*

7. Aplique o torniquete ao redor do braço, acima da fossa antecubital ou 10 a 15 cm acima do local de i proposto para começar a seleção da veia (veja a ilustração). Não o aplique muito firmemente para ev lesão, contundindo a pele, ou ocluindo o fluxo arterial. Verifique para a presença do pulso radial.
   Opção a: Você pode aplicar o torniquete sobre uma camada fina de roupa, como uma manga de aven visando proteger a pele frágil ou com pelos.

   Opção b: Utilize o manguito de PA em lugar do torniquete. Insufle-o até um nível exatamente abaixo pressão diastólica normal do paciente (menos de 50 mm Hg).

8. Selecione a veia para a inserção do VAD. As veias nas superfícies dorsal e ventral dos membros supe (p. ex., veias cefálica, basílica e mediana) são preferidas nos adultos (Figura 42-15).

   a. Use o local mais distal no braço não dominante, quando possível.

PASSO 5G Aperte a câmara de gotejamento para encher com o líquido.

PASSO 5l Remova as bolhas de ar do tubo.

b. Selecione uma veia bem dilatada. Os métodos para fomentar a distensão venosa incluem:

(1) Coloque o membro na posição dependente.

(2) Aplique calor no membro por vários minutos (p. ex., com uma toalha de rosto quente)

DECISÃO CLÍNICA: *O atrito vigoroso e a múltipla percussão de uma veia, especialmente em idosos, causa he*

c. Selecione uma veia suficientemente grande para um VAD. **Nota:** Por vezes, você precisa retirar as

para palpar a veia.

d. Com o seu dedo indicador, palpe a veia ao pressionar para baixo. Observe a sensação resiliente, m abaulada enquanto libera a pressão (veja a ilustração).

e. Evite a seleção da veia em:

(1) Área com dor, dolorimento, infecção ou ferida.

(2) Membro afetado por acidente vascular cerebral (AVC) prévio, paralisia, mastectomia ou enxert diálise.

(3) Local distal ao local de punção venosa prévio, veias esclerosadas ou endurecidas, local infiltrad vasos flebíticos, áreas de equimose ou áreas de válvulas venosas.

(4) Veias dorsais frágeis em pacientes idosos e vasos em um membro com circulação comprometid

f. Escolha um local que não interfere nas AVD do paciente, uso de auxílios de mobilidade como uma bengala, ou com os procedimentos planejados. Tire os pelos do braço do paciente com pinça quan necessário (explique para o paciente).

DECISÃO CLÍNICA: *Quando a remoção do pelo for necessária, não raspe a área com um barbeador. A raspa (INS, 2011).*

9. Libere o torniquete de modo temporário e cuidadoso. *Opção:* Neste ponto do procedimento, você poc aplicar um anestésico local no local de inserção planejado, aguarde vários minutos para que ele faça (veja as orientações do produto). Monitore para a reação alérgica.

10. Calce luvas limpas, se isto não aconteceu no Passo 6.

11. Coloque a extremidade distal do tubo de infusão curto (preparado no Passo 4) ou a extremidade do adaptador do acesso salinizado próximo sobre a gaze estéril, evitando a contaminação por toque.

12. Quando a área de inserção precisa de limpeza, utilize primeiramente água e sabão e seque. Use o ap ou o *swab* antisséptico para limpar o local de inserção, usando atrito em um plano horizontal com o primeiro *swab*, em um plano vertical com o segundo *swab* e em um movimento circular com movime para fora com o terceiro *swab* (veja a ilustração). Permita que seque por completo. Abstenha-se de toc local limpo a menos que empregue a técnica estéril.

PASSO 8D Palpe a veia para a flexibilidade.

13. Torne a aplicar o torniquete ou o manguito de PA 10 a 12 cm acima do sitio de inserção previsto ou mantenha o manguito de PA insuflado < 50 mm Hg até que a punção venosa tenha sido completada. Verifique a presença de pulso distal.

14. Realize a punção venosa. Ancore a veia ao colocar o polegar sobre ela e estique a pele contra a direç inserção 4 a 5 cm distal ao local (veja a ilustração).

    a. Advirta o paciente para a punção rápida e dolorida.

    b. Introduza o VAD com o bisel para cima em um ângulo de 10 a 30 graus, ligeiramente distal ao siti da punção venosa na direção da veia (veja a ilustração).

DECISÃO CLÍNICA: *Utilize cada VAD apenas uma vez para cada tentativa de inserção. Se você precisar tenta contra a infecção.*

15. Observe para o retorno venoso no compartimento de retorno do cateter, indicando que a agulha pe a veia (veja a ilustração A). Abaixe o cateter até quase alinhar com a pele. Avance o cateter por aproximadamente 0,5 cm para dentro da veia e afrouxe o estilete. Continue a manter a pele retesada avance o cateter para dentro da veia até que o canhão esteja próximo ao local de punção venosa (veja ilustração B). *Não torne a inserir o estilete quando ele é afrouxado.* Avance o cateter enquanto o dispositiv segurança retrai automaticamente o estilete. (As técnicas para retrair o estilete variam com diferentes Siga as instruções do fabricante para o uso do cateter de segurança específico. Coloque o estilete diretamente em recipientes para objetos perfurocortantes.

PASSO 14 Estabilize a veia abaixo do local de inserção.

PASSO 15 **A,** Observe para o retorno do sangue em um compartimento de retorno. **B,** Avance o cateter para dentro

DECISÃO CLÍNICA: *Cada enfermeira não deve fazer mais que duas tentativas de iniciar o acesso IV (INS, 20*
enfermeira para tentar fazer a inserção.

16. Estabilize o cateter com a mão não dominante e libere o torniquete ou o manguito de PA com a outr
Aplique pressão firme, porém cuidadosa, com o dedo médio da mão não dominante 3 cm acima do l
inserção. Mantenha o cateter estável com o indicador.

17. Conecte rapidamente a extremidade distal do tubo de extensão curto cheio do Passo 11 ou a extrem
de um acesso salinizado preparado do Passo 4 com o cateter. Não toque no ponto de entrada da cone
Fixe a conexão.

18. Quando o acesso salinizado está acoplado, lave suavemente o cateter com a seringa com soro fisiol
acoplada para garantir que o local se encontra permeável (veja a ilustração). Observe se há inchaço n
durante a lavagem. Em seguida, remova a seringa.

19. Para a infusão continuada, acople a extremidade distal do equipo IV ao conector sem agulha no tub
extensão curto que está acoplado ao cateter (veja a ilustração). Ligue o EID, programe-o e comece a i
na velocidade correta (Procedimento 42-2). Quando usar o fluxo por gravidade em lugar do EID, con
infusão ao abrir lentamente o clampe com rolo para regular a velocidade.

DECISÃO CLÍNICA: *Certifique-se de calcular a velocidade da infusão (Procedimento 42-2) e programe correta*

20. Observe o local de inserção para a inchaço.

21. Fixe o cateter e aplique o curativo estéril sobre o local (os procedimentos diferem; siga a política da
instituição).

a. *Dispositivo de estabilização de cateter fabricado:* Limpe a área selecionada com o protetor cutâneo de u
único e permita que ela seque por completo (10-15 segundos). Aplique a fita adesiva estéril sobre c
canhão do cateter. Coloque o retentor sobre a extremidade do tubo exatamente atrás da rosca de fi
Abra metade do invólucro; pressione para aderir à pele. Repita no outro lado (Figura 42-17). Em se
aplique o curativo.

PASSO 18 Lave gentilmente o cateter para garantir a permeabilidade.

PASSO 19 Conecte o tubo IV ao conjunto de extensão curto que está acoplado ao cateter.

b. *Curativo transparente:* Continue a segurar o cateter com a mão não dominante.

(1) Remova a cobertura do fundo adesivo. Aplique uma borda do curativo e alise suavemente o re
do curativo sobre o local IV, deixando descoberta a conexão entre o tubo IV e o canhão do catete
Remova a cobertura externa e alise gentilmente o curativo sobre o local (veja a ilustração).

(2) Depois de aplicar o curativo transparente, fixe o cateter ao colocar um pedaço de esparadrapo
transparente de 2,5 cm sobre o tubo de extensão ou do conjunto de administração. Não aplique
esparadrapo sobre o curativo transparente.

c. *Curativo de gaze estéril:* Quando o dispositivo de estabilização do cateter fabricado não é usado, fixe cateter ao colocar um pedaço estreito (1,2 cm) de esparadrapo estéril sobre o canhão do cateter (vej ilustração). Coloque o esparadrapo estéril apenas sobre o canhão, nunca sobre o local de inserção. local para a fácil visualização. Evite aplicar o esparadrapo ou a gaze ao redor do braço.

(1) Coloque a compressa de gaze de 5 × 5 cm sobre o local de inserção e o canhão do cateter. Fixe to bordas com esparadrapo (veja a ilustração). Não cubra a conexão entre o tubo IV e o canhão do

(2) *Opção:* Dobre a compressa de gaze de 5 × 5 cm pela metade e cubra com um esparadrapo com 2 de largura que se estenda por aproximadamente 2,5 cm para cada lado. Coloque sob a junção do tubo/cateter.

PASSO 21B(1) Aplique o curativo transparente.

PASSO 21C Aplique o esparadrapo sobre o canhão do cateter.

DECISÃO CLÍNICA: *Pense cuidadosamente sobre onde aplicar o esparadrapo. Não o aplique sobre o local de cateter IV, ou sobre a parte superior do curativo transparente.*

22. Faça uma alça com o tubo ao longo do braço e coloque um segundo pedaço de esparadrapo diretam sobre o tubo para fixá-lo (veja a ilustração).

23. Para a infusão contínua, confira a velocidade de infusão prescrita programada no EID e se certifiqu que ele está funcionando adequadamente. Quando utilizar uma infusão com fluxo por gravidade, to verificar a velocidade do fluxo para o número correto de gotas por minuto (Procedimento 42-2).

24. Rotule o curativo de acordo com a política da instituição. Inclua a data e o horário da inserção IV, o
e o comprimento do VAD, e suas iniciais (veja a ilustração).

25. Descarte o estilete usado ou os objetos perfurocortantes em recipientes apropriados quando não foi
anteriormente. Descarte os suprimentos. Remova as luvas e realize a higiene das mãos.

26. Ensine o paciente sobre como se mover ou virar sem deslocar o VAD.

AVALIAÇÃO

1. Observe o paciente a cada 1 ou 2 horas.

   a. Confira se a quantidade correta de líquido IV foi infundida ao observar o nível do líquido no frasc
   solução IV.

   b. Verifique a velocidade no EID ou conte a velocidade de gotejamento (quando com gotejamento po
   gravidade).

   c. Verifique a permeabilidade do VAD.

DECISÃO CLÍNICA: *Quando a linha IV é posicional, o líquido flui com rapidez, lentamente ou cessa, depender para manter o fluxo; quando o problema continuar, considere reiniciar a infusão IV em outro local.*

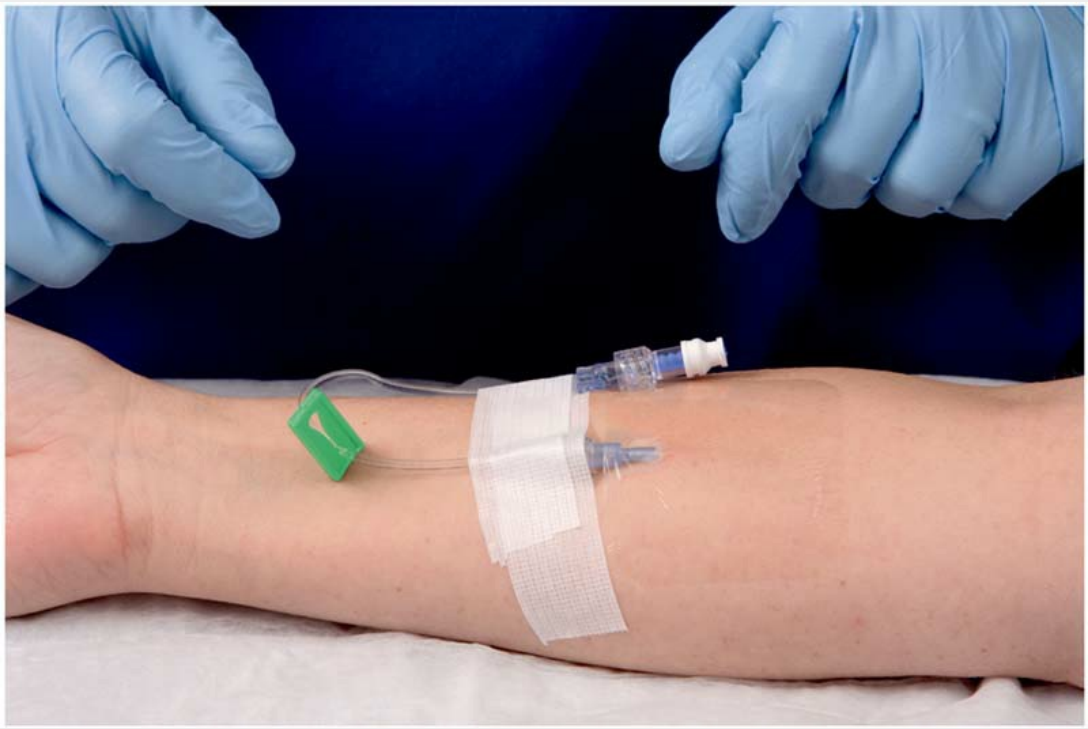
   d. Observe o paciente durante a palpação do vaso para os sinais de desconforto.

   e. Inspecione o local de inserção, observe a coloração da pele (p. ex., rubor, palidez). Inspecione à pro
   inchaço, inflamação (Tabela 42-13) e flebite (Tabela 42-14). Palpe a temperatura da pele acima do c

2. Troque o acesso IV periférico de acordo com a política da instituição, de acordo com as prescrições d
médico, ou imediatamente diante da suspeita de contaminação ou complicação.

3. Observe o paciente para determinar a resposta à terapia (p. ex., medir a ingestão e débito, pesos diár
sinais vitais).

4. Utilize a ***Demonstração de Aprendizado*** para determinar a compreensão do paciente e da família a re
da terapia IV. Diga "Quero ter certeza de que expliquei o motivo pelo qual você deve receber esta inf
IV. Você pode explicar por que você deve receber a terapia IV?". Revise sua instrução agora ou deser
o plano para o ensino revisado quando o paciente ou a família não são capazes de demonstrar corret
o aprendizado.



PASSO 22 Faça uma alça do tubo IV longo ou curto ao longo do braço. Fixe o tubo.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. Sobrecarga da solução IV, infiltração, flebite, infecção local e sangramento no local da punção venosa

- Veja a Tabela 42-12.

2. Falta de eficácia da terapia IV para o VLEC

- Notifique o médico do paciente, proporcionando a linha de base e a frequência cardíaca e a PA atu ajuste a velocidade de infusão ou o tipo de solução IV conforme a prescrição.
- Prepare-se para coletar o sangue para os exames laboratoriais.

REGISTRANDO E RELATANDO

- Documente nas anotações de enfermagem ou em outro local designado em um registro clínico eletrôi tentativas, a descrição exata do local de inserção (p. ex., veia cefálica na superfície dorsal do antebraç do cateter; tipo de curativo e estabilização do cateter; velocidade do fluxo; tipo de infusão, uso do EID barras, registre automaticamente o tipo de líquido e o horário.
- Registre o estado do paciente, líquido IV, quantidade infundido, integridade e permeabilidade do sis
- Documente sua avaliação do aprendizado do paciente.
- Informe para a equipe de enfermagem seguinte: tipo de líquido, velocidade do fluxo, estado do VAD iniciar o frasco de solução IV subsequente, e condição do paciente.
- Informe ao médico quaisquer reações adversas.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Garanta que o paciente é capaz e tem vontade de autoadministrar a terapia IV ou se um cuidador fan
- Ensine o paciente e ao cuidador da família as informações necessárias para administrar a terapia IV c crenças de saúde e conforto com os cuidadores usando o toque) (Petroulias et al., 2013).

Procedimento 42-2 Regulando a velocidade do fluxo intravenoso

Considerações sobre a delegação da tarefa

O procedimento de regular a velocidade do fluxo IV não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem a não ser com supervisão direta da enfermeira. O paciente indica a sensação de queimação, sangramento, inchaço ou resfriamento no local de inserção do cateter.

- Soar o alarme do dispositivo de infusão eletrônica (EID).
- O frasco de solução estiver quase vazio.

Material

- EID, bomba IV
- Relógio na segunda mão
- Calculadora ou papel e caneta/lápis
- Esparadrapo
- Etiqueta
- Luvas limpas

PASSO
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Revise a exatidão e a totalidade do preenchimento da prescrição do médico para o nome do paciente e a quantidade de líquido IV, aditivos medicamentosos, tempo de infusão, e finalidade da infusão. Si seis certos da administração do medicamento (Cap. 32).
2. Faça a higiene das mãos e calce as luvas limpas.
3. Observe para a permeabilidade do tubo IV e o dispositivo de acesso vascular (VAD).
4. Identifique o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário médico) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as infor no MAR ou no prontuário médico do paciente.
5. Inspecione o local IV e verifique com o paciente como ele sente a linha IV existente (p. ex., determina existe algum incômodo, dor ou sensação de queimação).
6. Avalie o conhecimento do paciente sobre como o posicionamento do local IV afeta a velocidade do fl
7. Avalia o risco do paciente para distúrbio hidroeletrolítico, devido ao tipo de líquido IV (p. ex., neona doença cardíaca ou renal).

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reúna papel e lápis ou uma calculadora para calcular a velocidade do fluxo.

2. Verifique a prescrição para ver por quanto tempo cada litro de solução deve infundir. Quando a velc horária (mL/h) não é fornecida na prescrição, calcule-a ao dividir o volume pelas horas. Por exemplo

$$mL/h = \frac{\text{volume total da infusão (mL)}}{\text{Horas de infusão}}$$

$$1.000\ mL/8h = 125\ mL/h$$

Ou quando 3L são prescritos para 24 horas.

$$3.000\ mL/24\ h = 125\ mL/h$$

DECISÃO CLÍNICA: *É comum que os médicos escrevam uma prescrição IV abreviada como "SG5% com 20 n deve ser mantida nesta velocidade até que a prescrição seja escrita para que a infusão IV seja interrompida. O "KVO" (manter a veia aberta), as quais significam uma velocidade lenta para manter a veia aberta. Esclareça c*

3. Quando a velocidade de manutenção da veia permeável é prescrita, confira a política da instituição e relação à velocidade do fluxo. A prescrição para manter a veia aberta frequentemente cai na faixa de mL/h.

4. Utilize a velocidade por hora para programar o dispositivo de infusão eletrônica (EID) (veja Implementação) ou, quando o fluxo é por gravidade, use para calcular a velocidade do fluxo por mir (gotas/min).

5. Calcule a velocidade de fluxo por minuto para a infusão de fluxo por gravidade:

   a. Determine o fator de gotejamento (calibragem) em gotas por mililitro (gotas/mmL) do conjunto de infusão atualmente em uso.
   Microgotas: 60 gotas/mL
   Macrogotas: 10 a 15 gotas/mL; veja a etiqueta na embalagem do conjunto de administração.

   b. Selecione uma das seguintes fórmulas para calcular a velocidade do fluxo por minuto (gotas/min) base no fator de gotejamento do conjunto de infusão:

      (1) mL/h/60 min = mL/min
      Fator de gotejamento × mL/min = gotas/min
      Ou

      (2) mL/h × fator de gotejamento/60 min = gotas/min
      Usando a fórmula (2) acima, calcule a velocidade do fluxo por minuto para uma solução IV que infundir a 125 mL/h

      Microgotas:
      125 mmL/h × 60 gotas/min = 7.500 gotas/min
      7.500 gotas/min ÷ 60 minutos = 125 gotas/min

      Macrogotas:
      125 mL/h × 15 gotas/mL = 1.875 gotas/h
      1.875 gotas ÷ 60 minutos = 31-32 gotas/min

IMPLEMENTAÇÃO

1. Usando um EID (bomba infusora ou "smart pump"):

a. Consulte as orientações do fabricante para a instalação da infusão. Utilize tubos compatíveis com o

b. Feche o clampe com rolo no equipo IV cheio e introduza o tubo na câmara do mecanismo de contr EID ou no módulo da bomba de acordo com as diretrizes do fabricante (veja a ilustração). O clamp rolo no tubo IV fica entre o EID e o paciente.

c. Ligue a energia do EID; teste o alarme, selecione o volume necessário por hora, o volume a ser infu (VTBI) e qualquer outra informação necessária. Feche a porta da câmara de controle se já não tiver feito isto e pressione o botão ligar. Quando o alarme da "smart pump" soa imediatamente e a desli seus parâmetros estavam fora dos parâmetros da unidade. Torne a calcular a velocidade de infusã programe o EID novamente.

d. Abra o clampe com rolo por completo enquanto o EID estiver em uso.

e. Verifique frequentemente (a cada hora nos adultos, com maior frequência nos pacientes pediátrico observar se a quantidade correta de líquido IV foi infundida ao se notar o nível de líquido no frasc solução IV.

f. Avalie a permeabilidade do sistema quando soa o alarme do EID.

2. Usando o fluxo por gravidade:

a. Garanta que o frasco de solução IV está 90 cm acima do local IV nos adultos.

b. Abra lentamente o clampe com rolo no tubo até que você possa ver gotas na câmara de gotejamen Segure um relógio com a outra mão no mesmo nível que a câmara de gotejamento e conte a veloci gotejamento por 1 minuto (veja a ilustração). Ajuste o clampe com rolo para aumentar ou diminuir velocidade de gotejamento até que você obtenha o número desejado de gotas por minuto.

c. Monitore a velocidade de gotejamento pelo menos a cada hora.

3. Prenda um pedaço de esparadrapo ou etiqueta no frasco do líquido IV com a data e o horário de troc frasco (verifique a política da instituição). Quando usar o frasco de polivinilcloreto (PVC), marque ap na etiqueta, não no frasco.

4. Instrua o paciente para evitar levantar o braço com a linha IV porque isto pode afetar a velocidade d para evitar tocar o clampe de controle ou outro equipamento, e sobre a finalidade dos alarmes do EI

5. Remova e descarte as luvas, realize a higiene das mãos.

PASSO 1B Introduza o equipo IV na câmara de controle do dispositivo de infusão eletrônica.

AVALIAÇÃO

1. Monitore a infusão IV a cada hora, observando o volume de líquido IV infundido e a velocidade.

2. Observe o paciente para os sinais de hidratação excessiva ou de desidratação para determinar a resp terapia e a restauração do balanço hídrico.

3. Avalie para os sinais de infiltração, inflamação no local, dobra ou nó no equipo de infusão ou oclusã VAD.

4. Utilize a ***Demonstração do Aprendizado*** para determinar a compreensão do paciente e da família sob posição do braço. Diga, "Quero me certificar de que expliquei como a posição de seu braço pode afet fluxo IV. Você pode me mostrar uma posição de braço correta?" Revise suas instruções agora ou des um plano para o ensino revisado do paciente quando este não é capaz de fazer corretamente a demonstração do aprendizado.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. Infusão súbita de grande volume de líquido da solução. O paciente apresenta sintomas de dispneia, sobrecarga hídrica.
   - Lentifique temporariamente a velocidade de infusão a 10 gotas/min; notifique o médico.
   - Coloque o paciente na posição de semi-Fowler.
   - Veja a Tabela 42-12.
2. O frasco do líquido IV esvazia com a perda subsequente da permeabilidade do VAD.
   - Interrompa a infusão IV atual e inicie a nova linha IV em outro membro ou proximal ao local de
3. O líquido IV infunde mais lento que o previsto.
   - Verifique para a alteração posicional que poderia afetar a velocidade, mau funcionamento do EI gravidade), dobra ou obstrução do tubo, infiltração ou outras complicações do local do VAD.
   - Consulte o médico para nova prescrição para prover o volume de líquido necessário.

REGISTRANDO E RELATANDO

- Registre a velocidade da infusão em mililitros por hora (ou gotas por minuto com o fluxo por gravid
- Documente o uso do EID.
- Registre imediatamente qualquer nova velocidade do fluxo IV.
- Na troca de plantão ou quando for fazer uma pausa, informe a velocidade e o volume restante da inf cuidado do paciente.
- Documente sua avaliação do aprendizado do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Assegure-se de que o paciente ou o cuidador familiar é capaz ou tem vontade de operar a bomba inf visuais ou físicas da capacidade de conectar e desconectar a terapia infusional e para solucionar o pro et al., 2014).
- A enfermeira de cuidados domiciliares deve estar na residência durante o início da terapia por infusã velocidade, tempo e alarmes. A enfermeira garante que o EID funciona adequadamente antes do uso
- Forneça um número de acesso telefônico por 24 horas para que o paciente possa solicitar assistência.

Procedimento 42-3 Manutenção do sistema

intravenoso

Considerações sobre a delegação da tarefa

Os procedimentos de trocas de um frasco e tubo de líquido IV não podem ser delegados para profissionais técnicos de enfermagem ()a não ser com a supervisão direta da enfermeria. Instrua o técnico de enfermagem para:

- Observar para a posição adequada do paciente para evitar a dobra do equipo da solução IV e a lesão no local da inserção.
- Relatar quando o frasco do líquido IV está quase vazio.
- Relatar qualquer extravasamento que aconteça a partir do local IV ou a seu redor.
- Relatar as observações das alterações na temperatura do paciente ou os sinais e sintomas das complicações relacionadas com o local IV, como a dor ou hipersensibilidade ao redor do local IV.

Material

Trocando um frasco de líquido IV e o tubo (infusão contínua)

- Luvas limpas
- Tipo e volume corretos da solução IV
- Tubo de infusão
- Esparadrapo ou etiqueta de tubo
- Caneta
- Filtro (tamanho apropriado para a solução) e tubo de extensão (quando necessário)
- Dispositivo de estabilização do cateter fabricado, quando disponível
- *Scanner* manual de código de barras quando se utiliza o sistema de código de barras

Trocando um frasco e tubo de líquido IV (infusão intermitente ou acesso salinizado)

- Tipo e volume corretos da solução IV
- Tubo de infusão
- Esparadrapo ou etiqueta de tubo

- Caneta
- Seringa de 5 mL pré-cheia com o agente de lavagem (cloreto de sódio a 0,9% (solução salina normal) estéril sem conservante para adultos) (INS, 2011)
- Compressas de gaze de 5 × 5 cm estéreis (opcional)
- Luvas limpas
- *Swab* antisséptico (clorexidina a 2% preferido [INS, 2011])
- *Scanner* manual de código de barras quando se utiliza o sistema de código de barras

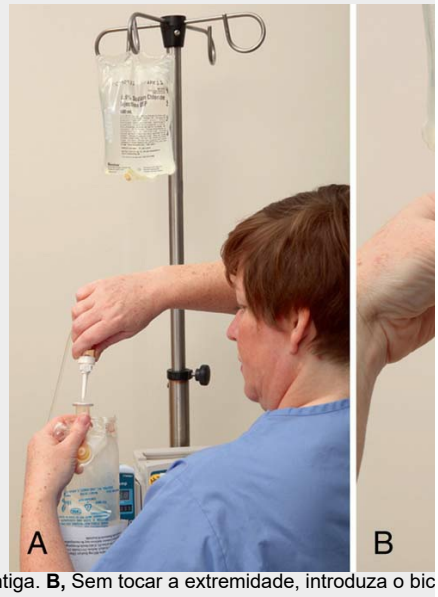
Interrompendo o acesso IV periférico

- Luvas limpas
- Compressa de gaze de 5 × 5 cm estéril
- *Swab* antisséptico (clorexidina a 2% preferido [INS, 2011])
- Esparadrapo

PASSO	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Trocando o cateter do líquido IV	
a. Revise a exatidão e a totalidade do preenchimento da prescrição do médico para o nome do paciente, tipo e quantidade do líquido IV, aditivos da medicação, tempo de infusão, e a finalidade da infusão. Siga os seis certos da administração de medicamento (Cap. 32). Quando a prescrição é para manter a veia aberta, anote a data e o horário da última troca de frasco de solução e se refira à política da instituição para determinar a necessidade da troca de frasco do líquido IV.	Proporciona a segurança do pa A política da instituição deter de infusão para manter ave
b. Determine a compatibilidade de todos os líquidos IV e aditivos ao consultar a base de dados online aprovada, livro de referência de medicamentos ou farmacêutico.	As incompatibilidades causam
2. Trocando o tubo IV:	
a. Avalie o tubo atual para punção, contaminação ou oclusão, o que exige a troca imediata do tubo.	O tubo comprometido permite da corrente sanguínea do p O sangue total, os hemoderiva as soluções viscosas aderer
b. Anote a data e a hora da última troca de tubo IV. A política da instituição indica a frequência da troca rotineira para os conjuntos de administração IV e acessos salinizados/heparinizados.	A INS recomenda a troca do tu menos que o tubo esteja co (INS, 2011).
3. Interrompendo o acesso IV periférico: Revise a exatidão e a totalidade do preenchimento da prescrição do médico para a interrupção da terapia IV.	A prescrição é necessária para

4. Identificar o paciente com o emprego de dois identificadores (p. ex., nome e data do nascimento ou nome e número do prontuário médico do paciente) de acordo com a política da instituição. Compare os identificadores com as informações no MAR ou prontuário médico do paciente. Quando se utiliza o sistema de código de barras, escaneie o código de barras na pulseira do paciente e, em seguida, no frasco do líquido IV.	Garante o paciente correto. Ad (TJC, 2016). Os sistemas de dose e tempo certos com o
5. Determine a compreensão do paciente/familiar sobre a necessidade da terapia IV ou do motivo para interrompê-la.	Revela a necessidade de ensin
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
1. Reúna o material apropriado, realize a higiene das mãos, e arrume o material na cabeceira do leito do paciente.	Mantém o procedimento orga de microrganismos.
Para trocar o frasco do líquido IV: Tenha a próxima solução preparada com pelo menos 1 hora de antecedência. Quando preparada na farmácia, assegure-se de que ela foi liberada para a unidade de tratamento do paciente. Verifique se a solução está correta e adequadamente rotulada. Permita que a solução aqueça até a temperatura ambiente, quando refrigerada. Siga os seis certos da administração de medicamentos e verifique a data de validade da solução. Observe se há precipitado, coloração e extravasamento.	O planejamento adequado par causado pela falta do fluxo medicação (Alexander et al
2. Coordene as trocas de tubo com as trocas dos frascos de solução IV, quando possível.	Promove a segurança do pacie
3. Explique o procedimento para o paciente/familiar, sua finalidade e o que se esperar do paciente.	Promove a cooperação do paci
Para interromper o acesso IV periférico: Explique que o paciente deve manter o membro parado; que ele pode perceber uma sensação de queimação quando você remove o cateter; e que o procedimento demora aproximadamente 5 minutos.	
IMPLEMENTAÇÃO	
1. Trocando o frasco do líquido IV:	
a. Determine a permeabilidade do local do dispositivo de acesso vascular (VAD) atual: Observe à procura de inchaço, resfriamento ao toque, ou dolorimento ao redor do local do VAD. Com o uso do EID, o VAD deve estar permeável quando o local não está infiltrado e o EID funciona sem soar o alarme. Quando não se emprega o EID, ajuste cuidadosamente o clampe de rolo para ver um aumento na velocidade do fluxo e, em seguida, regule novamente para a velocidade prescrita.	O novo local de acesso IV é ne ou o local do VAD não se r O alarme do EID sinaliza quar Na ausência do EID, ajustar o
DECISÃO CLÍNICA: *Abaixar o frasco de solução IV abaixo do nível do local IV para a presença do retorno de*	
b. Prepare para trocar a solução quando aproximadamente 50 mL permanecem no frasco. Certifique-se de que a câmara de gotejamento está cheia pelo menos até a metade.	Impede que o ar penetre o tub
c. Prepare o novo frasco de líquido IV para a troca. Quando usar uma bolsa de plástico, pendure em um suporte IV e remova a capa protetora da porta do tubo IV. Quando usar um frasco de vidro. Remova a tampa metálica e os discos.	Permite a troca rápida, suave e
d. Feche o clampe com rolo para interromper o fluxo da infusão existente. Remova o tubo do EID. Em seguida, remova o antigo	Impede que a solução remane A porta virada para cima imp

frasco de solução IV do suporte IV e segure-o com a porta do tubo apontando para cima.	
e. Remova rapidamente o bico do frasco da solução antiga (veja a ilustração) e, sem tocar a extremidade, introduza-o no novo frasco (veja a ilustração).	Reduz o risco da solução na câ



PASSO 1E **A,** Remova rapidamente o bico do frasco da solução antiga. **B,** Sem tocar a extremidade, introduza o bic

DECISÃO CLÍNICA: *Se você contaminar o bico, descarte aquele tubo IV e use um novo.*	
f. Pendure um novo frasco de líquido no suporte IV.	A gravidade ajuda na liberaçã
g. Verifique para o ar no tubo. Quando as bolhas se formam, remova-as ao fechar o clampe de rolo abaixo delas, esticando o tubo para baixo e percutindo o tubo com o dedo (as bolhas sobem no líquido até a câmara de gotejamento) (veja a ilustração). Para as quantidades maiores de ar, limpe a porta abaixo do ar com o álcool e permita que seque; introduza a seringa sem agulha na porta e aspire o ar para dentro da seringa.	Reduz o risco do ar descendo
h. Certifique-se de que a câmara de gotejamento está cheia até um terço ou metade de sua capacidade. Se ela estiver cheia demais, pince o tubo abaixo dela, inverta o frasco, aperte a câmara de gotejamento (veja a ilustração) para empurrar o líquido para dentro do recipiente, liberando o tubo e pendure o frasco.	Reduz o risco de ar que entra Quando a câmara está totalme
i. Introduza o tubo dentro do EID e reinicie a bomba. Quando sem o EID, regule o fluxo até a velocidade prescrita com o clampe de rolo.	Libera o líquido IV conforme

j. Prenda o pedaço do esparadrapo ou a etiqueta ao frasco de líquido IV com a data e o horário da troca do frasco (verifique a política da instituição). Quando usar o frasco de cloreto de polivinil (PVC), marque apenas na etiqueta e não no frasco.	Fornece a referência para dete manter a veia aberta. A tinta pode extravasar para d
2. Trocando o tubo IV:	
a. Abra o novo conjunto de infusão e conecte as peças adicionais (p. ex., filtro, tubo de extensão). Mantenha os revestimentos de proteção sobre o bico de infusão e o conector distal para o VAD. Fixe todas as conexões.	As coberturas de proteção mar Fixar as conexões reduz o risc
b. Calce luvas limpas.	Reduz a transmissão de micro
c. Quando o canhão do cateter não está visível, remova o curativo IV conforme descrito no Procedimento 42-4. Não remova o dispositivo de fixação do cateter, curativo transparente ou esparadrapo que fixa o canhão do cateter à pele.	O canhão do cateter deve ser a o novo.

PASSO 1G A enfermeira percute o tubo para fazer com que as bolhas de ar se elevem até a câmara de gotejamento.	**PASSO 1H** Remo
d. *Prepare o tubo, usando a infusão IV contínua existente.*	
(1) Feche o clampe com rolo no tubo IV novo.	Impede o derramamento do lí
(2) Lentifique a velocidade da infusão através do tubo antigo até a velocidade de manutenção da permeabilidade da veia, usando o EID ou clampe com rolo quando sem EID.	Previne a infusão completa do
(3) Comprima e encha a câmara de gotejamento do tubo antigo.	Garante que a câmara de gotej tubo.
(4) Inverta o frasco do líquido IV e remova o antigo tubo. Mantenha o bico estéril e ereto. *Opcional*: Prenda com esparadrapo a antiga câmara de gotejamento no suporte IV sem contaminar o bico.	Permite que o líquido continue
(5) Coloque o bico de inserção do novo tubo dentro do frasco de líquido IV. Pendure o frasco no suporte IV, comprima e libere a câmara de gotejamento do novo tubo, e encha a câmara de gotejamento até um terço ou metade de sua capacidade.	Permite o fluxo de líquido da s
DECISÃO CLÍNICA: *Se você contamina o bico, descarte o tubo IV e use um novo.*	
(6) Abra lentamente o clampe com rolo, remova a tampa protetora do adaptador (quando necessário) e lave o novo tubo com a solução. Feche o clampe com rolo quando estiver cheio. Recoloque a tampa. Coloque a extremidade tampada do adaptador próximo ao local IV do paciente.	Encher lentamente em lugar d Remove o ar do tubo e o subst Posicione o material para a co
(7) Desligue o EID, quando utilizado, e feche o clampe com rolo no tubo antigo.	Evita o derramamento do líqu
e. *Prepare o tubo, usando o acesso salinizado antigo:*	
(1) Quando a alça ou o tubo de extensão curto é necessário, utilize a técnica estéril para conectar a nova tampa de injeção à nova alça ou tubo.	A técnica estéril previne a tran
(2) Limpe a tampa de injeção com o *swab* antisséptico e deixe secar. Introduza a seringa com 1 a 3 mL de soro fisiológico e injete através da tampa de injeção dentro da alça do tubo de extensão (veja a ilustração). Coloque a extremidade tampada do tubo próximo ao local IV do paciente.	Mantém a permeabilidade do

PASSO 2E(2) Lave lentamente a porta de injeção.

f. *Restabelecer a infusão:*	
(1) Remova o dispositivo de estabilização de cateter fabricado ou o esparadrapo do tubo. Desconecte suavemente o tubo antigo do canhão do cateter (veja a ilustração A) e introduza rapidamente o adaptador do novo tubo no canhão do cateter, certifique-se de que ele está seguro, mantendo assim a esterilidade do ponto de entrada da conexão (veja a ilustração B).	Permite a transição suave do t para a infecção. A técnica cuidadosa impede o transmissão de microrgani
(2) *Para infusão contínua:* Abra o clampe com rolo no novo tubo, permitindo que a solução flua rapidamente por 30 a 60 segundos; em seguida, regule a velocidade de gotejamento usando o EID ou o clampe com rolo quando com o gotejamento por gravidade.	O fluxo rápido por intervalo c A regulação restaura a velocid
(3) Prenda o pedaço de esparadrapo ou a etiqueta com a data e a hora da troca do tubo no tubo, abaixo da câmara de gotejamento.	Fornece a referência para dete
(4) Aplique o novo dispositivo de estabilização do cateter fabricado ou o esparadrapo quando usado (Procedimento 42-1, Passo 21). Faça a alça do tubo e fixe-a no braço do paciente com a faixa de esparadrapo.	Evita a tração acidental contra
g. Remova e descarte o antigo tubo IV. Quando necessário, aplique o novo curativo (veja o Procedimento 42-4). Remova e descarte as luvas. Faça a higiene das mãos.	Reduz a transmissão de micro

3. Interrompendo o acesso IV periférico:	
a. Faça a higiene das mãos. Calce luvas limpas.	Reduz a transmissão de micro
b. Desligue o EID e feche o clampe com rolo que controla a velocidade.	Evita o derramamento do líqu
c. Remova o curativo do local IV e o dispositivo de estabilização de cateter fabricado (Procedimento 42-4). Remova qualquer esparadrapo que fixe o cateter. Não use tesoura.	Expõe o cateter com desconfo A tesoura poderia danificar ac
d. Segure o canhão do cateter e limpe a área com o *swab* antisséptico. Permita que seque por completo ao ar livre.	Remova as secreções ao redor
e. Coloque a gaze estéril sobre o local da punção venosa e aplique a pressão suave enquanto retira o cateter, usando o movimento lento e contínuo. Mantenha o canhão em paralelo com a pele (veja a ilustração). Não eleve ou levante o cateter antes que ele esteja totalmente fora da veia. Inspecione a extremidade do cateter, certificando-se de que ele está intacto depois da remoção.	A compressa seca causa meno A técnica de remoção evita o t A inspeção determina se a ext embolizar, o que é uma sit

PASSO 2F(1) **A,** Desconecte o antigo tubo IV. **B,** Conecte o adaptador Luer-Lok do novo equipo IV.

PASSO 3E Remova lentamente o cateter IV, mantendo o cateter em paralelo com a veia.

f. Mantenha a gaze na posição e aplique pressão contínua no local por 2 a 3 minutos, avaliando para o sangramento.	Controla o sangramento e a fo (INS, 2011).

DECISÃO CLÍNICA: *Quando o paciente recebe anticoagulantes ou inibidores das plaquetas (p. ex., aspirina e plaquetas baixa, aplique a pressão contínua por mais tempo (por 5 a 10 minutos) e avalie o sangramento.*

g. Aplique a compressa de gaze estéril dobrada sobre o local de inserção e fixe com o esparadrapo.	Manter a pressão para evitar o
h. Descarte os suprimentos utilizados, tire as luvas e faça a higiene das mãos.	Reduz a transmissão de micro

AVALIAÇÃO

1. *Para trocar o frasco da solução IV e/ou o tubo:*	
a. Avalie a velocidade do fluxo IV a cada hora; observe as conexões para vazamento e a permeabilidade do sistema.	Garante a administração adequ
b. Observe o paciente para os sinais de desidratação ou de hiper-hidratação para determinar a resposta à terapia e a restauração do equilíbrio hídrico.	Os sinais e sintomas da hiper-h infundido. Contate o médic
2. *Para interromper o acesso IV periférico:*	
a. Observe o local para o sangramento logo depois do procedimento e avalie diariamente para o rubor, dolorimento, drenagem ou inchaço.	Detecta o sangramento depois Detecta a infecção local ou fleb A flebite pós-infusão pode occ
b. Use a ***Demonstração de Aprendizado*** para determinar a compreensão do paciente e da família sobre a interrupção da terapia IV. Diga "Quero me certificar de que expliquei o que pode acontecer com seu braço depois de remover a linha IV. Você pode me dizer o que observar e o que dizer para a enfermeira?". Revise suas instruções agora ou desenvolva um plano para o ensino revisado quando o paciente ou a família não são capazes de fazer a demonstração de aprendizado corretamente.	Avalia o que o paciente ou a fa

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. A velocidade do fluxo é incorreta; o paciente recebe uma quantidade deficiente ou excessiva de líqui
   - Reajuste a velocidade da infusão até a velocidade prescrita.
   - Avalie o paciente para os efeitos adversos; notifique o médico quando aparentes.
   - Determine e corrija a causa da velocidade de fluxo incorreta (p. ex., mudança posicional que pod solução IV para o fluxo por gravidade], dobra ou obstrução do tubo, infiltração ou outras compl
   - Notifique o médico quando a infusão do paciente prevista é 100 a 200 mL menor ou maior que o
2. A extremidade do cateter está faltando depois da retirada.
   - Aplique o torniquete em uma posição alta no membro para restringir a mobilidade do embolo d
   - Notifique imediatamente o médico.
3. Veja a Tabela 42-12 para infiltração, flebite e infecção local.

REGISTRANDO E RELATANDO

- Registre a quantidade e o tipo de líquido infundido, a quantidade e o tipo de líquido iniciado, e a tro Quando utiliza um sistema de código de barras, o tipo de líquido e horário são registrados automatic
- Registre o horário que o aceso IV periférico foi interrompido no prontuário do paciente de acordo co cateter, incluindo calibre, comprimento e integridade da extremidade do cateter.
- Documente sua avaliação do aprendizado do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Assegure-se de que o paciente é capaz e tem vontade de autogerenciar a terapia IV (inclusive a troca cuidado IV.

- Instrua o paciente ou o cuidador da família no procedimento de realizar uma troca da solução IV e d
cuidadores que usam o toque) (Petroulias et al., 2013).
- Instrua o paciente ou o cuidador a notificar o médico quando o sangramento ou a drenagem são perc
dias depois da retirada do cateter.

Procedimento 42-4 Trocando um curativo de acesso intravenoso periférico

Considerações sobre a delegação da tarefa

O procedimento de trocar um curativo de acesso IV periférico não pode ser delegado para profissionais técnicos de enfermagem a não ser com a supervisão direta da enfermeira. Instrua o técnico de enfermagem para lhe informar se:

- O paciente indica a umidade ou a frouxidão de um curativo IV.

Material

- *Swab*s antissépticos (clorexidina a 2% preferencialmente [INS, 2011])
- Removedor de adesivo (opcional)
- *Swab* com protetor de pele
- Luvas limpas
- Faixas de esparadrapo antialérgico
- Dispositivo de estabilização do cateter fabricado quando disponível.
- Curativo: Curativo transparente estéril (preferido) ou compressa de gaze estéril de 5 × 5 cm ou 10 × 10 cm

PASSO
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Determine a política da instituição em relação as trocas de curativo de linhas IV periféricas. Em geral curativos transparentes permanecem na posição até que o local IV seja trocado, a menos que o curati fique úmido, sujo ou frouxo.
2. Realize a higiene das mãos. Observe o curativo atual para umidade e integridade. Determine se a um se origina do extravasamento do local ou tem origem externa.
3. Observe o sistema IV para o funcionamento adequado ou para complicações. Calce luvas limpas qua curativo estiver úmido. Palpe o local do VAD através do curativo intacto, avaliando para a dor ou se

de queimação.

4. Identifique o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário médico) de acordo com a política da instituição.

5. Avalie a compreensão do paciente sobre a necessidade da infusão IV continuada.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Explique o procedimento e a finalidade para o paciente e para a família. Explique que o paciente dev manter o membro afetado parado e quanto tempo irá durar o procedimento.

2. Reúna o material, faça a higiene das mãos e arrume o material na cabeceira do leito.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Calce luvas limpas.

2. Remova o curativo transparente ao puxar para cima um canto do curativo e puxando lateralmente o curativo enquanto segura o canhão do cateter e o equipo com a mão não dominante (veja a ilustraçã Deixe na posição o esparadrapo ou o dispositivo de estabilização do cateter que mantém o cateter IV posição. *Para o curativo com gaze:* Estabilize o canhão do cateter enquanto remove o curativo antigo, u camada por vez. Tenha cautela quando o tubo do cateter fica emaranhado entre duas camadas do cu

3. Observe o local de inserção para os sinais e sintomas de infiltração, flebite (Tabelas 42-12 a 42-14), e i local (inflamação e exsudato). Interrompa a infusão quando existe complicação (Procedimento 42-3).

4. Quando a solução IV está infundindo adequadamente, remova gentilmente qualquer esparadrapo ou dispositivo de estabilização que fixa o cateter. Estabilize o cateter com uma das mãos. Use o removed adesivo para limpar a pele e remova o resíduo do adesivo, quando necessário.

PASSO 2 Remova o curativo transparente enquanto o puxa lateralmente.

DECISÃO CLÍNICA: *Mantenha um dedo estabilizando o VAD em todos os momentos até que o curativo seja a aplicação e abertura de suprimentos e sobre como trabalhar com uma das mãos. Quando o paciente está inqu curativo.*

5. Enquanto estabiliza o VAD, limpe o local de inserção com o *swab* antisséptico usando o atrito no plan horizontal e, em seguida, no plano vertical, seguido por um movimento circular, movendo-se do loc inserção para fora (veja a ilustração). Permita que o antisséptico seque por completo.

6. *Opcional:* Aplique a solução protetora da pele (p. ex., preparação da pele, película de barreira sem ser de ferroada) na área onde você irá aplicar o curativo ou o esparadrapo. Permita que seque ao ar livre

7. Fixe o cateter com o novo dispositivo de estabilização oi esparadrapo (Procedimento 42-1, Passo 21) aplique o curativo estéril sobre o local (os procedimentos diferem; siga a política da instituição).

   a. *Curativo transparente:* Aplique conforme orientado no Procedimento 42-1, Passo 21b

   b. *Curativo de gaze:* Aplique conforme orientado no Procedimento 42-1, Passo 21c.

DECISÃO CLÍNICA: *Pense cuidadosamente sobre onde você vai colocar o esparadrapo. Não o aplique sobre canhão do cateter IV, ou sobre o curativo transparente.*

8. Remova e descarte as luvas.

9. *Opcional:* Aplique o dispositivo de proteção sobre a área quando o paciente pode pegar ou bater com curativo (veja a ilustração).

10. Fixe o tubo IV com pedaços adicionais de esparadrapo, quando necessário.

11. Etiquete o curativo de acordo com a política da instituição. As informações na etiqueta devem inclu data e o horário da inserção IV original e o calibre e comprimento do VAD.

12. Descarte o material e faça a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO

1. Observe o novo curativo para se certificar de que ele está aplicado, fixado e etiquetado da maneira apropriada.

2. Garante que a velocidade do fluxo é exata.

3. Use a ***Demonstração de Aprendizado*** para determinar a compreensão do paciente e da família sobre de curativo.. Diga, "Quero ter certeza de que expliquei por que troquei o seu curativo IV. Você pode explicar porque troquei o curativo?" Revise sua instrução agora ou desenvolva o plano de ensino rev quando o paciente ou a família não é capaz de fazer a demonstração de aprendizado corretamente.

PASSO 5 Limpe o local de inserção periférica com cotonete com antisséptico.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. O VAD é removido ou deslocado acidentalmente.
   - Inicie a nova linha IV em outro membro ou proximal ao local de inserção prévio, caso a terapia cor
2. O local IV desenvolve infiltração, flebite e infecção local.
   - Veja Tabela 42-12.

REGISTRANDO E RELATANDO

- Registre o horário em que o curativo periférico foi trocado, o motivo da troca, o tipo de material de cu punção venosa
- Documente sua avaliação do aprendizado do paciente.
- Relate para a enfermeira chefe ou para o turno de enfermagem que entrará em serviço que o curativo sistema.
- Informe quaisquer complicações ao médico e as documente.

Pontos-chave

- Os líquidos orgânicos contendo água, Na^+ e outros eletrólitos estão distribuídos entre os compartimentos do LEC e LIC.
- Uma inter-relação dinâmica entre a ingestão e absorção, a distribuição e o débito de líquidos e eletrólitos determina o equilíbrio hidroeletrolítico.
- O líquido movimenta-se entre os vasos sanguíneos e o líquido intersticial através da filtração; a água move-se entre o LEC e o LIC por osmose.
- O déficit e o excesso do VLEC constituem *volumes* anormais de

líquido isotônico, manifestados como alterações súbitas no peso corporal e por alterações nos marcadores dos volumes vascular e intersticial.

- Os desequilíbrios da osmolalidade são *concentrações* anormais dos líquidos orgânicos, manifestados como níveis de Na^+ sérico alterados e nível de consciência diminuído.
- A inter-relação entre a produção de ácido, o tamponamento de ácido e a excreção de ácido determinam o equilíbrio acidobásico.
- Os desequilíbrios acidobásicos são excessos ou déficits de ácidos carbônico ou metabólicos, manifestados como as alterações no nível de consciência e anormalidades do $PaCO_2$, HCO_3^- e pH.
- Os pacientes muito jovens ou muito idosos, cuja ingestão e débito de líquido e/ou eletrólitos não são iguais, ou que apresentam diversas doenças crônicas ou traumatismo, estão em alto risco para distúrbios hídricos, eletrolíticos e áacidobásicos.
- O tratamento para o excesso de VLEC, quando grave, consiste na restrição de Na^+ e na restrição de líquidos; o tratamento para a hiponatremia reside na restrição de Na^+. A prevenção e o tratamento do déficit de VLEC, hipernatremia e déficits eletrolíticos envolvem a administração oral ou parenteral de líquidos apropriados.
- O início e a manutenção da terapia IV requer a tomada de decisão clínica, capacitação e procedimentos organizados para manter a esterilidade e a permeabilidade do sistema e a atualização periódica dos procedimentos com base na evidência da pesquisa atual.
- As enfermeiras monitoram rigorosamente para complicações da terapia IV, que incluem a sobrecarga de líquidos, infiltração, flebite, infecção local e o sangramento no local da infusão.
- A administração de sangue ou hemoderivados requer um procedimento específico para identificar corretamente o paciente e o hemoderivado e para responder rapidamente às reações transfusionais.
- O ensino do paciente e da família é importante para evitar os

desequilíbrios hídricos, eletrolíticos e acidobásicos e para o cuidado de restauração efetivo.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Um líquido IV está infundindo mais lentamente que o prescrito. A bomba infusora está definida da maneira correta. Quais fatores poderiam causar esta lentificação? (Selecione todos os que se aplicam.)
    1. Infiltração no local do dispositivo de acesso vascular (VAD)
    2. Paciente deitado sobre o equipo
    3. Clampe de rolo totalmente aberto
    4. Tubos dobrados pelas grades de leito
    5. Sobrecarga circulatória
2. Para quais pacientes uma enfermeira planeja ensinar em relação à restrição de líquidos?
    1. Um paciente de 23 anos de idade com déficit de volume de líquido extracelular (VLEC).
    2. Um paciente de 34 anos com hiponatremia.
    3. Um paciente de 47 anos com hipercalcemia.
    4. Um paciente de 69 anos com acidose metabólica.
3. Uma enfermeira avalia a dor e rubor no local do dispositivo de acesso vascular (VAD). Qual ação é empreendida em primeiro lugar?
    1. Aplicar uma compressa quente e úmida.
    2. Monitorar a pressão arterial do paciente.
    3. Aspirar o líquido em infusão a partir do VAD
    4. Parar a infusão e interromper a infusão IV
4. Quando delega a medição da ingestão e débito para os técnicos de enfermagem, uma enfermeira os ensina a registrar qual informação para as lascas de gelo?
    1. O volume total

2. Dois terços do volume
3. Metade do volume
4. Um quarto do volume

5. Uma enfermeira avalia quatro pacientes. Quais pacientes apresentam risco máximo para hipomagnesemia?
    1. Um paciente de 72 anos de idade com alcoolismo crônico
    2. Um paciente de 79 anos de idade com câncer ósseo
    3. Um paciente com 41 anos de idade com hipernatremia
    4. Um paciente com 46 anos de idade com acidose respiratória
6. Qual avaliação uma enfermeira interpreta como uma reação transfusional?
    1. Estertores nos lobos inferiores dos pulmões
    2. Febre alta, hipotensão grave
    3. Ansiedade, prurido, confusão
    4. Calafrios, taquicardia e rubor
7. Qual avaliação uma enfermeira faz antes de pendurar para a infusão um líquido IV que contém potássio?
    1. Débito urinário
    2. Gasometria arterial
    3. Turgescência das veias cervicais
    4. Nível de consciência
8. A prescrição do médico é de 500 mL de NaCl a 0,9% IV durante 4 horas. Qual velocidade uma enfermeira programa em uma bomba infusora?
    1. 125 mL/h
    2. 167 mL/h
    3. 200 mL/h
    4. 1.000 mL/h
9. Um paciente idoso está recebendo NaCl a 0,9% IV. Uma enfermeira detecta o novo início de estertores nas bases pulmonares. Qual é a ação prioritária?
    1. Notificar o médico
    2. Documentar no prontuário médico
    3. Diminuir a velocidade do fluxo IV.

4. Interromper o local IV.

10. Coloque na ordem correta as seguintes etapas para descontinuar o acesso IV:
    1. Realize a higiene das mãos e calce as luvas.
    2. Explique o procedimento ao paciente.
    3. Remova o esparadrapo e o curativo do local IV
    4. Utilize dois identificadores para garantir o paciente correto.
    5. Interrompa a infusão e clampeie o equipo.
    6. Verifique cuidadosamente a prescrição do médico.
    7. Limpe o local, retire o cateter e aplique pressão.
11. Um paciente apresenta hipercalcemia. Quais são as intervenções de enfermagem prioritárias? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Intervenções de prevenção contra as quedas.
    2. Ensinar em relação à restrição de sódio.
    3. Incentivar a ingestão aumentada de sódio.
    4. Monitorar constipação.
    5. Explicar como fazer a pesagem diária.
12. Um paciente apresenta hipopotassemia com função cardíaca estável. Quais são as intervenções de enfermagem prioritárias? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Intervenções de prevenção contra quedas.
    2. Ensinar em relação à restrição de sódio.
    3. Incentivar a ingesta hídrica aumentada.
    4. Monitorar constipação.
    5. Explicar como fazer a pesagem diária.
13. Um paciente é internado no hospital com dispneia grave e presença de sibilos. Os níveis dos gases sanguíneos arteriais na admissão são pH 7,26; $PaCO_2$, 55 mm Hg; PaO_2, 68 mm Hg; e HCO_3^-, 24. A enfermeira interpreta estes valores laboratoriais para indicar:
    1. Acidose metabólica
    2. Alcalose metabólica
    3. Acidose respiratória
    4. Alcalose respiratória

14. Qual avaliação uma enfermeira utiliza como um marcador clínico do volume vascular em um paciente com alto risco de déficit de volume de líquido extracelular (VLEC)?
    1. Ressecamento das mucosas
    2. Presença ou ausência de edema
    3. Turgência das veias cervicais quando em posição supina
    4. Turgência das veias cervicais quando em posição ereta
15. Um paciente está hiperventilando a partir de dor aguda e hipóxia. As intervenções para tratar a dor e a oxigenação diminuirão seu risco de qual distúrbio acidobásico?
    1. Acidose metabólica
    2. Alcalose metabólica
    3. Acidose respiratória
    4. Alcalose respiratória

Respostas: 1. 1, 2, 4; **2**, 2; **3**, 4; **4.** 3; **5.** 1; **6.** 4; **7.** 1; **8.** 1; **9.** 3; **10.** 6, 4, 2, 1, 5, 3, 7; **11.** 1, 3, 4; **12.** 1, 4; **13.** 3; **14.** 3; **15.** 4.

Referências

Alexander M, et al. *Core curriculum for infusion nursing*. ed 4 Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2014.

American Association of Blood Banks (AABB) *Technical manual*. ed 18 Bethesda, MD: AABB; 2014.

American Association of Blood Banks (AABB) *Standards for blood banks and transfusion services*. ed 29 Bethesda, MD: AABB; 2014.

Arai S, et al. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. *Am J Crit Care*. 2013;22(4):328.

Ayers P, Dixon C. Simple acid-base tutorial. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2012;36(1):18.

Berend K, et al. Physiological approach to assessment of acid-base disturbances. *N Engl J Med*. 2014;371(15):1434.

Bernatchez S. Care of peripheral venous catheter sites: advantages of transparent film dressings over tape and gauze. *J Vasc Access*. 2014;19(4):256.

Billingsley L, Kinchen L. Peripheral intravenous catheter protection: are we using best practice?. *J Contin Educ Nurs*. 2014;45(8):338.

Burchum JR, Rosenthal LD. *Lehne's pharmacology for nursing care*. ed 9 St Louis: Elsevier; 2016.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Blood safety*, 2013, http://www.cdc.gov/bloodsafety/bbp/diseases_organisms.html. Accessed April 24, 2015.

Chopra V, et al: Prevention of central line–associated bloodstream infections: brief update review. In Shakelle PG, et al, editors: *Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices*, AHRQ publication no. 13-E001-EF, Rockville, MD, 2013, Agency for Healthcare Research and Quality. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133364/. Accessed December 9, 2015.

Clark CT. Recent efforts and available technologies for safety in delivery of blood products. *J Infus Nurs*. 2011;34(1):23.

Cook LS. Infusion-related air embolism. *J Infus Nurs*. 2013;36(1):26.

Coyle CE, et al. Eliminating extravasation events: a multidisciplinary approach. *J Infus Nurs*. 2014;37(3):157.

Davison D, et al. Fluid management in adults and children: core curriculum 2014. *Am J Kidney Dis*. 2014;63(4):700.

Dychter SS, et al. Intravenous therapy: a review of complications and economic considerations of peripheral access. *J Infus Nurs*. 2012;35(2):85.

Felver L. Acid-base balance. In: Giddens JF, ed. *Concepts for nursing practice*. St Louis: Mosby; 2013.

Felver L. Acid-base homeostasis and imbalances. In: Copstead LC, Banasik JL, eds. *Pathophysiology*. ed 5 St Louis: Saunders; 2013.

Felver L. Fluid and electrolyte balance. In: Giddens JF, ed. *Concepts for nursing practice*. St Louis: Mosby; 2013.

Felver L. Fluid and electrolyte homeostasis and imbalances. In: Copstead LC, Banasik JL, eds. *Pathophysiology*. ed 5 St Louis: Saunders; 2013.

FitzHenry F, et al. Applying bar-code medication administration to make a difference in adverse drug events with potential for harm: lessons learned. *Comput Inform Nurs*. 2013;31(10):457.

Giger JN. *Transcultural nursing: assessment and intervention*. ed 6 St Louis: Mosby; 2013.

Gorski LA, et al. INS position paper: Recommendations for frequency of assessment of the short peripheral catheter site. *J Infus Nurs*. 2012;35(5):290.

Gresser S. Infusion therapy in an older adult. In: Weinstein SM, Hagle ME, eds. *Plumer's principles and practice of infusion therapy*. ed 9 Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2014.

Hadaway L. Needlestick injuries, short peripheral catheters, and health care worker risks. *J Infus Nurs*. 2012;35(3):164.

Hadaway L. Short peripheral intravenous catheters and infections. *J Infus Nurs*. 2012;35(4):230.

Hale A, Hovey MJ. *Fluid, electrolyte, and acid-base imbalances*. Philadelphia: FA Davis; 2013.

Hall JE. *Guyton and Hall textbook of medical physiology*. ed 13 Philadelphia: Saunders; 2016.

Harding AD. Smart pumps. *J Infus Nurs*. 2013;36(5):191.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Infusion Nurses Society (INS) Infusion nursing standards of practice. *J Infus Nurs*. 2011;34(1S):S1.

Lewis SL, et al. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. ed 9 St Louis: Mosby; 2014.

National Quality Forum (NQF) *NQF-endorsed measures for patient safety: technical report*. Washington, DC: NQF; 2015.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Bloodborne pathogens standard,* United States Department of Labor, last amended April 3, 2012, https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=10051. Accessed April 24, 2015.

O'Grady N, et al. *Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections*, 2011, http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf. Accessed April 24, 2015.

Pagana KD, et al. *Mosby's diagnostic & laboratory test reference*. ed 12 St Louis: Mosby; 2015.

Petroulias P, et al. Providing culturally competent care in home infusion nursing. *J Infus Nurs*. 2013;36(2):108.

The Joint Commission (TJC): *Preventing central line–associated bloodstream infections: a global challenge, a global perspective*, 2012, TJC, http://www.PreventingCLABSIs.pdf. Accessed April 25, 2015.

The Joint Commission (TJC): *2016 National Patient Safety Goals*, Oakbrook Terrace, IL, 2016, The Commission. Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess's gerontological nursing & healthy aging*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

Vizcarra C, et al. INS position paper: recommendations for improving safety practices with short peripheral catheters. *J Infus Nurs*. 2014;37(2):121.

Wunderlich R. Principles in the selection of intravenous solutions replacement: sodium and water. *J Infus Nurs*. 2013;36(2):126.

Referências selecionadas

Dumyati G, et al. Sustained reduction of central line–associated bloodstream infections outside the intensive care unit with a multimodal intervention focusing on central line maintenance. *Am J Infect Control*. 2014;42:723.

Ganter-Ritz V, et al. A randomized double-blind study comparing intradermal anesthetic tolerability, efficacy, and cost-effectiveness of lidocaine, buffered lidocaine, and bacteriostatic normal saline for peripheral intravenous insertion. *J Infus Nurs*. 2012;35(2):93.

Killer SC, et al. No evidence of dehydration with moderate daily coffee intake: a counterbalanced cross-over study in a free-living population. *PLoS ONE*. 2014;9(1):e84154.

Matocha D. Achieving near-zero and zero: who said interventions and controls don't matter?. *J Vasc Access*. 2013;18(3):157.

Rickard CM, et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*. 2012;380(9847):1066.

Ullman AJ, et al. Optimal timing for intravascular administration set replacement. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;4: CD003588.

Wallis MC, et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014;35(1):63.

Webster J, et al. Clinically indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;4: CD007798.

Zingg W, et al. Hospital-wide multidisciplinary, multimodal intervention programme to reduce central catheter-associated bloodstream infection. *PLoS ONE*. 2014;9(4):e93898.

43

Sono

OBJETIVOS

- Explicar o efeito que o ciclo vigília-sono de 24 horas tem sobre a função biológica.
- Discutir os mecanismos que regulam o sono.
- Descrever as etapas de um ciclo normal do sono.
- Explicar as funções do sono.
- Comparar e contrastar as necessidades de sono em diferentes grupos etários.
- Identificar os fatores que normalmente promovem e interrompem o sono.
- Discutir as características comuns dos distúrbios do sono.
- Conduzir uma história de sono para um paciente.
- Identificar diagnósticos de enfermagem apropriados para pacientes com alterações do sono.
- Identificar as intervenções de enfermagem destinadas a promover ciclos de sono normais para pacientes de todas as idades.
- Descrever formas de avaliar os efeitos dos tratamentos para o sono.

TERMOS-CHAVE

Apneia do sono, p. 988
Cataplexia, p. 988
Higiene do sono, p. 988
Hipersonolência, p. 987
Hipnóticos, p. 1001
Insônia, p. 988
Narcolepsia, p. 988
Noctúria, p. 987
Polissonografia, p. 987
Privação do sono, p. 989
Relógios biológicos, p. 984
Repouso, p. 989
Ritmo circadiano, p. 984
Sedativos, p. 1001
Sono de movimento não rápido dos olhos (NREM), p. 985
Sono de movimento rápido dos olhos (REM), p. 985
Sono, p. 984
Sonolência diurna excessiva (SDE), p. 988

Sono e repouso adequados são tão importantes para a saúde como uma boa alimentação e exercícios adequados. A saúde física e emocional depende da capacidade para satisfazer essas necessidades básicas humanas. Os indivíduos precisam de quantidades diferentes de sono e repouso. Sem as quantidades adequadas, a capacidade de concentração, de fazer julgamentos e de participar das atividades diárias diminuem e a irritabilidade aumenta.

Identificar e tratar as alterações do padrão de sono dos pacientes são metas importantes. Para ajudar os pacientes você precisa entender

a natureza do sono, os fatores que a influenciam e hábitos de sono dos pacientes. Esses pacientes exigem abordagens individualizadas com base em seus hábitos pessoais, os padrões de sono e o problema específico que influencia o sono. As intervenções de enfermagem são frequentemente eficazes na resolução a curto e longo prazos dos distúrbios do sono.

O sono proporciona cura e restauração (Huether et al., 2012). Alcançar a melhor qualidade de sono possível é importante para a promoção da boa saúde e recuperação de doenças. Os doentes muitas vezes requerem mais sono e repouso do que os pacientes saudáveis. No entanto, a natureza da doença muitas vezes impede que alguns pacientes obtenham descanso e um sono adequado. O ambiente de um hospital ou unidade de cuidados de longa duração e as atividades dos profissionais de saúde muitas vezes tornam o sono difícil. Alguns pacientes têm distúrbios do sono preexistentes; outros desenvolvem problemas de sono como resultado de uma doença ou hospitalização.

Base de conhecimento científico

Fisiologia do Sono

Sono é um processo fisiológico cíclico que alterna com períodos mais longos de vigília. As influências e ciclo vigília-sono regulam as funções fisiológicas e comportamentais.

Ritmos Circadianos

As pessoas experimentam ritmos cíclicos como parte de suas vidas diárias. O ritmo mais conhecido é o de 24 horas, ciclo dia-noite conhecido como o ritmo circadiano ou diurno (derivado do Latim: *circa*, "cerca", e *dies*, "dia"). As células nervosas do núcleo supraquiasmático (NSC) no hipotálamo controlam o ritmo do ciclo vigília-sono e coordenam este ciclo com outros ritmos circadianos (Huether et al., 2012). Os ritmos circadianos influenciam o padrão das grandes funções biológicas e comportamentais. A mudança previsível de temperatura corporal, ritmo cardíaco, tensão arterial, secreção hormonal, acuidade sensorial e humor dependem da manutenção do ciclo circadiano de 24 horas (Kryger et al., 2011).

Fatores como luz, temperatura, atividades sociais e rotinas de trabalho afetam o ritmo circadiano e o ciclo diário de vigília-sono. Todas as pessoas têm relógios biológicos que sincronizam os seus ciclos de sono. Isso explica por que algumas pessoas adormecem às 20:00, enquanto outros vão para a cama à meia-noite ou no início da manhã. Diferentes pessoas também funcionam melhor em diferentes momentos do dia.

Hospitais ou instalações de cuidados prolongados normalmente não se adaptam aos cuidados com as preferências do ciclo vigília-sono de um indivíduo. As rotinas hospitalares típicas interrompem o sono ou impedem que os pacientes adormeçam à sua hora habitual. A má qualidade do sono resulta quando o ciclo vigília-sono de uma pessoa muda. As reversões no ciclo-sono, como por exemplo, quando uma pessoa que está normalmente acordada durante o dia adormece

durante o dia, geralmente indicam uma doença grave.

O ritmo biológico do sono frequentemente se torna sincronizado com outras funções do corpo. Por exemplo, as mudanças na temperatura corporal correlacionam-se com os padrões de sono. Normalmente o pico de temperatura corporal na parte da tarde diminui gradualmente, e cai drasticamente depois que uma pessoa adormece. Quando o ciclo vigília-sono torna-se interrompido (p. ex., pelo trabalho em turnos rotativos), outras funções fisiológicas geralmente mudam também. Por exemplo, uma nova enfermeira que começa a trabalhar no turno da noite experimenta uma diminuição do apetite e perda de peso. Ansiedade, agitação, irritabilidade e dificuldade de raciocínio são outros sintomas comuns dos distúrbios do ciclo do sono. A falha em manter o habitual ciclo de vigília e sono de um indivíduo negativamente influencia a saúde geral do paciente.

Regulação do Sono

O sono envolve uma sequência de estados fisiológicos mantidos pela atividade altamente integrada do sistema nervoso central (SNC). Ele está associado a alterações no sistema nervoso periférico, no sistema endócrino, nos sistemas cardiovascular e respiratório e sistemas musculares (Huether et al., 2012). As respostas e padrões de atividades cerebrais fisiológicas específicas identificam cada sequência. Os instrumentos como o eletroencefalograma (EEG), que mede a atividade elétrica no córtex cerebral; o eletromiograma (EMG), que verifica o tônus muscular; e o eletro-oculograma (EOG), que afere os movimentos dos olhos, fornecem informações sobre alguns aspectos fisiológicos estruturais do sono.

O principal centro de sono no corpo é o hipotálamo. Ele secreta hipocretinas (orexinas) que promovem a vigília e o sono de movimento rápido dos olhos (REM). A prostaglandina D2, L-triptofano e os fatores de crescimento que controlam o sono (Huether et al., 2012).

Os pesquisadores acreditam que o sistema ativador reticular ascendente (SARA) localizado no tronco cerebral superior contém células especiais que mantêm o estado de alerta e vigília. O SARA

recebe estímulos sensoriais tácteis, visuais, auditivos e da dor. A atividade do córtex cerebral (p. ex., emoções ou processos de pensamento) também estimulam o SARA. Excitação, vigília e manutenção da consciência resultam dos neurônios no SARA liberando catecolaminas como a noradrenalina (Kryger et al., 2011).

O processo homeostático (processo S), que regula principalmente a duração e a profundidade do sono, e os ritmos circadianos (processo C: "relógios biológicos"), que influenciam a organização interna do sono e o momento e a duração dos ciclos vigília-sono, operam simultaneamente para regular o sono e a vigília (Daroff et al., 2012). A hora de acordar é definida pela interseção do processo S com o processo C (Fig. 43-1).

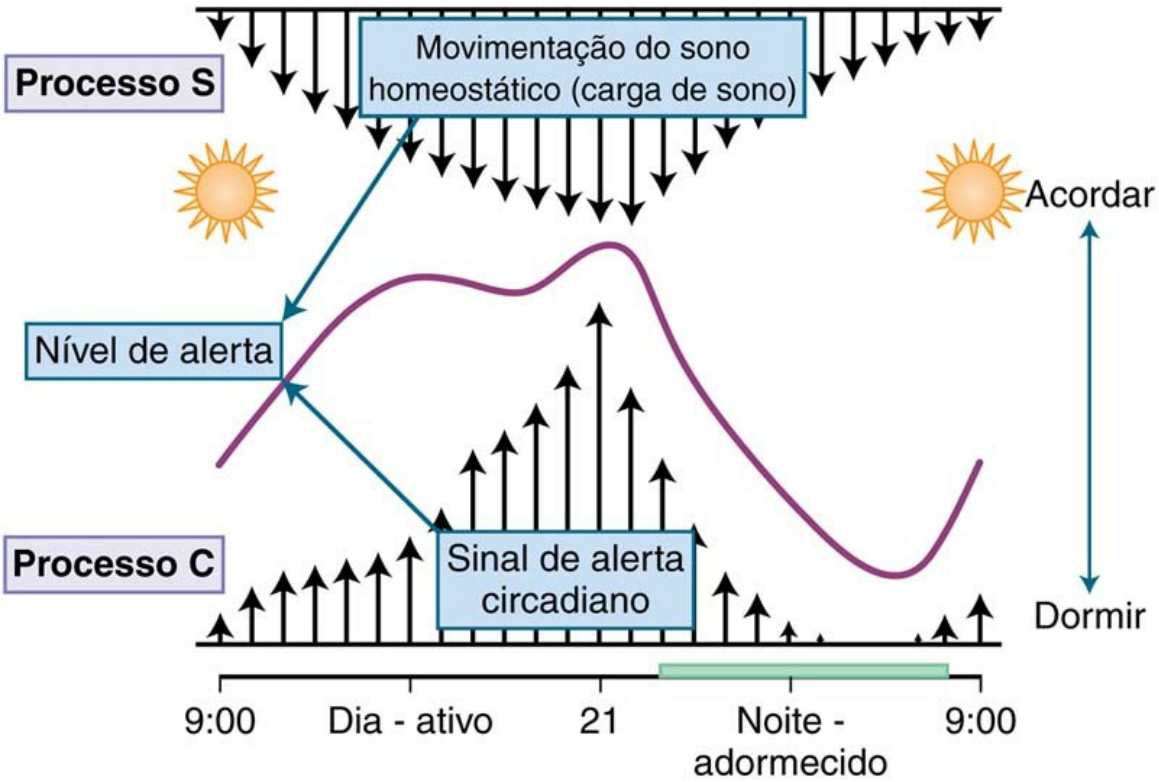


FIGURA 43-1 Modelo de dois processos de regulação do sono mostra a evolução temporal do processo homeostático (*Processo S*) e o processo circadiano (*Processo C*). O processo S aumenta durante a vigília e diminui durante o sono. A interseção do Processo S com o Processo C define o tempo de acordar. (De Daroff RB et al: *Bradley's neurology in clinical*

practice, ed 6, Philadelphia, 2012, Saunders.)

Estágios do Sono

A teoria atual sugere que o sono é um processo multifásico ativo. Diferentes ondas cerebrais, músculos e atividades oculares estão associados a diferentes estágios do sono (Chase, 2013). O sono normal envolve duas fases: sono de movimento não rápido dos olhos (NREM) e movimento rápido dos olhos (REM) (Quadro 43-1). Durante o NREM a pessoa que dorme progride por quatro etapas durante um ciclo de sono normal de 90 minutos. A qualidade do sono do estágio 1 até o estágio 4 se torna cada vez mais profunda. O sono mais leve é característico dos estágios 1 e 2, durante os quais uma pessoa é mais facilmente despertada. Os estágios 3 e 4 envolvem um sono mais profundo, chamado de *sono de ondas lentas*. O sono REM é a fase no final de cada ciclo do sono. Diferentes fatores promovem ou interferem em diversas fases do ciclo de sono.

Quadro 43-1 Estágios do Ciclo do Sono

Estágio 1: NREM

- Estágio que dura alguns minutos.
- Ele inclui um nível de sono mais leve.
- A diminuição da atividade fisiológica começa com a queda gradual nos sinais vitais e no metabolismo.
- Estímulos sensoriais, como o ruído, despertam facilmente a pessoa.
- Quando desperta, a pessoa se sente como se tivesse sonhado acordado.

Estágio 2: NREM

- Estágio dura de 10 a 20 minutos.
- É um período de sono profundo.

- Relaxamento progressivo.
- Funções do corpo continuam a abrandar.
- Excitação permanece relativamente fácil.

Estágio 3: NREM

- Estágio que dura de 15 a 30 minutos.
- Envolve etapas iniciais do sono profundo.
- Os músculos estão completamente relaxados.
- Os sinais vitais declinam, mas permanecem regulares.
- É dificil despertar a pessoa que dorme e ela raramente se move.

Estágio 4: NREM

- Estágio que dura cerca de 15 a 30 minutos.
- É a fase de sono mais profundo.
- Se a perda do sono ocorreu, a pessoa que dorme gasta parte considerável da noite nesta fase.
- Os sinais vitais são significativamente mais baixos do que durante as horas de vigília.
- Sonambulismo e enurese (xixi na cama) às vezes ocorrem.
- É muito difícil despertar uma pessoa que dorme.

Sono REM

- Estágio que geralmente começa com cerca de 90 minutos após o sono já começado.
- Duração aumenta com cada ciclo de sono em médias de 20 minutos.
- O sonho ocorre cheio de cor, vívido; sonhos menos vívidos ocorrem em outras etapas.
- Estágio que é caracterizado por olhos que se movimentam rapidamente, frequências cardíaca e respiratória flutuantes, aumento ou flutuação da pressão arterial, perda do tônus muscular esquelético e aumento de secreções gástricas.
- É muito difícil despertar uma pessoa que dorme.

NREM, Movimento não rápido dos olhos; *REM*, movimento rápido dos olhos.

Ciclo do Sono

O padrão de sono normal para um adulto começa com um período pré-sono durante o qual a pessoa só tem conhecimento de uma sonolência desenvolvida gradualmente. Este período normalmente dura 10 a 30 minutos; no entanto, se uma pessoa tem dificuldade em adormecer, dura 1 hora ou mais.

Uma vez adormecida, a pessoa passa geralmente por quatro ou cinco ciclos completos de sono por noite, cada um consistindo em quatro estágios de sono NREM e um período de sono REM (Huether et al., 2012). Cada ciclo dura cerca de 90 a 100 minutos. O padrão cíclico geralmente progride a partir do estágio 1 para o estágio 4 do sono NREM, seguido por uma inversão do estágio 4 para o 3 e para o 2, terminando com um período de sono REM (Fig. 43-2). Uma pessoa normalmente atinge o sono REM em cerca de 90 minutos do ciclo do sono. Setenta e cinco a 80% do tempo de sono é gasto com o sono NREM.

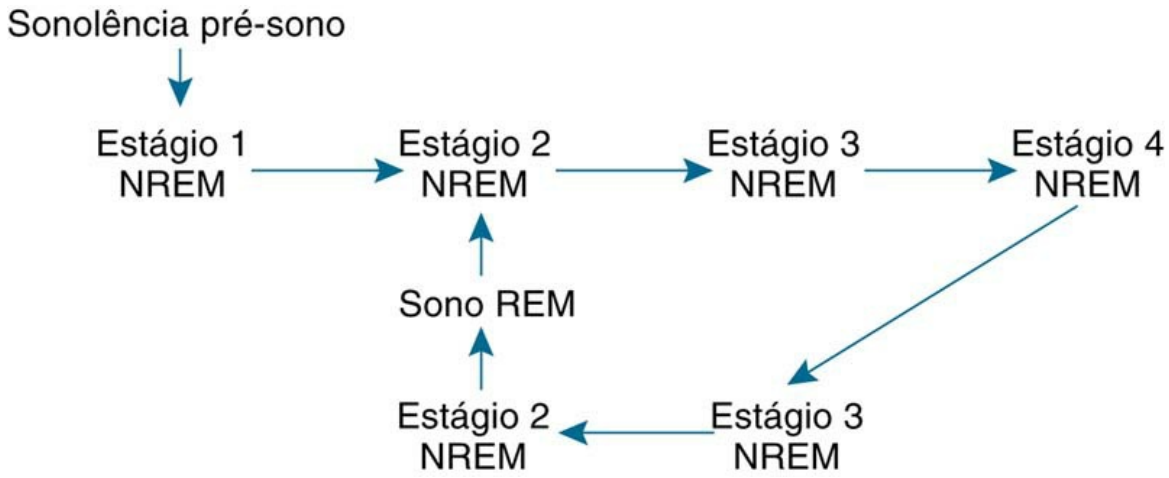


FIGURA 43-2 Fases do ciclo de sono de um adulto. NREM, movimento não rápido dos olhos; REM, movimento rápido dos olhos.

Com cada ciclo sucessivo os estágios 3 e 4 encurtam, e o período de REM alonga. O sono REM dura até 60 minutos durante o último ciclo de sono. Nem todas as pessoas progridem de modo consistente através dos estágios do sono. Por exemplo, uma pessoa dormindo se move para trás e para a frente em direção a intervalos curtos entre os estágios 2, 3 e 4 do NREM antes de entrar no estágio do REM. A quantidade de tempo gasto em cada fase varia ao longo do tempo de vida. Os recém-nascidos e as crianças passam mais tempo em sono profundo. O sono se torna mais fragmentado com o envelhecimento, e a pessoa passa mais tempo nos estágios mais leves (National Sleep Foundation, 2014a). As mudanças de um estágio para outro de sono tendem a acompanhar os movimentos do corpo. As mudanças para o sono leve ou vigília tendem a ocorrer de repente, enquanto se desloca para o sono profundo tendem a ser graduais (Kryger et al., 2011). O número de ciclos de sono depende da quantidade total de tempo que a pessoa passa a dormir.

Funções do Sono

A principal função do sono não é clara (Gilsenan, 2012). Contribui para a restauração fisiológica e psicológica. O NREM contribui para a restauração dos tecidos corporais (Huether et al., 2012). Durante o sono NREM as funções biológicas são lentas. O ritmo cardíaco normal de um adulto saudável durante todo o dia em média de 70 a 80 batimentos/min ou menos, se o indivíduo está em excelente condição física. No entanto, durante o sono o ritmo cardíaco desce para 60 batimentos/min ou menos, o que beneficia a função cardíaca. Outras funções biológicas que diminuem durante o sono são a respiração, a pressão arterial e o tônus muscular (Huether et al., 2012).

O corpo precisa do sono para restaurar rotineiramente os processos biológicos. Durante sono profundo de ondas lentas (estágio 4 do NREM), o corpo libera o hormônio do crescimento humano para a reparação e a renovação das células epiteliais e especializadas, como as células cerebrais (Huether et al., 2012). A síntese de proteínas e a divisão celular para a renovação dos tecidos tais como pele, medula óssea, mucosa gástrica ou cérebro ocorrem durante o repouso e o

sono. O NREM é especialmente importante em crianças, que vivenciam mais o estágio 4 do sono.

Outra teoria sobre a finalidade do sono é que o corpo conserva a energia durante esse período. Os músculos esqueléticos relaxam progressivamente e a ausência de contração muscular conserva a energia química por processos celulares. A redução da taxa metabólica basal conserva ainda mais o fornecimento de energia do corpo (Redeker e McEnany, 2011).

O sono REM é necessário para a restauração do tecido cerebral e parece ser importante para a restauração cognitiva e da memória (Conte e Ficca, 2013). Ele está associado a mudanças no fluxo sanguíneo cerebral, aumento da atividade cortical, aumento do consumo de oxigênio e liberação de epinefrina. Esta associação ajuda no armazenamento de memória e na aprendizagem (Huether et al., 2012).

Os benefícios do sono sobre o comportamento muitas vezes passam despercebidos até que uma pessoa desenvolva um problema resultante da privação do sono. A perda de sono REM leva a sentimentos de confusão e desconfiança. Várias funções do corpo (p. ex., humor, desempenho motor, memória e equilíbrio) são alteradas quando a perda de sono prolongada ocorre (National Sleep Foundation, 2014e). As mudanças na função imunológica natural e celular também ocorrem com a privação do sono moderada a grave. O custo direto anual dos problemas relacionados com o sono nesse país é de 16 bilhões de dólares. Um adicional de 50 a 100 bilhões de dólares são gastos em custos indiretos relacionados com acidentes, litígios, danos à propriedade, hospitalização e morte (University of Maryland Medical Center Sleep Disorders Center, 2015).

Sonhos

Embora os sonhos ocorram tanto durante sono NREM e REM, os sonhos do sono REM são mais vivos e elaborados; e alguns acreditam que eles são funcionalmente importantes para a aprendizagem, o processamento da memória e adaptação ao estresse (Kryger et al., 2011). Os sonhos REM progridem em termos de conteúdo

durante toda a noite a partir dos sonhos sobre eventos atuais para os sonhos emocionais da infância ou do passado. A personalidade influencia a qualidade dos sonhos (p. ex., uma pessoa criativa tem sonhos elaborados e complexos, enquanto uma pessoa deprimida tem sonhos de impotência).

A maioria das pessoas sonha com preocupações imediatas, como uma discussão com um cônjuge ou preocupações sobre o trabalho. Às vezes, uma pessoa não tem consciência dos medos representados nos sonhos bizarros. Os psicólogos clínicos tentam analisar a natureza simbólica dos sonhos como parte da psicoterapia de um paciente. A capacidade de descrever um sonho e interpretar seu significado, por vezes, ajuda a resolver problemas pessoais ou medos.

Outra teoria sugere que os sonhos apagam certas fantasias ou memórias sem sentido. Como a maioria das pessoas esquece seus sonhos, poucos têm recordação do sonho ou simplesmente não acreditam que eles sonhem. Para lembrar um sonho, uma pessoa tem que pensar conscientemente sobre isso ao despertar. As pessoas que se lembram dos sonhos vividamente geralmente acordam apenas depois de um período de sono REM.

Doença Física

Qualquer doença que causa dor, desconforto físico ou problemas de humor, como ansiedade ou depressão, muitas vezes resulta em problemas de sono. Pessoas com tais alterações frequentemente têm problemas para adormecer ou manter o sono. Doenças também forçam os pacientes a dormir em posições estranhas. Por exemplo, é difícil para um paciente com um braço ou uma perna em tração descansar confortavelmente.

As doenças respiratórias muitas vezes interferem no sono. Os pacientes com doença pulmonar crônica, como o enfisema, têm dispneia e muitas vezes não conseguem dormir sem dois ou três travesseiros para levantar a cabeça. Asma, bronquite e rinite alérgica alteram o ritmo da respiração e perturbam o sono. Uma pessoa com um resfriado comum tem congestão nasal, drenagem dos seios e dor de garganta, o que dificulta a respiração e a capacidade de relaxar.

As conexões entre as doenças cardíacas, sono e distúrbios do sono existem. Os distúrbios respiratórios relacionados com o sono estão ligados ao aumento da incidência de angina noturna (dor no peito), aumento da frequência cardíaca, alterações no eletrocardiograma, pressão arterial elevada e risco de doenças cardíacas e acidente vascular cerebral (Huether et al., 2012). A hipertensão muitas vezes provoca o despertar matinal e fadiga. A pesquisa também identifica um aumento do risco de morte súbita cardíaca nas primeiras horas após o despertar. As perturbações do sono e os despertares frequentes ocorrem em pessoas com insuficiência cardíaca como resultado da apneia, hipercapnia e hipoxemia que se desenvolvem conforme a doença progride (Kryger et al., 2011). O hipotireoidismo diminui o estágio 4 do sono, enquanto o hipertireoidismo leva as pessoas a demorar mais tempo para adormecer.

Noctúria, ou urinar durante a noite, perturba o sono e o ciclo do sono. Depois de despertar para urinar repetidamente, retornar para dormir é difícil e o ciclo de sono não fica completo. Embora esta condição seja mais comum em indivíduos idosos com tônus da bexiga reduzida ou pessoas com doença cardíaca, diabetes, uretrite ou doença prostática, também ocorre em um número significativo de indivíduos mais jovens (Van Kerrebroeck, 2011).

Muitos indivíduos experimentam a síndrome das pernas inquietas (SPI), que ocorre antes do início do sono. Mais comum em mulheres, idosos e aqueles com anemia por deficiência de ferro, os sintomas recorrentes de SPI incluem os movimentos rítmicos dos pés e das pernas. Os pacientes sentem uma sensação de coceira profunda nos músculos. O alívio vem apenas se mover as pernas, o que impede o relaxamento e o sono subsequente. A SPI é, por vezes, uma condição relativamente benigna dependente de quão gravemente o sono é interrompido. A SPI primária é uma alteração do SNC. Pesquisadores associam a SPI secundária a níveis mais baixos de ferro, gravidez, insuficiência renal, estresse, dieta, doença de Parkinson ou como efeito colateral de drogas (Chasens e Umlauf, 2012).

As pessoas com úlcera péptica muitas vezes acordam no meio da noite. Estudos mostram que uma relação entre a secreção de ácido

gástrico e estágios do sono são conflitantes. Uma descoberta consistente é que as pessoas com úlceras duodenais não conseguem suprimir a secreção de ácido nas primeiras 2 horas de sono (Kryger et al., 2011). Muitos pacientes experimentam o refluxo gastresofágico como resultado da produção de ácido, o que perturba o sono (Kryger et al., 2011).

Distúrbios do Sono

Os distúrbios do sono são condições que, se não forem tratadas, geralmente causam sono noturno perturbado que resulta em um dos três problemas: insônia, movimentos ou sensações anormais durante o sono ou quando acorda no meio da noite, ou sonolência diurna excessiva (SDE) (Kryger et al., 2011). Muitos adultos nos Estados Unidos têm inadequações significativas de problemas de sono em ambas as quantidades ou qualidade do seu sono noturno e vivenciam hipersonolência na base diária (National Sleep Foundation, 2014e). A American Academy of Sleep Medicine desenvolveu a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono versão 2 (ICSD-2), que classifica os distúrbios do sono em oito categorias principais (Quadro 43-2).

Quadro 43-2 Classificação da Seleção de Distúrbios do Sono

Insônias

- Distúrbio do ajuste do sono (insônia aguda)
- Higiene do sono inadequada
- Insônia comportamental da infância
- Insônia causada por condição clínica

Transtorno Respiratório Relacionado com o Sono

Síndromes da Apneia Central do Sono

- Apneia central primária do sono

- Apneia central do sono causada por condição clínica
- Síndromes da apneia obstrutiva do sono

Hipersonias não Causadas por Transtornos do Sono Relacionados com Respiração

- Narcolepsia (quatro tipos específicos)
- Hipersonia relacionada com a menstruação
- Hipersonia causadas por uma condição clínica

Parasomnias

Transtornos de Excitação

- Sonambulismo
- Terrores noturnos

Parasomnias Normalmente Associadas ao Sono REM

- Transtorno de pesadelo.
- Distúrbio de comportamento do sono REM

Outras Parasomnias

- Alucinações relacionadas com o sono
- Transtorno alimentar relacionado com o sono
- Enurese relacionada com o sono (xixi na cama)

Distúrbios no Ritmo Circadiano do Sono

Distúrbios Primários no Ritmo Circadiano do Sono

- Atrasado – Tipo da fase de sono
- Avançado – Tipo da fase de sono

Distúrbios Comportamentalmente Induzidos no Ritmo Circadiano do Sono

- Tipo *jet lag*
- Decorrente de trabalho por turnos

- Uso de substâncias ou droga

Distúrbios do Sono Relacionados com o Movimento

- Síndrome das pernas inquietas
- Movimentos periódicos dos membros
- Bruxismo relacionado com o sono (ranger dos dentes)

Sintomas Isolados, Variantes Aparentemente Normais e Questões por Resolver

- *Long sleeper* Pessoas que dormem demais
- *Short sleeper* Pessoas que dormem de menos
- *Sleep talking* Pessoas que falam ao dormir

Outros Distúrbios do Sono

- Distúrbios fisiológicos (orgânicos) do sono
- Distúrbio do sono ambiental

Dados de American Academy of Sleep Medicine: International classes of diseases and international classification of sleep disorders. In Kryger HM et al: *Principles and practice of sleep medicine*, ed 5, St Louis, 2011, Saunders.

REM, Movimento rápido dos olhos.

Os distúrbios da insônia estão relacionados com a dificuldade em adormecer, muitas vezes despertando do sono, curtos períodos de sono ou o sono que é não reparador (Kryger et al., 2011). Os indivíduos com distúrbios respiratórios relacionados com o sono têm alterações na respiração durante o sono. As hipersonias são distúrbios do sono que resultam em sonolência diurna e não são causadas por perturbações do sono ou alterações no ritmo circadiano (Kryger et al., 2011). As alterações do ritmo circadiano são causadas por um desalinhamento entre o tempo de sono e os desejos individuais ou

norma social. As parassonias são comportamentos indesejáveis que ocorrem normalmente durante o sono. Os distúrbios do sono e vigília estão associados a muitos distúrbios clínicos e psiquiátricos do sono, incluindo psiquiátrica, neurológica ou outras alterações clínicas. Nas doenças do movimento relacionadas com o sono o indivíduo vivencia movimentos estereotipados simples que perturbam o sono. A categoria de sintomas isolados, variantes de aparência normal e questões não resolvidas inclui os sintomas relacionados com o sono que se situam entre o sono normal e o anormal. A categoria "outros" distúrbios do sono contém problemas de sono que não se encaixam em outras categorias.

O laboratório de estudos do sono diagnostica um distúrbio do sono. A polissonografia envolve o uso de EEG, EMG e EOG para monitorizar as fases de sono e vigília durante o sono noturno. O teste de latência múltipla do sono (TLMS) fornece informações objetivas sobre a sonolência e aspectos selecionados da estrutura do sono, medindo os movimentos dos olhos, mudanças de tônus muscular e da atividade elétrica do cérebro durante pelo menos quatro oportunidades de cochilo espalhadas por todo o dia. O TLMS leva de 8 a 10 horas para ser concluído. Os pacientes usam um dispositivo Actigraph no pulso para medir os padrões de sono-vigília durante um período prolongado de tempo. Os dados do Actigraphy fornecem informações sobre tempo de sono, eficiência do sono, número e duração dos despertares e níveis de atividade e repouso.

Insônia

A insônia é um sintoma que os pacientes experimentam quando têm dificuldade crônica em adormecer, despertares frequentes do sono e/ou um curto sono ou sono não reparador (Kryger et al., 2011). É a queixa mais comum relacionada com o sono. As pessoas com insônia SDE vivenciam quantidade e qualidade de sono insuficiente. Contudo, frequentemente um paciente fica com mais sono do que percebe. A insônia muitas vezes sinaliza um distúrbio físico ou psicológico subjacente. Ela ocorre mais frequentemente em mulheres e é o problema de sono mais comum para as mulheres.

As pessoas vivenciam a insônia transitória como resultado de tensões situacionais, tais como família, trabalho ou problemas escolares; *jet lag* (dissincronose); doença; ou a perda de um ente querido. A insônia pode se repetir, mas entre os episódios um paciente é capaz de dormir bem. No entanto, um caso de insônia temporária causada por uma situação estressante pode levar à dificuldade crônica de dormir o suficiente, talvez por causa da preocupação e da ansiedade que se desenvolvem porque ela existe.

A insônia é frequentemente associada a má higiene do sono ou práticas que um paciente associa ao sono. Se a condição persistir, o medo de não ser capaz de dormir é suficiente para causar a vigília. Durante o dia as pessoas com insônia crônica se sentem sonolentas, cansadas, deprimidas e ansiosas. O tratamento é sintomático, incluindo as medidas de melhoria do sono, higiene, *biofeedback*, técnicas cognitivas e técnicas de relaxamento. Os tratamentos comportamentais e cognitivos têm poucos efeitos adversos e mostram evidências de melhoria sustentada no sono ao longo do tempo (Babson et al., 2010).

Apneia do Sono

A apneia do sono é uma alteração caracterizada pela falta do fluxo de ar através do nariz e da boca, por períodos de 10 segundos ou mais durante o sono. Existem três tipos de apneia do sono: central, obstrutiva e apneia mista. A forma mais comum é a apneia obstrutiva do sono (AOS). As pesquisas estimam que 2% a 4% dos adultos nos Estados Unidos cumprem os critérios de diagnóstico para a AOS (Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force, 2009). Os dois principais fatores de risco para a AOS são a obesidade e a hipertensão. O tabagismo, insuficiência cardíaca, diabetes tipo II, álcool e histórico familiar positivo de AOS também aumentam o risco de desenvolver o problema (Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force, 2009). Ela ocorre em até 2% das mulheres de meia-idade e até 4% dos homens de meia-idade, com maior ocorrência na população idosa e afro-americana (Malhotra e Desai, 2010).

A AOS ocorre quando os músculos ou as estruturas da cavidade

oral ou da garganta relaxam durante o sono. A via respiratória superior torna-se parcialmente ou completamente bloqueada, diminuindo o fluxo de ar nasal (hipopneia) ou interrompendo-o (apneia) por até 30 segundos (Kryger et al., 2011). A pessoa ainda tenta respirar porque o movimento abdominal e do tórax continuam, o que muitas vezes resulta em sons de ronco e sons altos. Quando a respiração é parcial ou completamente reduzida, cada movimento sucessivo do diafragma se torna mais forte até que a obstrução seja aliviada. Anormalidades estruturais, tais como um desvio de septo, pólipos nasais, determinadas configurações de mandíbula, maior circunferência do pescoço ou aumento das amídalas predispões o paciente a AOS (Pinto e Caple, 2010). O esforço para respirar durante o sono resulta em despertares do sono profundo, muitas vezes no ciclo do estágio 2. Em casos graves centenas de episódios de hipopneia/apneia ocorrem a cada hora, resultando em uma interferência grave no sono profundo.

Sonolência diurna excessiva (SDE) e fadiga são as queixas mais comuns dos indivíduos com AOS. Os indivíduos com AOS grave relatam que frequentemente tiram sonecas durante o dia e experimentam uma interrupção em suas atividades diárias por causa da sonolência (Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force, 2009). Os sentimentos de sonolência são geralmente mais intensos ao acordar, logo antes de ir dormir e cerca de 12 horas depois de meados do período de sono. A SDE muitas vezes resulta na função de despertar prejudicada, desempenho escolar ou profissional ruim, acidentes durante a condução ou utilização de equipamentos e problemas comportamentais ou emocionais. Em geral, a AOS tem o potencial de contribuir para a pressão arterial elevada e aumento do risco de ataque cardíaco e acidente vascular cerebral (National Sleep Foundation, 2014c).

A AOS provoca um sério declínio no nível de saturação de oxigênio arterial. Os doentes apresentam risco de arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca direita, hipertensão pulmonar, ataques de angina, acidente vascular cerebral e hipertensão.

A apneia do sono central (ASC) envolve disfunção no centro de

controle respiratório do cérebro. O impulso para respirar falha temporariamente e fluxo de ar nasal e movimento da parede torácica cessam. A saturação de oxigênio no sangue cai. A condição é comum em pacientes com lesão do tronco cerebral, distrofia muscular e encefalite. Menos do que 10% da apneia do sono é predominantemente central na sua origem. Os indivíduos com ASC tendem a despertar durante o sono e, portanto, se queixam de insônia e SDE. Um ronco leve e intermitente também está presente.

Os pacientes com apneia do sono raramente atingem o sono profundo. Além das queixas de SDE, episódios de sono, fadiga, cefaleias matinais, irritabilidade, depressão, dificuldade de concentração e diminuição do desejo sexual são comuns (Kryger et al., 2011). A AOS afeta questões da qualidade de vida, tais como relações conjugais e interações dentro e fora da família e muitas vezes são um embaraço para o paciente (Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force, 2009). O tratamento inclui o tratamento das complicações cardíacas ou respiratórias subjacentes e problemas emocionais que ocorrem como um resultado dos sintomas desta doença.

Narcolepsia

A narcolepsia é uma disfunção dos mecanismos que regulam os estados de sono e vigília. A sonolência diurna excessiva é a queixa mais comum associada a esta alteração. Durante o dia, uma pessoa de repente sente uma esmagadora onda de sonolência e adormece; o sono REM ocorre dentro de 15 minutos após adormecer. A cataplexia ou fraqueza muscular súbita durante intensas emoções como raiva, tristeza ou o riso, ocorre a qualquer momento durante o dia. Se o ataque cataplético é grave, um paciente perde o controle muscular voluntário e cai no chão. Uma pessoa com narcolepsia muitas vezes tem sonhos vívidos que ocorrem quando ele ou ela está caindo no sono. Esses sonhos são difíceis de distinguir da realidade. A paralisia do sono ou o sentimento de ser incapaz de se mover ou falar pouco antes de acordar ou adormecer é outro sintoma. Alguns estudos mostram uma ligação genética para a narcolepsia (Ahmed e Thorpy, 2010).

Uma pessoa com narcolepsia adormece incontrolavelmente em momentos inapropriados. Quando as pessoas não entendem este transtorno, um ataque de sono é facilmente confundido com preguiça, falta de interesse em atividades ou embriaguez. Normalmente, os sintomas começam a aparecer primeiro na adolescência e muitas vezes são confundidas com a SDE, que comumente ocorre em adolescentes. Os pacientes com narcolepsia são tratados com estimulantes ou agentes promotores da vigília, como oxibato de sódio, modafinil (Provigil) ou armodafinil (Nuvigil) que aumentam apenas parcialmente a vigília e reduzem os ataques de sono. Os pacientes também recebem medicamentos antidepressivos que inibem a cataplexia e os outros sintomas relacionados com REM. Os cochilos diurnos breves, não mais que 20 minutos, ajudam a reduzir os sentimentos subjetivos de sonolência. Outros métodos de controle que ajudam é seguir um programa de exercício físico regular, praticando bons hábitos de sono, evitar mudanças no sono, cochilos diurnos estratégicos, se possível, comer refeições leves ricas em proteínas, praticar a respiração profunda, mastigar goma de mascar e tomar vitaminas (Kryger et al., 2011). Os doentes com narcolepsia precisam evitar fatores que aumentam a sonolência (p. ex., álcool; refeições pesadas; atividades extenuantes; longa distância de condução e longos períodos de sessão em salas quentes e abafadas).

Privação do Sono

A privação do sono é um problema que muitos pacientes sofrem como resultado da dissonia. As causas incluem sintomas (p. ex., febre, dificuldade respiratória ou dor) causados por doenças, estresse emocional, medicamentos, perturbações ambientais (p. ex., cuidados de enfermagem frequentes) e variabilidade no tempo de sono por causa do trabalho por turnos. Médicos e enfermeiros são particularmente propensos à privação do sono como resultado de horários de trabalho longos e turnos rotativos. A privação do sono crônica está associada a desenvolvimento de doença cardiovascular, ganho de peso, diabetes tipo II, memória fraca, depressão e problemas digestivos (Redeker e McEnany, 2011).

A hospitalização, especialmente em unidades de terapia intensiva (UTI), torna os pacientes particularmente vulneráveis aos distúrbios do sono extrínsecos e circadianos que causam a "síndrome da UTI da privação do sono" (Fontana e Pittiglio, 2010). Estímulos ambientais constantes dentro da UTI, como ruídos estranhos provenientes dos equipamentos, monitoramento frequente e cuidados prestados por enfermeiros e as luzes sempre presentes, confundem os pacientes. Estímulos ambientais repetidos e o estado físico pobre do paciente conduzem a privação do sono (Fontana e Pittiglio, 2010).

A resposta de um paciente à privação do sono é altamente variável. Os pacientes experimentam uma variedade de sintomas fisiológicos e psicológicos (Quadro 43-3). A gravidade dos sintomas é muitas vezes relacionada com a duração da privação do sono.

Quadro 43-3 Sintomas de Privação do Sono

Sintomas Fisiológicos

- Ptose, visão turva
- Falta de boa destreza motora
- Reflexos diminuídos
- Tempo de resposta demorado
- Raciocínio e julgamento diminuídos
- Estados de alerta visual e auditivo diminuídos
- Arritmia cardíaca

Sintomas Psicológicos

- Confuso e desorientado
- Aumento da sensibilidade à dor
- Irritável, afastado, apático
- Agitado
- Hiperativo
- Diminuição da motivação

- Sonolência excessiva

Parassonias

As parassonias são problemas do sono mais comuns em crianças do que em adultos. Alguns têm a hipótese de que a síndrome da morte súbita infantil (SMSI) é pensada em estar relacionada com a apneia, hipóxia e arritmias cardíacas causadas por anormalidades no sistema nervoso autônomo que se manifestam durante o sono (Kryger et al., 2011). Por causa de uma associação entre a posição pronada e a ocorrência de SMSI, a American Academy of Pediatrics recomenda que os pais coloquem as crianças aparentemente saudáveis na posição supina durante o sono (Koren et al., 2010).

As parassonias que ocorrem entre as crianças mais velhas incluem o sonambulismo (andar dormindo), terrores noturnos, pesadelos, enurese noturna (xixi na cama), balançar o corpo e bruxismo (ranger de dentes). Quando os adultos têm esses problemas, isto muitas vezes indica distúrbios mais graves. O tratamento específico varia. No entanto, em todos os casos é importante apoiar os pacientes e manter a sua segurança.

Base de conhecimento de enfermagem

Sono e Repouso

Quando os indivíduos estão em repouso, eles geralmente se sentem mentalmente relaxados, livre de ansiedade e fisicamente calmos. O repouso não implica em inatividade, embora todos muitas vezes pensem nisso como se estabelecendo em uma cadeira confortável ou deitados na cama. Quando as pessoas estão em repouso, elas estão em um estado de atividades mental, física e espiritual que os deixa se sentindo revigoradas, rejuvenescidas e prontas para retomar as atividades do dia. As pessoas têm seus próprios hábitos para a obtenção de descanso e podem encontrar maneiras de se ajustar a novos ambientes ou condições que afetam a capacidade de descansar. Elas descansam lendo um livro, praticando um exercício de relaxamento, ouvindo música, realizando uma longa caminhada ou sentado calmamente.

A doença e as rotinas de cuidados da saúde desconhecidas facilmente afetam os padrões de descanso e sono usuais de pessoas que entram em um hospital ou outras instalações de cuidados de saúde. Os enfermeiros frequentemente cuidam de pacientes que estão em repouso na cama para reduzir as exigências físicas e psicológicas no corpo em uma variedade de configurações de cuidados de saúde. No entanto, essas pessoas não necessariamente se sentem descansadas. Alguns ainda têm preocupações emocionais que impedem um relaxamento completo. Por exemplo, a preocupação com limitações físicas ou o medo de ser incapaz de voltar ao seu habitual estilo de vida faz com que esses pacientes se sintam estressados e incapazes de relaxar. Você deve sempre estar ciente da necessidade de um paciente para o descanso. A falta de descanso por longos períodos causa doença ou agravamento da doença já existente.

Requisitos e Padrões de Sono Normal

A duração e qualidade do sono variam entre pessoas de todas as

faixas etárias. Por exemplo, uma pessoa se sente adequadamente descansada com 4 horas de sono, enquanto outros requerem 10 horas. Os enfermeiros desempenham um papel importante na identificação dos problemas tratáveis da privação do sono.

Recém-nascidos

O recém-nascido até a idade de 3 meses tem em média cerca de 16 horas de sono por dia, dorme quase constantemente durante a primeira semana. O ciclo de sono é geralmente de 40 a 50 minutos, com despertar ocorrendo após um ou dois ciclos de sono. Cerca de 50% deste sono é o sono REM, que estimula os centros cerebrais superiores. Isto é essencial para o desenvolvimento porque o recém-nascido não está acordado o tempo suficiente para uma estimulação externa significativa.

Lactentes

Os lactentes costumam desenvolver um padrão de sono noturno por volta dos 3 meses de idade. O lactente normalmente tem várias sestas durante o dia, mas normalmente dorme uma média de 8 a 10 horas durante a noite para um tempo de sono total diário de 15 horas. Cerca de 30% do tempo de sono está no ciclo REM. O despertar ocorre geralmente no início da manhã, embora não seja incomum para um lactente acordar durante a noite.

Crianças

Com 2 anos de idade as crianças normalmente dormem durante a noite e tiram sonecas diárias, totalizando em uma média de sono de 12 horas por dia. Após 3 anos de idade as crianças muitas vezes desistem de cochilos diurnos (Hockenberry e Wilson, 2015). É comum para crianças despertar durante a noite. A porcentagem de sono REM continua a cair. Durante este período, as crianças podem não estar dispostas a ir para a cama à noite, porque elas precisam de autonomia ou temem a separação de seus pais.

Pré-escolares

Em média, um pré-escolar dorme cerca de 12 horas por noite (cerca de 20% é sono REM). Com a idade de 5 anos a criança raramente tem cochilos diurnos, exceto em culturas nas quais a sesta é o costume (Hockenberry e Wilson, 2015). O pré-escolar geralmente tem dificuldade em relaxar ou se acalmar depois de dias longos e ativos e tem medo antes de dormir, acordam durante a noite ou tem pesadelos. O despertar parcial seguido do retorno normal ao sono é frequente (Hockenberry e Wilson, 2015). No período acordado a criança apresenta breve choro, anda por aí, fala ininteligível, sonambulismo ou enurese.

Crianças em Idade Escolar

A quantidade de sono necessária varia durante os anos escolares. Com 6 anos de idade em média 11 a 12 horas de sono todas as noites, ao passo que com 11 anos de idade dorme cerca de 9 a 10 horas (Hockenberry e Wilson, 2015). Com 6 ou 7 anos de idade, geralmente vai para a cama com algum incentivo ou fazendo atividades tranquilas. A criança mais velha muitas vezes resiste a dormir porque ele ou ela não tem conhecimento da fadiga ou tem uma necessidade de ser independente.

Adolescentes

Em média, a maioria dos adolescentes têm cerca de 7 horas ou menos de sono por noite (National Sleep Foundation, 2014d). O adolescente típico está sujeito a uma série de alterações, tais como demandas da escola, atividades sociais depois da escola e empregos em tempo parcial, que reduzem o tempo gasto para dormir (Wiggins e Freeman, 2014). Os adolescentes normalmente têm dispositivos eletrônicos, como televisores, computadores, smartphones ou videogames em seus quartos, o que contribui ainda mais para perturbação do sono, má qualidade do sono e diminuição da quantidade de sono (National Sleep Foundation, 2014d). O tempo de sono diminuido muitas vezes resulta em SDE, que muitas vezes leva à

redução do desempenho na escola, vulnerabilidade a acidentes, problemas de comportamento e humor e aumento do uso de álcool (Wiggins e Freeman, 2014).

Adultos Jovens

A maioria dos adultos jovens tem em média de 6 a 8½ horas de sono por noite. Aproximadamente 20% do tempo de sono é o sono REM, que permanece consistente ao longo da vida. É comum que as tensões das posições de trabalho, relações familiares e atividades sociais frequentemente levem à insônia e o uso de medicamentos para dormir. A sonolência diurna contribui para um aumento do número de acidentes, diminui a produtividade e os problemas interpessoais neste grupo etário.

A gravidez aumenta a necessidade de sono e repouso. No entanto, a maioria das mulheres grávidas descrevem variações nos hábitos de sono (Redeker e McEnany, 2011). O aumento do estrogênio e da progesterona durante a gravidez afeta o sono. O estrogênio tem demonstrado diminuir o sono REM (Redeker e McEnany, 2011). Os distúrbios do sono no primeiro trimestre incluem uma redução no tempo de sono total e da qualidade. A sonolência diurna, insônia e despertares noturnos também aumentam por causa da micção noturna frequente. Estes distúrbios estabilizam no segundo trimestre (Redeker e McEnany, 2011). A insônia, movimentos periódicos dos membros, SPI e distúrbios respiratórios do sono são problemas comuns durante o terceiro trimestre da gravidez (Kryger et al., 2011).

Adulto de Meia-idade

Durante a idade adulta média o tempo total gasto para dormir à noite começa a declinar. A quantidade de estágios 4 do sono começa a cair, um declínio que continua com o avançar da idade. A insônia é particularmente comum, provavelmente por causa das mudanças e tensões da meia-idade. A ansiedade, depressão ou certas doenças físicas causam distúrbios do sono. As mulheres que vivenciam os sintomas da menopausa muitas vezes vivenciam a insônia.

Idosos

As queixas de dificuldades para dormir aumentam com a idade. Os idosos experimentam enfraquecimento, ritmos circadianos dessincronizados que alteram o ciclo vigília-sono (Neikrug e Ancoli-Israel, 2010). Os episódios de sono REM tendem a encurtar. Os estágios 3 e 4 do sono NREM diminuem progressivamente; alguns idosos não tem quase nenhum estágio 4 ou sono profundo. Um idoso desperta mais vezes durante a noite e leva mais tempo para ele ou ela adormecer. A tendência à sesta parece aumentar progressivamente com a idade por causa dos despertares frequentes que vivenciam durante a noite.

A presença de doença crônica muitas vezes resulta em distúrbios do sono para idosos. Por exemplo, um idoso com artrite frequentemente tem dificuldade em dormir por causa das dores nas articulações. As alterações no padrão do sono são muitas vezes causadas por alterações no SNC que afetam a regulação do sono. Muitos idosos com insônia têm doenças psiquiátricas ou condições clínicas comórbidas, tomam medicamentos que alteram os padrões de sono ou usam drogas ou álcool (Fiorentino e Martin, 2010). A deficiência sensorial reduz a sensibilidade de uma pessoa mais velha aos sinais de tempo que mantêm os ritmos circadianos.

Fatores que Influenciam o Sono

Um número de fatores afetam a quantidade e a qualidade do sono. Muitas vezes, um único fator não é a única causa de problemas de sono. Fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais muitas vezes alteram a qualidade e a quantidade de sono.

Drogas e Substâncias

Sonolência, insônia e fadiga muitas vezes são resultados do efeito direto de medicamentos comumente prescritos (Quadro 43-4). Estes medicamentos alteram o sono e enfraquecem a vigilância diurna, o que é problemático (Kryger et al., 2011). Os medicamentos prescritos para o sono muitas vezes causam mais problemas do que benefícios.

Os idosos tomam uma variedade de medicamentos para controlar ou tratar doenças crônicas e os efeitos combinados de seus medicamentos, muitas vezes alteram gravemente o sono. Algumas substâncias, tais como L-triptofano, uma proteína natural que se encontra em alimentos, tais como leite, queijo e carnes, promovem o sono.

Quadro 43-4 Drogas e seus Efeitos Sobre o Sono

Hipnóticos

- Interferem no alcance de estágios mais profundos do sono
- Fornecme apenas aumento temporário (1 semana) na quantidade de sono
- Eventualmente, causam "ressaca" durante o dia; excesso de sonolência, confusão, diminuição da energia
- Às vezes pioram a apneia do sono em adultos mais velhos

Antidepressivos e Estimulantes

- Suprimem o sono REM
- Diminuem o tempo total de sono

Álcool

- Rapidez no aparecimento de sono
- Reduz o sono REM
- Desperta a pessoa durante a noite e provoca dificuldade para voltar a dormir

Cafeína

- Impede a pessoa de cair no sono
- Causa despertar durante a noite na pessoa
- Interfere no sono REM

Diuréticos

- Despertares noturnos causados por noctúria

Bloqueadores Beta-adrenérgicos

- Causam pesadelos
- Causam insônia
- Causam despertar do sono

Benzodiazepínicos

- Alteram o sono REM
- Aumentam o tempo de sono
- Aumentam a sonolência diurna

Nicotina

- Diminui o tempo total de sono
- Diminui o tempo de sono REM
- Causa despertar do sono
- Causa dificuldade em manter o sono

Opiáceos

- Suprimem o sono REM
- Causam aumento da sonolência diurna

Anticonvulsivantes

- Diminuem o tempo de sono REM
- Provocam sonolência diurna

REM, Movimento rápido dos olhos.

Estilo de Vida

A rotina diária de uma pessoa influencia os padrões de sono. Um

indivíduo que trabalha em um turno rotativo (p. ex., duas semanas de dias, seguidas de uma semana de noites) muitas vezes tem dificuldade para se ajustar ao horário de sono alterado. Por exemplo, o relógio interno do corpo é fixado em 23:00, mas o horário de trabalho força o sono às 9 da manhã em vez disso. O indivíduo é capaz de dormir apenas 3 ou 4 horas porque o relógio do seu corpo percebe que é hora de estar acordado e ativo. As dificuldades em manter o estado de alerta durante o tempo de trabalho resultam em um desempenho reduzido e até mesmo perigoso. Após várias semanas de trabalho no turno da noite, o relógio biológico de uma pessoa geralmente se ajusta. Outras alterações nas rotinas que alteram os padrões de sono incluem a execução de trabalhos pesados desacostumados, participando de atividades sociais de fim de noite e mudando a refeição da noite.

Padrões Habituais de Sono

No século passado, a quantidade de sono obtida todas as noites por cidadãos dos Estados Unidos diminuiu, fazendo com que muitos americanos se privassem de sono e vivenciassem a sonolência excessiva durante o dia. A sonolência se torna patológica quando ela ocorre em momentos em que as pessoas precisam ou querem estar acordadas. Os indivíduos que sofrem de privação temporária de sono como resultado de uma noite social ou horário de trabalho prolongado ativo normalmente se sentem sonolentas no dia seguinte. No entanto, eles são capazes de superar esses sentimentos, mesmo que elas tenham dificuldade em executar tarefas e permanecerem atentos. A falta de sono crônica é muito mais grave e causa sérias alterações na capacidade de desempenhar as funções diárias. A sonolência tende a ser mais difícil de superar durante as tarefas de sedentários (inativos), tais como a condução.

Estresse Emocional

Preocupar-se com problemas pessoais ou uma situação frequentemente perturba o sono. O estresse emocional leva

uma pessoa a ficar tensa e muitas vezes à frustração quando o sono não ocorre. O estresse também faz com que uma pessoa tente demasiadamente forte a adormecer, a despertar frequentemente durante o ciclo do sono ou dormir demais. O estresse continuado provoca maus hábitos de sono.

Os pacientes mais velhos frequentemente experimentam perdas que levam ao estresse emocional, como aposentadoria, deficiência física ou morte de um ente querido. Os idosos e outros indivíduos que experimentam problemas de humor depressivo sofrem atrasos para adormecer, aparecimento precoce do sono REM, despertar frequente ou cedo, sentimentos de dormir mal e sonolência diurna (National Sleep Foundation, 2014c).

Ambiente

O ambiente físico no qual uma pessoa dorme influencia significativamente a capacidade de cair e permanecer adormecido. Uma boa ventilação é essencial para um sono reparador. O tamanho, a firmeza e a posição da cama afetam a qualidade do sono. Se uma pessoa geralmente dorme com outra, dormir sozinho, muitas vezes causa o estado de vigília. Por outro lado, dormir com um parceiro de cama inquieto ou que ronca perturba o sono.

Em hospitais e outras instalações de internamento, o ruído cria um problema para os pacientes. O ruído em hospitais geralmente é novo ou estranho e muitas vezes alto. Assim, os pacientes acordam facilmente. Este problema é maior na primeira noite de internação, quando os pacientes muitas vezes experimentam o aumento do tempo total de vigília, aumento dos despertares e diminuição do sono REM e tempo total de sono. Os ruídos pessoais induzidos (p. ex., atividades de enfermagem) são fontes de aumento dos níveis de som. As UTI são fontes de elevados níveis de ruído por causa da equipe, alarmes de monitor e equipamentos. A proximidade dos pacientes, o barulho de pacientes confusos e doentes, toque de sistemas de alarme e telefones, e distúrbios causados por situações de emergência tornam o ambiente desagradável. O ruído provoca aumento da agitação; cicatrização demorada; comprometimento da função imunológica; e aumento da

pressão arterial e da frequência cardíaca e estresse (Dennis et al., 2010).

Os níveis de luz afetam a capacidade de adormecer. Alguns pacientes preferem um quarto escuro, enquanto outros, como crianças ou adultos mais velhos, preferem manter uma luz suave durante o sono. Os pacientes também têm problemas para dormir por causa da temperatura do ambiente. Um quarto que é muito quente ou muito frio muitas vezes faz que o paciente torne-se inquieto.

Exercício e Fadiga

Uma pessoa que está moderadamente cansada normalmente atinge um sono reparador, especialmente se a fadiga é o resultado de trabalho agradável ou exercício. Exercício de 2 horas ou mais antes de deitar permite que o corpo esfrie e mantenha um estado de fadiga que promove o relaxamento. No entanto, o excesso de fadiga resultante de um trabalho exaustivo ou estressante torna difícil adormecer. Isto é visto frequentemente em crianças do ensino fundamental e adolescentes que mantêm longos horários estressantes, por causa da escola, atividades sociais e trabalho.

Alimentos e Ingestão Calórica

A sequência de bons hábitos alimentares é importante para um bom sono. Fazer uma refeição grande, pesada e/ou picante à noite muitas vezes resulta em indigestão, o que interfere no sono. Cafeína, álcool e nicotina consumidos durante a noite produzem insônia. Café, chá, cola e chocolate contêm cafeína e xantinas que causam insônia. Assim, reduzir drasticamente ou evitar essas substâncias podem melhorar o sono. Algumas alergias alimentares causam insônia. A alergia ao leite, por vezes, provoca despertar noturno e choro ou cólicas em lactentes.

A perda ou ganho de peso influenciam os padrões de sono. O ganho de peso contribui para a AOS graças ao aumento do tamanho das estruturas dos tecidos moles na via respiratória superior (Kryger et al., 2011). A perda de peso provoca insônia e diminuição da quantidade de sono (Ross et al., 2011). Alguns distúrbios do sono são

resultado de dietas de semi-inanição populares em uma sociedade consciente de peso.

Pensamento crítico

O pensamento crítico de sucesso requer uma síntese do conhecimento, incluindo as informações obtidas dos pacientes, a experiência, as atitudes de pensamento crítico e os padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos exigem que você antecipe as informações necessárias, analise os dados e tome decisões sobre o atendimento ao paciente. Você adapta o pensamento crítico conforme a evolução das necessidades do paciente. Durante a avaliação considerar todos os elementos para fazer os diagnósticos de enfermagem adequados (Fig. 43-3).

Conhecimento

- Ciclo da fisiologia do sono
- Fisiopatologia e sinais clínicos dos distúrbios do sono
- Fatores que afetam potencialmente a capacidade de uma pessoa para dormir
- Efeitos dos agentes farmacológicos sobre o sono
- Padrão de sono normal
- Variações culturais no padrão do sono

Experiência

- Cuidar de pacientes com problemas crônicos do sono
- Cuidar de pacientes com distúrbios do sono agudo em um ambiente de saúde
- Experiência pessoal com a interrupção do sono aguda ou crônica

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Determinar o padrão de sono normal e o atual do paciente
- Revisar fatores que afetam o sono do paciente
- Avaliar a resposta do paciente para as perturbações do sono
- Avaliar o nível de desenvolvimento do paciente
- Explorar abordagens do paciente para melhorar o sono em casa

Padrões

- Aplicar padrões intelectuais (p. ex., clareza, exatidão, integridade) ao reunir a história de sono
- Aplicar os *Padrões de Prática Clínica* para promover o sono em uma configuração específica de cuidados da saúde
- Aplicar as normas da National Guideline Clearinghouse e de outras fontes baseadas em evidências

Atitudes

- Mostrar a perseverança em explorar as causas e possíveis soluções para os problemas de sono a longo prazo
- Usar a criatividade na avaliação para revelar através de imagem os problemas de sono do paciente
- Explorar os pensamentos do paciente sobre as possíveis causas do problema

FIGURA 43-3 Modelo de pensamento crítico para a avaliação do sono.

No caso do sono, integre os conhecimentos de enfermagem com os de outras disciplinas, tais como farmacologia e psicologia. A experiência pessoal com um problema de sono e a experiência com pacientes prepara você para conhecer as formas eficazes de tratamento para o sono. Você usa atitudes de pensamento crítico como perseverança, confiança e disciplina para realizar uma avaliação abrangente e desenvolver um plano de cuidados para fornecer um controle bem sucedido do problema de sono. Normas profissionais tais como *Escopo e Padrões de Enfermagem para a Prática* (American Nurses Association, 2010), *Diretrizes Clínicas para o Tratamento de Insônia Primária* (National Guideline Clearinghouse, 2014), e "Sonolência Excessiva" em *Protocolos de Enfermagem Geriátricas para Melhor Prática baseadas em Evidências* (Chasens and Umlauf, 2012) fornecem orientações valiosas para avaliar e abordar as necessidades de pacientes com distúrbios do sono.

Processo de enfermagem

Aplicar o processo de enfermagem e usar uma abordagem de pensamento crítico nos cuidados dos pacientes. O processo em enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para você desenvolver e implementar um plano individualizado de cuidados.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem avalie cuidadosamente cada paciente e analise criticamente os resultados para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente necessitado de cuidados de enfermagem seguros.

Através dos Olhos do Paciente

O sono é uma experiência subjetiva. Somente o paciente é capaz de informar se é ou não é suficiente e repousante. Se o paciente estiver satisfeito com a quantidade e a qualidade do sono recebido, você deve considerá-lo normal, e o histórico de enfermagem que você vai recolher é breve. Se um paciente admite ou suspeita de um problema de sono, você vai precisar de um histórico e avaliação detalhados. Se um paciente tem um problema de sono óbvio, considere perguntando se o seu parceiro de sono pode ser abordado para obter mais dados para a avaliação.

Uma má noite de sono para um paciente muitas vezes começa em um círculo vicioso de ansiedade antecipatória. O paciente teme que o sono será novamente perturbado enquanto ele se esforça mais e mais para dormir. Usar uma abordagem especializada e cuidar para avaliar as necessidades de sono do doente. Uma enfermeira de cuidados individualiza os cuidados para cada paciente. Sempre perguntar ao paciente o que esperar em relação ao sono. Isso inclui perguntar sobre as intervenções que usam atualmente e como eles são bem sucedidos. É importante compreender as expectativas dos pacientes sobre o seu

padrão de sono. Quando eles pedem ajuda por causa de distúrbios do sono, normalmente esperam que a enfermeira prontamente os ajude a melhorar a quantidade e a qualidade do seu sono.

Histórico do Sono

A maioria das pessoas é capaz de fornecer uma estimativa razoavelmente precisa dos seus padrões de sono, especialmente se ocorreram quaisquer alterações. Aponte sua avaliação para primeiramente entender as características do problema e os hábitos de sono do paciente; assim você poderá incorporar formas para promover o sono nos cuidados de enfermagem. Por exemplo, se a história de enfermagem revela que um paciente sempre lê antes de dormir, faz sentido oferecer material de leitura na hora de dormir.

Fontes para o Histórico do Sono

Normalmente, os pacientes são o melhor recurso para descrever problemas de sono e como eles possuem uma mudança de seu sono habitual e padrões de vigília. Muitas vezes o paciente sabe a causa dos problemas de sono, como um ambiente barulhento ou preocupações sobre um relacionamento.

Além disso, os parceiros de cama são capazes de fornecer informações sobre os padrões de sono dos pacientes que ajudam a revelar a natureza de certos distúrbios do sono. Por exemplo, os parceiros de pacientes com apneia do sono muitas vezes se queixam que o ronco do paciente perturba o sono. Pergunte aos parceiros de cama (se o paciente concordar) se eles têm pausas respiratórias durante o sono e com que frequência os episódios de apneia ocorrem. Alguns parceiros mencionam tornarem-se temerosos quando os pacientes aparentemente param de respirar por alguém período.

Ao cuidar de crianças, buscar informações sobre os padrões de sono com os pais ou responsáveis, porque eles são geralmente uma fonte confiável de informações. Fome, calor excessivo e ansiedade de separação muitas vezes contribuem para a dificuldade de uma criança ir dormir ou despertar frequentemente durante a noite. Os pais das crianças precisam manter um registro de 24 horas de vigília do seu

bebê e o comportamento durante vários dias de sono para determinar a causa do problema. Eles também precisam descrever o padrão de alimentação e ambiente de dormir da criança, porque estes influenciam o comportamento do sono. As crianças mais velhas muitas vezes são capazes de relacionar seus medos ou preocupações que inibem a sua capacidade de adormecer. Se as crianças frequentemente acordam no meio de sonhos ruins, os pais são capazes de identificar o problema, mas talvez não entendam o significado dos sonhos. Peça aos pais para descrever os padrões de comportamento típicos que promovem ou prejudicam o sono. Por exemplo, a estimulação excessiva de jogo ativo ou visita de amigos previsivelmente prejudica o sono. Com os problemas crônicos do sono, os pais precisam relacionar a duração do problema, a sua progressão e as respostas das crianças.

Ferramentas para a História do Sono

Duas medidas subjetivas eficazes de sono são a Escala de Sonolência de Epworth e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. A Escala de Sonolência de Epworth avalia a gravidade da SDE (Chasens e Umlauf, 2012). O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh avalia a qualidade e os padrões de sono (Redeker e McEnany, 2011). Outro breve método eficaz para avaliar a qualidade do sono é o uso de uma escala visual analógica. Desenhar uma linha reta horizontal com 100 mm (4 polegadas) de comprimento. As declarações opostas, como "melhor noite de sono" e "pior noite de sono" estão em extremos opostos da linha. Peça aos pacientes para colocar uma marca na linha horizontal no ponto correspondente a sua percepção da noite anterior de sono. Medir as distâncias da marca ao longo da linha em milímetros oferece um valor numérico para a satisfação com o sono. Use a escala repetidamente para mostrar a mudança ao longo do tempo. Tal escala é útil para avaliar um paciente individualmente, não para comparar pacientes.

Outro breve método subjetivo para avaliar o sono é uma escala numérica com uma classificação do sono de 0 a 10. Peça aos indivíduos para avaliar separadamente a quantidade e a qualidade de

seu sono na escala. Instruí-los para indicar com um número entre 0 e 10 a sua quantidade de sono e, em seguida, a sua qualidade de sono, sendo 0 a pior e 10 sendo o melhor sono.

História do Sono

Quando suspeitar que um paciente tem um problema de sono, avalie a qualidade e as características do sono em maior profundidade pedindo ao paciente para descrever o problema. Isto inclui as recentes mudanças no padrão de sono, sintomas de sono experimentados durante as horas de vigília, utilização de medicamentos para o sono, assim como outro prescrito ou sem prescrição, dieta e ingestão de substâncias como cafeína ou álcool que influenciam o sono e eventos da vida recentes que afetaram o estado mental e emocional do paciente.

Descrição dos Problemas do Sono

Conduzir uma história mais detalhada quando um paciente tem um problema do sono persistente ou o que parece ser um problema sério. Perguntas abertas ajudam um paciente a descrever mais plenamente um problema. Uma descrição geral do problema seguida de perguntas mais focadas geralmente revelam características específicas que são úteis no planejamento dos tratamentos. Para começar, você precisa entender a natureza do problema do sono, seus sinais e sintomas, seu início e duração, sua gravidade, quaisquer fatores predisponentes ou causas e o efeito geral sobre o paciente. Faça perguntas específicas relacionadas com o problema do sono (Quadro 43-5).

Quadro 43-5 Questões do Histórico de Enfermagem

Natureza do Problema

- Descreva para mim o tipo de problema de sono que você está tendo.

- Por que você acha que não está dormindo o suficiente?
- Descreva uma noite de sono recente. Como este sono é diferente do seu sono normal?

Sinais e Sintomas

- Você tem dificuldade em adormecer, manter o sono ou acordar?
- Já lhe disseram que você ronca alto?
- Você tem dores de cabeça ao acordar?

Início e Duração dos Sinais e Sintomas

- Quando você percebeu o problema?
- O que você faz para aliviar o sintoma?
- Quanto tempo esse problema durou?

Gravidade

- Quanto tempo você leva para adormecer?
- Quantas vezes durante a semana você tem problemas para adormecer?
- Quantas horas de sono por noite você conseguiu esta semana?
- Como isso se compara com a sua quantidade usual de sono?
- O que você faz quando você acorda durante a noite ou muito cedo pela manhã?

Fatores Predisponentes

- O que você faz antes de ir para a cama?
- Você recentemente teve quaisquer mudanças no trabalho ou em casa?
- Como está seu humor? Você já notou qualquer alteração recentemente?
- Quais medicamentos ou drogas recreativas você toma em uma base regular?
- Está tomando novas prescrições ou medicamentos sem receita?
- Você ingere alimentos (alimentos condimentados ou gordurosos)

ou bebe substâncias (álcool ou bebidas cafeinadas) que afetam o seu sono?

- Você tem uma doença física que afeta seu sono?
- Alguém na sua família tem um histórico de problemas de sono?

Efeitos no Paciente

- Como é que a perda de sono afetou você?
- Sente-se excessivamente sonolento ou irritado ou têm dificuldade de concentração durante as horas de vigília?
- Você tem dificuldade para ficar acordado?
- Tem dormido na hora errada (p. ex., enquanto dirige, sentado calmamente em uma reunião)?

Um questionamento adequado ajuda a determinar o tipo de distúrbio do sono e da natureza do problema. O Quadro 43-6 apresenta exemplos de questões adicionais para que você pergunte a um paciente quando se suspeita de distúrbios do sono específicos. As perguntas ajudam a selecionar tratamentos do sono específicos e o melhor momento para a implementação.

Quadro 43-6 Perguntas a Fazer para Avaliar se Há Distúrbios do Sono Específicos

Insônia

- Quanto facilmente você adormece?
- Você adormece e têm dificuldade em manter o sono? Quantas vezes você acorda?
- A que horas você acorda de manhã? O que faz com que você desperte cedo?
- O que você faz para se preparar para o sono? Para melhorar o seu sono?
- Sobre o que você pensa quando tenta adormecer?

- Quantas vezes você tem problemas para dormir?

Apneia do Sono

- Você ronca alto? Será que alguém da sua família ronca alto?
- Alguém já lhe disse que muitas vezes você para de respirar por curtos períodos durante o sono? (Cônjuge ou parceiro de cama/colega de quarto pode relatar isso.)
- Você sente dores de cabeça depois de acordar?
- Você tem dificuldade em permanecer acordado durante o dia?

Narcolepsia

- Você cai no sono na hora errada? (Amigos ou parentes podem relatar isso.)
- Você tem episódios de perder o controle muscular ou cair no chão?
- Você já teve a sensação de ser incapaz de se mover ou falar pouco antes de acordar ou adormecer?
- Você tem sonhos vívidos, realistas quando vai dormir ou despertar?

Como um complemento ao histórico do sono, o paciente e o parceiro de cama têm que manter um diário de vigília-sono por 1 a 4 semanas. O paciente completa o registro de vigília-sono diária para fornecer informações sobre as variações do dia a dia nos padrões de vigília-sono durante longos períodos. Os registros no diário geralmente incluem informações 24 horas sobre vários comportamentos de vigília e de saúde do sono, tais como atividades físicas, refeições, tipo e quantidade de ingestão (álcool e cafeína), hora e duração de cochilos diurnos, rotinas à noite e antes de dormir, o tempo que o paciente tenta cair no sono, despertares noturnos e o tempo de despertar matinal. Um parceiro ajuda a registrar as horas estimadas que o paciente adormece ou desperta. Embora o diário seja útil, o paciente precisa estar motivado a participar de sua realização.

Padrão de Sono Habitual

O sono normal é difícil de definir, porque os indivíduos variam em sua percepção da quantidade e qualidade de sono adequado. No entanto, é importante que os pacientes descrevam o seu padrão de sono habitual para determinar a significância das alterações provocadas por um distúrbio do sono. Saber do padrão de costume, preferencial de sono de um paciente lhe permite tentar igualar as condições de sono em um ambiente de cuidados da saúde com os da casa. Faça as seguintes perguntas para determinar o padrão de sono de um paciente:

1. Que horas você costuma ficar na cama a cada noite?
2. Quanto tempo leva geralmente para adormecer? Você faz algo em especial para ajudar a adormecer?
3. Quantas vezes você acorda durante a noite? Por quê?
4. Que horas você costuma acordar de manhã?
5. Em média, quantas horas você dorme todas as noites?

Comparar os dados do paciente com o seu padrão de sono antes do problema ou com o padrão predominante normalmente encontrado para outros pacientes da mesma idade. Com base nessa comparação, você começa a avaliar padrões identificáveis tais como insônia.

Os pacientes com problemas do sono frequentemente mostram padrões drasticamente diferentes do seu habitual, ou às vezes a mudança é relativamente menor. Os pacientes hospitalizados geralmente precisam ou querem dormir mais como um resultado da doença. No entanto, alguns exigem menos sono, porque eles são menos ativos. Alguns pacientes que estão doentes pensam que é importante tentar dormir mais do que o habitual, eventualmente fazendo o adormecer mais difícil.

Doenças Física e Psicológica

Determinar se o paciente tem quaisquer problemas de saúde preexistentes que interferem no sono. Uma história de problemas psiquiátricos também faz a diferença. Por exemplo, um paciente que está vivendo com transtorno bipolar dorme mais quando deprimido do que quando maníaco. Um paciente deprimido muitas vezes

experimenta uma quantidade inadequada de sono fragmentado. Doenças crônicas, como doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças dolorosas, como a artrite, interferem no sono. Também avaliar o histórico de medicação do paciente, incluindo uma descrição de fármacos vendidas sem prescrição e prescritas. Se um paciente toma medicamentos para ajudar a dormir, reunir informações sobre o tipo e quantidade de medicamentos e frequência utilizada. Também avaliar a ingestão de cafeína diária do paciente.

Se o paciente fez cirurgia recentemente, esperar que experimente algum distúrbio do sono. Os pacientes costumam despertar frequentemente durante a primeira noite após a cirurgia e têm pouco sono profundo ou REM. Dependendo do tipo de cirurgia, leva vários dias a meses para o ciclo de sono voltar ao normal.

Eventos da Vida Atual

Em sua avaliação, procure saber se o paciente está tendo qualquer tipo de mudança no estilo de vida que perturbe o sono. A ocupação de uma pessoa muitas vezes oferece uma pista para a natureza do problema de sono. As mudanças nas responsabilidades de trabalho, turnos rotativos ou longas horas contribuem para os distúrbios do sono. Perguntas sobre atividades sociais, viagens recentes ou horários das refeições ajudam a esclarecer a avaliação.

Estado Emocional e Mental

As emoções e estado mental do paciente afetam a capacidade de dormir. Por exemplo, se um paciente está vivenciando ansiedade, estresse emocional relacionado à doença ou crises situacionais, tais como perda de emprego ou de um ente querido, ele ou ela vivenciam frequentemente a insônia. Quando um distúrbio do sono é relativo a um problema emocional, a chave é tratar o problema principal; sua resolução, muitas vezes melhora o sono (Chasens e Umlauf, 2012). Os pacientes com doenças mentais podem necessitar de sedação leve para o descanso adequado. Avaliar a eficácia de qualquer medicação e seu efeito na função diurna.

Rotinas da Hora de Dormir

Perguntar aos pacientes o que fazem para se preparar para dormir. Por exemplo, alguns pacientes bebem um copo de leite, tomam um comprimido para dormir, fazem um lanche ou assistem televisão. Avaliar os hábitos que são benéficos em comparação com aqueles que perturbam o sono. Por exemplo, assistir televisão promove o sono para uma pessoa, enquanto estimula outras a ficarem acordadas. Às vezes, indicar que um hábito em particular está interferindo no sono ajuda os pacientes a encontrar maneiras de modificar ou eliminar hábitos que estão perturbando o sono.

Preste atenção especial para rituais antes de dormir de uma criança. Por exemplo, os pais precisam informar se é necessário ler uma história antes de dormir, balançar a criança para dormir ou se envolver em um jogo tranquilo. Algumas crianças precisam de um cobertor especial ou bicho de pelúcia quando vão dormir.

Ambiente da Hora de Dormir

Durante a avaliação pedir ao paciente para descrever as condições preferenciais do quarto, incluindo as preferências para a iluminação na sala, música ou televisão em segundo plano, ou a necessidade de ter a porta aberta contra a porta fechada. Incluir perguntas sobre a presença de dispositivos eletrônicos no quarto (p. ex., telefone, TV), todos os que têm pequenas luzes que permaneçam ligadas, ou que tenham uma luz que pisca quando a bateria está fraca. Os pacientes são muitas vezes surpreendidos por quantos desses dispositivos estão no ambiente de dormir.

Além disso, algumas crianças precisam da companhia de um dos pais para adormecer. Em um ambiente de cuidados de saúde as distrações ambientais, como a televisão de um companheiro de quarto, um monitor eletrônico no corredor, ruídos dos enfermeiros na estação ou outro paciente que chora à noite, muitas vezes interferem no sono. Identificar os fatores para reduzi-los ou controlar o ambiente.

Comportamentos da Privação do Sono

Alguns pacientes não têm conhecimento de como seus problemas de sono estão afetando seu comportamento. Observar o desenvolvimento

de comportamentos tais como irritabilidade, desorientação (semelhante a um estado de embriaguez), bocejos frequentes e fala arrastada. Se a privação de sono durou um longo tempo, o comportamento psicótico como delírios e paranoia por vezes se desenvolve. Por exemplo, um paciente relata ver objetos ou cores estranhas na sala ou age com medo quando a enfermeira entra no quarto.

Diagnóstico de Enfermagem

Reveja seus dados do histórico de enfermagem, buscando identificar agregados que incluam características definidoras de uma perturbação do padrão do sono ou outro problema de saúde. Se você identificar um problema de sono, especificar se a condição é como insônia ou privação do sono. Especificando o diagnóstico de perturbação do sono, você é capaz de projetar intervenções mais eficazes. Por exemplo, você escolhe tratamentos diferentes para pacientes com insônia que são incapazes de adormecer do que para aqueles com privação de sono. O Quadro 43-7 demonstra como usar as atividades de avaliação de enfermagem para identificar e agrupar as características definidoras para realizar um diagnóstico de enfermagem preciso.

Quadro 43-7

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Insônia

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Pedir ao paciente para explicar a natureza do problema de sono.	O paciente relata dificuldade em adormecer em até 1 hora. Paciente relata acordar duas a três vezes todas as noites com dificuldade para voltar a dormir.
Observar o comportamento do paciente e perguntar ao cônjuge se o paciente está experimentando mudanças de comportamento.	O paciente admite não se sentir bem descansado. O cônjuge descreve as vezes quando o paciente estava letárgico e irritável.
Determinar se o paciente teve mudanças de	O cônjuge relata que o paciente recentemente perdeu

estilo de vida recentes.	trabalho e está preocupado em encontrar nova posição.

O histórico de enfermagem também identifica o fator relacionado ou causa provável de um distúrbio do sono, como um ambiente barulhento ou um alto consumo de bebidas com cafeína à noite. Essas causas se tornam o foco das intervenções para minimizar ou eliminar um diagnóstico focado no problema. Por exemplo, se um paciente está enfrentando insônia como resultado de um ambiente de cuidados de saúde barulhento, oferecer algumas recomendações básicas para ajudar o sono, como controlar o ruído dos equipamentos hospitalares, reduzindo interrupções ou manter as portas fechadas. Se a insônia é relativa a alguma preocupação sobre a ameaça de uma separação conjugal, introduzir estratégias de enfrentamento e criar um ambiente para o sono. Se você definir incorretamente a causa provável ou fatores relacionados, o paciente não se beneficiará dos cuidados.

Os problemas do sono afetam os pacientes de outras maneiras. Por exemplo, você acha que um paciente com apneia do sono tem problemas com um cônjuge que está cansado e frustrado com o ronco do paciente. Além disso, o cônjuge está preocupado porque o paciente está respirando de forma incorreta e, portanto, está em perigo. O diagnóstico de enfermagem *Enfrentamento familiar comprometido* indica que você precisa fornecer suporte ao paciente e cônjuge para que eles compreendam a apneia do sono e obtenham o tratamento clínico necessário. Os exemplos de diagnósticos de enfermagem para pacientes com problemas de sono incluem os seguintes:

- *Ansiedade*
- *Padrão respiratório ineficaz*
- *Confusão aguda*
- *Enfrentamento ineficaz.*
- *Insônia*
- *Fadiga*
- *Padrão de sono perturbado*
- *Privação de sono*
- *Prontidão para um aumento do sono*

❖ Planejamento de Enfermagem

Metas e Resultados

Durante o planejamento de enfermagem você novamente sintetiza as informações a partir de vários recursos para desenvolver um plano individualizado de cuidados (Fig. 43-4) (ver Plano de Cuidados de Enfermagem). Os padrões profissionais são especialmente importantes a se considerar no desenvolvimento de um plano de cuidados. Estas normas muitas vezes oferecem diretrizes baseadas em evidências para intervenções eficazes em enfermagem. Por exemplo, o *Evidence-based Geriatrics Nursing Protocols for Best Practice*, intitulado "Sonolência Excessiva" (Chasens e Umlauf, 2012), recomenda intervenções de enfermagem individualizadas que mantêm e apoiam o padrão de sono e o ritual de dormir normais de um idoso. É importante para um plano de cuidados para a promoção do sono incluir estratégias apropriadas às rotinas do sono, o ambiente em que vive e o estilo de vida do paciente.

Conhecimento

- Papel dos outros profissionais de saúde para promover o tratamento do sono
- Evidências e prática baseada no tratamento do sono
- Princípios de aprendizagem dos adultos para aplicar ao ensinar o paciente e a família

Experiência

- Respostas anteriores dos pacientes para intervenções de enfermagem previstas para promover o sono
- Experiência anterior em adaptar os tratamentos do sono para necessidades pessoais

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecione intervenções de enfermagem que irão promover o sono em ambiente doméstico/cuidados de saúde
- Envolver o parceiro de sono, conforme necessário, na seleção de intervenções
- Consultar os profissionais de saúde, conforme necessário

Padrões

- Individualizar os tratamentos do sono ao estilo de vida e as preferências do paciente
- Aplicar os padrões intelectuais (p. ex., relevância, integridade e significado) na escolha do tratamento do sono

Atitudes

- Mostrar confiança na escolha de intervenções para o paciente
- Seja disciplinado no planejamento dos tratamentos;
  pode demorar algum tempo para alcançar os resultados desejados
- Seja criativo ao adaptar os tratamentos do sono para programação diária do paciente

FIGURA 43-4 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem do sono.

Conforme você planeja cuidar de um paciente com distúrbios do sono, a criação de um mapa conceitual é outro método para o desenvolvimento dos cuidados holísticos centrados no paciente (Fig. 43-5). Criar o mapa após a identificação dos diagnósticos em enfermagem relevantes a partir da base de dados da avaliação. Neste exemplo, os diagnósticos de enfermagem estão ligados ao diagnóstico clínico do paciente de depressão e estresse situacional. O mapa conceitual mostra as relações entre os diagnósticos em enfermagem de *Insônia, Estresse por Sobrecarga, Sedentarismo e Prontidão para o Aumento do Sono*. Esta abordagem ao planejamento dos cuidados ajuda o enfermeiro a reconhecer as relações entre as intervenções planejadas. Para este paciente, as intervenções e resultados de sucesso para um diagnóstico em enfermagem afetam a resolução de outro.

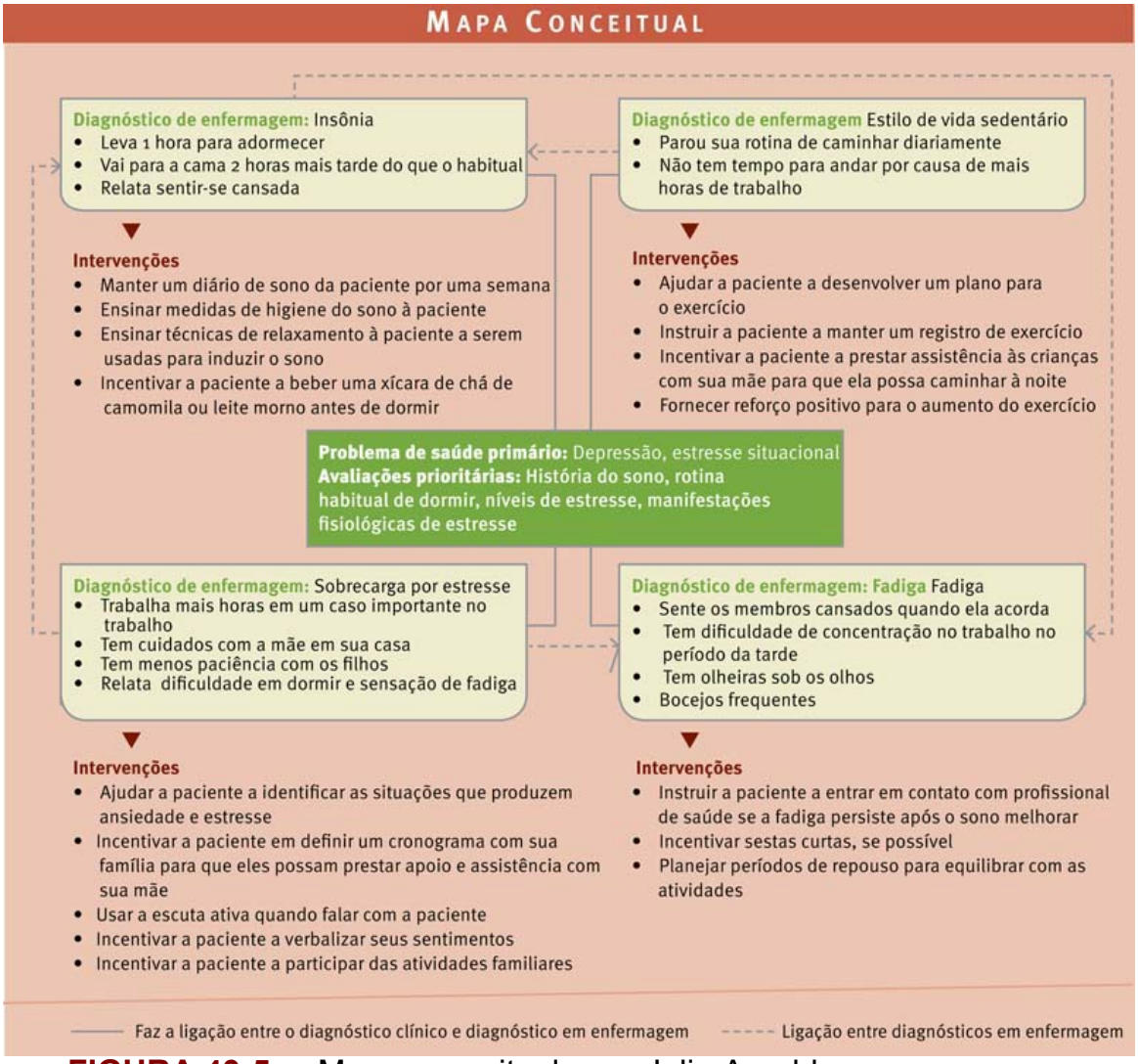


FIGURA 43-5 Mapa conceitual para Julie Arnold.

Ao desenvolver metas e resultados, é importante que o enfermeiro e o paciente colaborem. Como resultado, você está mais propenso a estabelecer metas realistas e resultados mensuráveis com seus pacientes. Um plano eficaz inclui resultados estabelecidos ao longo de um período de tempo realista que foca o objetivo de melhorar a quantidade e a qualidade do sono em casa. Muitas vezes, os membros da família são muito úteis em contribuir para o plano. Um plano de promoção do sono frequentemente requer várias semanas para se realizar. O que se segue é um exemplo de um objetivo com os resultados dos pacientes:

Metas: O paciente vai controlar as fontes ambientais que perturbam

o sono dentro de 1 mês.

Resultados:

- O paciente identifica fatores do ambiente doméstico que imediatamente interrompem o sono durante 2 semanas.
- O paciente relata que discute com os membros da família sobre barreiras ambientais para dormir durante 2 semanas.
- O paciente relata ter realizado alterações feitas no quarto para promover o sono durante 4 semanas.
- O paciente relata ter menos de dois despertares por noite dentro 4 semanas.

Definição de Prioridades

Trabalhar com pacientes para estabelecer resultados prioritários e intervenções. As alterações frequentes do sono é o resultado de outros problemas de saúde. Por exemplo, quando os sintomas físicos estão interferindo com o sono, controlar os sintomas é a sua primeira prioridade. Após os sintomas serem aliviados, o foco deve ser no tratamento do sono. Os pacientes são um recurso útil para determinar quais as intervenções possuem prioridade. Por exemplo, uma vez que os pacientes entendem os fatores que perturbam o sono, eles fazem escolhas sobre os tipos de mudanças que gostariam de fazer no seu estilo de vida ou ambiente de dormir.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Parceiros próximos e parceiros de sono com o paciente para garantir que todos os tratamentos, como uma mudança no horário de sono ou alterações no ambiente do quarto, são realistas e realizáveis. Nos ambientes de cuidados de saúde estabelecer planos de tratamentos ou rotinas de modo que o paciente seja capaz de descansar. Por exemplo, na UTI usar monitores eletrônicos disponíveis para acompanhar as tendências dos sinais vitais sem acordar o paciente a cada hora. Outros membros da equipe precisam estar cientes do plano de cuidados para que eles possam agrupar atividades em determinados momentos para reduzir os despertares. Em uma casa de repouso o

foco do plano envolve um melhor planejamento dos períodos de repouso em torno das atividades dos demais moradores. Os companheiros de quarto muitas vezes têm muitos horários diferentes.

Quando os pacientes têm problemas de sono crônico, o encaminhamento inicial para um paciente é muitas vezes para um centro de sono completo para a avaliação do problema. A natureza do distúrbio do sono, em seguida, determina se as referências aos prestadores de cuidados de saúde adicionais são necessárias. Por exemplo, se um problema relacionado com o sono é a uma crise situacional ou um problema emocional, encaminhar o paciente para um enfermeiro especialista clínico da saúde mental ou um psicólogo clínico para aconselhamento. Se a enfermeira trabalha em um ambiente hospitalar e o paciente precisa de um encaminhamento para cuidados continuados após a alta, oferecer informações sobre o problema de sono é útil para a enfermeira dos cuidados domiciliares. O sucesso do tratamento do sono depende de uma abordagem que se encaixa no estilo de vida do paciente e da natureza da alteração do sono.

❖ Implementação

As intervenções em enfermagem destinadas a melhorar a qualidade do descanso e do sono de uma pessoa são em grande parte focadas na promoção da saúde. Os pacientes necessitam de sono e descanso adequado para manter uma vida ativa e produtiva. Durante o tempo da doença, a promoção do descanso e do sono são importantes para a recuperação. Os cuidados em enfermagem em cuidados agudos, restauradores ou continuados têm definições diferentes da prevista na casa de um paciente. As principais diferenças estão no ambiente e na capacidade da enfermeira de apoiar o descanso e os hábitos de sono normal. A idade de um paciente também influencia os tipos de tratamentos mais eficazes. O Quadro 43-8 fornece princípios para promover o sono em pacientes idosos.

Quadro 43-8

Foco em idosos

Promover o Sono

Padrão de Vigília do Sono

- Manter uma programação regular da hora de dormir e despertar (Rybarczyk et al., 2013).
- Eliminar cochilos a menos que seja parte da rotina do calendário.
- Se sestas são tiradas, o limite de 20 minutos ou menos duas vezes por dia (Touhy e Jett, 2014).
- Ir para a cama quando estiver com sono.
- Usar técnicas de banho quente e relaxamento (Touhy e Jett, 2014).
- Se não conseguir dormir em 15 a 30 minutos, sair da cama.
- Evitar atividades estimulantes, tais como exercício ou assistir televisão antes de dormir (Chasens e Umlauf, 2012).

Meio Ambiente

- Dormir onde você dorme melhor.
- Manter o ruído ao mínimo; usar música suave para mascará-lo, se necessário.
- Usar luz da noite e manter o caminho para o banheiro livre de obstáculos.
- Definir a temperatura ambiente e preferências; usar meias para promover o calor.
- Ouvir música relaxante (Touhy e Jett, 2014).
- Aumentar a exposição à luz intensa durante o dia (Chasens e Umlauf, 2012).

Medicamentos

- Usar sedativos e hipnóticos com cautela como último recurso e depois apenas por curto prazo se for absolutamente necessário

(Kryger et al., 2011).

- Ajustar a medicação a ser tomada para outras condições e avaliar as interações medicamentosas que podem causar insônia ou sonolência diurna excessiva.

Dieta

- Limitar álcool, cafeína e nicotina no final da tarde e à noite (Touhy e Jett, 2014).
- Consumir carboidratos ou leite como um lanche leve antes de dormir (Touhy e Jett, 2014).
- Diminuir os líquidos 2 a 4 horas antes de dormir (Touhy e Jett, 2014).

Fatores da Doença/Fisiológicos

- Elevar a cabeceira da cama e fornecer travesseiros adicionais, conforme necessário (Townsend-Roccichelli et al., 2010).
- Usar analgésicos 30 minutos antes de dormir para aliviar sofrimentos e dores.
- Usar terapêuticas para controlar os sintomas de doenças crônicas como prescrito (Chasens e Umlauf, 2012).

Plano de cuidados de enfermagem

Insônia

Histórico de enfermagem

Julie Arnold, uma advogada de 43 anos de idade, é a primeira paciente da manhã na clínica de saúde do bairro em que você trabalha. Quando você pergunta a ela o que está fazendo, ela lhe diz que ela está tendo dificuldade para dormir. O médico diagnosticou que ela está sofrendo de depressão. Julie é casada e tem dois filhos em idade escolar. Ela também lhe diz que ela está cuidando de sua mãe, que fica com ela atualmente depois que ela recebeu alta do hospital após a exacerbação de sua insuficiência cardíaca. A

avaliação de Julie inclui história de sono profundo e discussão de como o problema de sono afetou sua vida. Você também realiza um exame físico.

Atividades do histórico de enfermagem	**Achados/ Características Definidoras** *
Pedir a Julie para explicar a natureza de seu problema de sono.	Julie explica que ela **acorda uma ou duas vezes por noite.** Ela afirma: "Sinto-me cansada quando eu acordo e tenho dificuldade de concentração no trabalho no período da tarde." Ela também relata que ela tem menos paciência com os filhos em casa e nenhuma energia à noite.
Perguntar a Julie se houve quaisquer alterações recentes em sua vida.	Julie diz que ela está se sentindo pressionada no trabalho para concluir um caso importante que ela começou há 2 semanas e por isso ela está trabalhando mais horas. Ela também relata que, por causa de seu horário de trabalho pesado, ela parou sua rotina de caminhar 1 a 2 milhas por dia. Ela relata que não tem tempo para qualquer exercício, quando ela chega em casa, porque **ela precisa cuidar de sua mãe e seus filhos.**
Pedir a Julie para descrever sua rotina de dormir.	Julie responde que ela **vai para a cama** por volta de 00:00-1:00, que é **2 horas mais tarde do que sua hora de dormir. Ela demora uma hora para adormecer.** Ela diz que ela costumava ter 7 a 8 horas de sono por noite e agora **é mais como 5 a 6 horas.** Ela bebe duas a três xícaras de café após o jantar, enquanto ela está trabalhando em seu caso antes de deitar.
Avaliar Julie em relação aos sinais físicos dos problemas de sono.	Durante o exame você nota que Julie tem olheiras sob seus olhos; ela muda sua posição na cadeira várias vezes e boceja frequentemente. Ela admite **fadiga.**

* Características definidoras são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Insônia relacionada com o estresse psicológico das pressões de trabalho

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	***Resultados Esperados (NOC)*** †
	Sono

A paciente vai conseguir uma melhor sensação de sono adequado dentro de 4 semanas.	Relato da paciente que acorda com menos frequência durante a noite e sente-se descansada dentro de 4 semanas.
	A paciente verbaliza a adesão a uma rotina regular para deita-se dentro de 4 semanas.
A paciente irá alcançar um padrão de sono mais normal dentro de 4 semanas.	A paciente adormece dentro de 30 minutos ao ir para a cama dentro de 4 semanas.
	Relatos da paciente de dormir 7 horas todas as noites dentro de 4 semanas.

† Marcações da classificação de resultados de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC) ‡	**JUSTIFICATIVA**
Melhora do Sono	
Incentivar a paciente a estabelecer uma rotina de dormir e um padrão de sono regular.	Manter uma programação consistente ajudando a induzir o sono (National Guideline Clearinghouse, 2014).
Instruir a paciente a evitar cafeína e nicotina antes de deitar.	Cafeína e nicotina são estimulantes e causam dificuldade em adormecer.
Ajudar a paciente a identificar as maneiras de eliminar as preocupações do estresse sobre o trabalho antes de dormir (p. ex., tendo tempo antes de dormir efetivo para ler um romance leve).	Preocupação em excesso e intensas atividades antes de dormir estimulam o paciente e impedem o sono (Redeker and McEnany, 2011).
Ajustar o ambiente; a paciente deve controlar o ruído, a temperatura e a luz no quarto.	Desenvolver um ambiente propício para dormir (Flynn Makic et al., 2014).
Promover o Exercício	
Incentivar a paciente para começar a andar rotineiramente durante o dia, mas não 2 a 3 horas antes de deitar.	O exercício físico regular aumenta os níveis de atividade e melhora a qualidade do sono. O exercício antes de dormir é um estimulante que impede o sono (Redeker and McEnany, 2011).
Terapia de Relaxamento	
Ensine a paciente como realizar o relaxamento muscular antes de dormir; incluindo a demonstração.	A terapia de relaxamento ajuda a reduzir a ansiedade, que interfere no sono (National Guideline Clearinghouse, 2014; National Sleep Foundation, 2014b).

‡ Marcações da classificação de Intervenção de Bulechek GM, Butcher HK, and Dochterman JM: *Nursing interventions classification (NIC)*, ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
		Realização dos

Ações de Enfermagem	*Resposta do Paciente / Achados*	*Resultados*
Pergunte a Julie se ela é capaz de adormecer e permanecer dormindo.	Julie responde, "Isto normalmente leva de 15 a 20 minutos para adormecer; na semana passada, em duas noites separadas, eu só acordei uma vez a cada noite".	Julie relata que ela adormece dentro de 30 minutos e acorda com menos frequência durante a noite.
Peça a Julie para descrever seus comportamentos de vigília no trabalho e em casa durante o dia.	Julie responde que ela já completou o seu caso no trabalho e se sente menos pressionada. Ela foi reiniciada a sua rotina de caminhar e é mais capaz de lidar com seus filhos. Ela é capaz de se concentrar mais no trabalho.	Julie relata se sentir mais descansada.
Observe as expressões de vigília de não verbais e comportamento de Julie.	Julie se senta na cadeira, sem mudar de posição. Ela não boceja durante a conversa. As olheiras sob os olhos estão quase sumidas.	Julie informou que ela está dormindo uma média de 7 horas por noite.

Promoção da Saúde

Na saúde comunitária e nas configurações domiciliares ajudar os pacientes a desenvolver comportamentos conducentes ao descanso e relaxamento. Para desenvolver bons hábitos de sono em casa, os pacientes e seus parceiros de cama precisam aprender técnicas que promovem o sono e condições que interferem nele (Kryger et al., 2011) (Quadro 43-9). Os pais também aprendem a promover bons hábitos de sono aos seus filhos. Os pacientes se beneficiam mais das instruções baseadas em informações sobre suas casas e estilos de vida, tais como o tipo de atividades que promovem o sono em um trabalhador noturno ou como tornar o ambiente familiar mais propício ao sono. Eles serão mais propensos a aplicar as informações que são úteis e valorizadas.

Quadro 43-9

Educação em saúde do cliente

Hábitos de Higiene do Sono

Objetivo

- Paciente vai seguir hábitos de higiene do sono adequados em casa.

Estratégias de Ensino

- Instruir o paciente a tentar se exercitar diariamente, de preferência de manhã ou de tarde e para evitar o exercício vigoroso durante a noite a 2 horas antes de se deitar.
- Precaver o paciente contra dormir longas horas durante fins de semana ou feriados para evitar a perturbação do ciclo normal de vigília-sono.
- Explicar que, se possível, os pacientes não devem usar o quarto para estudo intensivo, lanches, assistir televisão ou outra atividade sem ser dormir além do sexo.
- Encorajar os pacientes a tentar evitar o pensamento preocupante quando vai para a cama e usar exercícios de relaxamento.
- Se o paciente não adormecer dentro de 30 minutos ao ir para a cama, aconselho-o a sair da cama e fazer alguma atividade tranquila até sentir sono o suficiente para voltar para a cama.
- Recomendar ao paciente a limitar a cafeína para café da manhã e limitar a ingestão de álcool (mais do que um ou dois drinques por dia interrompe o ciclo de sono).
- Pedir ao paciente para examinar o ambiente. Instruir que o uso de tampões de ouvido e viseiras pode ser útil.
- Instruir o paciente para evitar refeições pesadas 3 horas antes de deitar; um lanche leve pode ajudar.

Avaliação de Enfermagem

- Ter um diário de vigília do sono do paciente completo para 1 semana e compará-lo com diário de vigília do sono anterior.
- Pedir ao paciente para completar periodicamente analógica visual ou escala de classificação do sono para a percepção de qualidade do sono.

Controles Ambientais

Todos os pacientes necessitam de um ambiente de dormir com uma temperatura ambiente confortável e ventilação adequada, fontes mínimas de ruído, uma cama confortável e iluminação adequada (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2011). As crianças e adultos variam mais em conta da temperatura ambiente confortável. Instrua os pais a colocar a criança em um colchão firme coberto por um lençol que atende às normas de segurança em vigor; vestir o bebê em um trocador para o calor; não colocar travesseiros, mantas, brinquedos ou qualquer coisa no berço; e posicionar o berço distante de janelas abertas ou correntes de ar (AAP, 2012). Os idosos muitas vezes exigem mantas extras ou cobertores.

Eliminar o ruído perturbador para que o quarto seja o mais silencioso possível. No lar, a televisão, o telefone ou badalada intermitente de um relógio, muitas vezes perturbam o sono de um paciente. Envolver a família na identificação das abordagens para reduzir o ruído em casa, especialmente se houver vários membros da família, todos com diferentes horários de sono. Também é importante recordar que alguns pacientes dormem com ruídos internos familiares, como o zumbido de um ventilador. Os produtos comerciais que produzem um ruído suave, como as ondas do oceano ou chuva criam um ambiente relaxante para dormir.

Cama e colchão precisam fornecer suporte e firmeza confortáveis. Placas de cama colocadas sob os colchões dão suporte. Às vezes, os travesseiros extras são importantes para ajudar a pessoa a se posicionar confortavelmente na cama. A posição da cama no quarto também faz a diferença para alguns pacientes.

Os pacientes variam de acordo com a quantidade de luz que eles preferem durante a noite. Os lactentes e idosos dormem melhor em quartos suavemente iluminados. A luz não deve brilhar diretamente em seus olhos. Pequenos candeeiros de mesa impedem a escuridão total. Para os idosos a luz reduz a possibilidade de confusão e evita quedas ao caminhar para o banheiro. Se postes brilham através de janelas ou quando os pacientes fazem a sesta durante o dia, tons pesados de cortinas ou cortinas de ripas são úteis.

Promover Rotinas na Hora de Dormir

Rotinas da hora de dormir relaxam os pacientes em preparação para o sono (Bulechek et al., 2013). É sempre importante para as pessoas irem dormir quando se sentirem cansadas ou sonolentas. Ir dormir enquanto se está totalmente acordado e pensando em outras coisas muitas vezes provoca insônia e interfere na cama como um estímulo para o sono. Recém-nascidos e lactentes dormem durante grande parte do dia e uma rotina específica é dificilmente necessária. No entanto, as atividades tranquilas, como mantê-los confortavelmente em cobertores, cantando ou falando suavemente e balanço delicadamente para ajudá-los a adormecer.

A rotina na hora de dormir (p. ex., mesma hora para dormir, lanche ou atividade tranquila) utilizada de modo consistente ajuda as crianças pequenas a não atrasar o sono. Os pais precisam reforçar os padrões de preparação para a hora de dormir. Atividades tranquilas, como leitura de histórias, coloração, permitindo que as crianças sentem-se no colo do pai enquanto ouvem música ou uma oração, são rotinas que são frequentemente associadas à preparação para dormir.

Os adultos necessitam evitar a estimulação mental excessiva antes de dormir. A leitura de um romance leve, assistir a um programa de televisão agradável ou ouvir música ajuda a pessoa a relaxar. Exercícios de relaxamento, como respiração lenta e profunda por 1 ou 2 minutos, alivia a tensão e prepara o corpo para o descanso (Cap. 44). A imagem guiada e orações também promovem o sono para alguns pacientes.

No domicílio, desencorajar os pacientes a tentar terminar o trabalho de escritório ou resolver problemas familiares antes de deitar. O quarto não é um lugar para trabalhar e os pacientes precisam sempre associá-lo ao sono. Trabalhando em direção a um tempo consistente para dormir e despertar ajuda a maioria dos pacientes a ganhar um padrão de sono saudável e fortalecer o ritmo do ciclo de vigília do sono.

Promoção da Segurança

Para qualquer paciente propenso a confusão ou quedas, a segurança é

crítica. Uma pequena luz noturna ajuda a orientar o paciente para o ambiente do quarto antes de ir ao banheiro. Camas colocadas mais próximas do chão podem diminuir a chance de uma pessoa cair quando se levanta pela primeira vez. Instruir os pacientes a remover a desordem e os tapetes presentes no caminho utilizado para andar da cama para o banheiro. Se o paciente precisa de ajuda para andar da cama para o banheiro, coloque um pequeno sino ao lado da cama para chamar os membros da família. Os sonâmbulos não estão cientes dos seus arredores e são lentos a reagir, aumentando o risco de quedas. Não assustar os sonâmbulos, mas, ao invés disso, delicadamente acordá-los e levá-los de volta para a cama.

As camas dos bebês precisam ser seguras. Para reduzir a chance de asfixia, não coloque travesseiros, brinquedos de pelúcia ou as extremidades de cobertores soltas em berços (AAP, 2012). As capas de colchão de plástico soltas são perigosas porque as crianças podem puxá-las para seus rostos e se sufocar. Os pais precisam colocar a criança de costas para evitar a asfixia (Meadows-Oliver e Hendrie, 2013).

Promoção do Conforto

As pessoas adormecem somente depois de se sentir confortáveis e relaxadas (Bulechek et al., 2013). As irritações menores muitas vezes mantêm os pacientes acordados. Um pijama de algodão macio mantém bebês ou crianças pequenas quentes e confortáveis. Instruir os pacientes a usar roupas de dormir folgadas. Um cobertor extra às vezes é o necessário para evitar que uma pessoa se sinta gelada e seja incapaz de adormecer. Os pacientes precisam ir ao banheiro antes de se retirar para dormir, de modo que eles não sejam mantidos acordados devido a uma bexiga cheia.

Estabelecimento de Períodos de Descanso e Sono

No domicílio isto ajuda a encorajar os pacientes a ficarem fisicamente ativos durante o dia para que eles estejam mais propensos a dormir à noite. Aumentar a atividade diurna diminui os problemas em adormecer. Em um ambiente doméstico você costuma cuidar de

pacientes com doença debilitante crônica. O plano de cuidados de enfermagem inclui os pacientes terem a tarde reservada para o descanso para promover uma saúde ótima. Ajudar a ajustar os horários de medicação, instruir os pacientes a irem ao banheiro regularmente antes dos períodos de descanso e sugerir silenciar a campainha de telefone para que os períodos de descanso sejam ininterruptos.

Redução do Estresse

A incapacidade de dormir por causa do estresse emocional também faz uma pessoa se sentir irritada e tensa. Quando os doentes estão emocionalmente perturbados, incentivá-los a tentar não forçar o sono. Caso contrário, a insônia frequentemente se desenvolve e deitar-se logo estará associado à incapacidade para relaxar. Incentivar um paciente que tem dificuldade em adormecer a se levantar e buscar uma atividade relaxante, como costurar ou ler em vez de ficar na cama e pensar sobre o sono.

As crianças pré-escolares têm medos antes de dormir (medo do escuro ou barulhos estranhos), despertam durante a noite ou têm pesadelos. Após os pesadelos o pai entra no quarto da criança imediatamente e fala para ela brevemente sobre seus medos para fornecer um período de calmaria. Uma abordagem é confortar as crianças e deixá-las em suas próprias camas para que os seus receios não sejam usados como desculpas para atrasar a hora de dormir. Manter uma luz acesa no quarto também ajuda a algumas crianças. A tradição cultural faz com que as famílias abordem práticas para o sono de modos diferentes (Quadro 43-10). Sempre respeitar aquelas que diferem das recomendações tradicionais.

Quadro 43-10

Aspectos culturais do cuidado

Partilha de Cama

Práticas e padrões de sono e repouso variam entre as culturas. A cultura e biologia influenciam o desenvolvimento de problemas de sono em crianças. Os padrões de sono, rotinas de ninar, soníferos e arranjos de sono são componentes de práticas culturais relacionadas com a utilização do espaço e distâncias de interação (Giger, 2013). Tradicionalmente os especialistas recomendam que lactentes e crianças durmam em suas próprias camas. A partilha de cama, em que bebês e crianças dormem com seus pais, é um hábito culturalmente preferido; e a prática varia entre as culturas (Jain et al., 2011). É mais comum em países não industrializados. As razões para práticas de partilha de cama são amamentação, conforto, tradição, melhor ou mais horas de sono e ambiental para o calor e proteção da criança (isto é, contra o frio) (Ward, 2014). Esta prática também é comum nos Estados Unidos, com algumas famílias asiáticas, hispânicas e afro-americanos (Jain et al., 2011). Os profissionais de cuidados de saúde nos Estados Unidos desencorajam-no por causa de questões de segurança, embora a pesquisa não mostre que a prática não é segura. A cultura americana promove a independência na infância. Uma crença é que a partilha de cama não promove esta independência; assim, os profissionais de cuidados de saúde desencorajam-no (Getter e McKenna, 2010). Os resultados da investigação relacionados com a partilha de cama e a incidência de síndrome da morte súbita infantil (SMSI) são misturados (Blair et al., 2014). Partilhar o sofá não é uma prática segura. A cama não deve ser compartilhada se o bebê nasceu prematuro ou os pais usam álcool ou drogas ou fumam (Blair et al., 2014). Uma enfermeira deve ser culturalmente sensível quando se discute práticas da partilha de cama com os pais e desenvolve planos de dormir para crianças.

Implicações para a Assistência Centrada no Paciente

- Completar uma avaliação completa do sono da criança e da família.
- Discutir os riscos da partilha de cama com os pais. Durante a

discussão permanecer culturalmente sensível e respeitoso em relação aos pontos de vista dos pais (Jain et al., 2011).

- A partilha de cama tem sido associada ao aumento do risco de SIDS, sob certas condições, tais como o tabagismo dos pais e o uso de álcool ou drogas (Getter e McKenna, 2010).
- Instrua os pais que praticam a partilha de cama para evitar o uso de álcool ou drogas que prejudicam a excitação. A excitação diminuindo impede os pais de acordar, se a criança estiver tendo problemas (Ward, 2014).
- A partilha de cama deve ocorrer em um colchão firme (nunca em uma cama de água, sofá ou divã) (Ward, 2014).
- Incentivar os pais a usar roupas leves para dormir, manter a temperatura ambiente confortável, e não empacotar a criança firmemente ou em muita roupa.

Lanches na Hora de Dormir

Algumas pessoas gostam de lanches na hora de dormir, enquanto outras não conseguem dormir depois de comer. Um produto lácteo, como leite quente ou à base de cacau que contém L-triptofano, é frequentemente útil na promoção do sono. Uma refeição completa antes de dormir muitas vezes provoca desconforto gastrointestinal ou refluxo e interfere na capacidade de adormecer.

Alertar os pacientes para não beber ou comer alimentos com cafeína antes de deitar. Café, chá, bebidas à base de cola e chocolate atuam como estimulantes, fazendo com que uma pessoa fique acordada ou desperte durante a noite. Alimentos e líquidos com cafeína e álcool agem como diuréticos e levam uma pessoa a acordar de noite para ir ao banheiro (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2011).

Os lactentes requerem medidas especiais para minimizar os despertares noturnos para a alimentação. É comum que as crianças precisem de uma mamadeira a meia noite ou amamentação. Hockenberry e Wilson (2015) recomendam que ofereça a última alimentação o mais tarde possível. Dizer aos pais para não dar as crianças a mamadeira na cama.

Abordagens Farmacológicas

A melatonina é um neuro-hormônio produzido no cérebro que ajuda a controlar os ritmos circadianos e promove o sono (Kryger et al., 2011). É um suplemento nutricional popular que sabe-se que é útil na melhoria da eficiência do sono e diminuir os despertares noturno. A dose recomendada é de 0,3 a 1 mg, tomada 2 horas antes de deitar. Os idosos que têm níveis diminuídos de melatonina acham que é benéfico como um auxílio para dormir (Kryger et al., 2011). A utilização a curto prazo da melatonina é conhecida como segura, com efeitos colaterais leves de náuseas, cefaleia e tonturas sendo pouco frequentes (Redeker e McEnany, 2011). O Ramelteon (Rozerem®), um agonista do receptor da melatonina, é bem tolerado e parece ser eficaz na melhorara do sono, melhorando o ritmo circadiano e encurtando o tempo de início do repouso (National Guideline Clearinghouse, 2014; Redeker e McEnany, 2011). É seguro para uso a longo e curto prazos, especialmente em idosos.

Vários outros produtos à base de plantas ajudam no sono. A valeriana é eficaz na insônia leve e na SPI. Ela afeta a liberação de neurotransmissores e produz uma sedação muito leve (Redeker and McEnany, 2011). A kava ajuda a promover o sono em pacientes com ansiedade. Ela deve ser usada com cautela por causa de seus potenciais efeitos tóxicos sobre o fígado (Larzelere et al., 2010). A camomila, como chá da erva, tem um efeito sedativo suave que pode ser benéfico na promoção do sono (Redeker and McEnany, 2011). Cuidado com os pacientes sobre a dosagem e a utilização de compostos à base de plantas, porque a Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos não os regulou. Os compostos à base de plantas podem interagir com o medicamento prescrito e os pacientes precisam evitar usar estes dois juntos (Meiner, 2015).

O uso de medicamentos para dormir sem receita médica não é aconselhável. Os pacientes precisam aprender os riscos de tais medicamentos. A longo prazo estas drogas levam a outras alterações do sono, mesmo quando elas pareciam inicialmente eficazes. Atenção aos idosos sobre o uso de anti-histamínicos além da conta por causa da sua ação de longa duração, que pode provocar confusão mental,

constipação, retenção urinária e aumento do risco de quedas (Redeker e McEnany, 2011). Ajudar os pacientes a usar medidas adequadas de higiene do sono e comportamental para estabelecer padrões de sono que não requerem o uso de drogas.

Cuidado Intensivo

Os pacientes em ambientes de cuidado intensivo têm o seu descanso e rotina de sono normal interrompidos, o que geralmente leva a problemas de sono. Neste cenário, as intervenções de enfermagem se concentram em fatores de controle do ambiente que perturbam o sono, aliviar as perturbações fisiológicas ou psicológicas para dormir, e o modo de descanso e períodos de sono ininterruptos para os pacientes. "Sonolência Excessiva" em *Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (Protocolos para prática baseada em evidência em enfermagem geriátrica) baseia-se no princípio de que os enfermeiros precisam individualizar uma estratégia eficaz com base nas necessidades do paciente e que os medicamentos para dormir são uma intervenção de último recurso (Chasens and Umlauf, 2012).

Controles Ambientais

Em um hospital a enfermeira controla o ambiente de várias maneiras (Quadro 43-11). Fecha as cortinas ou biombos entre os pacientes nos quartos semiprivados ou enfermarias. Escurece as luzes em uma unidade hospitalar de enfermagem à noite. Um dos maiores problemas para os pacientes no hospital é o ruído. Aspectos importantes para reduzir o ruído são a condução de conversas e relatórios em uma área privada longe dos quartos dos pacientes e manter as conversas necessárias a um mínimo, especialmente à noite (Flynn Makic et al., 2014). As maneiras adicionais para controlar o ruído no hospital estão listadas no Quadro 43-12.

Quadro 43-11

Prática baseada em evidências

Higiene do Sono em Pacientes Hospitalizados

Questão PICO: O uso de um protocolo de higiene do sono *versus* os cuidados de rotina em pacientes hospitalizados melhora o sono?

Resumo das Evidências

A alteração do sono ocorre geralmente em pacientes hospitalizados por causa da interrupção das rotinas normais, ansiedade e estresse, ruído, dor, tratamentos clínicos e fatores ambientais (Faraklas et al., 2013; Flynn Makic et al., 2014). A privação de sono impacta na cura física e psicológica e muitas vezes provoca delírio (Brand, 2014;. Faraklas et al., 2013). A implementação de protocolos de higiene do sono orientando a enfermeira demonstram ser eficazes na melhoria do sono em pacientes hospitalizados (Brand, 2014; Faraklas et al., 2013;. Flynn Makic et al., 2014). As estratégias eficazes nos protocolos com foco em educação dos enfermeiros da equipe sobre o protocolo e as intervenções diminuem os estímulos ambientais e limitam as interrupções dos pacientes (Brand, 2014; Faraklas et al., 2013). Após a implementação de protocolos de higiene do sono, os níveis de ruído diminuíram na unidade de enfermagem (Brand, 2014). Os pacientes também relataram que eles foram capazes de adormecer mais rapidamente e tiveram menos perturbações do sono (Faraklas et al., 2013).

Aplicação para as Práticas de Enfermagem

- Trabalhar com enfermeiros na unidade para desenvolver um protocolo de higiene do sono (Brand, 2014; Faraklas et al., 2013).
- Agrupar atividades de enfermagem para fornecer períodos ininterruptos de sono (Murphy et al., 2013).
- Perguntar aos pacientes sobre medidas de higiene do sono utilizadas em casa e trabalhar para usá-las no hospital (Faraklas et al., 2013).
- Fornecer programas para a equipe sobre os efeitos dos ruído e estratégias de redução de ruído (Brand, 2014).
- Reduzir a iluminação, os volumes de telefone e as conversas da

equipe nos corredores durante o período calmo e noturno (Flynn Makic et al., 2014).

- Usar medidas de higiene do sono com os pacientes, tais como higiene pessoal, ajustando temperatura ambiente e métodos de relaxamento.

Quadro 43-12 Controle de Ruído no Hospital

- Feche as portas para o quarto dos pacientes quando possível.
- Mantenha as portas para as áreas de trabalho na unidade fechadas quando em uso.
- Reduza o volume de telefone e equipamentos de paginação nas proximidades.
- Use sapatos com sola de borracha. Evite tamancos.
- Desligue o oxigênio de cabeceira e outro equipamento que não está em uso.
- Desligue os alarmes e sinais sonoros de equipamento de monitoramento de cabeceira.
- Desligue a televisão do quarto e rádio a menos que o paciente prefira música suave.
- Evite ruído alto abrupto tais como rubor um vaso sanitário ou mover uma cama.
- Mantenha conversas necessárias em níveis baixos, especialmente à noite.
- Conduza conversas e relatórios em uma área privada longe dos quartos dos pacientes.
- Designe um período de tempo durante o dia para "hora de silêncio" para os pacientes.

Promoção do Conforto

Comparadas com as camas caseiras, as camas hospitalares são muitas

vezes mais difíceis e com altura, comprimento ou largura diferentes. Mantê-las limpas e secas e em uma posição confortável ajuda os pacientes a relaxar. Alguns pacientes sofrem de doenças dolorosas que requerem medidas especiais de conforto, tais como a aplicação de calor seco ou úmido, o uso de curativos de apoio ou talas e o uso de travesseiros para ajudar no posicionamento adequado antes de descansar (Fig. 43-6).

FIGURA 43-6 Posicionando o paciente para dormir.

Estabelecimento de Períodos de Descanso e Sono

Em um ambiente hospitalar ou de cuidados prolongados é difícil oferecer aos pacientes o tempo necessário para descansar e dormir. O tratamento mais eficaz para distúrbios do sono é a eliminação ou correção dos fatores que perturbam o padrão de sono. Você precisa planejar o cuidado para evitar acordar pacientes para tarefas não essenciais. Fazer isso por meio do agendamento de avaliações, tratamentos, procedimentos e rotinas por vezes quando os pacientes estão acordados. Por exemplo, se a condição física do paciente manteve-se estável, não acordar-lhe para verificar os sinais vitais. Permitir aos pacientes determinar o tempo e os métodos de fornecimento de medidas de cuidados básicos para promover o descanso. Não dar banhos nem medidas de higiene de rotina durante a noite por conveniência da enfermagem. Coletar amostras de sangue em um momento em que o paciente esteja acordado. A menos que manter o nível sanguíneo terapêutico de um fármaco seja essencial, administrar medicamentos durante as horas de vigília. Trabalhar com o departamento de radiologia e outros serviços de apoio para agendar estudos de diagnóstico e tratamentos em intervalos que deem tempo para o descanso dos pacientes. Sempre tentar fornecer ao paciente 2 a 3 horas de sono ininterrupto durante a noite.

Quando a condição do paciente demandar monitoramento mais frequente, planejar atividades para permitir períodos de repouso prolongados. Uma enfermeira instrui o pessoal de apoio na coordenação da assistência ao paciente a reduzir as perturbações do paciente. Isso significa planejar atividades de modo que o paciente tenha contado uma hora ou mais para descansar calmamente em vez de ter uma enfermeira ou outra pessoa retornando ao quarto a cada poucos minutos. Por exemplo, se um paciente precisa de mudanças frequentes no tratamento, está recebendo terapia intravenosa e tem tubos de drenagem em vários lugares, não fazer uma viagem separada ao quarto para verificar cada problema. Em vez disso, use uma única visita para executar todas as três tarefas. Torne-se o advogado do paciente para promover o sono ideal. Isso significa tornar-se um porteiro, adiando ou reescalonando visitas de família ou questionando a frequência de certos procedimentos.

Promoção da Segurança

Os pacientes com AOS estão em risco de complicações enquanto estiverem no hospital. A cirurgia e a anestesia interrompem os padrões normais de sono. Após a cirurgia os pacientes alcançam níveis profundos de sono REM. Este sono profundo provoca o relaxamento muscular que leva a AOS. Os pacientes com AOS que recebem analgésicos opioides após a cirurgia têm um risco aumentado de desenvolver obstrução das vias respiratórias, pois os medicamentos suprimem os mecanismos de excitação normais (Redeker e McEnany, 2011). Esses pacientes muitas vezes precisam de ventilação de suporte no pós-operatório pelo risco aumentado de complicações respiratórias. Monitorizar as vias respiratórias do paciente, frequência e profundidade respiratória e os sons de respiração frequentemente após a cirurgia.

Recomendar mudanças no estilo de vida para pacientes com AOS que incluem a higiene do sono, a moderação do álcool, tabagismo e um programa de emagrecimento (Freedman, 2010). Ensinar o paciente a elevar a cabeceira da cama e usar um lado ou posição pronada para dormir. Usar travesseiros para evitar posição supina (Pinto e Caple, 2010).

Um dos tratamentos mais eficazes é o uso de dispositivo de pressão positiva contínua nasal (CPAP) durante a noite, o que requer que o paciente use uma máscara sobre o nariz. Uma máscara que fornece ar ambiente a uma alta pressão. A pressão de ar impede o colapso das vias aéreas. O dispositivo CPAP é portátil e particularmente eficaz para a AOS. Outra opção de tratamento é a utilização de um aparelho oral. Estes aparelhos avançam a mandíbula ou a língua para aliviar a obstrução da faringe (Wickwire e Collop, 2010). Nos casos de apneia do sono grave as amígdalas, a úvula ou partes do palato mole são removidas cirurgicamente. O sucesso dos procedimentos cirúrgicos para corrigir a AOS varia.

Redução do Estresse

Os pacientes hospitalizados por extensos testes de diagnóstico muitas vezes têm dificuldade de descansar ou dormir por causa da incerteza

sobre o estado de sua saúde. Dar aos pacientes o controle sobre seus cuidados de saúde minimiza a incerteza e ansiedade. Fornecer informações sobre o propósito dos procedimentos e rotinas e responder perguntas dá aos pacientes a paz de espírito necessária para descansar ou dormir. Uma enfermeira no turno da noite precisa ter tempo para sentar e conversar com pacientes incapazes de dormir. Isso ajuda a determinar os fatores que mantém os pacientes acordados. Uma massagem nas costas também ajuda os pacientes a relaxar mais profundamente. Se um sedativo é indicado, conferir com o prestador de cuidados de saúde do paciente para ter certeza de que a dose mais baixa é usada inicialmente. A interrupção de sedativo logo que possível evita uma dependência que perturba gravemente o ciclo de sono normal. O metabolismo de fármacos dos idosos é lento, tornando-os mais vulneráveis aos efeitos colaterais de sedativos, hipnóticos, ansiolíticos ou analgésicos.

Cuidados Restauradores ou Contínuos

As intervenções de enfermagens implementadas no contexto dos cuidados intensivos também são usadas no ambiente de cuidados reparadores ou contínuos. Controlar o ambiente, especialmente os ruídos; estabelecer períodos de descanso e sono; e promover o conforto são considerações importantes. As intervenções em enfermagem relacionadas com a redução do estresse e controle dos distúrbios fisiológicos também são implementadas nesses ambientes. Ajudando um paciente a conseguir um sono reparador neste ambiente, por vezes, leva tempo.

Promoção de Conforto

Fornecer a higiene pessoal melhora a sensação de conforto do paciente. Um banho ou ducha quente antes de dormir é relaxante. Oferecer aos pacientes restritos ao leito a oportunidade de ir ao banheiro e lavar o rosto e as mãos. A escovação e o cuidado das próteses dentárias também ajudam a preparar os pacientes para o sono. Posicionar os pacientes para apoiar as suas partes do corpo dependentes e proteger os pontos de pressão. Oferecer uma

massagem nas costas ou na mão para auxiliar no relaxamento muscular pouco antes de um paciente ir dormir (Harris e Richards, 2010) (Cap. 44).

Controlando Distúrbios Fisiológicos

Como enfermeiro você aprende a controlar os sintomas da doença física que perturbam o sono. Por exemplo, um paciente com alterações respiratórias dorme com dois travesseiros ou em uma posição semissentada para facilitar o esforço para respirar. Ele se beneficia de tomar broncodilatadores prescritos antes do sono para evitar a obstrução das vias aéreas. Um paciente com hérnia hiatal também necessita de cuidados especiais. Após as refeições ele muitas vezes experimenta uma sensação de queimação como resultado do refluxo gástrico. Para evitar perturbações do sono o paciente tem que comer uma pequena refeição várias horas antes de deitar e dormir em posição semissentada. Os pacientes com dor, náuseas ou outros sintomas recorrentes recebem qualquer medicação de alívio dos sintomas sincronizada de modo que a droga tenha efeito na hora de dormir. Remover ou alterar quaisquer irritantes da pele do paciente, tais como curativos úmidos ou tubos de drenagem.

Abordagens Farmacológicas

O uso liberal de drogas para gerenciar a insônia é muito comum na cultura americana. Estimulantes do SNC tais como anfetaminas, cafeína, nicotina, terbutalina, teofilin e o modafinil precisam ser usados com moderação e sob vigilância médica (Burchum e Rosenthal, 2016). Além disso, a retirada de depressores do SNC, tais como álcool, barbitúricos, antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina e doxepina) e triazolam provoca insônia. Consultar-se com um farmacêutico e um profissional de saúde sobre o gerenciamento das doses.

Os medicamentos que induzem o sono são chamados hipnóticos. Os **sedativos** são medicamentos que produzem efeito calmante ou tranquilizante (Burchum e Rosenthal, 2016). Um paciente que toma medicamentos para dormir precisa saber sobre o seu uso adequado e

os seus riscos e possíveis efeitos colaterais. O uso prolongado de ansiolíticos, sedativos ou agentes hipnóticos altera o sono e acarreta problemas mais sérios. A FDA exige que os rótulos dos produtos de todos os medicamentos para dormir contenham informações de segurança relacionada com os potenciais efeitos adversos de reações alérgicas graves; inchaço facial grave; e comportamentos do sono complexos como o sono ao volante, dar telefonemas e preparar e comer alimentos durante o sono (USFDA, 2015).

Benzodiazepínicos e substâncias tipo benzodiazepínicos são classificações comuns de drogas usadas para tratar os problemas do sono. As drogas semelhantes aos benzodiazepínicos tornaram-se o tratamento de escolha para a insônia por causa da melhor eficácia e segurança de seu uso (Burchum e Rosenthal, 2016). Os especialistas recomendam uma dose baixa de um medicamento de ação rápida, como zolpidem (Ambien) para uso a curto prazo (não mais de 2 a 3 semanas) (Burchum e Rosenthal, 2016). Estas substâncias causam menos problemas de dependência e abuso e menos repercussão de insônia e efeitos de ressaca do que os benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos causam relaxamento, suprimem ansiedade e têm efeitos hipnóticos, facilitando a ação dos neurônios no sistema nervoso central que suprimem a resposta à estimulação, diminuindo assim os níveis de excitação (Burchum e Rosenthal, 2016). Os benzodiazepínicos de curta duração (p. ex., oxazepam, lorazepam, temazepam) ou na dose mais baixa possível para o tratamento a curto prazo da insônia são recomendados. As doses iniciais são pequenas; e incrementos são adicionados, gradualmente, com base na resposta do paciente, por um tempo limitado. Alertar os pacientes para não tomar mais do que a dose prescrita, especialmente se o medicamento parece tornar-se menos eficaz após o uso inicial. A utilização dos benzodiazepínicos em idosos é potencialmente perigosa graças à tendência das drogas a permanecerem ativas no organismo durante um tempo mais longo. Como resultado, eles também causam depressão respiratória; sedação no dia seguinte; amnésia; insônia rebote; e funcionamento e coordenação motora deficientes, o que leva ao aumento do risco de quedas (Burchum e Rosenthal, 2016). Se os

pacientes idosos que estavam recentemente continentes no ambulantório e alertas tornarem-se incontinentes ou confusos e/ou demonstrarem mobilidade condicionada, a utilização dos benzodiazepínicos deve ser considerada uma possível causa.

Administrar os benzodiazepínicos com cautela para crianças menores de 12 anos de idade. Estes medicamentos são contraindicados em crianças com menos de 6 meses. As pacientes grávidas precisa evitá-los porque seu uso está associado ao risco de anomalias congênitas. As mães que amamentam não recebem as drogas porque elas são excretadas no leite materno. Levantar estas questões com os prestadores de cuidados de saúde aos pacientes.

O uso regular de qualquer medicação para dormir muitas vezes leva à tolerância e abstinência. A insônia rebote é um problema depois de parar um medicamento. Faz mais mal do que bem administrar imediatamente um medicamento para dormir quando a queixa de um paciente hospitalizado for estar incapaz de dormir. Considerar as abordagens alternativas para promover o sono. O monitoramento de rotina da resposta do paciente a medicações para dormir é importante.

◆ Avaliação de Enfermagem

Através dos Olhos do Paciente

No que diz respeito a problemas com o sono, o paciente é a fonte para avaliar se as expectativas são atendidas. Cada paciente tem uma necessidade original para o sono e repouso. Ele é o único que sabe se os problemas do sono melhoraram e quais intervenções ou tratamentos são mais bem sucedidos na promoção do sono (Fig. 43-7). É importante perguntar ao paciente se as suas necessidades de sono foram atendidas. Por exemplo, perguntar ao paciente, “Você está se sentindo mais descansado?”; “Pode dizer-me se você acredita que já fizemos tudo o que pudemos para ajudar a melhorar o seu sono?” ou “Que intervenções têm sido mais eficazes para ajudar você a dormir?” Se as expectativas não foram atendidas, você precisa gastar mais tempo tentando entender as necessidades e preferências do paciente.

Trabalhar em estreita colaboração com o paciente e o parceiro de cama permite que você redefina as expectativas que podem ser atendidas de forma realista dentro dos limites da condição e do tratamento do paciente.

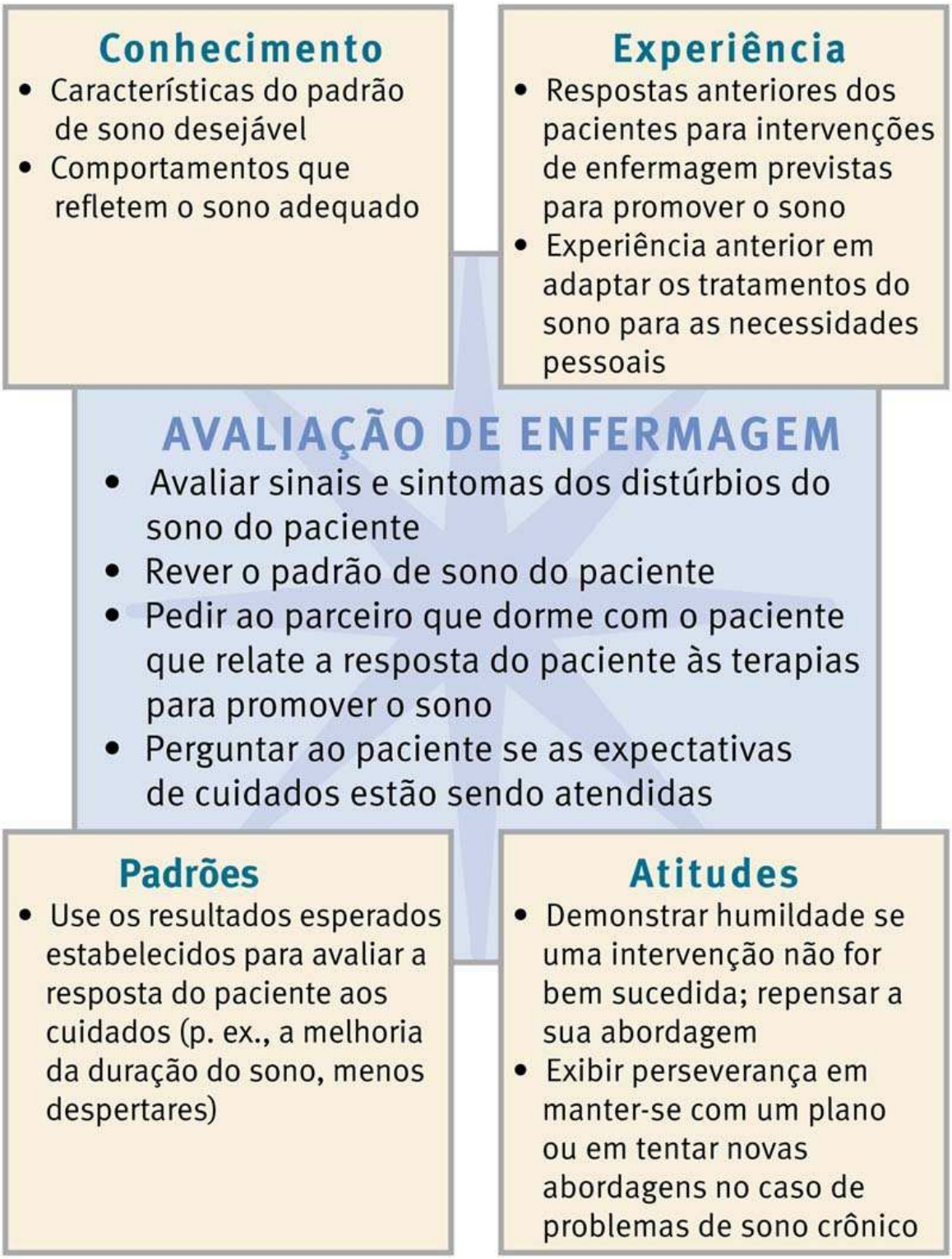


FIGURA 43-7 Modelo de pensamento crítico para a avaliação do sono.

Resultados dos Pacientes

Avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem, fazer comparações com os dados de avaliação da linha de base para avaliar se o sono melhorou. Determinar se os resultados esperados foram alcançados. Usar medidas de avaliação logo após o tratamento ter sido tentado (p. ex., observar se o paciente adormece depois de reduzir o ruído e escurecer o quarto). Use outras medidas de avaliação depois de um paciente acordar do sono (p. ex., pedindo-lhe para descrever o número de despertares durante a noite anterior). O paciente e o parceiro de cama geralmente fornecem informações de avaliação precisas. Por períodos mais longos utilizar ferramentas de avaliação, tais como a escala analógica ou de classificação visual do sono para determinar se o sono melhorou progressivamente ou foi alterado.

Avaliar também o nível de compreensão que pacientes ou familiares ganham depois de receber a instrução dos hábitos de sono. Você mede a conformidade com estas práticas durante uma visita domiciliar, quando você é capaz de observar o ambiente. Quando os resultados esperados não forem cumpridos, revisar as medidas de enfermagem ou resultados esperados com base nas necessidades ou preferências do paciente. Quando os resultados não forem cumpridos, fazer perguntas, tais como:

- Você é capaz de adormecer dentro de 20 minutos depois de estar na cama?
- Descreva como você dorme bem quando você se exercita.
- O uso de música calma na hora de dormir ajuda você a relaxar?
- Você se sente descansado quando você acorda?

Se uma enfermeira tem desenvolvido com sucesso um bom relacionamento com o paciente e um plano terapêutico de cuidados, os comportamentos sutis muitas vezes indicam o nível de satisfação do paciente. Note se há ausência de sinais de problemas do sono, como letargia, bocejos frequentes ou mudanças de posição no paciente. Você é eficaz na promoção do descanso e do sono se os objetivos e as expectativas do paciente forem atendidos.

Pontos-chave

- O sono fornece restaurações fisiológica e psicológica.
- O ciclo de vigília-sono de 24 horas é um ritmo circadiano que influencia a função e o comportamento fisiológico.
- O controle e a regulação do sono dependem de um equilíbrio entre os reguladores dentro do SNC.
- Durante uma típica noite de sono uma pessoa passa por quatro a cinco ciclos completos de sono. Cada ciclo de sono contém três estágios de sono NREM e um período de sono REM.
- O tipo mais comum de distúrbio do sono é insônia.
- O ritmo frenético da vida de uma pessoa, o estresse emocional e psicológico e a ingestão de álcool com frequência perturbam o padrão de sono.
- Se o sono de um paciente é adequado, avaliar a sua hora de dormir, ritual de dormir normal, ambiente preferido para dormir e o tempo habitual para adormecer preferido.
- Quando um paciente apresenta um problema de sono, realizar uma história completa de sono. A identificação do diagnóstico de enfermagem para os problemas do sono depende de identificar os fatores que prejudicam o sono.
- Ao planejar as intervenções para promover o sono, considerar as características habituais do ambiente familiar do paciente e estilo de vida normal.
- A rotina regular das atividades relaxantes de dormir prepara uma pessoa fisicamente e mentalmente para o sono.
- Um ambiente com um quarto escurecido, ruído reduzido, cama confortável e boa ventilação promovem o sono.
- As intervenções de enfermagem importantes para promover o sono no paciente hospitalizado estabelecem períodos de sono ininterrupto e descanso e controle dos níveis de ruído.
- O controle da dor ou outro sintoma de doença é essencial para promover a capacidade de dormir.
- O uso prolongado de pílulas para dormir muitas vezes leva a

dificuldade em iniciar e manter o sono.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. A enfermeira está desenvolvendo um plano para um paciente que foi diagnosticado com narcolepsia. Que intervenções a enfermeira deve incluir no plano? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Tenha breves cochilos de 20 minutos não mais do que duas vezes por dia.
    2. Beber um copo de vinho no jantar.
    3. Comer uma refeição grande no almoço ao invés do jantar.
    4. Estabelecer um programa de exercício regular.
    5. Ensinar o paciente sobre os efeitos colaterais do modafinil (Provigil).
2. Qual a intervenção de enfermagem prioritária a enfermeira incorpora em um plano de cuidados para promover o sono de um paciente hospitalizado?
    1. Ter rotinas hospitalares de acompanhamento do paciente.
    2. Evitar acordar o paciente para tarefas não essenciais.
    3. Dar medicamentos para dormir prescritos no jantar.
    4. Ligar a televisão baixa para a programação de fim de noite.
3. Uma paciente de 72 anos de idade pergunta à enfermeira sobre o uso de um anti-histamínico de venda livre como um comprimido para adormecer para ajudá-la a dormir. Qual é a melhor resposta da enfermeira?
    1. “Os anti-histamínicos são melhores do que a prescrição de medicamentos porque estes podem causar uma série de problemas.”
    2. “Os anti-histamínicos não devem ser usados porque podem causar confusão e aumentar o risco de quedas.”
    3. “Os anti-histamínicos são soníferos eficazes porque eles

não têm muitos efeitos colaterais."
    4. "Medicamentos de venda livre, quando combinados com medidas de higiene do sono, são um bom plano para o sono."
4. A enfermeira está fornecendo orientações de saúde para um paciente usando compostos de ervas como kava para o sono. Quais pontos devem ser incluídos? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Pode causar retenção urinária
    2. Não deve ser usado por tempo indeterminado
    3. Pode ter efeitos tóxicos sobre o fígado
    4. Pode causar diarreia e ansiedade
    5. Não são regulados pela Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos
5. O paciente relata episódios de sonambulismo com a enfermeira. Através da compreensão do ciclo do sono, a enfermeira reconhece que o sonambulismo ocorre durante qual sono?
    1. Sono de movimento rápido dos olhos (REM)
    2. Estágio 1 do sono de movimento não rápido dos olhos (NREM)
    3. Estágio 4 do sono NREM
    4. Período de transição de sono NREM para REM
6. A enfermeira está administrando benzodiazepínico para ajudar o sono de um idoso. Qual deve ser a avaliação prioritária para o paciente?
    1. Incontinência
    2. Náusea e vômito
    3. Bradicardia
    4. Depressão respiratória
7. A enfermeira está em contato com o prestador de cuidados de saúde sobre os problemas de sono de um paciente. Colocar os passos da SBAR (*s*ituação, *background*, *a*valiação, *r*ecomendação) na ordem correta.
    1. Sra. Dodd, 46 anos, foi internada há 3 dias na sequência de

um acidente de automóvel. Ela está em tração esquelética equilibrada em virtude do fêmur esquerdo fraturado. Ela está tendo dificuldade em adormecer.

2. "Dr. Smithson, esta é Pam, a enfermeira cuidadora da Sra. Dodd. Estou ligando porque a Sra. Dodd está tendo dificuldade em dormir."
3. "Estou ligando para perguntar se você receitaria um hipnótico, como zolpidem (Ambien) para usar em uma base SOS."
4. Sra. Dodd está tomando sua medicação para dor a cada 4 horas, conforme prescrito, e as taxas de sua dor como 2 de 10. Ontem à noite, ela ainda estava acordada à 1:00. Ela afirma que ela está confortável, mas apenas não consegue cair no sono. Os sinais vitais são BP 124/76, P 78, R 12 e T 37,1°C (98.8°F).

8. Qual é a afirmação feita por uma mãe sendo liberada para casa com seu bebê recém-nascido que indica que ela entende o ensino relativo a liberação como relacionado com as melhores práticas do sono?
   1. "Vou dar ao bebê uma mamadeira para ajudá-lo a dormir."
   2. "Eu vou colocar o bebê de costas para dormir."
   3. "Nós colocamos bichos de pelúcia do bebê no berço para fazê-lo se sentir seguro."
   4. "Eu sei que o bebê não precisará ser alimentado até de manhã."
9. A enfermeira está desenvolvendo um plano de cuidados para um paciente vivenciando a apneia obstrutiva do sono (AOS). Que intervenção é adequada para incluir no plano?
   1. Instrua o paciente a dormir em decúbito dorsal.
   2. O paciente deve ter a ingestão de líquidos restringida ao limite de 2 horas antes de deitar.
   3. Elevar a cabeceira da cama e assumir um lado ou posição de bruços.
   4. Incentivar o paciente a tomar um sonífero sem receita
10. Qual é a afirmação feita pelo pai de uma criança em idade

escolar que requer acompanhamento pela enfermeira?

1. "Incentivo ao exercício à noite cerca de uma hora antes de deitar."
2. "Ofereço a minha filha um copo de leite quente antes de dormir."
3. "Certifico-me de que o quarto é escuro e silencioso na hora de dormir."
4. "Praticamos atividades tranquilas, como ler um livro antes de dormir."

11. Quais ações de higiene do sono na hora de dormir a enfermeira delega ao técnico de enfermagem? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Dar ao paciente uma massagem nas costas
    2. Ligar uma música calma
    3. Escurecer as luzes no quarto do paciente
    4. Dar ao paciente um copo de café
    5. Monitorizar o efeito da medicação do sono que foi dada
12. Qual a afirmação feita pelo paciente indica a necessidade de mais orientações sobre higiene do sono?
    1. "Eu vou fazer meus exercícios antes do jantar."
    2. "Eu estou indo para a cama toda noite aproximadamente na mesma hora."
    3. "Eu defini o meu despertador para me levantar na mesma hora todas as manhãs."
    4. "Eu mudei meu computador para o quarto para que eu pudesse trabalhar antes de eu ir dormir."
13. Qual é a afirmação feita por um idoso que melhor demonstra a compreensão de tomar uma medicação para dormir?
    1. "Eu vou tomar medicação para dormir por 4 ou 5 semanas até que meus problemas de sono desapareçam."
    2. "As medicações para dormir não causam quaisquer problemas de sono uma vez que eu pare de tomá-las."
    3. "Vou falar com o meu provedor de cuidados de saúde antes de usar uma medicação de venda livre para dormir."
    4. "Vou entrar em contato com o meu provedor de cuidados

de saúde se eu me sinto extremamente sonolento no período da manhã."

14. A enfermeira da escola está ensinando comportamentos promotores de saúde que melhoram o sono a um grupo de alunos do Ensino Médio. Que pontos devem ser incluídos na educação? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Vá para a cama na mesma hora cada noite.
    2. Estude em seu quarto para ter um lugar tranquilo.
    3. Ligue a televisão para ajudá-lo adormecer.
    4. Evite beber café ou refrigerante antes de deitar.
    5. Desligue o telefone celular na hora de dormir.
15. A enfermeira está ouvindo a história do sono de um paciente. Qual é a afirmação feita para que o paciente necessite de maior tempo de acompanhamento?
    1. "Sinto-me revigorado quando eu acordo de manhã."
    2. "Eu uso música suave durante a noite para me ajudar a relaxar."
    3. "Levo cerca de 45 a 60 minutos para adormecer."
    4. "Eu tomo a medicação para a minha dor na perna cerca de 30 minutos antes de ir para a cama."

Respostas: 1. 1, 4, 5; **2.** 2; **3.** 2; **4.** 2, 3, 5; **5.** 3; **6.** 4; **7.** 2, 1, 4, 3; **8.** 2; **9.** 3; **10.** 1; **11.** 1, 2, 3; **12.** 4; **13.** 3; **14.** 1, 4, 5; **15.** 3.

Referências

Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force of the American Academy of Sleep Medicine Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults . *J Clin Sleep Med* . 2009 ;5 (3) : 263 .

Ahmed I , Thorpy M . Clinical features, diagnosis and treatment of narcolepsy . *Clin Chest Med* . 2010 ;31 (2) : 371 .

American Academy of Pediatrics: *A parent's guide to safe sleep*, 2012, http://www.healthychildcare.org/PDF/SIDSparentsafesleep.pdf. Accessed November 2015.

American Nurses Association (ANA) *Nursing scope and standards of practice* . Washington, DC : The Association ; 2010 .

Babson KA , et al. Cognitive behavioral therapy for sleep disorders . *Psychiatr Clin North Am* . 2010 ;33 (3) : 629 .

Bulechek GM , et al. *Nursing interventions classification (NIC)* . ed 6 St Louis : Mosby ; 2013 .

Burchum JR , Rosenthal LD . *Lehne's Pharmacology for nurses* . ed 9 St Louis : Elsevier ; 2016 .

Chase MH . Motor control during sleep and wakefulness: clarifying controversies and resolving paradoxes . *Sleep Med Rev* . 2013 ;17 : 299 .

Chasens ER , Umlauf MG . Excessive sleepiness . In: Boltz M , ed. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* . ed 4 New York : Springer ; 2012 .

Conte F , Ficca G . Caveats on psychological models of sleep and memory: a compass in an overgrown scenario . *Sleep Med Rev* . 2013 ;17 : 105 .

Daroff RB , ed. *Bradley's neurology in clinical practice* . ed 6 Philadelphia : Saunders ; 2012 .

Fiorentino L , Martin JL . Awake at 4 am: treatment of insomnia with early-morning awakenings among older adults . *Clin Psychol J* . 2010 ;66 (11) : 1161 .

Freedman N . Treatment of obstructive sleep apnea . *Clin Chest Med* . 2010 ;31 : 187 .

Getter LT , McKenna JJ . Never sleep with baby? Or keep me close but keep me safe; eliminating inappropriate "safe infant sleep" rhetoric in the United States . *Curr Pediatr Rev* . 2010 ;6 (1) : 71 .

Giger JN . *Transcultural nursing: assessment and intervention* . ed 6 St Louis : Mosby ; 2013 .

Gilsenan I . Nursing interventions to alleviate insomnia . *Nurs Older People* . 2012 ;24 (4) : 14 .

Hockenberry MJ , Wilson D . *Wong's nursing care of infants and children* . ed 10 St Louis : Elsevier ; 2015 .

Huether SE , et al. *Understanding pathophysiology* . ed 5 St Louis : Elsevier ; 2012 .

Kryger MH , et al. *Principles and practice of sleep medicine* . ed 5 St Louis : Saunders ; 2011 .

Larzelere MM , et al. Complementary and alternative medicine usage for behavioral health indicators . *Prim Care Clin Office Pract* . 2010 ;37 (2) : 213 .

Malhotra RK , Desai AK . Healthy brain aging: what has sleep got to do with it? . *Clin Geriatr Med* . 2010 ;26 : 45 .

Meadows-Oliver M , Hendrie J . Expanded back to sleep guidelines . *Pediatr Nurs* . 2013 ;39 (1) : 40 .

Meiner SE . *Gerontologic nursing* . ed 5 St Louis : Mosby ; 2015 .

National Guideline Clearinghouse: *Clinical guidelines for the treatment of primary insomnia in middle-aged and older adults*, NCG10414, 2014, http://www.guideline.gov/content.aspx?id=48218&search=insomnia. Accessed November 2015.

National Heart, Lung, and Blood Institute: *How is insomnia treated?* 2011, http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/inso/treatment.html. Accessed November 2015.

National Sleep Foundation: *Aging and sleep*, Washington, DC, 2014a, http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-topics/aging-and-sleep. Accessed November 2015.

National Sleep Foundation: *Depression and sleep*, 2014b, http://sleepfoundation.org/sleep-disorders-problems/depression-and-sleep. Accessed November 2015.

National Sleep Foundation: *Sleep apnea*, Washington, DC, 2014c, http://sleepfoundation.org/sleep-disorders-problems/sleep-apnea. Accessed November 2015.

National Sleep Foundation: 2014 *Sleep in American poll: sleep in the modern family*, Washington, DC, 2014d, http://sleepfoundation.org/sites/default/files/2014-NSF-Sleep-in-America-poll-summary-of-findings---FINAL-Updated-3-26- 14-.pdf. Accessed November 2015.

National Sleep Foundation: The ABCs of ZZZs—When you can't sleep, Washington, DC, 2014e, http://sleepfoundation.org/how-sleep-works/abcs-zzzzs-when-you-cant-sleep. Accessed November 2015.

Neikrug AB , Ancoli-Israel S . Sleep disorders in the older adult—a mini review . *Gerontology* . 2010 ;56 : 181 .

Pinto S , Caple C . Obstructive sleep apnea in adults . *CINAHL Information Systems* . April 23, 2010 .

Redeker NS , McEnany GP , eds. *Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice* . New York : Springer ; 2011 .

Rybarczyk B , et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults: background, evidence, and overview of treatment protocol . *Clin Gerontol* . 2013 ;36 : 70 .

Touhy TA , Jett KF . *Ebersole and Hess' gerontological nursing healthy aging* . ed 4 St Louis : Mosby ; 2014 .

Townsend-Roccichelli J , et al. Managing sleep disorders in the elderly . *Nurse Pract* . 2010 ;35 (5) : 30 .

University of Maryland Medical Center Sleep Disorders Center: *Sleep disorders-overview*, 2015, http://umm.edu/health/medical/ency/articles/sleep-disorders-overview. Accessed November 2015.

US Food and Drug Administration (USFDA): *Side effects of sleep drugs*, 2015, http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm107757.htm. Accessed November 2015.

Van Kerrebroeck P . Nocturia: current status and future perspectives . *Curr Opin Obstet Gynecol* . 2011 ;23 (5) : 376 .

Wickwire EM , Collop NA . Insomnia and sleep-related breathing disorders . *Chest* . 2010 ;137 (6) : 1449 .

Referências de pesquisa

Blair PS , et al. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case studies conducted in the UD . *PLoS ONE* . 2014 ;9 (9) : e107799 .

Brand H . EB67 Sleep hygiene in hospitals for patient healing . *Crit Care Nurse* . 2014 ;334 (2) : e10 .

Dennis CM , et al. Benefits of quiet time for neurointensive care patients . *J Neurosci Nurs* . 2010 ;43 (4) : 217 .

Faraklas I , et al. Impact of a nursing-driven sleep hygiene protocol on sleep quality . *J Burn Care Res* . 2013 ;34 : 249 .

Flynn Makic MB , et al. Examining the evidence to guide practice: challenging practice habits . *Crit Care Nurse* . 2014 ;34 (2) : 28 .

Fontana CJ , Pittiglio LI . Sleep deprivation among critical care patients . *Crit Care Nurs Q* . 2010 ;33 (1) : 75 .

Harris M , Richards KC . The physiological and psychological effect of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people . *J Clin Nurs* . 2010 ;19 : 197 .

Jain S , et al. Bed sharing in school-age children—clinical and social implications . *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* . 2011 ;24 : 185 .

Koren A , et al. Parental information and behaviors and provider practices related to tummy time and back to sleep . *J Pediatr Health Care* . 2010 ;24 (4) : 222 .

Murphy G , et al. Quiet at night: implementing a Nightingale principle . *Am J Nurs* . 2013 ;113 (12) : 43 .

Ross C , et al. Association between insomnia symptoms and weight change in older women: caregiver osteoporotic fractures study . *J Am Geriatr Soc* . 2011 ;59 (9) : 1697 .

Ward TC . Reasons for mother-infant bed sharing: a systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research . *Matern Child Health J* . 2014 ;19 (3) : 675 .

Wiggins SA , Freeman JL . Understanding sleep during adolescence . *Pediatr Nurs* . 2014 ;40 (2) : 91 .

44

Controle da Dor

OBJETIVOS

- Discutir concepções errôneas comuns a respeito da dor.
- Descrever a fisiologia da dor.
- Identificar componentes da vivência de dor. Explicar de que maneira a fisiologia da dor se relaciona com a seleção de intervenções para o alívio da dor.
- Avaliar um paciente apresentando dor.
- Explicar de que maneira fatores culturais influenciam a vivência de dor.
- Descrever as diretrizes para a seleção e a individualização de terapias para a dor.
- Explicar as diversas abordagens farmacológicas para tratamento da dor.
- Descrever as aplicações do uso de intervenções não farmacológicas para a dor.
- Discutir as implicações de enfermagem da administração de analgésicos.
- Identificar barreiras ao controle efetivo da dor.
- Avaliar a resposta de um paciente a intervenções para dor.

TERMOS-CHAVE

Acupuntura, p. 1025
Adjuvantes, p. 1027
Analgesia controlada pelo paciente (ACP), p. 1030
Analgesia epidural, p. 1031
Analgesia multimodal, p. 1028
Analgésicos, p. 1027
Anestesia local, p. 1031
Anestesia regional, p. 1031
Aquisição de imagens guiadas, p. 1024
***Biofeedback*, p. 1023**
Dependência física, p. 1035
Dependência, p. 1035
Dor aguda, p. 1009
Dor crônica, p. 1009
Dor idiopática, p. 1010
Dores penetrantes, p. 1033
Estimulação cutânea, p. 1025
Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS), p. 1025
Infusões perineurais, p. 1031
Limiar de dor, p. 1008
Modulação, p. 1008
Neurotransmissores, p. 1007
Nociceptor, p. 1007
Opioides, p. 1027
Percepção, p. 1008
Placebos, p. 1036
Prostaglandinas, p. 1007

Pseudodependência, p. 1035
Relaxamento, p. 1024
Tolerância à dor, p. 1009
Tolerância a medicamentos, p. 1036
Transdução, p. 1007
Transmissão, p. 1007

A dor é uma experiência universal, ainda que individual, e constitui uma condição que as enfermeiras encontram em pacientes em todos os contextos clínicos. Esta é a razão mais comum pela qual as pessoas procuram cuidados de saúde; no entanto, ela é com frequência reconhecida de maneira insuficiente, incompreendida e tratada de forma inadequada. Uma pessoa com dor com frequência sente angústia ou sofrimento e procura alívio. Um dos principais desafios da dor é que como enfermeira você não consegue ver ou sentir a dor de um paciente. Ela é puramente subjetiva. Não há duas pessoas que vivenciem a dor da mesma maneira e não há dois eventos dolorosos que acarretem respostas ou sentimentos idênticos em uma pessoa. A International Association for the Study of Pain (IASP) a define como "uma vivência subjetiva sensorial *e* emocional desagradável, associada a danos teciduais efetivos ou potenciais ou descrita em termos desses danos" (IASP, 2014b).

Houve recentemente uma solicitação para se intensificarem os esforços de pesquisa relacionados com a dor. O Congresso dos Estados Unidos declarou os anos de 2000 a 2010 como sendo a Decade of Pain Control and Research (Década de Controle e de Pesquisa da Dor) e, embora o conjunto das evidências tenha aumentado, a dor continua a ser um grande problema de saúde pública nos Estados Unidos. O 2010 Patient Protection and Affordable Care Act solicitou que o Department of Health and Human Services dos Estados Unidos obtivesse o apoio do Institute of Medicine (IOM) na realização de uma investigação extensa da dor como um problema de saúde pública. Os resultados do estudo do IOM foram liberados no relatório de 2011,

Relieving Pain in America: a Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education and Research. Esse relatório reconheceu a trágica epidemia de dor nos Estados Unidos e recomendou grandes esforços coordenados para se desenvolverem estratégias seguras e efetivas de prevenção e de tratamento (IOM, 2011). Na "Declaration of Montreal," a IASP afirmou que o acesso ao tratamento da dor é um direito humano fundamental (IASP, 2015). As enfermeiras são legal e eticamente responsáveis pelo controle da dor e pelo alívio do sofrimento.

O controle da dor deve ser centrado no paciente, com as enfermeiras praticando a defesa dos pacientes, a capacitação, a compaixão e o respeito. Cuidar de pacientes com dor requer o reconhecimento de que a dor pode e deve ser aliviada. A comunicação efetiva entre o paciente, seus familiares e os profissionais provedores de cuidados é essencial para se conseguir o controle adequado da dor. O reconhecimento da natureza subjetiva da dor e o respeito ao paciente com dor são demonstrados quando uma enfermeira aceita a definição clássica de McCaffery: "A dor é o que quer que a pessoa que a vivencia diz que seja, existindo sempre que ela diz que a sente" (Pasero e McCaffery, 2011). O controle efetivo da dor melhora a qualidade de vida; reduz o desconforto físico; promove a mobilização e o retorno mais precoces aos níveis basais anteriores de atividade funcional; acarreta menos consultas ao hospital e à clínica; e diminui a duração da estadia hospitalar, ocasionando custos mais baixos do cuidado de saúde.

No Brasil, utilizam-se as referências da Sociedade Brasileira para o estudo da dor (SBED)/Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP).

Base de conhecimento científico

Natureza da Dor

A vivência de dor é complexa, envolvendo mais do que uma sensação fisiológica singular causada por um estímulo específico. Ela tem componentes físicos, emocionais e cognitivos. É subjetiva e muito individualizada. Ela esgota a energia de uma pessoa e pode contribuir para a fadiga crônica. Ela interfere nas relações interpessoais e influencia o sentido da vida. Deixada sem tratamento ela pode levar a graves consequências físicas, psicológicas, sociais e financeiras. A dor propriamente dita não pode ser medida objetivamente. Apenas o paciente sabe se a dor está presente e como é sua vivência. No entanto, uma avaliação cuidadosa é criticamente importante para se avaliarem os efeitos (p. ex., comportamentos e alterações fisiológicas) associados à dor. Não é responsabilidade de um paciente provar que está com dor; é responsabilidade da enfermagem avaliar a condição do paciente e aceitar seu relato subjetivo (APS, 2009).

Fisiologia da Dor

São quatro os processos fisiológicos da dor normal: transdução, transmissão, percepção e modulação (Pasero e McCaffery, 2011). Um paciente com dor não consegue distinguir os processos uns dos outros. A compreensão de cada processo ajuda no reconhecimento dos fatores que causam dor, dos sintomas que a acompanham e da justificativa de terapias selecionadas.

Transdução

Estímulos térmicos, químicos ou mecânicos geralmente causam dor. A **transdução** converte a energia produzida por esses estímulos em energia elétrica. Ela se inicia na periferia quando um estímulo que produz dor (p. ex., exposição à pressão ou a uma superfície quente) envia um estímulo por uma fibra nervosa sensorial periférica para dor

(**nociceptor**), desencadeando um potencial de ação. A **transmissão** do impulso de dor tem início assim que a transdução se completa.

Transmissão

A alteração celular causada por estímulos térmicos, mecânicos ou químicos acarreta a liberação de **neurotransmissores** excitatórios como **prostaglandinas**, bradicinina, substância P e histamina (Quadro 44-1). Os neurotransmissores afetam o envio dos estímulos nervosos. Eles excitam durante a transmissão ou inibem durante a modulação. Os neurotransmissores excitatórios enviam impulsos elétricos através da fenda sináptica entre duas fibras nervosas, intensificando a transmissão do impulso de dor. Essas substâncias sensibilizadoras à dor circundam as fibras de dor no líquido extracelular, disseminando a mensagem da dor e causando uma resposta inflamatória (Pasero e McCaffery, 2011). O estímulo de dor penetra a medula espinal pelo corno dorsal e segue por uma de diversas vias até terminar na substância cinzenta da medula espinal. No corno dorsal é liberada a substância P, ocasionando uma transmissão sináptica do nervo periférico aferente (sensorial) para nervos do trato espinotalâmico, que cruzam para o lado oposto (Pasero e McCaffery, 2011) (Fig. 44-1).

Quadro 44-1 Neurofisiologia da Dor: Neurorreguladores

Neurotransmissores (Excitatórios)

Prostaglandinas

- Geradas pela decomposição de fosfolípides em membranas celulares.
- Consideradas como aumentando a sensibilidade à dor.

Bradicinina

- Liberada pelo plasma que vaza de vasos sanguíneos circunvizinhos no local de uma lesão tecidual.

- Liga-se a receptores em nervos periféricos, aumentando os estímulos de dor.
- Liga-se a células que causam a reação em cadeia, produzindo prostaglandinas.

Substância P

- Encontrada em neurônios de dor do corno dorsal (péptide excitatório).
- Necessária para a transmissão de impulsos de dor da periferia para centros cerebrais superiores.
- Causa vasodilatação e edema.

Histamina

- Produzida pelos mastócitos, causando dilatação capilar e aumento da permeabilidade capilar.

Serotonina

- Liberada pelo tronco encefálico e o corno dorsal para inibir a transmissão da dor.

Neuromoduladores (Inibitórios)

- Constituem o suprimento natural de substâncias semelhantes à mor4fina no corpo.
- Ativados pelo estresse e a dor.
- Localizados no cérebro, na medula espinal e no trato gastrointestinal.
- Causam analgesia ao se fixar a receptores opiáceos no cérebro.
- Presentes em níveis elevados em pessoas que sentem menos dor que outras com uma lesão semelhante.

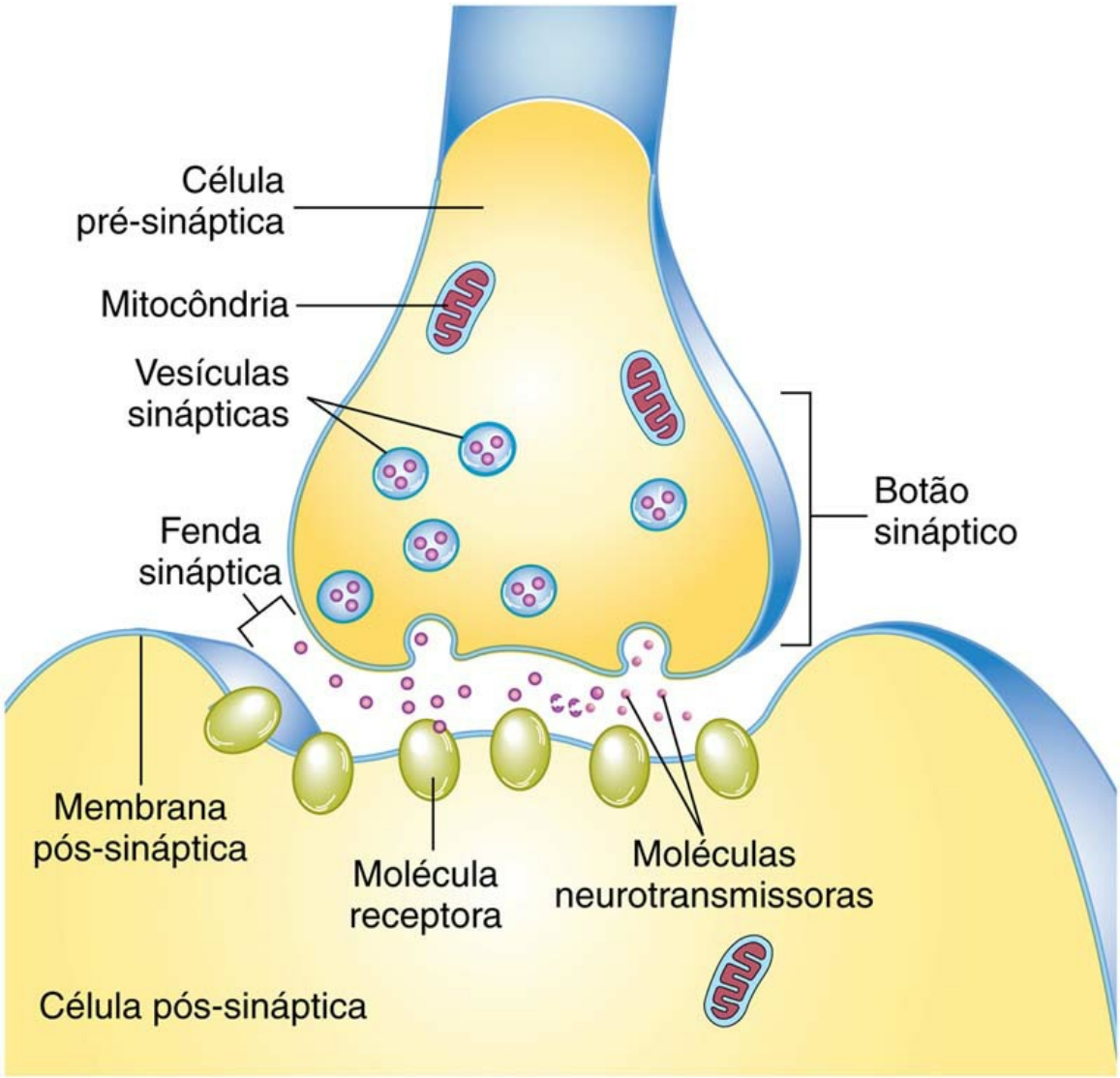


FIGURA 44-1 As sinapses químicas envolvem compostos químicos transmissores (neurotransmissores) que enviam sinais para as células pós-sinápticas. (De Patton KT, Thibodeau GA: *Anatomy & physiology*, Ed. 9, St. Louis, Mosby.)

Os impulsos nervosos decorrentes do estímulo doloroso seguem por fibras nervosas periféricas aferentes (sensoriais). Dois tipos de fibras nervosas periféricas conduzem estímulos dolorosos: as fibras A-Δ, rápidas e mielinizadas, e as fibras C, muito pequenas, lentas e não mielinizadas. As fibras A transmitem sensações nítidas, localizadas e distintas que especificam a origem da dor e detectam sua intensidade. As fibras C retransmitem impulsos que são mal localizados, viscerais e persistentes. Após pisar em um prego, por exemplo, uma pessoa sente

inicialmente uma dor nítida e localizada, que é consequente à transmissão por fibras A, ou primeira dor. Dentro de alguns segundos todo o artelho dói pela transmissão por fibras C, ou segunda dor (Pasero e McCaffery, 2011).

Os impulsos de dor sobem pela medula espinal por meio do trato espinotalâmico (Fig. 44-2). Depois que o impulso de dor sobe pela medula espinal o tálamo transmite informações a centros superiores no cérebro, incluindo a formação reticular, o sistema límbico, o córtex somatossensorial e o córtex associativo.

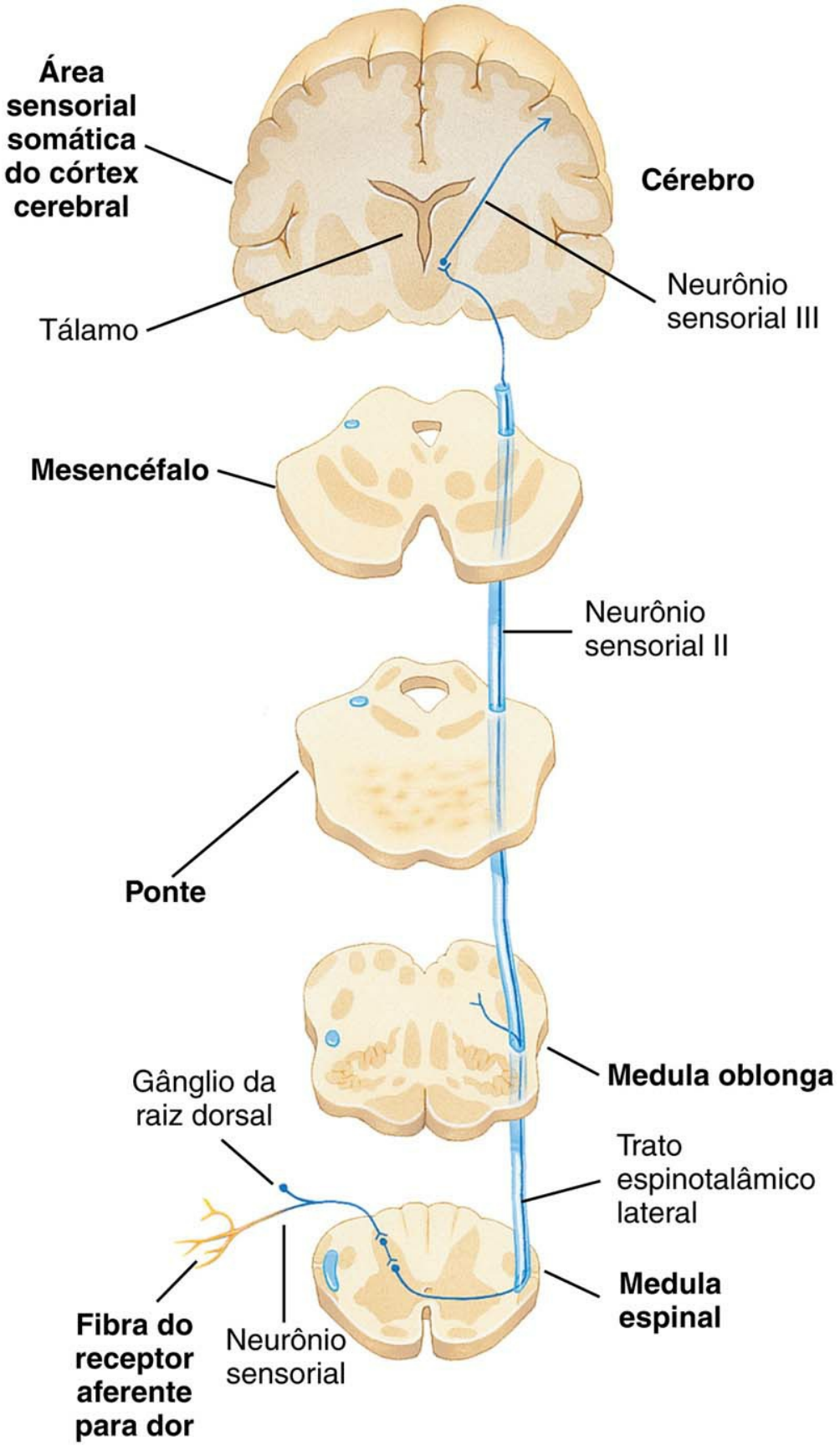

Área sensorial somática do córtex cerebral
Cérebro
Tálamo
Neurônio sensorial III
Mesencéfalo
Neurônio sensorial II
Ponte
Medula oblonga
Gânglio da raiz dorsal
Trato espinotalâmico lateral
Medula espinal
Fibra do receptor aferente para dor
Neurônio sensorial

FIGURA 44-2 Via espinotalâmica que conduz estímulos de dor até o cérebro.

Percepção

Assim que um estímulo de dor chega ao córtex cerebral, o cérebro interpreta a natureza da dor e processa a informação com base na experiência pregressa, no conhecimento e nas associações culturais à percepção da dor (Pasero e McCaffery, 2011). A **percepção** é o ponto em que a pessoa se torna ciente da dor. O córtex somatossensorial identifica a localização e a intensidade da dor, enquanto o córtex associativo, predominantemente o sistema límbico, determina de que maneira a pessoa se sente em relação a isso. Não há um centro único de dor.

Uma reação complexa ocorre quando uma pessoa se torna ciente da dor. Fatores psicológicos e cognitivos interagem com os fatores neurofisiológicos. A percepção dá reconhecimento e significado à dor, produzindo uma reação. A reação à dor inclui as respostas fisiológicas e comportamentais que ocorrem depois que um indivíduo percebe a dor (Pasero e McCaffery, 2011).

Modulação

Assim que o cérebro percebe a dor, há uma liberação de neurotransmissores inibitórios (Quadro 44-1), como as endorfinas (opioides endógenos), serotonina, norepinefrina e ácido γ-aminobutírico (GABA), que dificultam a transmissão da dor e ajudam a produzir um efeito analgésico (Pasero e McCaffery, 2011). Os neurotransmissores diminuem a atividade neuronal sem transferir diretamente um sinal nervoso por uma sinapse. A inibição do impulso de dor é a quarta e última do processo normal de dor, designada **modulação** (Pasero e McCaffery, 2011).

Uma resposta reflexa protetora também ocorre à recepção da dor (Fig. 44-3). As fibras A-Δ enviam impulsos sensoriais à medula espinal, na qual fazem sinapse com neurônios motores espinais. Os impulsos motores voltam por um arco reflexo ao longo de fibras

nervosas eferentes (motoras) até um músculo periférico próximo ao local da estimulação, contornando assim o cérebro. A contração do músculo leva a uma retração protetora em relação à origem da dor. Ao tocar acidentalmente um ferro de passar quente, por exemplo, você tem uma sensação de ardência, mas sua mão também se retrai reflexamente da superfície do ferro. Os processos de dor tornam necessária a integridade do sistema nervoso e da medula espinal. Os fatores comuns que perturbam o processo de dor incluem traumatismos, drogas, a expansão de tumores e distúrbios metabólicos.

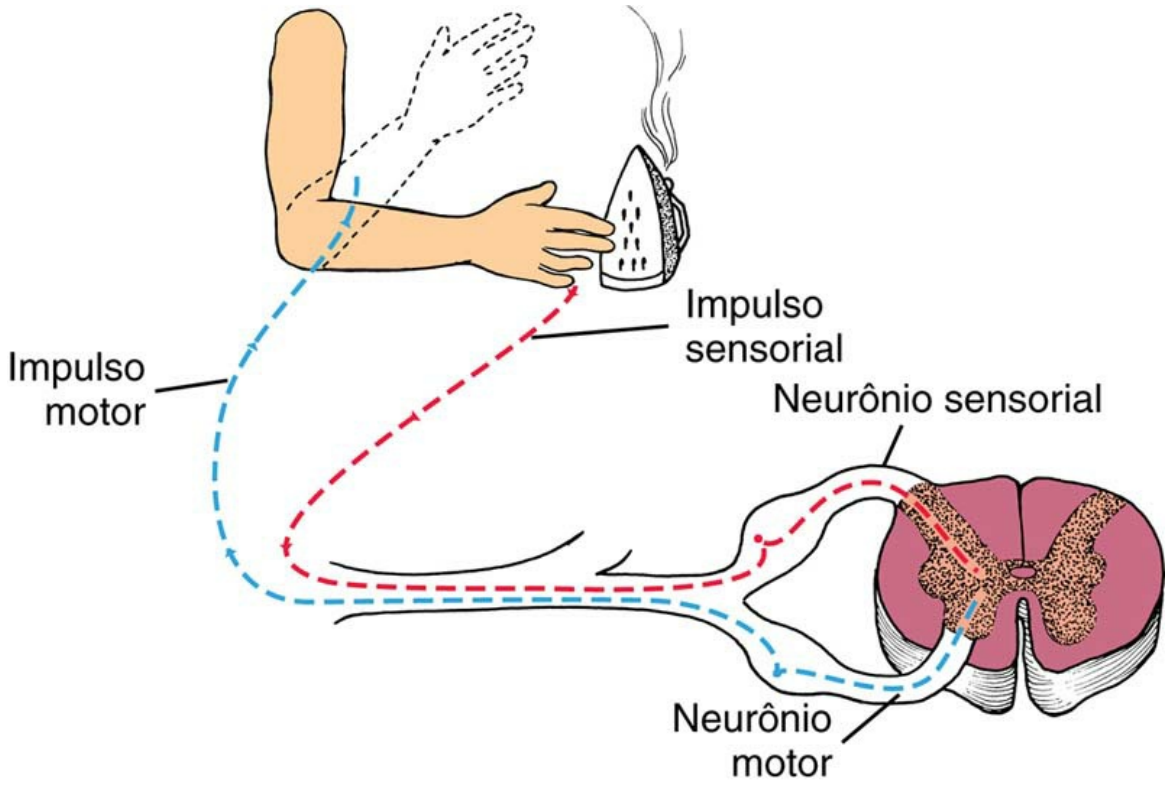


FIGURA 44-3 Reflexo protetor ao estímulo de dor.

Teoria do Portal de Controle da Dor

A teoria do portal de controle de Melzack e Wall (1965) foi a primeira a sugerir que a dor, além das sensações físicas, tem componentes

emocionais e cognitivos. De acordo com essa teoria, mecanismos de portão localizados ao longo do sistema nervoso central regulam ou bloqueiam os impulsos de dor. Esses impulsos de dor passam quando um portão está aberto e são bloqueados quando o portão está fechado. O fechamento do portão constitui a base de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor. Uma estrutura conceptual útil para o controle da dor é obtida através do conhecimento das influências fisiológicas, emocionais e cognitivas sobre os portões. Fatores tais como estresse e exercício, por exemplo, aumentam a liberação de endorfinas, elevando com frequência o **limiar de dor** de um indivíduo (o ponto em que uma pessoa sente dor). A resposta à dor varia porque a quantidade de substâncias circulantes varia em todos os indivíduos.

Respostas Fisiológicas

A resposta de estresse estimula o sistema nervoso autônomo (SNA) quando impulsos de dor sobem pela medula espinal em direção ao tronco encefálico e ao tálamo. Dores de intensidade baixa a moderada e dores superficiais evocam a reação de fuga ou luta da síndrome geral de adaptação (Cap. 38). A estimulação do ramo simpático do SNA acarreta respostas fisiológicas (Tabela 44-1). Dores contínuas, fortes ou profundas envolvendo tipicamente os órgãos viscerais (p. ex., por um infarto do miocárdio ou cólicas de cálculos biliares ou renais) ativam o sistema nervoso parassimpático. Respostas fisiológicas duradouras à dor causam por vezes danos graves aos indivíduos. Exceto em casos de dor traumática intensa, que faz a pessoa entrar em choque, muitas pessoas se adaptam reflexamente a sua dor e seus sinais físicos retornam aos níveis basais normais. Veja que o normal não é o mesmo para todos os indivíduos. Assim, pacientes com dor *nem sempre* apresentam alterações em seus sinais vitais. As alterações nos sinais vitais indicam mais comumente outros problemas que não a dor.

Tabela 44-1

Reações Fisiológicas à Dor

Resposta	Causa ou Efeito
Estimulação Simpática*	
Dilatação dos tubos brônquicos e aumento da frequência respiratória	Proporciona maior entrada de oxigênio
Aumento da frequência cardíaca	Proporciona maior transporte de oxigênio
Vasoconstricção periférica (palidez, elevação da pressão arterial)	Eleva a pressão arterial com desvio do suprimento sanguíneo da periferia e das vísceras para os músculos esqueléticos e o cérebro
Aumento do nível sanguíneo de glicose	Proporciona energia adicional
Aumento do nível de cortisol (de curta duração)	Funções de memória aumentadas, um surto de aumento da imunidade e menor sensibilidade à dor
Diaforese	Controla a temperatura corporal durante o estresse
Aumento da tensão muscular	Prepara os músculos para agir
Dilatação das pupilas	Proporciona visão melhor
Diminuição da motilidade gastrointestinal	Libera energia para atividades mais imediatas
Estimulação Parassimpática†	
Palidez	Desvia o suprimento sanguíneo afastando-o da periferia
Náuseas e vômitos	Nervo vago envia impulsos para a zona gatilho quimiorreceptora no cérebro
Diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial	Decorre da estimulação vagal
Respiração rápida e irregular	Causa a insuficiência das defesas corporais sob o estresse prolongado da dor

* Dores de intensidade baixa a moderada e dores superficiais.

† Dores intensas ou profundas.

Respostas Comportamentais

A resposta à dor é complexa, sendo influenciada pela cultura da pessoa, por suas vivências de dor, por sua percepção da dor e por sua capacidade de controlar o estresse. Quando deixada sem tratamento ou não aliviada, a dor altera de maneira significativa a qualidade de vida, com consequências físicas e psicológicas. Os efeitos

generalizados da dor constituem a razão pela qual é essencial o controle efetivo da dor. Alguns pacientes optam por não relatar a dor por achar que ela incomoda outras pessoas ou sinaliza uma perda do autocontrole. Outros suportam a dor sem pedir ajuda. Familiarize-se com as respostas comportamentais à dor. Constituem indicações comuns de dor aguda cerrar os dentes, caretas faciais, segurar ou proteger a parte dolorosa e adotar uma postura curvada. A dor crônica afeta a atividade do paciente (alimentação, sono, socialização), seu pensamento (confusão mental, esquecimento) ou suas emoções (raiva, depressão, irritabilidade) e sua qualidade de vida e produtividade (IOM, 2011). Você aprende logo a reconhecer os padrões de comportamento que refletem a dor na ausência de um relato verbal. Essa capacidade se torna particularmente importante em pacientes que não sejam capazes de relatar sua dor, tal como os indivíduos que apresentam alterações cognitivas ou não possam se comunicar (p. ex., intubados com uma via aérea artificial). A ausência de expressão de dor, no entanto, não indica que o paciente não a esteja sentindo (Pasero e McCaffery, 2011). Analise criticamente as condições que causam dor e recomende o tratamento apropriado ainda que o paciente não possa fazê-lo.

O reconhecimento da resposta de dor específica de um paciente é importante para a avaliação do sucesso das terapias de controle da dor. Encoraje seus pacientes a aceitar medidas para o alívio da dor para que eles possam permanecer ativos e continuar mantendo suas atividades cotidianas. A capacidade de tolerância à dor de um paciente influencia significativamente a percepção que você tem do desconforto por ele apresentado. Pacientes que tenham uma **baixa tolerância à dor** (nível de dor que uma pessoa esteja disposta a aceitar) são por vezes erroneamente percebidos como poliqueixosos. Instrua os pacientes quanto à importância de relatar sua dor o mais cedo possível e não mais tardiamente para facilitar um controle melhor e um estado funcional ótimo.

Dores Agudas e Crônicas

A dor é categorizada de acordo com a duração (aguda ou crônica) ou

à condição patológica (p. ex., de câncer ou neuropática). Os dois tipos de dor que podem ser observados em pacientes são a dor aguda (transitória) e a dor crônica (persistente), que inclui a dor de câncer ou a dor não cancerosa.

Dor Aguda/Transitória

A **dor aguda** é em geral protetora, tem duração curta e acarreta um grau limitado de dano tecidual e de resposta emocional. Ela é comum após uma lesão aguda, uma doença ou uma cirurgia. A dor aguda avisa às pessoas sobre uma lesão ou uma doença; portanto, ela é protetora. Ela acaba por ceder finalmente, com ou sem tratamento, depois da consolidação da área lesionada. Os pacientes em dor aguda se mostram assustados e ansiosos e esperam um alívio rápido. Ela é autolimitada; em consequência disso, o paciente sabe que o fim está à vista. Como a dor aguda tem um término previsível (consolidação) e uma causa identificável, os membros da equipe de saúde geralmente se mostram dispostos a tratá-la agressivamente.

A dor aguda coloca seriamente em risco a recuperação do paciente, por dificultar sua capacidade de estar ativo e envolvido em seu próprio cuidado. Isso ocasiona uma hospitalização prolongada por complicações como a exaustão física e emocional, imobilidade, privação de sono e complicações pulmonares. A evolução física e psicológica é retardada enquanto a dor persistir, porque o paciente focaliza toda a sua energia no alívio da dor. Os esforços no sentido de se instruir e motivar o paciente a cuidar de si mesmo podem ser prejudicados até que a dor seja controlada de forma eficaz. Nem sempre é possível se obter o alívio total da dor, mas a redução da dor a um nível tolerável é um objetivo realista. Um objetivo primordial da enfermagem é proporcionar um alívio da dor que possibilite ao paciente participar de sua recuperação, evitar complicações e melhorar seu estado funcional. Uma dor aguda não aliviada pode evoluir para a dor crônica (Althaus et al., 2014).

Dor Crônica/Persistente não Cancerosa

O IOM (2011) estimou que a dor crônica afeta aproximadamente 100 milhões de norte-americanos adultos, mais do que o total afetado por cardiopatias, câncer e diabetes combinados. Diferentemente da dor aguda, a **dor crônica** não é protetora e não tem, portanto, nenhum propósito, mas tem um efeito dramático sobre a qualidade de vida de uma pessoa. A dor crônica não cancerosa é prolongada, varia quanto à intensidade e em geral dura mais tempo (tipicamente pelo menos 6 meses) do que o esperado ou predito (IOM, 2011). Nem sempre ela tem uma causa identificável e ela acarreta um grande sofrimento pessoal. Os exemplos de dor crônica não cancerosa incluem as dores de artrite, dores lombares inferiores, cefaleias, fibromialgia e neuropatia periférica. Essa dor pode decorrer de uma dor inicial, como uma distensão lombar, ou pode ter uma causa contínua, como uma doença. A dor crônica não cancerosa pode ser vista como uma doença, pois tem uma patologia distinta que causa alterações em todo o sistema nervoso que podem se agravar com o tempo (IOM, 2011). Ela tem significativos efeitos psicológicos e cognitivos e pode constituir por si só uma entidade mórbida separada grave. A dor crônica não cancerosa geralmente não acarreta risco de vida para o paciente. Em alguns casos a área lesionada se consolidou há muito tempo e, no entanto, a dor continua e não responde ao tratamento.

Em combinação aos tratamentos ineficazes e à natureza incessante e à incerteza quanto a sua duração, a possível causa não conhecida da dor frustra o paciente, levando com frequência à depressão psicológica e até mesmo ao suicídio. A dor crônica é uma causa importante de incapacidade psicológica e física, ocasionando problemas tais como perda do emprego, incapacidade de desempenhar atividades diárias simples, disfunção sexual e isolamento social. O objetivo do tratamento da dor crônica não cancerosa é melhorar o estado funcional por meio de um plano envolvendo múltiplas modalidades.

A pessoa com dores crônicas não cancerosas apresenta com frequência uma dor que pode não ter a mesma resposta fisiológica da dor aguda; todavia, os relatos subjetivos e a interferência nas atividades da vida diária (AVD), na socialização e na capacidade de

desempenhar as obrigações profissionais são bem reais. Com frequência os pacientes sofrem mais com o tempo devido à exaustão física e mental. Os sintomas associados a dores crônicas incluem fadiga, insônia, anorexia, perda de peso, apatia, desespero, depressão e raiva. A dor crônica leva à incerteza quanto a como a pessoa vai se sentir de um dia para o outro. Uma pessoa apresentando dores crônicas não cancerosas frequentemente não evidencia sintomas óbvios e não se adapta à dor. Os provedores de cuidados de saúde geralmente se mostram menos dispostos a tratar a dor crônica por opioides, ainda que haja diretrizes apoiando seu uso (Chou et al., 2009). Além disso, a American Society of Anesthesiologists (2010) liberou as *Practice Guidelines for Chronic Pain Managementi* (Diretrizes Práticas para o Controle da Dor Crônica), que incluem o uso de opioides. Uma pessoa com dor crônica que venha a consultar inúmeros provedores de cuidados de saúde é com frequência rotulada como dependente de drogas, quando está na realidade buscando o alívio adequado da dor. É preciso que as enfermeiras desencorajem que os pacientes tenham múltiplos provedores de cuidados de saúde tratando sua dor e os encaminhem a especialistas. Os centros de dor proporcionam abordagens farmacológicas e não farmacológicas para uma abordagem holística ao controle da dor.

Dor Crônica Episódica

Uma dor que ocorre esporadicamente por um período longo é uma dor episódica. Os episódios de dor duram horas, dias ou semanas. Um exemplo de dor crônica episódica é a cefaleia enxaquecosa, que ocorre até 14 dias por mês, em comparação à enxaqueca crônica, que ocorre mais de 15 dias por mês (Katsarava et al., 2012).

Dor de Câncer

Nem todos os pacientes com câncer sentem dor. Muitos daqueles que vêm a sentir dor podem ter sua dor controlada por meios relativamente simples (Burchum & Rosenthal, 2016). Alguns pacientes com câncer apresentam dores agudas e/ou crônicas. Essa dor é normal

(nociceptiva), decorrendo da estimulação de um nervo não lesionado, e/ou neuropática, decorrendo de nervos de dor anormais ou lesionados (Tabela 44-2). A dor de câncer é causada em geral pela progressão do tumor e por processos patológicos a ele relacionados, por procedimentos invasivos, toxicidades da quimioterapia, infecções e limitações físicas. O paciente sente a dor no local efetivo do tumor ou em um local distante deste, designada como *dor referida*. Avalie sempre de maneira completa os relatos de uma nova dor por parte de um paciente com dores preexistentes. O tratamento insuficiente da dor cancerosa ainda é frequente, apesar da disponibilidade e do uso generalizado de opioides e de diretrizes atualizadas por parte de sociedades profissionais renomadas confiáveis. Mais de 75% dos pacientes com câncer avançado apresentam dores, porém as pesquisas mostraram que aproximadamente um terço dos pacientes não recebe medicações em proporção à intensidade de sua dor (Greco et al., 2014; Paice & Ferrell, 2011).

Tabela 44-2

Classificação da Dor por Patologia Inferida

Dor Nociceptiva	Dor Neuropática
I. *Dor nociceptiva:* Estimulação normal de terminações nervosas periféricas especiais — designadas como *nociceptoras*; respondem geralmente a não opioides e/ou a opioides A. *Dor somática:* Proveniente de ossos, articulações, músculos, pele ou tecido conectivo; é geralmente de natureza aguda e pulsátil e bem localizada B. *Dor visceral:* Origina-se de órgãos viscerais como o trato gastrointestinal e o pâncreas; é por vezes subdividida: 1. Envolvimento da cápsula do órgão por um tumor que causa dor aguda e razoavelmente bem localizada 2. Obstrução de víscera oca, que causa cólicas	II. *Dor neuropática:* Processamento anormal de estímulos sensoriais pelo sistema nervoso periférico ou central; tratamento geralmente inclui adjuvantes analgésicos. A. Dor gerada centralmente 1. *Dor por desaferenciação:* Lesão ao sistema nervoso periférico ou central. *Exemplos:* A dor fantasma indica uma lesão ao sistema nervoso periférico; uma dor em ardência abaixo do nível de uma lesão medular espinal reflete uma lesão ao sistema nervoso central. 2. *Dor simpaticamente mantida:* Associada a uma regulação alterada do sistema nervoso autônomo B. Dor gerada perifericamente: 1. *Polineuropatias dolorosas:* Dor sentida ao longo da distribuição de muitos nervos periféricos. *Exemplos:* Neuropatia diabética, neuropatia alcoólico-nutricional e síndrome de Guillain-Barré. 2. *Mononeuropatias dolorosas:* Geralmente se associam a uma lesão conhecida a um nervo periférico; a dor é sentida pelo menos parcialmente ao longo da distribuição do nervo lesionado. *Exemplos:* Compressão de raízes nervosas, estrangulamento de nervos, e neuralgia do trigêmeo.

intermitentes e dores mal localizadas	

De Pasero C, McCaffery M: *Pain assessment and pharmacologic management*, St Louis, 2011, Mosby.

Dor Idiopática

A **dor idiopática** é uma dor crônica na ausência de uma causa física ou psicológica identificável ou uma dor percebida como excessiva em relação à extensão de uma condição patológica orgânica. Um exemplo de dor idiopática é a síndrome de dor regional complexa (SDRC). Há necessidade de pesquisas para se identificar melhor a causa da dor idiopática visando à identificação de um tratamento mais efetivo (Pasero e McCaffery, 2011).

Base de conhecimento de enfermagem

O conhecimento de enfermagem relativamente aos mecanismos de dor e às intervenções para dor continua a se expandir pela pesquisa de enfermagem. Essa seção explora os fatores que influenciam a vivência de dor.

Conhecimento, Atitudes e Crenças

As atitudes de enfermeiras e de outros provedores de cuidados de saúde afetam o controle da dor. O modelo médico tradicional de doença gera atitudes relativamente à dor. Esse modelo sugere que os problemas físicos ocorrem em consequência de causas físicas. Assim, a dor é uma resposta física à disfunção orgânica. Quando não há uma origem óbvia para a dor (p. ex., pacientes com dores lombares crônicas ou neuropatias), os provedores de cuidados de saúde por vezes rotulam de forma estereotipada os portadores de dor como simuladores, poliqueixosos ou pacientes difíceis.

Os estudos das atitudes de enfermeiras relativamente ao controle da dor mostraram que a opinião pessoal da enfermeira quanto ao relato de dor de um paciente afeta a avaliação da dor e o ajuste das doses de opioides. Foi demonstrado que a avaliação da intensidade da dor por parte das enfermeiras subestima os relatos de dor dos pacientes (Goulet et al., 2013). Algumas variáveis de enfermeiras e pacientes, incluindo variáveis culturais (p. ex., sexo, idade, educação), conhecimento e diagnóstico do paciente, podem contribuir para as diferenças nas avaliações de dor. A quantidade de analgesia administrada pode variar com base no paciente estar se contorcendo ou sorrindo durante a avaliação da enfermeira (Pasero e McCaffery, 2011). Enfermeiras com experiência profissional de mais de 6 anos, maior motivação no emprego e níveis percebidos por elas próprias como mais elevados em procedimentos de cuidado da dor com frequência usam mais procedimentos de defesa dos pacientes na provisão do controle da dor (Vaartio et al., 2009).

As suposições das enfermeiras a respeito de pacientes com dor limitam muito sua capacidade de proporcionar o alívio da dor. Vieses baseados na cultura, na educação e na experiência influenciam todas as pessoas. Com grande frequência as enfermeiras deixam que concepções errôneas relativamente à dor (Quadro 44-2) afetem sua disposição de intervir. Algumas enfermeiras evitam admitir a dor de um paciente devido a seus próprios temores e a sua negação. Elas não acreditam no relato de dor de um paciente se ele não aparenta estar sentindo dor. A enfermeira tem direito a suas próprias crenças; entretanto, ela tem de *aceitar* o relato de dor de um paciente e agir de acordo com diretrizes profissionais, padrões, declarações de posição, estratégias e procedimentos e achados de pesquisas baseados em evidências (Pasero e McCaffery, 2011).

Quadro 44-2 Vieses e Concepções Errôneas Comuns a Respeito da Dor

As afirmações a seguir são falsas:

- Pacientes que fazem uso abusivo de substâncias (p. ex., drogas ou álcool) reagem excessivamente a desconfortos.
- Pacientes com doenças de gravidade menor têm menos dor que aqueles com alterações físicas graves.
- A administração regular de analgésicos leva à dependência a drogas.
- O grau de dano tecidual em uma lesão indica com precisão a intensidade da dor.
- Os profissionais de saúde são as melhores autoridades quanto à natureza da dor de um paciente.
- A dor psicogênica não é real.
- A dor crônica é psicológica.
- Pacientes que estão hospitalizados apresentam dor.
- Pacientes que não conseguem falar não sentem dor.

Para se ajudar um paciente a obter o alívio da dor é importante que se veja a experiência pelos olhos do paciente. Reconhecer um preconceito ou uma concepção errônea pessoal ajuda a se abordar os problemas do paciente de maneira mais profissional. Uma análise mais objetiva da vivência de dor é possível por se tornar um observador ativo e bem preparado de um paciente com dor. O paciente faz o diagnóstico de que a dor está presente e a enfermeira fornece intervenções que acabam por proporcionar alívio.

Fatores que influenciam a Dor

A dor é um processo complexo que envolve influências fisiológicas, sociais, espirituais, psicológicas e culturais. Assim, a vivência de dor de cada indivíduo é diferente. Considere todos os fatores que afetam um paciente com dor para assegurar uma abordagem holística à avaliação e ao cuidado do paciente.

Fatores Fisiológicos

Idade

A idade influencia a vivência de dor. É importante considerar como um evento doloroso afeta uma pessoa do ponto de vista do desenvolvimento. Como exemplo, a dor pode impedir que um adolescente faça contatos sociais com amigos. Um adulto de meia idade pode ser incapaz de continuar a trabalhar em casos em que ela é intensa. É particularmente importante se considerar como diferenças do desenvolvimento afetam a maneira pela qual lactentes e idosos reagem à dor. As crianças pequenas têm dificuldade em compreender a dor, o seu significado e os procedimentos que a causam. Se não tiverem desenvolvido um vocabulário completo elas têm dificuldade em descrever verbalmente e em expressar a dor para seus pais ou provedores de cuidados. Crianças em fase de engatinhar e pré-escolares são incapazes de recordar explicações a respeito da dor ou de associá-las a vivências que podem não estar relacionadas com a condição dolorosa. Tendo-se em mente essas considerações referentes

ao desenvolvimento, é necessário se adaptar as abordagens à avaliação da dor de uma criança (p. ex., o que perguntar, inclusive aos pais), os comportamentos a serem observados e a maneira de se preparar uma criança para um procedimento médico doloroso.

A dor não é uma parte inevitável do envelhecimento. Do mesmo modo, a percepção da dor não diminui com a idade. Os idosos, porém, têm uma probabilidade maior de vir a apresentar condições patológicas que se acompanham de dor. Além disso, alterações relacionadas com a idade e uma fragilidade aumentada podem levar a uma resposta mais imprevisível a analgésicos, a uma sensibilidade maior a medicações e a efeitos potencialmente prejudiciais das drogas (van Ojik et al., 2012). A pessoa com dor, seus familiares e seus provedores de cuidados de saúde frequentemente tomam como certa sua condição clínica crônica e subestimam a dor. Alterações graves no estado funcional acompanham frequentemente a dor em pacientes idosos. Ela reduz potencialmente a mobilidade, as AVD, as atividades sociais e a tolerância à atividade. A presença de dor em um adulto idoso torna necessária a agressividade na avaliação no diagnóstico e no tratamento (Quadro 44-3).

Quadro 44-3

Foco em adultos idosos

Fatores Influenciando a Dor em Adultos Idosos

- Com o envelhecimento a massa muscular diminui, o tecido adiposo corporal aumenta e a percentagem de água corporal diminui. Isso aumenta a concentração de drogas hidrossolúveis como morfina administradas a doses normais. o volume de distribuição de drogas lipossolúveis como fentanil aumenta (Burchum e Rosenthal, 2016; Tracy e Morrison, 2013).
- Os adultos idosos frequentemente se alimentam mal, ocasionando baixos níveis séricos de albumina. Muitas drogas se ligam bastante a proteínas. Na presença de uma albumina sérica baixa há mais

droga livre (forma ativa) disponível, aumentando assim o risco de efeitos colaterais e/ou tóxicos (Burchum e Rosenthal, 2016; Tracy e Morrison, 2013).

- Um declínio das funções hepática e renal ocorre naturalmente ao envelhecimento. Isso acarreta a redução do metabolismo e da excreção de drogas. Os adultos idosos, portanto, apresentam um efeito de pico maior e uma duração mais longa dos analgésicos (Arnstein, 2010).
- Alterações relacionadas com idade na pele, como adelgaçamento e perda da elasticidade, afetam a razão de absorção dos analgésicos tópicos.

A capacidade dos adultos idosos em interpretar a dor se mostra por vezes prejudicada. Eles apresentam com frequência múltiplas doenças, com sintomas que afetam partes semelhantes do corpo. A enfermeira tem de fazer avaliações detalhadas quando a origem da dor não é clara. Doenças diferentes por vezes causam sintomas semelhantes. Uma dor torácica, por exemplo, nem sempre indica um ataque cardíaco; ela é também um sintoma da artrite da coluna ou de um transtorno abdominal. Quando vêm a apresentar alterações cognitivas e confusão mental, os idosos têm dificuldade em recordar vivências de dor e em fornecer explicações detalhadas quanto a sua dor (Pasero e McCaffery, 2011). É necessário abordar as concepções errôneas sobre o tratamento da dor nos muito jovens e nos idosos antes de se intervir em um paciente (Tabelas 44-3 e 44-4).

Tabela 44-3

Dor em Lactentes

Concepção Errônea	Correção
Os lactentes não sentem dor.	Os lactentes têm os requisitos anatômicos e funcionais para o processamento da dor desde meados ao final da gestação.
Os lactentes são menos sensíveis à dor que crianças maiores e adultos.	Neonatos a termo têm a mesma sensibilidade à dor de lactentes de idade mais avançada e crianças. Os neonatos pré-termo têm maior sensibilidade à dor que neonatos a termo ou crianças maiores.

Os lactentes não conseguem expressar dor.	Embora não consigam verbalizar a dor, os lactentes respondem por indicações comportamentais e por indicadores fisiológicos que são observáveis.
Os lactentes têm de aprender a respeito da dor a partir de experiências dolorosas anteriores.	A dor não requer uma experiência anterior; os lactentes não precisam aprendê-la a partir de experiências dolorosas anteriores. Ela ocorre à primeira noxa.
Não é possível se avaliar com precisão a dor em lactentes.	São usadas indicações comportamentais (p. ex., expressões faciais, choro, movimentos corporais) e indicadores fisiológicos de dor (alterações nos sinais vitais, por exemplo) para se avaliar a dor em lactentes de forma fidedigna e válida.
Não se pode administrar com segurança analgésicos e anestésicos a lactentes e a neonatos devido a sua capacidade imatura de metabolizar e eliminar drogas e a sua sensibilidade à depressão respiratória induzida por opioides.	Os lactentes são muito sensíveis a drogas. A resposta a drogas é com frequência intensa e prolongada. A absorção é mais rápida do que o esperado. É preciso se reduzir as doses de drogas excretadas pelos rins (Burchum e Rosenthal, 2016). Os responsáveis pelas prescrições escolhem cuidadosamente a medicação, a dose, a via de administração e o horário. As enfermeiras monitorizam frequentemente quanto a efeitos desejados e indesejados. Elas também acompanham as prescrições de medicações para ajustar e diminuir a dose de medicações para reduzir ao máximo os efeitos adversos.

Tabela 44-4

Concepções Errôneas a Respeito da Dor em Idosos

Concepção Errônea	Correção
A dor é uma consequência natural do envelhecimento.	Os idosos têm um risco maior (até o dobro) que os adultos mais jovens para muitas condições dolorosas; porém, a dor não é uma consequência inevitável do envelhecimento.
A percepção da dor ou a sensibilidade à dor diminui com a idade.	Essa suposição não é segura. Embora haja evidências de que o sofrimento emocional especificamente relacionado com a dor pode ser menor em pacientes idosos que naqueles mais jovens, não há nenhuma base científica para a alegação de que há uma diminuição na percepção da dor com a idade ou que a idade amortece a sensibilidade à dor.
Um idoso que não relata dor não apresenta dor.	Os idosos comumente relatam a dor em frequência menor que a ocorrida. As razões incluem esperar sentir dor ao aumento da idade; não desejar alarmar os entes queridos; temer perder sua independência; não querer distrair, enfurecer ou incomodar os cuidadores; e achar que os cuidadores sabem que eles estão com dor e estão fazendo tudo que podem para aliviá-la. A ausência de um relato de dor não significa ausência de dor.
Um paciente idoso que pareça estar ocupado, adormecido ou de alguma outra forma distraído da dor não está	Os idosos acreditam com frequência que é inaceitável demonstrar dor e aprenderam diversas maneiras de se ajustar a ela (p. ex., muitos pacientes usam a distração com sucesso por um período curto). Dormir é por vezes uma estratégia adaptativa; por outro lado, isso indica exaustão e não alívio da dor. Não faça suposições a respeito da presença ou ausência de dor unicamente com base no comportamento de um paciente.

com dor.	
Os efeitos colaterais potenciais dos opioides tornam perigoso seu uso para aliviar a dor em pessoas idosas.	O uso dos opioides é seguro em idosos com dores moderadas a intensas (Arnstein, 2010). Embora idosos que não sejam usuários contínuos de opioides sejam comumente mais sensíveis aos opioides, isso não justifica suspender-se seu uso no controle da dor. Um ajuste lento evita efeitos colaterais potencialmente perigosos induzidos pelos opioides. Há necessidade de monitoramento e avaliação regulares e frequentes da resposta de um paciente. Devem-se ajustar a dose e o intervalo entre as doses ao se detectarem efeitos colaterais. Se necessário, é administrada uma droga antagonista opioide para reverter uma depressão respiratória clinicamente significativa.
Os pacientes com doença de Alzheimer e outras alterações cognitivas não sentem dor e seus relatos de dor muito provavelmente não são válidos.	Não há nenhuma evidência de que pessoas idosas com alterações cognitivas apresentem menos dor ou que seus relatos de dor têm validade menor do que aqueles de indivíduos com funções cognitivas intactas (Herr, 2010). Pacientes com demência ou outros déficits da cognição muito provavelmente apresentam um grau significativo de dor e desconforto não aliviados. A avaliação da dor nesses pacientes é um desafio, mas é possível. A melhor abordagem consiste em aceitar o relato de dor de um paciente e tratá-la como você a trataria em um indivíduo com função cognitiva intacta.
Os pacientes idosos relatam mais dor à medida que envelhecem.	Ainda que os pacientes idosos apresentem uma incidência maior de condições dolorosas como artrite, osteoporose, doença vascular periférica e câncer que os pacientes mais jovens, os estudos mostraram que eles relatam dor em frequência menor do que a ocorrida. Muitos idosos cresceram valorizando a capacidade de "sorrir e suportá-la" (Pasero e McCaffery, 2011).

Fadiga

A fadiga aumenta a percepção da dor e diminui a capacidade de ajuste. A percepção da dor é ainda mais intensa quando ela ocorre associada à perturbação do sono. A dor é vivenciada em frequência menor ao final de um sono restaurador que ao final de um dia longo.

Genes

A pesquisa em voluntários humanos saudáveis sugeriu que as informações genéticas transmitidas pelos pais aumentam ou diminuem possivelmente a sensibilidade à dor de uma pessoa e determinam seu limiar de dor ou sua tolerância à dor. Avanços recentes no estudo da genética e da dor mostraram que até mesmo pequenas alterações no ácido desoxirribonucleico (DNA) podem explicar parcialmente diferenças individuais na dor. As influências genéticas foram demonstradas como contribuindo para a sensibilidade à dor, a percepção e a expressão da dor (James, 2013).

Função Neurológica

A função neurológica de um paciente influencia a vivência de dor. Todo e qualquer fator que interrompa ou influencie a recepção ou a percepção normal da dor (p. ex., lesões medulares espinais, neuropatias periféricas ou doenças neurológicas) afetam o reconhecimento da dor pelo paciente e sua resposta a ela. Algumas substâncias farmacológicas (analgésicos, sedativos e anestésicos) influenciam a percepção da dor e a resposta a ela graças à maneira pela qual afetam o sistema nervoso.

Fatores Sociais

Atenção

O grau em que a pessoa focaliza a atenção na dor influencia sua percepção. Uma atenção aumentada se associa a uma dor mais intensa, enquanto a distração se associa a uma resposta diminuída à dor. Este é um conceito que as enfermeiras aplicam em diversas intervenções para o alívio da dor, como o relaxamento, as imagens guiadas e as massagens. Focalizando-se a atenção e a concentração dos pacientes em outros estímulos, sua percepção da dor diminui (Cap. 33).

Experiência Anterior

Todas as pessoas aprendem com as vivências de dor. A experiência anterior não significa que uma pessoa aceite a dor com maior facilidade no futuro. Episódios dolorosos anteriores frequentes ou crises de dor intensa causam ansiedade ou medo. Em contrapartida, uma pessoa que apresente com frequência o mesmo tipo de dor que foi aliviado com êxito tem maior facilidade em interpretar a sensação de dor. Em consequência disso o paciente se encontra melhor preparado para tomar as providências necessárias para aliviar a dor.

No caso de um paciente que não tenha nenhuma experiência de uma condição dolorosa, a primeira percepção de dor altera com frequência sua capacidade de adaptação. Após uma cirurgia abdominal, por exemplo, os pacientes apresentam com frequência

fortes dores incisionais por vários dias. A não ser que o paciente saiba que esta é uma ocorrência comum após a cirurgia, o aparecimento da dor parece uma complicação grave. Em vez de participar ativamente em exercícios respiratórios pós-operatórios (Cap. 50), o paciente permanece imóvel no leito e respira superficialmente por recear que alguma coisa está errada. Na fase antecipatória da vivência de dor, é preciso que você prepare o paciente com uma explicação clara do tipo de dor a ser esperada e dos métodos para sua redução. Isso geralmente acarreta uma percepção reduzida da dor.

Apoio Familiar e Social

As pessoas com dor dependem muitas vezes de membros da família ou de amigos íntimos para apoio, assistência ou proteção. Embora a dor ainda permaneça, a presença de familiares ou amigos com frequência pode tornar menos estressante a experiência. A conversa com familiares constitui uma distração útil. A presença dos pais é particularmente para crianças sentindo dores.

Fatores Espirituais

A espiritualidade é uma busca ativa de significado em situações nas quais a pessoa se encontra (Capítulo 36). As crenças espirituais afetam a maneira pela qual os pacientes encaram a dor ou se adaptam a ela. Estudos de pesquisa demonstraram que crenças espirituais e preferências por intervenções espirituais têm sido úteis para o controle da dor (Dezutter et al., 2011; Weinstein et al., 2014). Os pacientes fazem com frequência perguntas de base espiritual como, "Por que isso aconteceu comigo?", "Por que eu estou sofrendo?". A dor espiritual vai além do que podemos ver. "Por que Deus fez isso comigo?". "Esse sofrimento está me ensinando alguma coisa?". Outras preocupações espirituais incluem a perda da independência e se tornar uma carga para a família. Considere fazer um encaminhamento ao atendimento pastoral no caso de pacientes com dor. Lembre-se de que a dor é uma vivência que tem componentes físicos e emocionais. Assim, proporcionar intervenções destinadas a tratar ambos esses aspectos é essencial para o melhor controle possível da dor.

Fatores Psicológicos

Ansiedade

Uma pessoa percebe a dor de forma diferente caso ela sugira uma ameaça, uma perda, uma punição ou um desafio. Uma mulher em trabalho de parto, por exemplo, percebe a dor de forma diferente de uma mulher com história de câncer que esteja sentindo uma dor nova e temendo a recorrência. Além disso, o grau e a qualidade da dor percebida por um paciente influenciam seu significado. A relação entre a dor e a ansiedade é complexa. A ansiedade intensifica muitas vezes a percepção da dor e a dor causa sentimentos de ansiedade. É difícil separar as duas sensações.

Pacientes lesionados ou em estado crítico que percebem não ter controle sobre seu ambiente e seu cuidado apresentam níveis elevados de ansiedade. Essa ansiedade leva a graves problemas no controle da dor. Abordagens farmacológicas e não farmacológicas ao controle da ansiedade são apropriadas; as medicações ansiolíticas, porém, não são substitutos da analgesia (Pasero e McCaffery, 2011).

Estilo de Adaptação

A dor é uma vivência solitária, que com frequência faz com que os pacientes sintam a perda do controle. O estilo de adaptação influencia a capacidade lidar com isso. As pessoas com um local de controle interno percebem a si próprias como tendo controle sobre eventos em sua vida e consequências tais como a dor. Elas fazem perguntas, desejam informações e fazem opções em relação ao tratamento. Em contrapartida, as pessoas com um local de controle externo percebem que outros fatores em sua vida, como as enfermeiras, são responsáveis pelas consequências dos eventos. Esses pacientes seguem instruções e são mais passivos no controle de sua dor. Aprenda a reconhecer os recursos adaptativos dos pacientes durante vivências de dor para poder incorporá-los a seu plano de cuidado. Como exemplo, um paciente que não solicite medicação para dor, mas que evidencie sinais comportamentais de desconforto, pode passar a necessitar que você seja mais sensível ao oferecer medicações prescritas conforme o

necessário no momento oportuno (Cap. 38).

Fatores Culturais

O significado que uma pessoa associa à dor afeta a vivência de dor e a maneira pela qual ela se adapta à dor. Com frequência isso se associa intimamente à formação cultural da pessoa, incluindo idade, educação, raça e fatores familiares. As crenças e os valores culturais afetam a maneira dos indivíduos lidarem com a dor. Eles aprendem o que é esperado e aceito por sua cultura, incluindo como reagir à dor. Os provedores de cuidados de saúde com frequência supõem erroneamente que todas as pessoas respondem à dor da mesma maneira. Significados e atitudes diferentes se associam à dor em grupos culturais diversos. Um conhecimento dos significados culturais da dor vai ajudá-lo a planejar um cuidado culturalmente sensível para pessoas com dor (Pasero e McCaffery, 2011).

A cultura afeta a expressão da dor. Algumas pessoas acham que é natural demonstrar dor. Outras tendem a ser mais introvertidas. Quando uma pessoa se muda para outro país, é importante se saber até que ponto o indivíduo assimilou isso em sua vida. Como exemplo, a influência da cultura espanhola pode ser limitada no caso de várias gerações da família de um paciente hispânico terem vivido nos Estados Unidos, enquanto pacientes recém-emigrados com frequência ainda aderem a suas normas culturais.

Como enfermeira, explore o impacto das diferenças culturais sobre a vivência de dor de um indivíduo e faça ajustes no plano de cuidado (Quadro 44-4). Pergunte se o paciente teve alguma experiência anterior desagradável com o controle da dor. Coopere com o paciente e seus familiares para aprender suas crenças, seus valores e suas preferências culturais, de modo a avaliar e controlar adequadamente a dor (Capítulo 9). Encontre um instrumento de avaliação culturalmente apropriado e comunique o uso desse instrumento a outros provedores de cuidados de saúde.

Quadro 44-4

Aspectos culturais do cuidado

Avaliando a Dor em Pacientes Culturalmente Diferentes

A dor é um fenômeno biopsicossocial. A cultura molda a vivência de dor, incluindo sua expressão e os comportamentos ou as respostas adaptativas de um paciente. Como exemplo, um indivíduo de um grupo socioeconômico mais alto tem mais recursos para controlar a dor e tem maior probabilidade de adotar comportamentos que vão diminuir a dor. Um estudo de pesquisa demonstrou que as pessoas da classe socioeconômica mais baixa, em comparação àquelas da classe mais alta, tinham probabilidade 2 a 3 vezes maior de se sentir incapacitadas pela dor (Dorner et al., 2011). A cultura afeta igualmente a escolha de remédios leigos por uma pessoa, suas atividades de busca de ajuda e sua receptividade ao tratamento médico. Alguns provedores de cuidados de saúde tratam a dor de forma insuficiente por não levar em consideração os efeitos culturais sobre a percepção da intensidade da dor. As enfermeiras cuidam de pacientes com dor de formação cultural bastante diversa; por isso é preciso que você elabore estratégias para avaliar e tratar a dor em pacientes culturalmente diversos.

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Utilize para a avaliação da dor instrumentos de avaliação culturalmente apropriados, tais como instrumentos escritos na língua nativa do paciente (Pasero e McCaffery, 2011).
- Avalie o nível de instrução do paciente quanto à saúde, porque isso afeta sua capacidade de fornecer uma orientação apropriada quanto ao controle da dor e as terapias para dor.
- Reconheça as variações nas respostas subjetivas à dor. Alguns pacientes são estoicos e menos expressivos, enquanto outros são emotivos e tendem mais a verbalizar a dor.

- Seja sensível às variações nos estilos de comunicação. Algumas culturas acreditam que a expressão não verbal da dor é suficiente para descrever a vivência de dor, ao passo que outras supõem que a enfermeira vai trazer a medicação para dor se ela for apropriada; pedir por ela, portanto, não é adequado.
- Esteja ciente de que a expressão da dor é inaceitável em determinadas culturas. Alguns pacientes acreditam que pedir ajuda indica falta de respeito; já outros acham que admitir do é um sinal de fraqueza.
- O significado da dor varia entre as culturas. A dor é pessoal e está relacionada com crenças religiosas. Algumas culturas consideram o sofrimento como uma parte da vida, devendo ser suportado para se entrar no paraíso.
- Utilize o conhecimento das variações biológicas da dor. Diferenças significativas no metabolismo de drogas, nas necessidades de dose, na resposta terapêutica e nos efeitos adversos são observadas em grupos culturais. É igualmente possível nesse grupo observar uma grande variedade de respostas. Por esta razão, deve-se avaliar cuidadosamente a resposta de cada paciente à medicação para dor.
- Desenvolva uma consciência pessoal de seus próprios valores e crenças que afetam suas respostas aos relatos de dor dos pacientes.

Pensamento crítico

O pensamento crítico bem-sucedido requer uma síntese de conhecimento, experiência, informações obtidas dos pacientes, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais e profissionais. Ao fazer julgamentos clínicos você prevê as informações de que necessita, analisa os dados e toma decisões relativamente ao cuidado dos pacientes. A condição ou a situação de um paciente está continuamente se modificando. Considere durante a avaliação todos os elementos de pensamento crítico que levam a diagnósticos de enfermagem apropriados.

O conhecimento da fisiologia da dor e dos muitos fatores que influenciam a dor lhe ajuda a controlar a dor de um paciente. A experiência anterior no cuidado de pacientes com dor aguça sua capacidade de avaliação e sua capacidade de escolher terapias eficazes. As atitudes e os padrões intelectuais do pensamento crítico asseguram a avaliação agressiva, o planejamento criativo e a avaliação meticulosa que são necessários para se obter um nível aceitável de alívio para a dor do paciente, ao mesmo tempo em que se equilibram os benefícios do tratamento relativamente aos riscos associados ao tratamento. O tratamento eficaz da dor não significa necessariamente eliminar a dor, mas sim obter alívio da dor de modo mutuamente acordado, o que permite aos pacientes controlar sua dor, em vez de a dor os controlar.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado dos pacientes. O processo de enfermagem proporciona uma abordagem de tomada de decisões para que você elabore e implemente um plano de cuidado individualizado.

As enfermeiras abordam o controle da dor de forma sistemática para compreender e tratar a dor de um paciente. O êxito no tratamento da dor depende do estabelecimento de uma relação de confiança entre os provedores do cuidado de saúde, o paciente e sua família. O controle da dor vai além do alívio, compreendendo a qualidade de vida do paciente e sua capacidade de trabalhar produtivamente, apreciar a recreação e funcionar normalmente na família e na sociedade.

A American Nurses Association (ANA, 2005) mantém que a avaliação e o controle da dor estão dentro do alcance da prática de todas as enfermeiras. Assim, a ANA oferece um exame de certificação para o tratamento da dor para enfermeiras de equipes hospitalares (http://www.aspmn.org/certification). Há várias diretrizes clínicas disponíveis para o controle da dor em transtornos específicos. Podem ser obtidas pelas diretrizes da American Pain Society (APS) quanto ao tratamento da dor em contextos de cuidado primário; dor na anemia falciforme; dor de câncer em adultos e em crianças; e dores na osteoartrite, na artrite reumatoide e na artrite juvenil crônica. A Sigma Theta Tau International fornece diretrizes para idosos em seu site na Internet (www.geriatricpain.org). Além disso, a National Guidelines Clearinghouse (www.guideline.gov) posta diversas diretrizes para o controle da dor.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de avaliação avalie meticulosamente cada paciente e analise criticamente os achados para se assegurar de tomar as

decisões clínicas centradas no paciente necessárias para o cuidado de enfermagem seguro. Uma avaliação abrangente da dor visa colher informações a respeito da causa da dor de uma pessoa e determinar seu efeito sobre sua capacidade de funcionar.

Pelos Olhos do Paciente

Muitas pessoas consideram a dor como parte da vida. Alguns pacientes a sentem por horas ou dias antes de procurar assistência de cuidado de saúde. Com frequência elas esperam e até aceitam um determinado grau de dor enquanto estão hospitalizadas. É importante se tomar conhecimento dos valores e das crenças pessoais do paciente a respeito do tratamento da dor e se reconhecer que as expectativas do paciente vão influenciar sua capacidade de nçaralc os objetivos no tratamento da dor (QSEN, 2014). Perguntar a um paciente sobre seu nível de dor tolerável constitui um primeiro passo no sentido de ajudar um paciente a recuperar o controle. A avaliação de vivências de dor anteriores e de intervenções eficazes no domicílio proporciona uma base a partir da qual se pode prosseguir. Os pacientes esperam que as enfermeiras aceitem seus relatos de dor e demonstrem presteza no atendimento de suas necessidades de dor.

Ao avaliar a dor, seja sensível ao nível de desconforto e determine o nível que vai permitir seu paciente funcionar. Como exemplo, ao cuidar de um paciente com dor pergunte: "Que nível de dor vai lhe permitir caminhar pelo corredor?" O paciente responde que a caminhada é possível quando a dor está a um nível de 2 em uma escala de 0 a 10, com 0 sendo nenhuma dor e 10 sendo a pior dor imaginável. Você planeja então terapias para reduzir a dor do paciente até esse nível. Certifique-se de que ele seja parceiro na tomada de decisões relativamente às melhores abordagens para o tratamento da dor.

Outro aspecto da avaliação da dor pelos olhos do paciente é determinar sua instrução quanto à saúde. As pessoas que têm dificuldade em encontrar uma gama de palavras para falar sobre sua dor carecem de capacidade de usar a linguagem para o alívio da dor. Os psicólogos sugerem que ter um vocabulário amplo para descrever

os sintomas de dor ajuda a equipar uma pessoa para controlar a dor e reduzir o sofrimento de maneira melhor. Muitas instituições têm instrumentos de avaliação para lhe possibilitar obter uma medida mais precisa do nível de instrução de uma pessoa.

É pouco provável que o paciente seja capaz de fornecer uma descrição detalhada de toda a vivência no caso de uma dor aguda ou intensa. Durante um episódio de dor aguda, dinamize sua avaliação e avalie a localização, a intensidade e a natureza da dor. Realize uma avaliação mais detalhada da dor aguda quando o paciente estiver mais confortável (Quadro 44-5). No caso de pacientes com dores crônicas, uma avaliação meticulosa da dor inclui as dimensões afetivas, cognitivas, comportamentais, espirituais e sociais. Os membros da família avaliam a dor no contexto do cuidado domiciliar, o uso do ABC no tratamento da dor constitui um meio eficaz de controle da dor (Quadro 44-6).

Quadro 44-5 Questões de Avaliação de Enfermagem

Dor Atual: (Modificar a Avaliação de Acordo com a Idade, a Capacidade Cognitiva, a Cultura, a Linguagem e Outros Fatores do Paciente)

Fatores **P**aliativos ou Provocativos: O que piora sua dor? O que a melhora?
Qualidade: Como você descreve sua dor?
Medidas de **A**lívio: O que você toma em casa para obter o alívio da dor?
Região (localização): Mostre-me onde dói.
Gravidade: Em uma escala de 0 a 10, qual é a intensidade de sua dor agora?

- Qual foi a pior dor que você teve nas últimas 24 horas?
- Qual é a dor média que você teve nas últimas 24 horas?

Escala **T**emporal: Sua dor é constante, intermitente ou ambas?

U: Efeito da dor: O que você não consegue fazer por causa da sua dor?

- Com quem você vive e de que maneira eles lhe ajudam quando você sente dor?

Medicações Atuais

- Que medicações/preparações de ervas você está tomando agora?
- Essas medicações/ervas são eficazes para aliviar a dor?
- Que tratamentos não farmacológicos você tentou para o alívio da dor?
- Que medicações você experimentou em épocas anteriores que funcionaram para fazer cessar sua dor?
- Você já usou drogas recreativas ou álcool para aliviar a dor?

Atividade

- Que nível de exercícios diários você consegue manter com sua dor?
- Que tipo de movimento aumenta ou alivia sua dor?
- Que tipo de atividades você evita agora devido a sua dor?

Quadro 44-6 Abordagem Clínica de Rotina à Avaliação e ao Controle da Dor; ABCDE

A. ***Pergunte*** regularmente a respeito da dor. Avalie sistematicamente a dor.

B. ***Acredite*** no paciente e seus familiares em seu relato de dor e do que a alivia.

C. ***Escolha*** opções de controle de dor apropriadas para o paciente, sua família e o contexto.

D. ***Administre*** as intervenções de maneira oportuna, lógica e coordenada.

E. ***Capacite*** os pacientes e seus familiares. Possibilite que eles controlem sua evolução no grau máximo possível.

De: Jacox A et al: *Management of cancer pain*, Clinical Practice Guideline Nº 9, AHCPR Publication Nº 94-0592, Rockville, MD, EUA, 1994, Agency for Healthcare Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services.

Como a dor é dinâmica, a avaliação precisa requer que você a monitorize de maneira regular juntamente com os outros sinais vitais. Algumas instituições a tratam como o quinto sinal vital. A avaliação da dor *não* é simplesmente um número. Ter como base unicamente um número não captura a multidimensionalidade da dor e pode não ser seguro, especialmente quando o número não reflete toda a vivência de dor ou quando o paciente não compreende o uso da escala de avaliação de dor escolhida. A avaliação da dor é uma função da enfermagem. Todavia, o pessoal da equipe de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros profissionais também avaliam quanto à dor por perguntar aos pacientes se estão sentindo dor. Caso a dor seja notada por qualquer provedor de cuidados, é essencial que a enfermeira seja informada imediatamente para poder fazer uma avaliação cuidadosa, de modo a confirmar o desconforto do paciente e prover o tratamento apropriado.

A capacidade de se estabelecer um diagnóstico de enfermagem, decidir quanto a intervenções apropriadas e avaliar a resposta do paciente (resultados) a intervenções depende da realização fundamental de uma avaliação de dor factual, oportuna e precisa (Fig. 44-4). O cerne dessa atividade complexa é a exploração da vivência de dor pelos olhos do paciente. As enfermeiras usam diversos instrumentos para avaliar dores nociceptivas e neuropáticas. Ao escolher um instrumento para ser usado em um paciente, tenha conhecimento da utilidade clínica, da fidedignidade e da validade desse instrumento nessa população específica de pacientes. Um instrumento que foi validado para uso em crianças pré-verbais, por exemplo, pode não ter validade ou fidedignidade para uso em adultos. Há instrumentos (ou escalas) de avaliação para uso com várias populações diferentes de pacientes, incluindo adultos em estado crítico, crianças pequenas e adultos portadores de demência avançada. O objetivo do uso desses instrumentos é identificar o grau

de dor que existe e não identificar quanta dor o paciente tolera.

Conhecimento

- Fisiologia da dor
- Fatores que aumentam ou diminuem potencialmente as respostas à dor
- Fisiopatologia das condições causando dor
- Conhecimento de vieses afetando a avaliação e o tratamento da dor
- Variações culturas na maneira pela qual a dor é interpretada e expressa
- Conhecimento da comunicação não verbal

Experiência

- Cuidar de pacientes com dores agudas, crônicas e decorrentes de câncer
- Cuidar de pacientes que apresentaram dor em consequência de uma terapia para cuidado de saúde
- Experiência pessoal com dor

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Determinar a perspectiva do paciente quanto à dor, incluindo a história de dor, seu significado e seus efeitos físicos, emocionais e sociais
- Obter a descrição do paciente para as características da dor
- Utilizar escalas de dor que sejam válidas e confiáveis para a população específica de pacientes
- Rever os fatores potenciais afetando a dor do paciente (p. ex., tempo desde a cirurgia, posição do paciente no leito)
- Identificar comorbidades médicas (p. ex., diabetes, câncer)

Padrões

- Consultar as diretrizes da AHSQ quanto ao tratamento da dor aguda
- Consultar as diretrizes clínicas da APS e da ASPMN
- Aplicar padrões intelectuais (p. ex., clareza, especificidade, precisão e plenitude) ao realizar a avaliação
- Empregar a relevância ao deixar o paciente explorar a vivência de dor

Atitudes

- Perseverar na exploração das causas e das possíveis soluções para a dor crônica
- Demonstrar confiança ao avaliar a dor para aliviar a ansiedade do paciente
- Demonstrar integridade e senso de justiça para evitar que o preconceito afete a avaliação

FIGURA 44-4 Modelo de pensamento crítico para a avaliação da dor. *AHRO*, Agency for Healthcare Research and Quality; *APS*, American Pain Society; *ASPMN*, American Society for Pain Manangement Nursing.

É necessário estar ciente dos possíveis erros na avaliação da dor (Quadro 44-7). O uso dos instrumentos e métodos corretos ajuda a se evitar erros e assegura a seleção das intervenções corretas para a dor. A incapacidade dos clínicos em avaliar com precisão a dor de um paciente, em aceitar os achados e em tratar o relato é uma causa comum de dor e sofrimento não aliviados.

Quadro 44-7 Possíveis Fontes de Erro na Avaliação da Dor

- O viés, que faz com que as enfermeiras consistentemente superestimem ou subestimem a dor apresentada pelos pacientes.
- Questões de coleta de dados vagas ou pouco claras, levando a dados de avaliação não confiáveis.
- Uso de instrumentos para a avaliação da dor que não estejam baseados em evidências ou não tenham sido validados em uma população específica de pacientes.
- Uso de termos médicos que os pacientes de baixa instrução não conseguem compreender.
- Pacientes que nem sempre fornecem informações completas, relevantes e precisas sobre a dor.
- Pacientes que apresentam alterações cognitivas e não são capazes de usar escalas de dor.

Expressão de Dor por Parte do Paciente

O autorrelato de dor por parte do paciente é o indicador individualmente mais confiável de sua existência e de sua intensidade (APS, 2009; Pasero e McCaffery, 2011). A dor é individualista. Muitos pacientes não relatam nem discutem o desconforto. Da mesma forma,

muitas enfermeiras acham que os pacientes relatam dor quando a sentem. Pacientes que percebem que você duvida da existência da dor compartilham poucas informações a respeito de sua vivência de dor ou reduzem a um mínimo seu relato. É preciso estabelecer com o paciente uma relação terapêutica de cuidado que possibilite a comunicação franca. Medidas simples, como se sentar ao falar com os pacientes sobre a dor, fazem com que eles vejam que você está sinceramente interessada na dor que eles sentem.

Pacientes incapazes de se comunicar de maneira efetiva necessitam frequentemente de uma atenção especial durante a avaliação. Lactentes e crianças, pessoas com retardo do desenvolvimento, pacientes que estejam psicóticos, pacientes que estejam em estado crítico ou no término da vida, pacientes com demência e pacientes que estejam afásicos ou não falem sua língua requerem todos eles abordagens diferentes. Herr et al. (2011) examinaram diversos instrumentos para a avaliação do comportamento de dor empregados em pacientes que apresentavam alterações cognitivas. Embora nenhum deles tivesse confiabilidade e validade suficientes, há recomendações relativas à prática clínica (Quadro 44-8). Entretanto, é preciso que se compreenda que "o número obtido ao se utilizar uma escala do comportamento de dor é um escore do comportamento de dor e não uma avaliação da intensidade da dor" (Pasero e McCaffery, 2011). Esses instrumentos identificam a presença de dor, mas não determinam a intensidade desta.

Quadro 44-8

Prática baseada em evidências

Avaliação da Dor em Pacientes que não Verbalizam

Questão PICO: Em pacientes idosos que não verbalizem, qual instrumento para a avaliação da dor é o mais eficaz para determinar a presença da dor?

Resumo das Evidências

Uma concepção errônea comum é a de que indivíduos que não verbalizam em consequência de demência ou de alterações cognitivas não apresentam dor (Herr et al., 2011). Os pacientes que não verbalizam apresentam frequentemente manifestações atípicas de dor causadas por alterações fisiopatológicas no cérebro. As manifestações incluem frequentemente bater, expressões de medo, agressividade e resistência ao cuidado (Herr et al., 2011). Uma força tarefa designada pela American Society for Pain Management Nursing elaborou uma declaração de posição baseada em evidências e recomendações de prática clínica relativamente à avaliação da dor em pacientes que não verbalizem (Herr et al., 2011). Não há uma estratégia única de avaliação, como a interpretação de comportamentos, a patologia ou a estimativa da dor por outras pessoas, que seja suficiente por si só para se determinar a presença da dor em um paciente que não verbalize.

Vários instrumentos foram elaborados para avaliar quanto à presença da dor em adultos com alterações cognitivas. Embora estudos de pesquisa tenham demonstrado que esses instrumentos podem ser usados para se determinar a presença da dor, há poucas evidências para se determinar se eles podem ser usados para se identificar a intensidade da dor. Em um estudo de Lukas et al., (2013), a Abbey Pain Scale, a Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) e o Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) foram demonstrados como possibilitando aos observadores reconhecer a presença ou ausência de dor e como proporcionando uma avaliação da intensidade da dor em pessoas idosas com alterações cognitivas.

Aplicações à Prática de Enfermagem

- Considerações de avaliação recomendadas:
  - Tentar um autorrelato da dor utilizando respostas simples sim/não ou vocalizações ou uma escala de avaliação numérica (Herr et al., 2011).
  - Procurar causas potenciais da dor (Herr et al., 2011). Os

exemplos incluem a dor associada a infiltrações em locais de inserção intravenosa, cólicas abdominais e plenitude abdominal, retenção urinária, espasmos musculares e uma pressão prolongada sobre partes do corpo em associação à imobilidade.
  - Supor que a dor está presente (APP) depois de afastar outros problemas (infecções, constipação intestinal) que causam dor.
  - Identificar condições patológicas ou procedimentos que causem dor.
  - Observar os comportamentos do paciente e citar os comportamentos (p. ex., expressões faciais, vocalizações, movimentos corporais, alterações nas interações sou no estado mental) que indiquem dor. Esses comportamentos variam, dependendo do nível de desenvolvimento do paciente (Herr et al., 2011).
  - Peça um relato substituto de familiares, pais ou cuidadores.
- Utilize instrumentos de avaliação comportamental:
  - Use instrumentos baseados em evidências para assegurar uma avaliação apropriada da dor (Herr et al., 2011).
  - As evidências apoiam o uso da escala PAINAD para a avaliação da dor em pacientes com demência avançada (Mosele et al., 2012).
  - Determine a escala apropriada com base nas necessidades do paciente individual; nenhuma escala mede com precisão a dor em todos os grupos de pacientes.
- Os sinais vitais são os indicadores mais sensíveis da presença da dor.
- Escolha o analgésico, a dose e o ajuste com base na intensidade da dor estimada.
- Em dores moderadas a graves, consulte o provedor de cuidados de saúde para administrar analgésicos não opioides o dia inteiro.
- Reavaliar depois de 24 horas. Se os comportamentos melhorarem, suponha que a dor era a causa.
- Se os comportamentos persistirem, consulte o médico quanto a administrar uma única dose baixa de um opioide de ação curta (morfina, por exemplo). Observar o efeito.

- Se os comportamentos continuarem, obtenha uma prescrição para aumentar a dose em 25% a 50% e observe o efeito.
- Continue a aumentar a dose até que haja um efeito terapêutico ou sejam observados efeitos adversos incômodos ou não haja nenhum benefício.
- Explore outras causas potenciais caso os comportamentos continuem após um período razoável de uso de analgésicos.

Os pacientes com alterações cognitivas tornam frequentemente necessárias abordagens perspicazes envolvendo a observação atenta da resposta vocal, dos movimentos faciais (p. ex., caretas, dentes cerrados) e dos movimentos corporais (p. ex., inquietação, andar de um lado para o outro). Avalia-se também a interação social (p. ex., o paciente evita conversar?). Pacientes que estejam em estado crítico e tenham a consciência alterada ou apresentem tubos nasogástricos ou vias aéreas artificiais tornam necessárias perguntas específicas que eles possam responder com um movimento da cabeça ou por escrever uma resposta. A avaliação da dor é difícil caso o paciente fale uma língua diferente. Um intérprete profissional é com frequência necessário.

Quando o paciente estiver com dor, faça um exame físico e neurológico focalizado e observe quanto a respostas não verbais à dor (p. ex., caretas faciais, postura corporal rígida, mancar, franzir o cenho ou chorar) (Pasero e McCaffery, 2011). Examine a área dolorida para ver se a apalpação ou a manipulação da área dolorida aumenta a dor.

Características da Dor

A avaliação das características da dor possibilita que você conheça o tipo de dor, seu padrão e os tipos de intervenções que proporcionam alívio. O uso de instrumentos para a quantificação da extensão e do grau de dor depende do paciente apresentar um nível de ativação cognitiva suficiente para poder compreender e seguir instruções.

Escala Temporal (Início, Duração e Padrão)

Faça perguntas para determinar o início, a duração e a sequência temporal da dor. Quando ela teve início? Quanto tempo ela durou? Ela ocorre no mesmo horário todos os dias? Ocorre de forma intermitente, constante ou em combinação? Com que frequência ela apresenta recorrência? Por vezes é mais fácil se diagnosticar a natureza da dor pela identificação de fatores temporais. O reconhecimento do ciclo temporal ou do padrão da dor lhe ajuda a intervir antes que a dor venha a ocorrer ou se agravar.

Localização

Peça ao paciente que descreva ou aponte todas as áreas de desconforto para avaliar a localização da dor. Para localizar mais especificamente a dor, faça com que ele mostre a área em toda a sua extensão a partir do ponto de maior intensidade. É difícil fazer isso se a dor for difusa ou envolver diversos locais ou várias partes do corpo. Não pressuponha que a dor de seu paciente ocorre sempre no mesmo local. Ao descrever a localização da dor a outros provedores de cuidados de saúde, empregue marcos anatômicos e uma terminologia descritiva. A afirmação "A dor está localizada no quadrante superior direito do abdome" é mais específica do que aquela de "O paciente diz que a dor é no abdome." A dor classificada por localização é superficial ou cutânea, profunda ou visceral, referida ou se irradiando (Tabela 44-5).

Tabela 44-5
Classificação da Dor por Localização

Localização	Características	Exemplos de Causas
Superficial ou Cutânea		
Dor decorrente da estimulação da pele	A dor tem duração curta e é localizada. Ela é geralmente uma sensação aguda.	Picada de agulha, corte pequeno ou laceração
Profunda ou Visceral		
Dor decorrente da estimulação de órgãos internos	A dor é difusa e se irradia em várias direções. Sua	Sensação de Cushing (p. ex., angina de

	duração varia, mas comumente ela dura mais que a dor superficial. A dor é aguda, surda ou específica do órgão envolvido.	peito), sensação de queimação (p. ex., úlcera gástrica)
Referida		
Comum na dor visceral, porque muitos órgãos não dispõem eles próprios de receptores para dor. (A entrada de neurônios sensoriais do órgão afetado no mesmo segmento da medula espinal que neurônios de áreas em que o indivíduo sente dor causa a percepção de dor em áreas não afetadas.)	A dor é em uma parte do corpo distinta daquela da origem da dor e assume quaisquer características.	O infarto do miocárdio, que causa dor referida ao maxilar, ao braço esquerdo e ao ombro esquerdo; cálculos renais, que causam dores na virilha
Em Irradiação		
Sensação de dor se estendendo do ponto inicial da lesão até outra parte do corpo	A dor parece descer pela parte do corpo ou seguir ao longo dela. Ela é intermitente ou constante.	Dor lombar pela ruptura de um disco intervertebral, acompanhada de dores se irradiando inferiormente por irritação do nervo isquiático

Intensidade

Uma das características mais subjetivas e por isso mesmo mais úteis do relato da dor é sua intensidade. As enfermeiras orientam os pacientes sobre o uso de escalas de dor para ajudá-los a comunicar a gravidade ou a intensidade da dor. Muitas escalas estão disponíveis em várias línguas para ajudar as enfermeiras na ausência de um intérprete profissional (Pasero e McCaffery, 2011). O objetivo do uso de uma escala de dor é identificar a intensidade da dor ao longo do tempo, para que se possa avaliar a eficácia das intervenções (Pasero e McCaffery, 2011). É importante escolher a escala que seja apropriada para a idade, a língua e a capacidade de um paciente e se assegurar de que o paciente compreenda como deve usá-la. Os exemplos de escalas da intensidade da dor incluem escalas de avaliação numéricas (NRS), escalas descritivas verbais (VDS e escalas analógicas visuais (VAS) (Fig. 44-5).

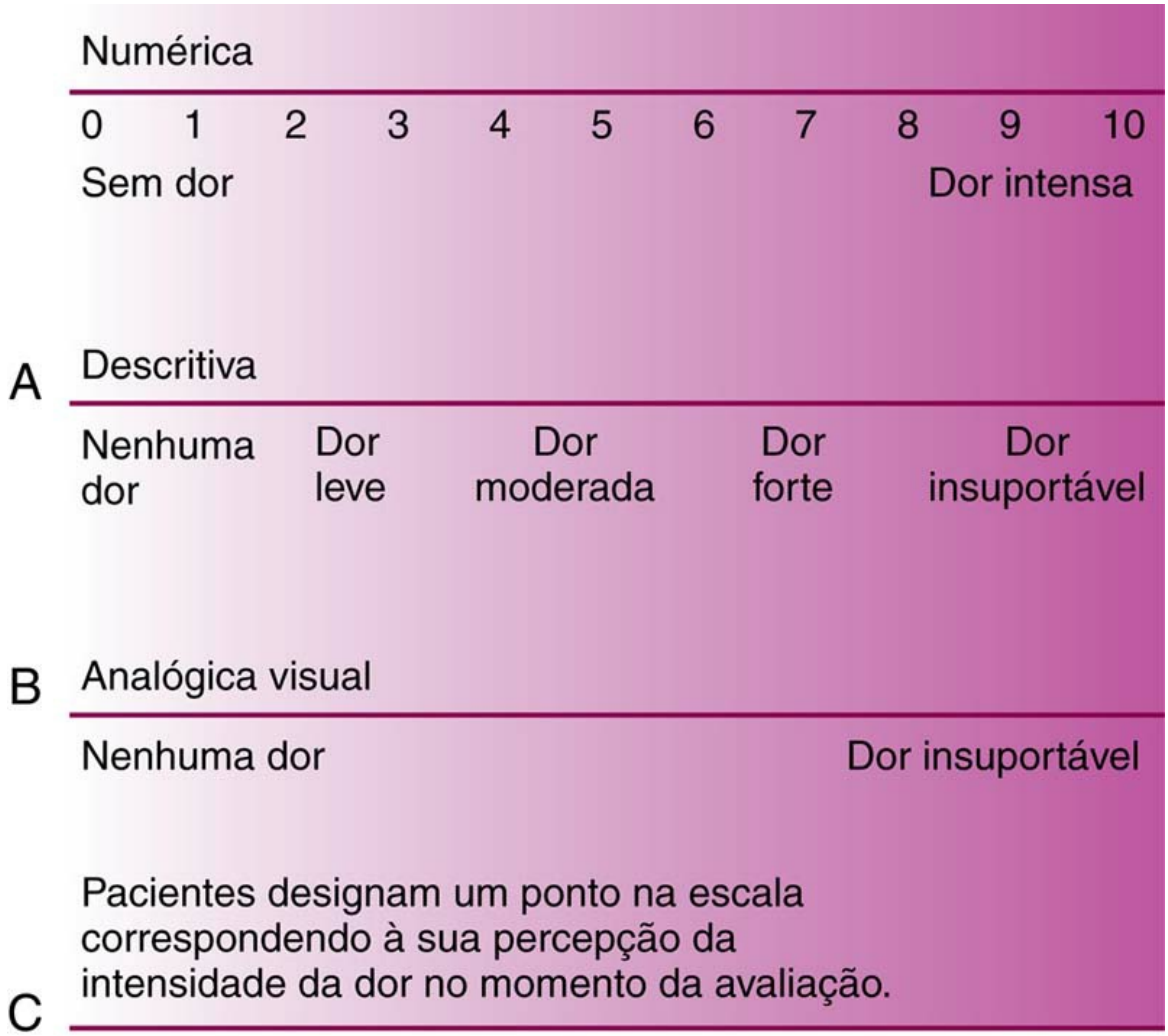


FIGURA 44-5 Amostras de escalas de dor. **A,** Numérica. **B,** Descritiva verbal. **C,** Analógica visual.

Uma escala NRS requer que o paciente avalie a dor em uma escala linear de 0 a 10, com o 0 representando a ausência de dor e o 10 representando a pior dor que o paciente possa imaginar. Essas escalas funcionam melhor para se avaliar a intensidade da dor antes e depois de intervenções terapêuticas. Uma escala VDS consiste de uma linha com três a seis palavras descritivas igualmente espaçadas ao longo da linha. Mostre a escala ao paciente e peça que ele escolha a descrição que representa melhor a intensidade da dor. Uma escala VAS consiste de uma linha reta sem subdivisões marcadas. A linha reta mostra a intensidade em forma contínua e tem pontos finais marcados. O paciente indica a dor marcando o ponto apropriado sobre a linha. Use

uma escala para medir o grau de dor do paciente no momento. Peça igualmente aos pacientes para avaliar sua dor média e a pior dor que eles tiveram nas últimas 24 horas. Essas informações possibilitam que você venha a discernir tendências na intensidade da dor.

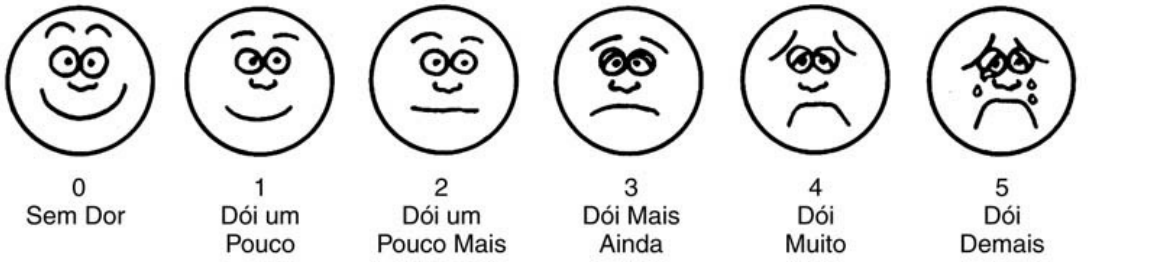
Uma boa escala de dor é de uso fácil, compreensível e não toma muito tempo. A descrição da dor é mais precisa caso o paciente seja capaz de ler e compreender uma escala. No caso de pacientes que usem um aparelho auditivo ou óculos, certifique-se de que ele os esteja usando ao responder perguntas de avaliação da dor ou ao marcar uma escala de dor. Depois de escolher uma escala que funcione para um paciente, empregue-a de forma consistente. Não use uma escala de dor para comparar a dor de um paciente àquela de outro paciente.

A avaliação da intensidade da dor em crianças requer técnicas especiais. As afirmações verbais das crianças são muito importantes (Hockenberry e Wilson, 2015). As crianças pequenas nem sempre sabem o que significa a palavra *dor*; por esta razão, a avaliação requer que você use palavras tais como *aiaiai, dodói* ou *machucado*. Há alguns instrumentos específicos para medir a intensidade da dor em crianças. São comumente utilizadas as Faces Pain Scales, com quatro delas tendo sido submetidas a extensos testes psicométricos quanto à fidedignidade e à validade: a Faces Pain Scale (FPS) (marcada de 0-6). Faces Pain Scale – revista (FPS-R) (0-10); a Oucher pain scale (0-10); e a Wong-Baker Facers Pain-Rating Scale (WBFPRS) (0-10) (Tomlinson et al., 2010). A escala "Oucher" (Beyer et al., 1992) utiliza fotografias do rosto de uma criança (em níveis de desconforto crescentes) para dar indicações às crianças visando o reconhecimento da dor e de sua intensidade. A criança aponta para um rosto no instrumento, simplificando a tarefa de descrição da dor. Há versões culturais do instrumento (Fig. 44-6). A escala WBFPRS (Wong e Baker, 1988) avalia a dor em crianças verbais (Fig. 44-7). A escala consiste de seis rostos em cartum variando de um rosto sorridente ("sem dor") a rostos progressivamente menos satisfeitos até um último rosto triste e em lágrimas ("dói mais"). Crianças de até 3 anos usam a escala. A escala FPS foi adaptada pela IASP para facilitar um escore de avaliação de 0-

10. Designada como FPS-R (Fig. 44-8), essa versão tem a vantagem de não demonstrar emoções por sorrisos ou lágrimas e pode ser utilizada em crianças com idade de 4 a 16 anos (IASP, 2014a). As enfermeiras usam diversos outros instrumentos para avaliar a dor em neonatos, lactentes, crianças em fase de engatinhar não verbais e crianças portadoras de alterações cognitivas.

Oucher®

FIGURA 44-6 Versão asiática feminina da escala de dor Oucher. (As versões asiáticas da escala Oucher [masculina e feminina] foram elaboradas e receberam copyright em 2003 por CH Yen [University of Pittsburgh] e CH Wong, Taiwan.)



Instruções verbais breves: Aponte para cada rosto usando as palavras para descrever a intensidade da dor. Peça à criança para escolher o rosto que melhor descreve a própria dor e registre o número.

FIGURA 44-7 Wong-Baker Faces Pain Scale. (De Hockenberry MJ, Wilson D: *Wong's nursing care of infants and children*, ed. 10, St. Louis, 2015, Mosby.)

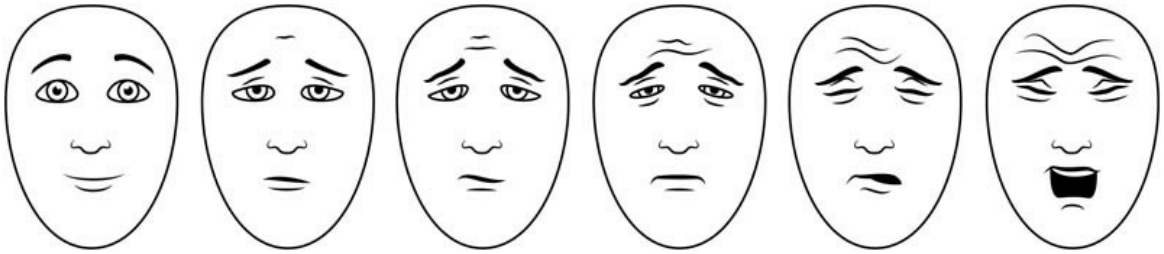


FIGURA 44-8 Faces Pain Scale-revista (FPS-R). (Da International Association for the Study of Pain.)

Natureza

Não há um vocabulário comum ou específico para a dor em uso geral. Os pacientes descrevem a dor de sua própria maneira. Um estudo realizado em 1990 mostrou que hispânicos, índios norte-americanos, negros e brancos marcavam todos eles *pain* (dor) como o termo de maior intensidade, seguido de *hurt* (machucado); a menor intensidade foi para *ache* (dor difusa leve) (Gaston-Johansson et al., 1990). A

pesquisa está desatualizada, mas mostrou a importância de não se supor que um paciente percebe a dor de maneira diferente de outro com base no contexto cultural. Avalie os termos que os pacientes empregam para descrever seu desconforto e utilize então essas palavras de forma consistente para obter um relato preciso. Diga, por exemplo, "Me diga como é seu desconforto." O paciente pode descrever a dor como um aperto, pulsátil, em pontada ou surda. Se ela for surda, por exemplo, ao retornar ao paciente pergunte se a dor ainda é "surda." Sempre é mais preciso fazer os pacientes descrever a dor com suas próprias palavras, na medida do possível.

Há alguma consistência na maneira pela qual as pessoas descrevem determinados tipos de dor. A dor associada a um infarto do miocárdio é descrita frequentemente como uma compressão ou aperto, enquanto a dor de uma incisão cirúrgica é descrita com frequência como surda, mal localizada e pulsátil, indicando uma dor nociceptiva. A dor neuropática é geralmente em ardência, em salvas ou como um choque elétrico (Sadler, 2013). Uma análise mais clara quanto à natureza e ao tipo da dor pode ser feita quando as descrições do paciente se ajustam ao padrão que se forma na avaliação. Isso leva a um tratamento mais apropriado da dor, porque se pode tratar de forma diferente dores nociceptivas e neuropáticas.

Fatores Agravantes e Precipitantes

Diversos fatores ou diversas condições precipitam ou agravam a dor. Peça ao paciente para descrever atividades que causem ou agravem a dor, como um movimento físico, posições, tomar café ou uma bebida alcoólica, urinar, deglutir, ingerir alimentos ou um estresse psicológico. Peça também a eles para demonstrar ações que ocasionam uma resposta dolorosa, como tossir ou se virar de uma certa maneira. Alguns sintomas (depressão, ansiedade, fadiga, sedação, anorexia, perturbação do sono, sofrimento espiritual e culpa) causam o agravamento da dor ou podem ser por ela agravados. Avalie quanto a esses sintomas associados e analise seus efeitos sobre a percepção de dor por parte do paciente. Depois de se identificarem fatores agravantes ou precipitantes específicos, torna-se mais fácil planejar

intervenções para evitar o agravamento da dor.

Medidas de Alívio

É útil se saber se um paciente tem um meio eficaz de aliviar a dor, como mudar de posição, usar um comportamento ritualista (andar de um lado para outro, balançar o corpo ou esfregá-lo), ingerir alimento, meditar, rezar ou aplicar calor ou frio ao local da dor. Os métodos do paciente são métodos que podem ser com frequência empregados no tratamento quando adequados à causa da dor. Os pacientes ganham confiança quando sabem que as enfermeiras estão dispostas a tentar suas medidas de alívio. Isso ocorre particularmente em contextos domiciliares. Os pacientes passam a ter uma sensação de controle sobre a dor, ao invés da dor os controlar. A avaliação dos fatores de alívio também inclui a identificação de todos os provedores de cuidados de saúde ao paciente (p. ex., especialista em medicina interna, ortopedista, acupunturista, quiroprático ou dentista).

Efeitos da Dor sobre o Paciente

A dor altera o estilo de vida e o bem estar psicológico do paciente. Como exemplo, uma dor crônica/persistente causa sofrimento, perda do controle, solidão, exaustão e alteração da qualidade de vida. Para compreender uma vivência de dor, pergunte ao paciente o que a dor impede que ele faça.

Efeitos Comportamentais

Em um paciente com dor, avalie sua verbalização, sua resposta vocal, seus movimentos faciais e corporais e sua interação social. Um relato verbal de dor é uma parte fundamental da avaliação. É preciso que você se disponha a ouvir e compreender. No caso de um paciente que não seja capaz de comunicar a dor, é particularmente importante que você preste atenção a comportamentos que indiquem sua presença (Quadro 44-9).

Quadro 44-9 Indicadores Comportamentais

dos Efeitos da Dor

Vocalizações

- Gemer
- Chorar
- Arquejar
- Grunhir

Expressões Faciais

- Caretas
- Dentes cerrados
- Testa enrugada
- Olhos ou boca firmemente fechados ou muito abertos
- Morder os lábios

Movimentos Corporais

- Inquietação
- Imobilização
- Tensão muscular
- Movimentos aumentados de mãos e dedos
- Atividades de andar de um lado para o outro
- Movimentos rítmicos ou de esfregar
- Movimentos de proteção de partes do corpo
- Agarrar ou segurar uma parte do corpo

Interação Social

- Evitar conversas
- Focalizar unicamente as atividades para o alívio da dor
- Evitar contatos sociais
- Redução do limite de atenção
- Redução das interações com o ambiente

A expressão não verbal de dor apoia ou contradiz outras informações a respeito dela. Quando uma mulher em trabalho de parto relata que suas dores de parto estão ocorrendo mais frequentemente e quando ela passa a massagear o abdome com maior frequência, isso confirma seu relato. No caso de um paciente que relate fortes dores abdominais, mas continue a segurar o tórax, uma avaliação mais detalhada se torna provavelmente necessária.

Influência sobre as Atividades da Vida Diária

Pacientes que convivam com dores diárias ou que tenham dores prolongadas durante uma hospitalização têm menor capacidade de participar de atividades de rotina, o que acarreta a perda do condicionamento físico. Essa perda pode retardar a recuperação de pacientes hospitalizados. A avaliação dessas alterações revela a extensão da incapacidade dos pacientes e os ajustes necessários para ajudá-los a participar do cuidado deles próprios. O objetivo primordial da enfermeira é melhorar a função do paciente.

Pergunte ao paciente se a dor interfere no sono. Alguns pacientes apresentam dificuldade em pegar no sono e/ou em permanecer dormindo. A dor pode despertar o paciente durante a noite e tornar difícil que ele volte a dormir. Considere administrar medicações ou tentar intervenções não farmacológicas para promover o sono (Cap. 4). Os pacientes devem ser instruídos a não usar medicações para dor com a finalidade de promover o sono e não devem usar medicações que promovam sono como substitutas do alívio da dor.

Dependendo da localização da dor, alguns pacientes têm dificuldade em executar as AVD de forma independente. Como exemplo, algumas dores limitam a mobilidade ao ponto do paciente não conseguir mais tomar banho em uma banheira ou se vestir sozinho. Pacientes com artrite grave sentem dor ao segurar talheres ou ao se assentar em um vaso sanitário. Avalie a necessidade de ajuda do paciente nas atividades de cuidado pessoal, determine se um provedor de cuidados que seja da família presta assistência no lar e colabore com os membros da equipe de cuidado de saúde (p. ex., fisioterapia e terapia ocupacional).

A dor altera por vezes a capacidade de manter relações sexuais normais. Condições físicas como artrite ou dores lombares podem impedir os pacientes de adotar posições habituais durante as relações sexuais. A dor ou a fadiga pode reduzir o desejo de sexo do paciente. A avaliação deve incluir o grau em que a dor afeta a atividade sexual habitual do paciente (p. ex., fisicamente incapaz ou com desejo reduzido). A dor coloca em risco a capacidade de trabalho de um paciente. Quanto maior for o grau de atividade física necessário em um emprego, maior vai ser o risco de desconforto quando a dor se associar ao movimento. A dor relacionada com o estresse emocional aumenta em indivíduos cujos empregos envolvem uma tomada de decisões estressante. Avalie o trabalho que os pacientes executam e sua capacidade de funcionar em seu emprego. Avalie as tarefas diárias de donas de casa da mesma maneira que as obrigações envolvidas em empregos fora de casa. Avalie também se há necessidade dos pacientes suspenderem a atividade ocasionalmente devido à dor e ajude-os a selecionar maneiras de reduzi-la a um mínimo ou controlá-la para que possam permanecer produtivos.

Inclua uma avaliação do efeito da dor sobre as atividades sociais. Algumas dores são tão debilitantes que o paciente fica muito esgotado para socializar. Identifique as atividades sociais normais do paciente, o grau em que as atividades foram desorganizadas e o desejo de participar nessas atividades.

Sintomas Concomitantes

Sintomas concomitantes, incluindo náuseas, cefaleia, tonteiras, urgência urinária, constipação intestinal, depressão e inquietação, ocorrem em associação à dor e geralmente aumentam a intensidade da dor do paciente. Alguns tipos de dor apresentam sintomas concomitantes previsíveis. Dores retais fortes, por exemplo, levam com frequência à constipação intestinal. Esses sintomas são um problema tão grande para o paciente quanto a própria dor.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Um diagnóstico de enfermagem preciso só pode ser feito depois de se fazer uma avaliação completa. O desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem precisos para um paciente com dor decorre da meticulosidade na coleta e na análise de dados (Quadro 44-10). Uma avaliação cuidadosa revela a presença ou o potencial de dor. Certifique-se de que sua avaliação inclui a história de procedimentos recentes ou de condições dolorosas preexistentes do paciente.

Quadro 44-10

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Dor Crônica

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Fazer o paciente descrever a intensidade da dor.	Dor constante: paciente relata verbalmente 5 em uma escala de 0 a 10
Avaliar o início e a localização da dor.	Presente há 7 meses na área lombar inferior
Observar os comportamentos do paciente.	Caretas e grunhidos aos movimentos; esfrega o flanco com frequência; movimentos reduzidos
Avaliar o efeito da dor sobre as atividades da vida diária (AVD).	Apetite baixo; dorme pouco; dificuldade em se vestir
Rever a história médica.	Traumatismo anterior; eficácia de medidas anteriores para o controle da dor

O diagnóstico de enfermagem focaliza a natureza específica da dor de um paciente para identificar os tipos mais úteis de intervenções para aliviá-la e para melhorar a função do paciente. Uma *Dor Aguda relacionada com um traumatismo físico* e uma *Dor Aguda relacionada com processos de parto naturais* requerem intervenções de enfermagem muito diferentes. A identificação precisa dos fatores relacionados é necessária para se escolher intervenções de enfermagem apropriadas. As intervenções para uma *Dor Aguda relacionada com um traumatismo físico*, por exemplo, implicam comumente em intervenções farmacológicas, enquanto uma *Dor Aguda relacionada com processos de parto naturais* é por vezes tratada de maneira mais apropriada por

intervenções não farmacológicas como as técnicas de respiração controlada.

Uma avaliação de dor muitas vezes faz com que você identifique outros diagnósticos que não aquele de *Dor Aguda ou Crônica*. O grau em que a dor afeta a função e o estado geral de saúde de um paciente determina se outros diagnósticos de enfermagem são relevantes. Como exemplo, sua avaliação revela que um paciente relatou ter dores nas mãos e nos ombros e ter dificuldade em remover ou em abotoar itens de vestuário necessários. O paciente apresenta osteoartrite há mais de 3 anos, com desconforto e fraqueza persistentes dos membros superiores. Os diagnósticos de enfermagem para esse paciente são *Déficit do autocuidado ao se Vestir* e *Dor Crônica*. O diagnóstico de *Déficit do autocuidado ao se Vestir* torna necessário o envolvimento de membros da equipe de saúde interdisciplinar para proporcionar ao paciente dispositivos auxiliares para a realização do cuidado pessoal. Seguem-se alguns exemplos de outros diagnósticos que podem estar relacionados com a dor:

- *Intolerância à Atividade*
- *Ansiedade*
- *Déficit do autocuidado ao Tomar Banho*
- *Enfrentamento Ineficaz*
- *Fadiga*
- *Mobilidade Física Alterada*
- *Insônia*
- *Interação Social Alterada*

Planejamento

Durante a etapa de planejamento do processo de enfermagem se analisa informações de múltiplas fontes. O pensamento crítico assegura que o plano de cuidado do paciente (ver o Plano de Cuidado de Enfermagem) integre tudo que se sabe a respeito do indivíduo e elementos chave do pensamento crítico (Fig. 44-9). É particularmente importante se considerar os padrões profissionais ao se elaborar um plano de cuidado. Esses padrões estabelecem diretrizes baseadas em evidências para a seleção de intervenções de enfermagem efetivas. Os

padrões profissionais de cuidado relativamente ao tratamento da dor estão disponíveis como estratégias de instituições ou através de organizações profissionais como a American Society for Pain Management Nursing (ASPMN).

Conhecimento

- Influência que uma abordagem solícita tem sobre a aceitação das terapias por parte do paciente
- Reconhecimento de como um bom posicionamento, a higiene e o repouso promovem o conforto
- Papel desempenhado por outros profissionais de saúde no tratamento da dor
- Princípios de aprendizado em adultos a serem aplicados ao se instruir o paciente e seus familiares
- Conhecimento dos efeitos terapêuticos de intervenções farmacológicas e não farmacológicas

Experiência

- Respostas anteriores do paciente a intervenções de enfermagem planejadas para o controle da dor
- Experiência pessoal anterior com técnicas de controle da dor

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecione intervenções para o alívio da dor do paciente no contexto do cuidado de saúde e do cuidado domiciliar
- Priorize intervenções baseadas no nível de dor do paciente
- Proporcione procedimentos/conhecimento para ajudar o paciente e os membros de sua família a compreender e controlar a dor
- Consulte profissionais de cuidado de saúde quando apropriado

Padrões

- Individualize terapias realistas para obter o alívio da dor
- Aplique os padrões da AHRQ,da APS e da ASA para um plano de tratamento colaborativo
- Aplique princípios éticos de beneficência e não maleficência

Atitudes

- Demonstre confiança ao escolher terapias de dor; mostre-se tranquila, sistemática e reconfortadora
- Assuma os riscos ao usar as terapias de dor preferidas do paciente

FIGURA 44-9 Modelo de pensamento crítico para o planejamento do controle da dor. *AHRQ*, Agency for Healthcare Research and Quality; *APS*, American Pain Society; *ASA*, American Society of Anesthesiologists.

Outra estratégia para o planejamento do cuidado é o uso de um mapa de conceitos. Os pacientes que estão com dor apresentam frequentemente problemas inter-relacionados. Quando um problema piora, outros aspectos do nível de saúde do paciente também se alteram. Um mapa de conceitos lhe ajuda a determinar como os diagnósticos de enfermagem se relacionam entre si e estão ligados ao diagnóstico médico do paciente. Isso acaba por possibilitar que você veja as relações entre as intervenções para diagnósticos diferentes. Utilizando o exemplo da Sra. Mays, a paciente com osteoartrite, veja as relações entre *Dor Aguda, Mobilidade Física Alterada, Déficit do autocuidado e se Alimentar* e *Fadiga* (Fig. 44-10). A identificação dessas relações lhe ajuda a desenvolver um plano de cuidado holístico e centrado no paciente.

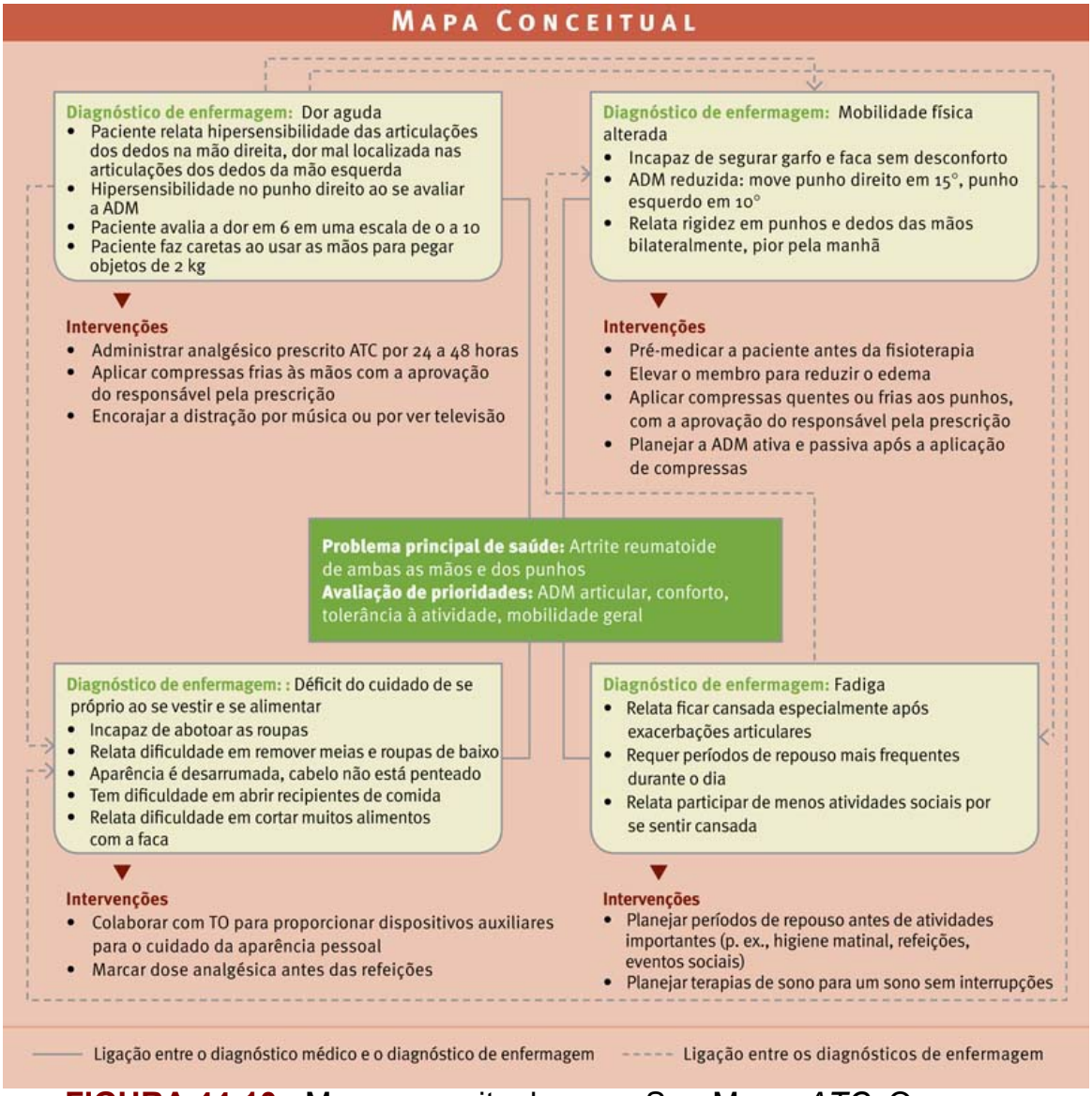


FIGURA 44-10 Mapa conceitual para a Sra. Mays. *ATC,* O dia inteiro; *TO,* terapeuta ocupacional; *ADM,* amplitude de movimento.

Objetivos e Resultados

Ao se tratar a dor, os objetivos do cuidado promovem a função ótima de um paciente. Determine juntamente com o paciente as expectativas realistas quanto ao alívio da dor. Opte por um nível de dor mutuamente aceitável que possibilite o retorno do funcionamento. Certifique-se de que o paciente compreenda que o alívio total da dor

provavelmente não é possível, mas que vão ser feitos todos os esforços para possibilitar que ele atinja com segurança um nível de dor que permita o grau máximo de função.

É importante se recordar que um plano de cuidado de sucesso requer uma relação terapêutica com o paciente e seus familiares focalizando um plano de instrução relevante. É sempre um objetivo do cuidado ajudar os pacientes a aprender a controlar sua dor. Você ajuda mais ouvindo as preocupações e necessidades do paciente e seu conhecimento das medidas disponíveis para o alívio da dor. O paciente é quem mais conhece sua dor e é um parceiro importante na escolha de terapias de dor bem-sucedidas.

Uma indicação do êxito de um plano de cuidado é obtida por se atingirem objetivos e resultados. Para o objetivo "o paciente vai obter um nível satisfatório de alívio da dor dentro de 24 horas," por exemplo, são resultados possíveis os seguintes:

- Relata que a dor está a 3 ou menos em uma escala de 0 a 10
- Evita fatores que intensificam a dor
- Usa de maneira segura as medidas para alívio da dor
- Nível de desconforto não interfere no vestir-se

Estabelecendo Prioridades

Ao estabelecer prioridades no tratamento da dor, considere o tipo de dor que o paciente está apresentando e o efeito que ela tem sobre diversas funções corporais. Coopere com o paciente na seleção de intervenções que sejam apropriadas. Se um analgésico estiver aliviando a dor aguda, por exemplo, volte sua atenção para a maneira pela qual a dor está afetando a atividade, o apetite e o sono do paciente. Em contrapartida, caso a dor continue forte, impedindo a implementação de outras intervenções, a prioridade óbvia é o alívio imediato da dor. As prioridades mudam à medida que se modifica a vivência de dor do paciente.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Um plano abrangente inclui vários recursos da equipe de cuidado de

saúde, tais como enfermeiras de prática avançada, doutores em farmacologia (PharmD), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, assistentes sociais, psicólogos e clérigos. Uma enfermeira especialista em oncologia ou em clínica de dor está muito familiarizada com as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que são mais eficazes para dores crônicas/persistentes. Os doutores em farmacologia têm muito conhecimento em relação aos tratamentos farmacológicos de dor. Os fisioterapeutas planejam exercícios que fortalecem grupos musculares e diminuem a dor em áreas afetadas. Os terapeutas ocupacionais elaboram aparelhos para a sustentação de partes dolorosas do corpo. Os médicos estão familiarizados com as intervenções farmacológicas e alguns deles estão capacitados a executar procedimentos de intervenção para dor como bloqueios nervosos e implantações de estimuladores da medida espinal. Assistentes sociais e psicólogos podem oferecer abordagens não farmacológicas ao controle da dor, como a terapia cognitivo-comportamental ou o treinamento de focalização da mente. Os membros do clero ou religiosos ajudam os pacientes a focalizar a saúde espiritual. É importante envolver igualmente no plano de cuidado os familiares provedores de cuidados ao paciente. Com frequência eles vão administrar o cuidado no domicílio após a alta. Se o plano de controle da dor não tiver êxito em alcançar o objetivo de alívio identificado, converse com o provedor de cuidados de saúde do paciente sobre a revisão desse plano. Por vezes se torna necessária a consulta a um especialista em dor.

◆ Implementação

Talvez mais do que qualquer outro problema dos pacientes, a terapia da dor exige uma abordagem individualizada. A enfermeira, o paciente e frequentemente os membros de sua família são parceiros no controle da dor. Você é responsável por administrar e monitorizar as terapias prescritas pelos provedores de cuidados de saúde para o alívio da dor e por aplicar de forma independente medidas que complementem aquelas prescritas. De modo geral tente primeiramente a terapia menos invasiva ou mais segura, juntamente

com remédios utilizados anteriormente com êxito pelo paciente. Se tiver dúvidas quanto a uma terapia médica, consulte o provedor de cuidados de saúde.

Quaisquer que sejam as terapias escolhidas, sua capacidade de administrar o cuidado aos pacientes de forma compassiva tem o potencial de aumentar ao máximo o controle da dor por parte deles. Você pode ajudar o paciente a reduzir a dor a um mínimo por comportamentos solícitos, como ouvir, efetuar um contato físico delicado e responder prontamente a uma solicitação de dor.

Plano de cuidado de enfermagem

Dor Aguda

Histórico de enfermagem

A Sra. Mays, com idade de 72 anos, foi diagnosticada como tendo um tumor canceroso em seu pulmão esquerdo há 2 meses atrás. Ela também tem uma história de osteoartrite, que foi diagnosticada há 8 anos. A artrite causa uma inflamação crônica, com dores leves a moderadas nas articulações de suas mãos e de seus punhos que a afetam diariamente. Depois da quimioterapia e da radioterapia ela passou a tomar ibuprofeno (Advil®) 200 mg em uma base de quando necessário (SOS)para controlar a dor de sua artrite e outros desconfortos físicos. Até hoje ela conseguia limpar a casa e subir as escadas até seu quarto sem dificuldade. Ela também mantinha seu peso corporal e dormia bem à noite. Contudo, ela agora foi internada em um hospital com dores torácicas incontroláveis, dispneia e uma possível pneumonia. O marido dela a acompanhou. A profissional de enfermagem prescreve uma analgesia controlada pela paciente (ACP) de morfina em dose de demanda de 0,5 mg com um bloqueio de 10 minutos.

Atividades de Avaliação	*Achados/Características Definidoras*[*]
Pergunte à Sra. Mays o que ela fez em casa para controlar sua dor torácica de início agudo.	A **dor torácica aumentou rapidamente** em algumas horas de 3 para 10 em uma escala de 0 a 10, de modo que ela dobrou o ibuprofeno e foi se deitar, mas isso não ajudou.

Peça à Sra. Mays para descrever a dor que ela está sentindo agora.	Ela respondeu que está sentindo uma dor constante, aguda e em pontada, do lado inferior esquerdo do tórax.
Pergunte à Sra. Mays qual é a intensidade da dor agora.	Em uma escala de 0 a 10, **ela relata um 7**.
Pergunte à Sra. Mays o que ajudou e o que agravou sua dor torácica.	Ela respondeu que a dor diminui se ela fica bem quieta e respira superficialmente. A dor é agravada quando ela respira mais fundo e quando ela tosse. Caminhar faz com que ela respire mais fundo, o que piora a dor
Pergunte à Sra. Mays o que a dor a impediu de fazer.	Ela respondeu que ela **não consegue se concentrar, dormir, completar suas próprias atividades de higiene nem comer**.
Pergunte à Sra. Mays qual é a intensidade de sua dor articular agora.	Ela respondeu que em uma base do dia a dia ela nem sequer a percebe mais, a não ser quando tem períodos de atividade aumentada. Em uma escala de 0 a 10 ela relata 1.
Observe o comportamento não verbal da Sra. Mays.	Ela está **inquieta, não consegue manter a atenção, seus músculos estão tensos e ela está franzindo o cenho** durante a coleta da história.
Pergunte à Sra. Mays qual é o objetivo dela para a intensidade da dor (em uma escala de 0 a 10)	Ela disse que uma intensidade de dor de 5 em uma escala de 0 a 10 ajudaria a funcionar melhor no momento. Um objetivo de 3 seria preferível.

* As **características definidoras** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Dor aguda relacionada com o início abrupto de inflamação

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	***Resultados Esperados (NOC)*** †
	Controle da Dor
A Sra. Mays vai atingir um nível tolerável de dor antes da alta.	A Sra. Mays relata a dor a um objetivo alvo de 3 ou menos.
	A Sra. Mays demonstra um uso correto do dispositivo de ACP
	Dor: Efeitos Perturbadores
A Sra. Mays vai participar ativamente das atividades da vida diária (AVD).	A Sra. Mays relata dormir por 5 a 6 horas sem interrupção pela dor.
	A Sra. Mays completa sua própria higiene com um mínimo de assistência.
	A Sra. Mays consegue respirar fundo, tossir e usar o espirômetro de incentivo de hora em hora.
	A Sra. Mays caminha pelo corredor com o marido a cada 4 horas por 15 minutos.
	Resposta à Medicação

A Sra. Mays não vai apresentar efeitos colaterais dos opioides.	A Sra. Mays relata evacuar normalmente em dias alternados.

† Rótulos da classificação dos resultados de Moorhead S et al.: *Nursing outcomes classification (NOC)*, ed. 5, St. Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	JUSTIFICATIVA
Tratamento da Dor	
Iniciar a ACP à dose prescrita. Explicar à paciente como usar a ACP. Explicar à paciente e seu cônjuge o propósito da bomba e enfatizar a importância de somente a paciente apertar o botão e não seu marido.	Uma dor aguda intensa requer opioides de liberação imediata. Desencorajar o marido de apertar o botão impede doses desnecessárias e reduz efeitos perigosos potenciais do opioide. A paciente precisa estar acordada para perceber a dor e apertar o botão (Pasero e McCaffery, 2011).
Monitorizar o uso de morfina por ACP intravenosa (IV). Explicar à paciente e seu marido a ação da medicação, os efeitos colaterais potenciais e a importância de relatar uma dor não aliviada.	É mais fácil prevenir do que tratar a dor. Os efeitos colaterais são geralmente transitórios, exceto pela constipação intestinal. Calcular a dose de opioide nas 24 horas ajuda a se determinar a dose oral apropriada (Pasero e McCaffery, 2011).
Fazer a paciente escolher intervenções não farmacológicas que tenham aliviado a dor em épocas anteriores (p. ex., distração, música, terapia de relaxamento simples) ou que sejam por ela aceitáveis.	As abordagens não farmacológicas intensificam a terapia farmacológica e ajudam os pacientes a melhorar a qualidade de vida e a diminuir a ansiedade e a depressão (Kolanowski, 2013).
Ensinar o marido da paciente a realizar massagens nas costas em movimentos lentos.	A massagem nas costas em movimentos lentos é fácil de se executar, toma pouco tempo e induz relaxamento (Buyukyilmaz e Asti, 2013).

‡ Rótulos da classificação de intervenções de Bulechek GM et al. *Nursing interventions classification (NIC)*, ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta da Paciente/Achado***	***Obtenção do Resultado***
Pergunte à Sra. Mays se ela atingiu seu objetivo de alívio da dor a maior parte do tempo.	Ela respondeu, "Minha dor fica geralmente em 3, exceto quando eu começo a tossir ou a caminhar."	A Sra, Mays relata um nível de dor aceitável. Instrua-a a apertar o botão antes de deambular ou quando sentir a intensidade da dor aumentando acima de 3 em 10.
Observe a Sra. Mays enquanto ela usa o	A Sra, Mays está usando o espirômetro de incentivo e consegue tossir e respirar fundo sem suporte a cada hora,	A capacidade de tossir, respirar fundo e usar o espirômetro de incentivo melhorou. Encoraje-a a continuar os exercícios pulmonares de hora em hora.

espirômetro de incentivo.		
Observe a Sra. Mays à realização das AVD, caminhando e durante o sono.	A Sra. Mays está vestida para o desjejum, caminhando pelo corredor a cada 4 horas com o marido. As anotações da enfermeira da noite indicam que ela dormiu bem à noite.	A capacidade de realizar AVD e o sono melhoraram. Continue a monitorizar.
Observe a Sra. Mays ao deambular pelo corredor.	A Sra. Mays deambulou com sucesso pelo corredor com seu marido duas vezes durante o dia com um aumento mínimo na intensidade da dor.	O melhor controle da dor aumentou a atividade dela, um indicador não verbal de dor. Continue a monitorizar.
Pergunte ao Sr. Mays se ele conseguiu fazer massagens nas costas de sua esposa.	O Sr. Mays relatou que ela não queria massagens nas costas, preferindo ter os pés massageados, o que ele fez com satisfação. "Ela disse que isso a fazia ficar mais relaxada."	A intervenção não farmacológica foi bem-sucedida, mas precisa ser trocada de massagens nas costas para massagens nos pés no plano de cuidado de enfermagem.
Pergunte à Sra. Mays quando foi a última vez que ela evacuou e sua consistência.	Ela não evacua há 3 dias (desde que iniciou a ACP com morfina).	Avalie o abdome dela quanto a ruídos intestinais e distensão e flatulência. Consulte oi provedor de cuidados de saúde quanto a um laxante estimulante depois de afastar uma obstrução intestinal (Pasero e McCaffery, 2011).
Observe a Sra. Mays quanto a sonolência excessiva.	A Sra. Mays está desperta e atenta durante as conversas e interagem frequentemente com o marido.	Não foi identificada sedação, uma indicação de excesso de opioide. Continue a monitorizar.

Promoção da Saúde

Ao aplicar medidas para o alívio da dor, escolha terapias adequadas à vivência de dor específica do paciente. Aplique as diretrizes para individualizar a terapia da dor, incluindo as seguintes:

- Use tipos diferentes de medidas para o alívio da dor.
- Utilize medidas que o paciente considere serem eficazes.
- Mantenha a mente aberta quanto a maneiras de aliviar a dor.
- Continue tentando. Quando os esforços para o alívio da dor falharem, não abandone o paciente, mas reavalie a situação.

Mantendo a Boa Saúde

Os pacientes ficam mais preparados para lidar com quase todas as

situações quando as compreendem. A vivência de dor e as terapias a ela relacionadas não são exceção a isso. Todavia, os pacientes com dores moderadas a intensas nem sempre são capazes de participar da tomada de decisões até que a dor seja controlada a um nível aceitável. Você pode começar a instrução depois de conseguir atingir esse nível.

A instrução quanto à saúde afeta de maneira significativa a vivência de dor de um paciente e sua compreensão das estratégias para o controle da dor. Uma baixa instrução quanto à saúde ocasiona barreiras significativas ao tratamento ótimo da dor. Em um estudo de pacientes com dores crônicas, pacientes com baixa instrução quanto à saúde foram verificados como tendo baixos conhecimentos gerais quanto a medicações para dor e não sabiam onde encontrar profissionais de cuidado de saúde para ajudá-los em sua dor (Devraj et al., 2013). Os pacientes nesse estudo também não tinham conhecimento a respeito de abordagens não farmacológicas ao controle da dor e não sabiam quais medicações vendidas sem receita médica poderiam proporcionar o alívio da dor. Pesquisas realizadas com pacientes apresentando dores lombares crônicas e outros grupos de pacientes forneceram evidências quanto a porque os materiais e as abordagens de instrução devem ser adaptados para se adequarem a pacientes com baixo nível de instrução quanto à saúde. Além disso, combata quaisquer normas culturais que possam impedir os pacientes de falar de algum modo sobre a dor. O estoicismo não apenas obscurece potencialmente sinais de perigo de que você deveria tomar conhecimento, como também nega às pessoas a oportunidade de usar rótulos como instrumentos para lidar com a dor. Ajude pacientes que não dispõem das palavras para descrever sua dor a encontrá-las (Bucher, 2014). Como a dor afeta o funcionamento físico e mental, abordagens holísticas à saúde são intervenções importantes para se manter uma boa saúde. A saúde holística é um estado contínuo de bem-estar que envolve o cuidado da pessoa como um todo: corpo, mente, espírito e emoções. Para se obter um grau ótimo de saúde e de bem estar, é necessário se ter o equilíbrio de todos os elementos interdependentes do todo da pessoa (Matthews-Kozanecka, 2014).

Os pacientes participam ativamente de seu próprio bem estar

sempre que possível. As abordagens holísticas comuns à saúde incluem a instrução quanto à boa saúde, exercício regular, repouso, atenção a boas práticas de higiene e de nutrição e administração das relações interpessoais. Quando uma pessoa vem a sentir dor você pode oferecer estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Diversas intervenções não farmacológicas são iniciadas pela enfermagem.

Intervenções não Farmacológicas para o Alívio da Dor

Há várias intervenções não farmacológicas para diminuir a dor. Entretanto, há necessidade de mais pesquisas para se conhecer efetivamente a melhor abordagem, a intensidade, a duração e o conteúdo dessas intervenções, especialmente no tratamento de dores crônicas (Park e Hughes, 2012). Os pesquisadores sugeriram que as intervenções não farmacológicas podem ser úteis em pacientes que não consigam tolerar as medicações para dor, naqueles que queiram reduzir o uso de múltiplas medicações e naqueles que estejam procurando métodos alternativos de alívio da dor crônica.

As intervenções não farmacológicas podem ser usadas isoladamente ou em combinação a medidas farmacológicas. No caso da dor aguda, porém, elas nunca devem ser usadas em lugar das terapias farmacológicas. As intervenções não farmacológicas incluem abordagens cognitivo-comportamentais e abordagens físicas. As intervenções cognitivo-comportamentais alteram as percepções de dor do paciente, alteram os comportamentos de dor e proporcionam aos pacientes uma sensação de maior controle. São exemplos dessas intervenções a distração, a oração, o relaxamento, imagens guiadas, música e **biofeedback**.

As abordagens físicas têm como objetivo proporcionar o alívio da dor, corrigir a disfunção física, alterar respostas fisiológicas e reduzir os temores associados à imobilidade relacionada com a dor. Terapias de medicina complementar e alternativa (MCA), como o toque terapêutico e a meditação para ativar a mente, ajudam a aliviar a dor em alguns pacientes (Cap. 33). Um protocolo de prática baseada em evidências para o controle da dor em idosos recomendou essas

diretrizes para as terapias não farmacológicas (Hughes et al., 2012):

- Ajuste as técnicas não farmacológicas ao indivíduo.
- Estratégias cognitivo-comportamentais podem não ser adequadas para indivíduos apresentando alterações cognitivas.
- As estratégias físicas para o alívio da dor focalizam a promoção do conforto e a alteração das respostas fisiológicas à dor e são geralmente seguras e eficazes.

Relaxamento e Imagens Guiadas

O relaxamento e as **imagens guiadas** possibilitam aos pacientes alterar a percepção afetiva-motivacional e a percepção cognitiva da dor. O **relaxamento** consiste na liberação mental e física da tensão ou do estresse, proporcionando aos indivíduos uma sensação de autocontrole. As técnicas de relaxamento são empregadas em qualquer fase da saúde ou da doença. As alterações fisiológicas e comportamentais associadas ao relaxamento incluem as seguintes: diminuição do pulso, da pressão arterial e da frequência respiratória; atenção aumentada; menor consumo de oxigênio; uma sensação de paz; e diminuição da tensão muscular e da razão metabólica (Cap. 33). Para um relaxamento eficaz, ensine as técnicas ao paciente somente quando ele não estiver distraído pelo desconforto agudo. Por vezes se torna necessária uma combinação dessas técnicas para se obter um alívio ótimo da dor. Com a prática o paciente passa a executar os exercícios de relaxamento de forma independente.

Distração

O sistema reticular ativador inibe estímulos dolorosos quando a pessoa recebe uma estimulação sensorial suficiente ou excessiva. Na presença de estímulos sensoriais suficientes a pessoa ignora a dor ou não toma conhecimento dela. Pessoas que estejam enfadadas ou em isolamento só conseguem pensar em sua dor e por isso a percebem de maneira mais aguda. A distração dirige a atenção do paciente para outra coisa que não a dor e com isso reduz o reconhecimento consciente desta. Uma desvantagem da distração é que, quando ela funciona, os provedores de cuidados de saúde ou os familiares do

paciente podem duvidar da existência ou da intensidade da dor. A distração funciona melhor no caso de uma dor intensa e de curta duração, durando apenas alguns minutos, como durante um procedimento invasivo ou enquanto se espera um anestésico agir. Utilize como distrações atividades apreciadas pelo paciente (p. ex., cantar, rezar, ouvir música ou fazer jogos).

Música

A musicoterapia pode ser útil para o tratamento de dores agudas ou crônicas, estresse, ansiedade e depressão (Alfred et al., 2010; Korhan et al., 2014). Ela afasta a atenção da pessoa da dor e produz uma resposta de relaxamento. A música ocasiona alterações positivas no humor e no estado emocional e possibilita que os pacientes participem ativamente do tratamento. A musicoterapia utiliza todos os tipos de música. É importante deixar que os pacientes escolham o tipo de música de sua preferência. A música produz um estado de consciência alterado através de sons, silêncios, espaço e tempo. As sessões terapêuticas duram geralmente de 20 a 30 minutos (Hughes, 2008). Os pacientes podem usar fones de ouvido para aumentar sua concentração na música. Isso possibilita que eles ajustem o volume sem incomodar outros pacientes ou os membros da equipe técnica. As evidências mostram que a música contribui para o alívio da dor de pacientes hospitalizados e pode diminuir o uso de analgésicos em alguns pacientes pós-operatórios (Cole e LoBiondo-Wood, 2014).

Estimulação Cutânea

A estimulação da pele por massagens, um banho quente, a aplicação de gelo e a **estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS)** podem ajudar a reduzir a percepção da dor. Não ficou claro como a **estimulação cutânea** age. Uma das sugestões é de que ela causa a liberação de endorfinas, bloqueando assim a transmissão de estímulos dolorosos. A teoria do portal de controle da dor sugere que a estimulação cutânea ativa fibras nervosas sensoriais A-β, maiores e de transmissão mais rápida. Isso fecha o portão, diminuindo, assim, a transmissão da dor pelas fibras C, de pequeno diâmetro (Melzack e

Wall, 1965).

A estimulação cutânea proporciona aos pacientes e a seus familiares algum controle sobre os sintomas de dor e sobre o tratamento desta no domicílio. Seu uso correto ajuda a reduzir a tensão muscular, acarretando menos dor. Ao se empregar a estimulação cutânea devem-se eliminar as fontes de ruído ambiente, ajudar o paciente a assumir uma posição confortável e explicar o propósito da terapia. Não se deve usá-la diretamente sobre áreas cutâneas sensíveis (p. ex., queimaduras, contusões, erupções cutâneas, inflamação e fraturas ósseas subjacentes).

A massagem é eficaz na produção do relaxamento físico e mental, na redução da dor e no aumento da eficácia da medicação para dor. Massagear as costas, os ombros, as mãos e/ou os pés por 3 a 5 minutos relaxa os músculos e promove o sono e o conforto. Cutshall et al. (2010) relataram uma diminuição significativa na dor, na ansiedade e na tensão em pacientes com problemas cardíacos que receberam massagens por 20 minutos. Em indivíduos idosos massagens lentas nas costas e massagens de 20 minutos nas mãos melhoraram a dor, a ansiedade, a tensão e a insônia (Harris e Richards, 2010). As massagens comunicam carinho e são facilmente aprendidas por familiares do paciente ou por outros profissionais de saúde (Quadro 44-11).

Quadro 44-11

Diretrizes para o procedimento

Massagem

Considerações sobre a Delegação da Tarefa

O procedimento de administração de massagens pode ser delegado ao pessoal téncio de enfermagem com a supervisão da enfermeira. Todavia, antes disso a enfermeira deve avaliar quanto a qualquer contraindicação possível e avaliar a resposta do paciente à massagem. Oriente o ténico a:

- Usar uma técnica de massagem que seja eficaz para o paciente.
- Massagear partes específicas do corpo.
- Evitar massagear áreas de pele avermelhadas.
- Notificar à enfermeira quanto aos sinais iniciais de alteração da integridade da pele ou a alterações na aparência da pele.
- Relatar o agravamento da dor do paciente.

Material

Toalha de banho, loção, cobertor

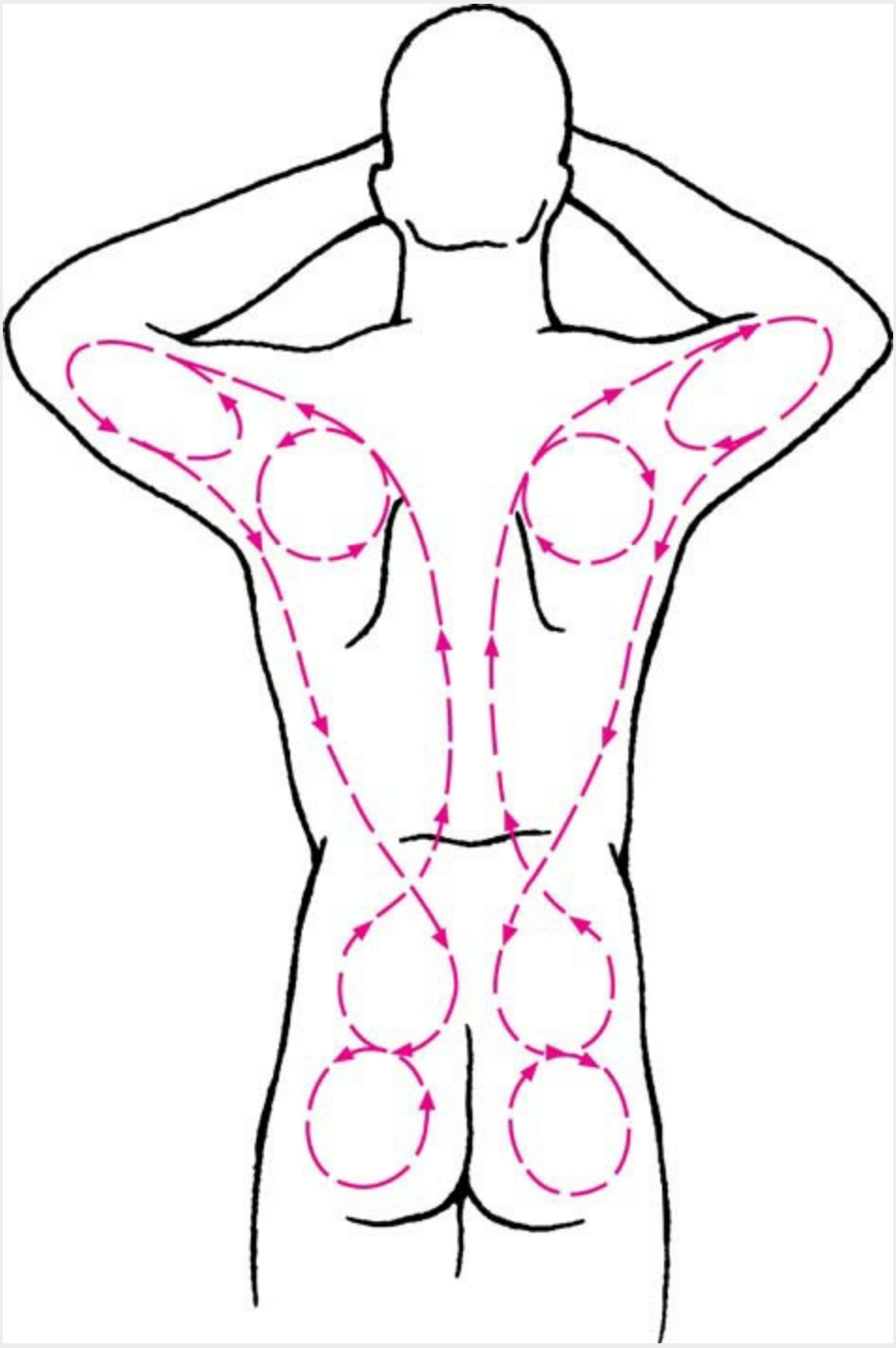
Passos

1. Com base na avaliação do paciente, optar pela realização de massagens em uma ou mais partes do corpo.
2. Avaliar as áreas cutâneas quanto a áreas avermelhadas ou a alteração da integridade da pele.
3. Reunir o equipamento apropriado.
4. Explicar o procedimento ao paciente.
5. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e prontuário médico) de acordo com a orientação da instituição.
6. Efetuar a higiene das mãos.
7. Ajudar o paciente a assumir uma posição deitada ou sentada confortável.
8. Diminuir a luz do aposento e/ou ligar uma música suave, de acordo com a preferência do paciente.
9. Usar uma loção corporal morna como lubrificante.

DECISÃO CLÍNICA: *Não administrar massagens nas costas ou no pescoço de pacientes que sofreram traumatismo e/ou foram submetidos a uma cirurgia do pescoço ou da coluna sem uma prescrição de seu provedor de cuidados de saúde.*

10. Massagear cada parte do corpo por pelo menos 10 minutos.
    a. *Costas:* Começar pela área sacra e fazer massagens em um movimento circular (ver a ilustração), movendo-se em sentido ascendente das nádegas até os ombros. Usar um

movimento firme e uniforme sobre a escápula. Continuar em um movimento uniforme pela parte superior dos braços e lateralmente ao longo das laterais das costas, descendo até as cristas ilíacas. Usar movimentos deslizantes longos sobre os músculos da coluna. Pressione quaisquer músculos que pareçam tensos ou retesados. Pressione a pele segurando o tecido delicadamente entre o polegar e os outros dedos. Pressione em sentido ascendente de um lado da coluna das nádegas até os ombros e em torno da nuca. Pressione ou massageie em sentido descendente em direção ao sacro. Repetir do outro lado das costas.



PASSO 10A Padrão de massagens nas costas.

b. *Pescoço:* Segure o pescoço ao longo da linha de implantação capilar com uma das mãos e massageie com um movimento deslizante. Pressione os músculos de um lado. Troque de mão para apoiar o pescoço e massagear o outro

lado. Estique ligeiramente o pescoço com uma das mãos em cima e a outra na parte inferior.

c. *Braços:* Use movimentos deslizantes para massagear a partir do punho ou do antebraço do paciente. Pressione os músculos do antebraço ao ombro com o polegar e o indicador de ambas as mãos. Continue pressionando os músculos bíceps, tríceps e deltoide. Termine por movimentos deslizantes dos punhos ao ombro.

d. *Mãos:* Usando ambas as mãos, abra lentamente a palma da mão do paciente; deslize os dedos sobre a superfície palmar. Enquanto apoia a mão do paciente, use ambos os polegares para aplicar fricção à palma da mão e mova-os em um movimento circular para distender externamente a palma da mão. Massageie cada um dos dedos com um movimento em saca-rolha da base até a ponta do dedo. Com o polegar e o indicador, pressione delicadamente cada músculo nos dedos do paciente. Deslize as mãos de modo uniforme das pontas dos dedos aos punhos. Repetir do outro lado.

e. *Pés:* Massageie delicadamente a parte superior e a inferior de cada pé. Massageie do calcanhar aos artelhos usando um movimento deslizante. Massageie delicadamente a superfície dorsal do pé e de cada artelho. Repetir no outro pé.

DECISÃO CLÍNICA: *Não massagear as pernas do paciente ou os músculos de sua panturrilha devido ao risco de desprender um coágulo vascular.*

11. Ao final da massagem fazer o paciente relaxar respirando profunda e lentamente.
12. Pedir ao paciente para avaliar o nível de dor.
13. Notar quaisquer áreas de dor ou tensão muscular.
14. Notar quaisquer áreas de eritema ou de alteração.
15. Relatar à equipe de cuidados de saúde quaisquer áreas de solução da continuidade da pele.

As aplicações de calor e de gelo (Cap. 48) aliviam a dor e promovem a consolidação. A escolha de intervenções por calor versus por gelo varia de acordo com as condições do paciente (Guild, 2012). Como exemplo, o calor úmido ajuda a aliviar a dor de uma cefaleia de tensão e aplicações de gelo reduzem a dor aguda de articulações inflamadas. Ao empregar qualquer forma de aplicação de calor ou de gelo, instrua o paciente para evitar lesões à pele pela verificação da temperatura e a não aplicação direta do calor ou do gelo à pele. Estão particularmente em risco de lesões os pacientes apresentando neuropatia diabética, transtornos neurológicos ou da medula espinal, idosos e pacientes que estejam mentalmente confusos.

As terapias com gelo são particularmente eficazes no alívio de dores agudas. A massagem com gelo envolve o uso de um grande cubo de gelo ou de um copinho de papel cheio de água e congelado a água se eleva no copo quando ele congela, produzindo uma superfície lisa do gelo para a massagem). O gelo é aplicado por uma enfermeira ou pelo paciente com uma pressão firme sobre a pele, que é coberta por um pano leve. Faz-se então uma massagem circular lenta e constante sobre a área. Aplica-se o gelo em uma área circular de 15 cm nas proximidades do local da dor ou do lado oposto do corpo correspondendo ao local da dor. Deve-se limitar a aplicação a 5 minutos ou até o paciente sentir dormência (Spine Health, 2006). Cada paciente responde de modo diferente à aplicação local. A aplicação nas proximidades do local efetivo da dor é a que parece funcionar melhor. O paciente apresenta sensações de frio, ardência, dor e dormência. Pode-se aplicar o gelo de 2 a 5 vezes por dia (Spine Health, 2006). O gelo é eficaz em dores de dentes ou na boca, caso se coloque o cubo de gelo na prega interdigital entre o polegar e o dedo indicador. Esse ponto na mão é um ponto de **acupuntura** que influencia as vias nervosas à face e à cabeça. As aplicações de gelo também são eficazes antes de punções invasivas por agulha.

A aplicação de calor é mais eficaz em alguns pacientes, especialmente naqueles com dores crônicas. O Capítulo 48 discute com detalhes o tipo de dispositivos de calor (p. ex., compressas quentes ou bolsas térmicas comerciais) cujo uso é seguro. Não coloque

nunca um aplicador de calor no micro-ondas, a não ser que isso seja autorizado pelo fabricante. Siga então cuidadosamente as instruções. Instrua os pacientes a verificar cuidadosamente a temperatura da compressa e a não colocar a mão no elemento aquecedor, porque pode ocorrer uma queimadura.

Outra forma de estimulação cutânea é a TENS, envolvendo a estimulação da pele por uma corrente elétrica leve passada por eletrodos externos. Uma unidade de TENS consiste de um transmissor movido a bateria, fios de cobre e eletrodos. A TENS age tanto periférica quanto centralmente; ela age centralmente ativando locais na medula espinal e no tronco encefálico que utilizam receptores para opioides e para serotonina; perifericamente a analgesia é produzida por neuroceptores no local de aplicação da TENS (DeSantana et al., 2008). Ela pode ser aplicada a frequências (de < 10 Hz a > 50 Hz) e intensidades (sensoriais versus motoras) diversas (DeSantana et al., 2008). A intensidade da estimulação foi demonstrada como sendo o fator crítico na eficácia da TENS. Uma unidade de TENS requer a prescrição de um provedor de cuidados de saúde que identifique o local de colocação dos eletrodos de TENS. Antes de fixar os eletrodos, devem-se remover quaisquer preparações para cabelos ou para a pele. A seguir, os eletrodos são colocados diretamente sobre o local da dor ou nas proximidades. O transmissor é ligado ao nível prescrito quando o paciente sentir dor. A aplicação da TENS acarreta uma sensação de vibração ou de formigamento. Depois de se avaliar a tolerância do paciente, este pode então ligar o transmissor e ajustar a intensidade e a natureza da estimulação até que haja o alívio da dor. A TENS se mostra eficaz no controle de dores agudas, de dores emergenciais e de dores pós-cirúrgicas e pós-procedimentos (DeSantana et al., 2008).

Preparações à Base de Ervas

Muitos pacientes utilizam preparações à base de ervas e suplementos dietéticos tais como equinacea, ginseng, gingko biloba e alho, apesar de evidências de pesquisa conflitantes em apoio a seu uso no alívio da dor. Uma atenção significativa tem sido dada aos benefícios potenciais

da glicosamina e da condroitina no tratamento da osteoartrite, mas as evidências não foram conclusivas (Fouladbaksh, 2012). Os suplementos à base de ervas podem interagir com analgésicos prescritos; por esta razão, é importante se pedir aos pacientes para relatar a seu provedor de cuidados de saúde todas as substâncias que eles tomam para aliviar a dor (Cap. 33).

Reduzindo a Percepção e a Recepção da Dor

Um meio simples de se promover o controle é remover ou evitar estímulos dolorosos (Quadro 44-12). Isso é particularmente importante no caso de pacientes que estejam imobilizados ou que tenham dificuldade em se expressar. Como exemplo, seu paciente desenvolve constipação intestinal e passa a apresentar distensão e cólicas abdominais. Você deve intervir para assegurar que o processo normal de eliminação continue: aumentar a hidratação, fazer o paciente deambular e/ou solicitar emolientes fecais ou laxantes. Outro exemplo envolve a redução da percepção da dor durante os procedimentos pelo uso de técnicas tais como posicionar corretamente os pacientes e orientá-los a efetuar um relaxamento muscular progressivo. Considere sempre a condição do paciente, os aspectos do procedimento que sejam desconfortáveis e as técnicas para evitar causar dor. Em um paciente com fortes dores artríticas no joelho que apresente um desconforto intenso durante qualquer flexão extrema do joelho, tome precauções antes de levar o paciente ao banheiro. Use um assento de privada elevado para possibilitar que ele se assente e se levante com um mínimo de desconforto.

Quadro 44-12 Controlando Estímulos Dolorosos no Ambiente do Paciente

- Esticar e alisar a roupa de cama enrugada.
- Reposicionar anatomicamente o paciente para aliviar quaisquer pontos de pressão.
- Reposicionar o paciente para evitar que ele se deite sobre os tubos (p. ex., tubos intravenosos, drenos torácicos).

- Afrouxar bandagens constritivas (a não ser quando especificamente aplicadas como curativos compressivos).
- Trocar curativos e lençóis molhados.
- Posicionar o paciente em alinhamento anatômico de acordo com a preferência individual ou as necessidades individuais.
- Verificar a temperatura de aplicações de calor ou frio, incluindo a água do banho.
- Levantar o paciente no leito — não o puxar. Usar dispositivos de levantamento seguros para manejar o paciente.
- Posicionar o paciente corretamente em uma comadre.
- Evitar expor a pele ou as mucosas a irritantes (p. ex., urina, fezes, secreção drenada de feridas).
- Manter o paciente limpo, seco e virado se necessário. Usar fraldas para incontinência urinária caso indicado.
- Evitar a retenção urinária mantendo os cateteres Foley permeáveis e fluindo livremente quando em uso, ao mesmo tempo em que se monitoriza o débito urinário.
- Evitar a constipação intestinal por hidratação, dieta, exercícios e laxantes estimulantes caso necessário.

Cuidado Agudo

As enfermeiras cuidam frequentemente de pacientes que apresentam dores agudas em consequência de procedimentos invasivos (p. ex., cirurgias) ou de traumatismos. Muitas organizações profissionais, como a APS, a American Society os Anesthesiologists (ASA), a ASPMN e a American Society of PeriAnesthesia Nurses (ASPAN), publicaram diretrizes e artigos se posicionando em relação ao tratamento da dor aguda. A chave para o sucesso é a avaliação contínua da dor e a análise da eficácia das intervenções. O paciente sente alívio? As medicações têm efeitos colaterais inaceitáveis? É responsabilidade da equipe de cuidado de saúde colaborar no sentido de encontrar a combinação de terapias que funcione melhor para um paciente.

Terapias Farmacológicas para Dor

Há muitos compostos farmacológicos disponíveis para proporcionar o alívio da dor. Seu julgamento no uso e na administração de analgésicos, com ou sem outras terapias para dor, assegura o melhor alívio da dor possível. Infelizmente o analgésico ideal (isto é, aquele que proporciona um alívio altamente eficaz da dor sem riscos ou efeitos colaterais significativos) ainda está por ser desenvolvido.

Analgésicos

Os **analgésicos** constituem o método mais comum e mais eficaz para o alívio da dor. Todavia, provedores de cuidados de saúde e enfermeiras ainda tendem a tratar insuficientemente os pacientes por não conhecerem o bastante a respeito do tratamento da dor, por informações incorretas sobre as drogas, por receios relativamente à dependência, por preocupações exageradas quanto à segurança dos analgésicos opioides e devido à administração de menos medicação do que foi prescrito (D'Arcy, 2008; Gordon et al., 2008). É preciso que se conheça as medicações disponíveis para o alívio da dor, as indicações para seu uso e seus efeitos farmacológicos. Reafirme aos pacientes que o tratamento da dor é necessário para auxiliar a recuperação e que a dependência é muito pouco provável quando os analgésicos são tomados corretamente.

Há três tipos de analgésicos: (1) não opioides, incluindo paracetamol e as drogas anti-inflamatórios não esteroides (DAINE); **opioides** (designados tradicionalmente como *narcóticos*); e **adjuvantes** ou coanalgésicos, uma variedade de medicações que intensificam os analgésicos ou que têm propriedades analgésicas que não eram conhecidas originalmente (Pasero e McCaffery, 2011).

O paracetamol (Tylenol), considerado um dos analgésicos mais tolerados e mais seguros disponíveis, está disponível em várias medicações orais vendidas sem receita médica (p. ex., remédios para gripe e resfriado) ou formas retais e em uma preparação intravenosa (IV) (Ofirmev). O efeito analgésico do paracetamol não foi inteiramente esclarecido, mas acredita-se que ele tenha um efeito direto sobre o sistema nervoso central. Ele não tem efeitos anti-

inflamatórios. O paracetamol IV (Ofirmev) é uma droga analgésica eficaz por atravessar rapidamente a barreira hematoencefálica, proporcionando assim a analgesia não opioide para pacientes pós-operatórios, especialmente aqueles que não podem tomar medicações orais. A dose máxima nas 24 horas é de 4 g (a mesma limitação da aspirina). O paracetamol frequentemente está combinado a opioides (p. ex., oxicodona [Percocet], hidrocodona [Lortab], tramadol [Ultracet]), por reduzir a dose de opioide necessária para se obter o controle da dor com sucesso. Quando o paracetamol está combinado a um opioide nesses produtos, é importante se reconhecer as abreviações que descrevem o conteúdo do produto. A prescrição e a bula do produto apresentam com frequência "o nome do opioide/paracetamol (abreviado como APAP) 5/325," o que significa que o comprimido tem 5 mg do opioide e 325 mg do paracetamol (APAP). Como exemplo, oxicodona/APAP 5/325 indica que cada comprimido contém 5 mg de oxicodona e 325 mg de acetaminofeno. Abreviações semelhantes são usadas para produtos em combinação de hidrocodona e tramadol.

O principal efeito adverso do paracetamol é a hepatotoxicidade e, por ser uma droga muito amplamente utilizada, a Food and Drug Administration (USFDA, 2014) publicou uma portaria limitando a quantidade de paracetamol em produtos combinados vendidos por prescrição a 325 mg por comprimido, cápsula ou outra unidade de administração. Não foi exigido que fossem modificadas nas prescrições as instruções referentes a produtos contendo paracetamol, como 1 a 2 comprimidos a cada 4 a 6 horas. Unidades de dose mais alta ainda estão disponíveis em produtos vendidos sem receita médica, mas os produtos são obrigados a incluir na bula informações relativas aos riscos de segurança, incluindo lesões hepáticas e riscos de erupções cutâneas graves. Embora alguns fabricantes tenham reduzido voluntariamente a dose máxima diária de paracetamol em seus produtos vendidos sem receita médica, a FDA não reduziu o limite de dose diária máxima de 4 g para adultos. Doses reduzidas são necessárias em casos de função hepática inadequada e são recomendadas para se evitar a intoxicação acidental por doses

excessivas no contexto ambulatorial. É importante se ler e se conhecer bem esses avisos. Doses excessivas hepatotóxicas perigosas de paracetamol são tratadas com acetilcisteína (Pasero e McCaffery, 2011).

DAINE não seletivas como aspirina, ibuprofeno e naproxeno aliviam dores agudas intermitentes leves a moderadas como aquelas da cefaleia ou da distensão muscular. O tratamento de dores pós-operatórias leves a moderadas começa por uma DAINE, a não ser quando contraindicado (Pasero e McCaffery, 2011). As DAINE agem possivelmente pela inibição da síntese de prostaglandinas (Day e Graham, 2013) e, portanto, pela inibição das respostas celulares à inflamação. Muitas DAINE agem sobre receptores nervosos periféricos reduzindo a transmissão de estímulos de dor e de inflamação. Em contraste com os opioides, as DAINE não deprimem o sistema nervoso central nem interferem na função intestinal ou vesical (Pasero e McCaffery, 2011). Entretanto, o uso de DAINE em pacientes idosos não é recomendado por se associar a uma frequência maior de efeitos adversos (sangramento gastrointestinal e insuficiência renal) (AGS, 2009). Dores musculoesqueléticas leves a moderadas em idosos são eficazmente controladas com paracetamol (AGS, 2009; Pasero e McCaffery, 2011). Alguns pacientes apresentando asma ou alergia a aspirina também se mostram alérgicos a outras DAINE (Morales et al., 2015). Tal como ocorre com outras medicações vendidas sem receita médica, os pacientes devem ser aconselhados a discutir com seu provedor de cuidados de saúde seu uso de DAINE e sua dor.

Os analgésicos opioides ou semelhantes a opioides são prescritos para dores moderadas a intensas. Esses analgésicos agem sobre centros superiores no cérebro e na medula espinal ligando-se a receptores opiáceos e modificando as percepções de dor. Os exemplos de opioides incluem morfina, codeína, hidromorfona (Dilaudid), fentanil, oxicodona e hidrocodona (Vicodin, Lortab). Alguns deles estão disponíveis em preparações IV e orais (morfina e hidromorfona), enquanto outros estão disponíveis unicamente em formulações orais (oxicodona e hidrocodona). Muitos deles estão disponíveis em uma forma de ação curta, que proporciona alívio por cerca de 4 horas;

outros estão igualmente disponíveis em preparações de ação mais longa (morfina, oxicodona e hidromorfona orais e um adesivo transdérmico de fentanil).

Os opioides podem causar inúmeros efeitos colaterais (Quadro 44-13). Exceto pela constipação intestinal e as alterações do sistema nervoso central, os pacientes geralmente vêm a apresentar tolerância a muitos deles. Outros efeitos colaterais associados ao uso prolongado incluem depressão, padrões de sono alterados, efeitos endócrinos (diminuição dos níveis de testosterona, diminuição da libido) e supressão do sistema imune. Para se reduzir os efeitos colaterais, os pacientes devem tomar a dose mais baixa de um opioide necessária para controlar a dor. Como exemplo, se o responsável pela prescrição receitar inicialmente 10 mg de oxicodona oralmente a cada 4 horas e o paciente apresentar náuseas e estiver muito sonolento, a enfermeira pode sugerir que o responsável pela prescrição reduza a dose para 5 mg. Após a administração se deve reavaliar o paciente quanto ao efeito da dose reduzida sobre o nível de dor e aos efeitos colaterais. Caso a redução da dose não venha a aliviar um efeito colateral, consulte o responsável pela prescrição quanto a mudar o tipo de opioide. Se os efeitos colaterais persistirem, pode ser necessário preveni-los ou tratá-los pela administração de outras medicações (anti-histamínicos, antieméticos, estimulantes). A constipação intestinal deve ser sempre prevista e evitada por dieta, hidratação e o uso de emolientes fecais e estimulantes, quando necessário.

Quadro 44-13 Efeitos Colaterais Comuns dos Opioides

Toxicidade para o Sistema Nervoso Central (SNC)

- Sonolência
- Alterações cognitivas
- Confusão mental
- Alucinações

- Abalos mioclônicos
- Euforia
- Sedação
- Distúrbios do sono
- Tonteiras

Oculares

- Constrição das pupilas

Respiratórios

- Bradipneia
- Hipoventilação

Cardíacos

- Hipotensão
- Bradicardia
- Edema periférico

Gastrointestinais

- Constipação intestinal
- Náuseas
- Vômitos
- Retardo do esvaziamento gástrico

Genitourinários

- Retenção urinária

Endócrinos

- Disfunções hormonal e sexual

Pele

- Prurido

Imunológicos

- Alterações do sistema imune possíveis ao uso crônico

Tolerância

- Com o tempo há necessidade de aumento das doses para se obter o efeito analgésico

Síndrome de Abstinência

- Cessação ou redução acentuada na dose de forma rápida ou súbita pode causar rinite, calafrios, dilatação pupilar, diarreia, "arrepio"

Um raro efeito adverso dos opioides em pacientes não usuários contínuos de opioides (pacientes que fizeram uso de opioides o dia inteiro [ATC] por *menos* do que aproximadamente 1 semana) é a depressão respiratória. Essa depressão é clinicamente significativa unicamente quando há uma diminuição na frequência e na profundidade das incursões respiratórias em relação à avaliação basal do paciente (Pasero e McCaffery, 2011). Todos os pacientes que recebem opioides estão em risco, mas os pacientes não usuários contínuos de opioides (novos ou reiniciando o uso de opioides) estão em maior risco que aqueles que os vêm tomando de forma regular ((TIC, 2012). É importante que as enfermeiras obtenham uma história completa das medicações opioides, incluindo a dose, a frequência e a duração do uso, para determinar se os pacientes são usuários não contínuos de opioides ou são tolerantes aos mesmos. Pacientes que conseguem respirar fundo raramente apresentam depressão respiratória clínica. A sedação sempre ocorre antes da depressão respiratória. Deve-se monitorizar atentamente quanto à sedação em pacientes não usuários contínuos de opioides (Pasero e McCaffery, 2011). Caso um paciente adulto venha a apresentar depressão respiratória deve-se administrar naloxone (Narcan) (0,4 mg diluído em 9 mL de soro fisiológico) em aplicação IV maciça (IVP) a uma razão de 0,5 mL a cada 2 minutos até que a frequência respiratória

esteja superior a 8 incursões respiratórias/minuto com boa profundidade (Pasero e McCaffery, 2011). A administração de naloxone mais rapidamente do que o recomendado pode causar dores fortes e complicações graves como hipotensão e hipertensão, arritmias cardíacas, dispneia e edema puklmonar (Pasero e McCaffery, 2011). Deve-se avaliar os pacientes que receberem naloxone a cada 15 minutos por 2 horas após a administração da droga, porque sua duração pode ser menor do que aquela do opioide e a depressão respiratória por vezes retorna.

Um meio de se obter o alívio máximo da dor e ao mesmo tempo diminuir potencialmente o uso de opioides consiste em administrar analgésicos o dia inteiro e não em uma base de quando necessário (SOS). A APS apoia a administração pelo dia inteiro se a dor for prevista como ocorrendo na maior parte do dia. Há também diversas formulações opioides orais de liberação prolongada ou controlada (intervalos de administração de 8, 10, 12 ou 24 horas) e em adesivos transdérmicos (72 horas). Essas formulações conseguem manter concentrações séricas constantes de opioides, reduzindo ao máximo as concentrações tóxicas e subterapêuticas (Burchum e Rosenthal, 2016). A administração da medicação o dia todo diminui a intensidade da dor ao final do período de administração, possibilitando que o paciente durma a noite inteira, e reduz o "vigiar o relógio" quanto à próxima dose.

Uma avaliação cuidadosa e um pensamento crítico são necessários para se administrar analgésicos com segurança (Quadro 44-14). A abordagem farmacológica atual ao tratamento da dor aguda e crônica consiste na provisão da **analgesia multimodal**. Esse tipo de analgesia combina drogas com pelo menos dois mecanismos de ação diferentes para se poder otimizar o controle da dor. As medicações são combinadas de modo a ter como alvo locais diferentes nas vias de dor periféricas ou centrais (Fig. 44-11). Um benefício importante da analgesia multimodal é que o uso de drogas diferentes possibilita doses inferiores às doses habituais de cada medicação, reduzindo assim o risco de efeitos colaterais e ao mesmo tempo proporcionando um alívio para a dor que é tão bom ou até mesmo melhor do que se

poderia obter com cada uma das medicações isoladamente.

Quadro 44-14 Princípios de Enfermagem para a Administração de Analgésicos

Conhecer a Resposta Anterior do Paciente a Analgésicos

- Determinar se o paciente tem alergias.
- Saber se o paciente está em risco ao usar DAINE (p. ex., história de sangramento gastrointestinal ou insuficiência renal) ou opioides (p. ex., história de apneia do sono obstrutiva ou central).
- Identificar doses anteriores e vias de administração de analgésicos para se evitar o tratamento insuficiente.
- Determinar se o paciente obteve alívio.
- Perguntar se os não opioides foram tão eficazes quanto os opioides.

Escolher Medicações Apropriadas quando for Prescrita mais de uma Medicação

- Usar analgésicos não opioides ou drogas combinadas a opioides em casos de dor leve a moderada.
- Administrar opioides juntamente com não opioides para proporcionar uma abordagem de analgesia multimodal.
- Evitar o uso de múltiplos opioides com a mesma duração e o mesmo mecanismo de ação.
- As medicações intravenosas agem mais rapidamente e geralmente aliviam dores agudas intensas em 1 hora, enquanto as medicações orais levam até 2 horas para aliviar a dor.
- Evitar analgésicos intramusculares, especialmente em adultos idosos.
- Usar um opioide em associação a um analgésico não opioide em casos de dor intensa, porque essas combinações tratam a dor

periférica e centralmente.

- Em casos de dor crônica administrar formulações orais de liberação prolongada o dia inteiro (ATC).

Saber a Dose Exata

- Lembrar-se de que 4 g são consideradas como a dose máxima nas 24 horas para paracetamol e ácido acetilsalicílico (AAS); 3.200 mg para ibuprofeno.
- Ajustar as doses conforme o apropriado em crianças e em pacientes idosos.
- Doses altas de opioides são aceitáveis em pacientes tolerantes a opioides, porém não em pacientes que não sejam usuários contínuos de opioides.
- Ao se ajustar um opioide, é importante ajustar quanto ao efeito ou efeitos colaterais incontroláveis.

Avaliar o Horário e o Intervalo de Administração Corretos

- Administrar analgésicos logo que a dor ocorrer e antes dela aumentar em intensidade.
- Um esquema de administração o dia inteiro (ATC) é comumente o melhor.
- Administrar analgésicos antes de procedimentos ou atividades causando dor.
- Conhecer a duração de ação média para uma droga e o horário de administração, para que o pico máximo do efeito venha a ocorrer quando a dor é mais intensa.
- Usar formulações opioides de liberação prolongada para tratar a dor crônica.
- Evitar suspender abruptamente os opioides em pacientes que sejam tolerantes a opioides.

ATC, O dia inteiro; *GI,* gastrointestinal; *DAINE,* drogas anti-inflamatórias não esteroides.

Modificado de Pasero C, McCaffery M: *Pain assessment and pharmacological management*, St Louis, 2011, Mosby.

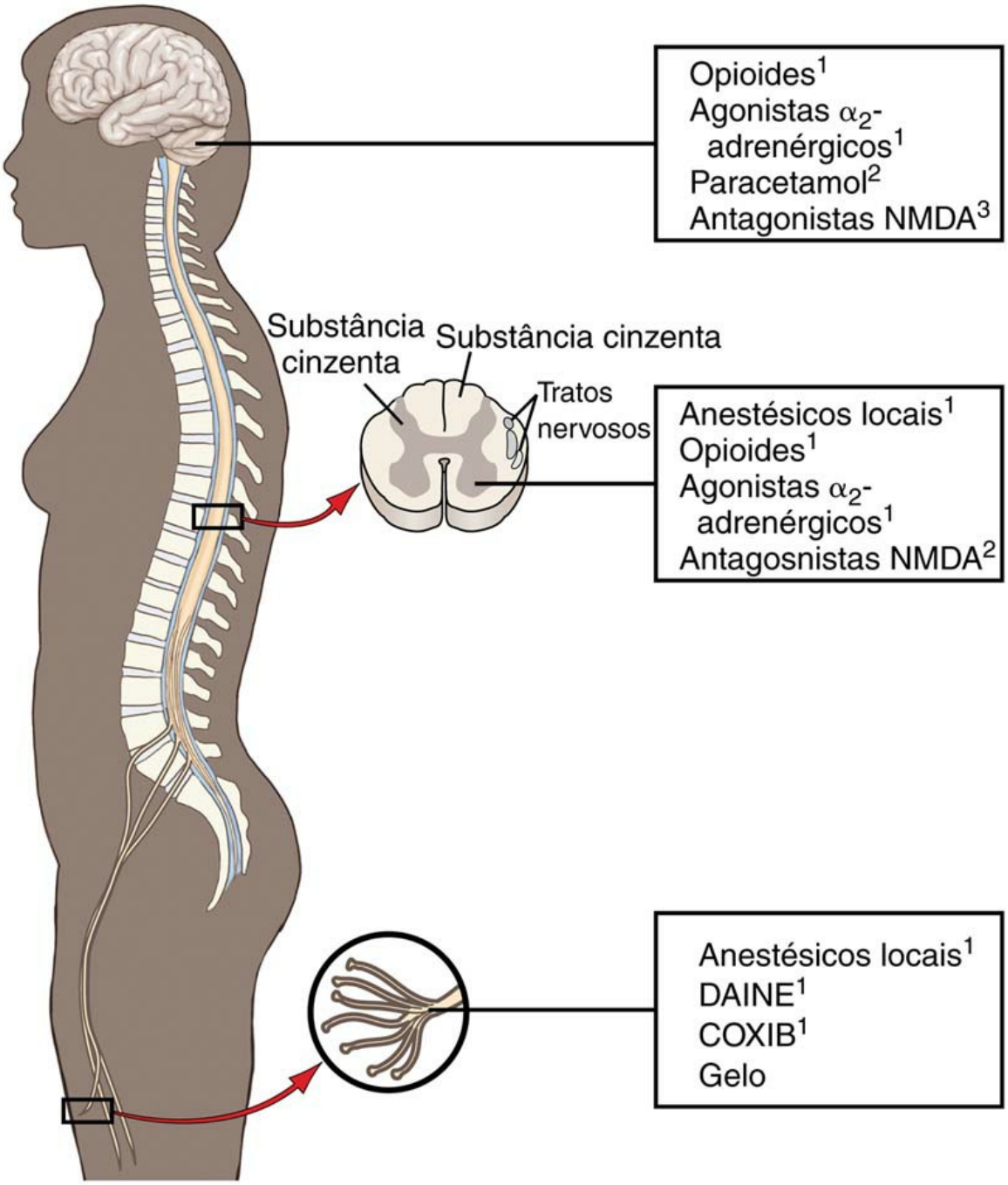


FIGURA 44-11 Locais de ação da analgesia multimodal. (© Elsevier collections.) *COXIB*, Inibidor da COX-2; *NMDA*, *N*-metil-d-aspartato; *DAINE*, droga anti-inflamatória não esteroide; 1, Gottschalk A, Smith DS. New concepts in acute pain therapy: preemptive analgesia. *Am Fam Physician* 2001, 63(10):1979-1984. (http://www.aafp.org/afp/2001/0515/p1979.html). 2. Smith HS. Potential analgesic mechanisms of acetaminophen. *Pain Physician* 2009, 12:269-280. (http://www.painphysicianjournal.com/current/pdf//article=MTE4N4NA%3D%3D&journal=47).

3. Sinatra RS, Jahr JS, eds.. The Essence of Analgesia and Analgesics. Nova Iorque, NY: Cambridge University Press, 2011.

A resposta de uma pessoa a um analgésico é muito individualizada. Se a dor for causada por uma inflamação, uma DAINE se mostra por vezes tão eficaz quanto um opioide ou mais eficaz que essa droga. Um analgésico oralmente administrado geralmente tem início e duração de ação mais prolongados que uma forma injetável. Além disso, no caso de uma dor que persista pela maior parte do dia se dispõe de formulações opioides de liberação controlada ou prolongada (de morfina [MS Contin, Kadian, Avinza], de oxicodona [OxyContin] e de metadona) para administração a cada 8 a 12 horas pelo dia inteiro; elas não são prescritas em uma base de quando necessário (SOS).

Ao se converter um paciente de uma forma IV para oral do mesmo opioide, deve-se estar ciente de que a dose do opioide oral é em geral muito mais alta que a dose IV devido ao efeito de primeira passagem (Pasero e McCaffery, 2011). Quando um paciente toma opioides orais, a droga vai primeiramente para o fígado, no qual é inativada a maior parte da medicação (porém não toda ela). Em consequência disso, o corpo necessita de doses maiores de opioides orais para obter o mesmo nível de alívio da dor dos opioides IV. Conheça as potências comparativas dos analgésicos em forma oral e em forma injetável. Além disso, familiarize-se com a via de administração mais eficaz para um paciente para que seja obtido um alívio controlado e duradouro da dor. A via intramuscular (IM) não deve ser usada para a administração de analgésicos porque a injeção IM é dolorosa e a absorção da droga é inconsistente e errática (Pasero e McCaffery, 2011). Ao se comparar opioides, gráficos equianalgésicos (isto é, gráficos convertendo um opioide a outro ou formas parenterais de opioides [p. ex., morfina a hidromorfona] a formas orais [ou vive versa]) devem estar disponíveis nos postos de enfermagem ou pelo contato com a equipe da farmácia. Há "aplicativos de smartfone" para as conversões de doses de opioides, mas deve-se verificar com o pessoal da farmácia para garantir sua precisão antes de se recorrer a instrumentos de conversão eletrônicos.

Os opioides são geralmente necessários e eficazes em dores agudas

e em dores de câncer de intensidade moderada ou grave. O objetivo da terapia opioide é a redução da intensidade da dor a um nível de conforto aceitável. Em ambos os tipos de dor o progresso no sentido do alívio da dor é medido por alterações no escore de intensidade da dor. Com frequência é necessário se ajustar as doses opioides, aumentando-as ou reduzindo-as de acordo com as circunstâncias e as condições dos pacientes individuais. O responsável pela prescrição deve individualizar cuidadosamente a escolha da droga, a dose e o esquema de administração desta. Muitos pacientes têm um risco maior de eventos adversos relacionados com a droga opioide (Quadro 44-15).

Quadro 44-15 Características dos Pacientes Associadas a um Risco Maior de Eventos Adversos Relacionados com Drogas Opioides

- Apneia do sono ou transtorno respiratório do sono
- Obesidade mórbida com risco elevado de apneia do sono
- Ronco
- Idade mais avançada
- Comorbidades significativas (insuficiência cardíaca, pulmonar ou de órgãos importantes)
- Ausência de uso recente de opioides
- Aumento da necessidade de dose de opioides
- Em uso de outras medicações sedativas (p. ex., anti-histamínicos, antipsicóticos)
- Cirurgia recente, especialmente torácica ou abdominal superior
- Anestesia geral prolongada
- Fumante

Modificado de Tje Joint Commission: 2013, *Sentinel Event Alert: safe use of opiois in hospitals*. Volume 49; 8 de agosto de 2012.
http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_49_opoids_8_2_12_final.pdf. Acessado

em 12 de agosto de 2014.

De acordo com a American Geriatric Society (AGS), os opioides provavelmente não são usados de maneira suficiente em pessoas idosas. A AGS sugeriu uma filosofia de "começar de baixo" (nível de dose) e de "ir devagar" (ajuste ascendente da dose). O uso cuidadoso de múltiplas drogas conjuntamente pode ser visto como potencialmente útil. A combinação de doses mais baixas de mais de uma medicação pode reduzir a um mínimo os efeitos adversos limitadores da dose do uso de uma droga única específica (ACPA, 2014). Os idosos merecem uma consideração especial porque alterações relacionadas com a idade e a fragilidade aumentada levam a uma previsibilidade menor das respostas a drogas, incluindo maior sensibilidade a drogas e maior gravidade dos efeitos colaterais (van Ojik et al., 2012). Os opioides podem colocar os idosos em maior risco de quedas e de outras lesões. Muitos pacientes idosos têm múltiplas comorbidades e necessitam de várias medicações, colocando-os em risco de polifarmácia e de interações medicamentosas. Tonteiras, confusão mental e alterações da visão são efeitos colaterais relacionadas com os opioides que acarretam riscos de segurança aumentados para os idosos; deve-se tomar um cuidado especial para assegurar que o ambiente seja seguro e os pacientes são orientados quanto à necessidade de cautela. Apesar dessas restrições, os idosos não devem ser privados da terapia opioide quando necessária para o tratamento da dor. Drogas opioides e doses cuidadosamente selecionadas, juntamente com a orientação e o monitoramento dos pacientes, são importantes para proporcionar um tratamento seguro e eficaz da dor. Muitos opioides apresentam riscos e benefícios semelhantes, mas geralmente se evita em idosos o uso da metadona, devido a sua longa meia vida, às interações medicamentosas e ao risco de anormalidades cardíacas (van Ojik et al., 2012).

A TIC exigiu que as instituições de cuidado de saúde, quando permitido, tenham diretrizes quanto a prescrições com limites afixadas para orientar as enfermeiras quanto à seleção da dose mais apropriada de uma medicação. "Prescrições com limites são

prescrições de medicação em que a dose varia dentro de limites prescritos dependendo da situação ou do estado de um paciente" (Drew et al., 2013). As prescrições com limites possibilitam ajustes necessários e seguros nas doses com base nas respostas do paciente individual ao tratamento (Drew et al., 2013). Entretanto, prescrições feitas de maneira incorreta podem ocasionar problemas no controle da dor e na segurança dos pacientes. Veja a prescrição a seguir, "Administre 5 a 10 mg de sulfato de morfina IVP a cada 3 h SOS para dores agudas." Uma prescrição desse tipo é perigosa caso não haja diretrizes clínicas a serem usadas para a seleção da dose exata. Siga essas diretrizes da ASPMN (Drew et al., 2013):

- Evite a administração de doses parciais a intervalos mais frequentes para não tratar o paciente de modo insuficiente por doses baixas, frequentes e ineficazes dentro dos limites (p. ex., administrar 10 mg de oxicodona a cada 2 h quando a prescrição menciona 10 a 20 mg de oxicodona a cada 3 h SOS).
- Evite fazer o paciente esperar um intervalo de tempo excessivo depois de aplicar uma dose parcial dentro dos limites permitidos.
- Espere até que tenha sido obtido o efeito máximo da primeira dose para administrar a dose subsequente.

Uma prescrição com limites adequados contém especificações para quando um limite de doses pode ser aplicado e proporciona às enfermeiras a flexibilidade necessária para tratar a dor dos pacientes de forma oportuna, ao mesmo tempo em que inclui provisões para diferenças na resposta do paciente à dor e na analgesia. Prescrições com limites seguros e eficazes levam em consideração a idade do paciente, a intensidade da dor e as comorbidades e prescrevem uma dose máxima que é pelo menos 2 vezes a dose máxima no limite, porém mais de 4 vezes essa dose (Drew et al., 2013; Pasero e McCaffery, 2011).

Coanalgésicos ou analgésicos adjuvantes são drogas originalmente desenvolvidas para tratar outras condições que não a dor, mas que também têm propriedades analgésicas. Como exemplo, antidepressivos tricíclicos (p. ex., nortriptilina [Pamelor]), anticonvulsivantes (p. ex., gabapentina [Neurontin]) e a lidocaína por

infusão tratam com sucesso dores crônicas, especialmente dores neuropáticas. Os corticosteroides aliviam a dor de inflamações e de metástases ósseas. Outros exemplos de coanalgésicos são os bisfosfonatos e a calcitonina em dores ósseas (Pasero e McCaffery, 2011). Os adjuvantes têm propriedades analgésicas, aumentam o controle da dor ou aliviam outros sintomas associados a dores neuropáticas. Administram-se adjuvantes isoladamente ou em associação a analgésicos. Sedativos, drogas ansiolíticas e relaxantes musculares têm um efeito analgésico, porém podem ser eficazes em suas indicações específicas.

Analgesia Controlada pelo Paciente

Um ciclo irregular de dor e analgesia alternadas ocorre com frequência quando os pacientes dependem das enfermeiras para a analgesia quando necessário (SOS). Um paciente sente dor e solicita medicação, mas primeiro é preciso que ele seja avaliado e então é preciso que a medicação seja obtida e preparada. Nessa circunstância a analgesia vem a ocorrer finalmente em cerca de uma hora, mas o alívio da dor pode durar apenas 30 minutos. Gradualmente o paciente vem a sentir desconforto novamente e o ciclo se inicia mais uma vez. O paciente fica entrando e saindo constantemente dos limites terapêuticos dos analgésicos.

Um sistema de aporte de drogas designado **analgesia controlada pelo paciente (ACP)** é um método para o controle da dor preferido por muitos pacientes (ver Procedimento 44-1 na pág. 1046). Este é um sistema de aporte de drogas que possibilita aos pacientes administrar a si próprios opioides (geralmente morfina, hidromorfona ou fentanil) com um risco mínimo de intoxicação por doses excessivas. O objetivo é manter constante o nível plasmático do analgésico para se evitar os problemas da administração quando necessário (SOS). A APC sistêmica envolve tradicionalmente a administração IV ou subcutânea da droga; todavia, já está disponível um dispositivo de analgesia controlada para medicações orais. Esse dispositivo permite aos pacientes o acesso junto ao leito a suas próprias medicações administradas quando necessário (SOS), incluindo opioides e outros

analgésicos, antieméticos e ansiolíticos.

As bombas de infusão APC são portáteis e computadorizadas e incluem uma câmara para uma seringa ou uma bolsa que administra uma dose preestabelecida baixa do opioide (Fig. 44-12). Para receber uma dose de demanda o paciente aperta um botão fixado ao dispositivo APC. As bombas de infusão APC visam a administração de uma dose específica, que é programada para estar disponível a intervalos específicos (geralmente na faixa de 8 a 15 minutos) quando o paciente ativa o botão de aporte. Pode-se estabelecer igualmente um limite no número de doses por hora ou por um período de 4 horas. Muitas bombas têm sistemas de segurança providos de tranca que impedem a modificação por pacientes ou por seus familiares e seu uso a domicílio é de modo geral seguro. No caso de pacientes tolerantes a opioides, como aqueles com dores de câncer, é por vezes programada uma infusão contínua a doses baixas (razão basal) visando a administração de uma dose constante de medicação de forma contínua (Pasero e McCaffery, 2011).

50 mL
Running
IV PCA
Post Surgical (general)
HYDROmorphone
0.2 mg/mL
Home
Press 'select' to edit
Continuous Rate
0.2 mg/hr
PCA Dose
0.1 mg
PCA Lockout
15 Min
1 Hour Limit
0.5 mg
Reports
Tasks
CADD
select
stop/start
PCA dose
HYDROmorphone
0.2 mg per mL
(10 mg per 50 mL)
50 mL total volume in a 50 mL Med Cas Res
in Sodium Chloride 0.9%
IV Use Only
NDC 61553-820-411 CII
Service Code 2K8820
Lot#08218003M
Store at room temp. Rx Only. See package insert. Use as directed
Patient Name
2nd Patient ID

FIGURA 44-12 Bomba de analgesia controlada pelo paciente com cassete. (Cortesia de Smiths Medical ASD, Inc., St Paul, MN, EUA.)

O uso da APC traz muitos benefícios. O paciente adquire controle sobre a dor e o alívio não depende da disponibilidade da enfermeira. Os pacientes também passam a ter acesso à medicação quando a necessitam. Isso diminui a ansiedade e leva a um uso menor da medicação. Doses baixas das medicações são administradas a intervalos curtos, estabilizando as concentrações séricas da droga para um alívio duradouro da dor.

A preparação e a instrução dos pacientes são muito importantes para o uso seguro e eficaz dos dispositivos de ACP (Quadro 44-16). É preciso que o paciente compreenda a ACP e seja fisicamente capaz de localizar e apertar o botão para administrar uma dose. Familiares e visitantes devem ser instruídos a não "apertar o botão" pelo paciente (uma ação perigosa designada como "APC por Procuração," pois isso contorna a característica de segurança da ACP, que exige um paciente desperto para ativar o dispositivo. Em situações específicas, em que os pacientes não se mostram capazes de ativar o dispositivo de ACP, pode-se autorizar um membro da família ou um membro da equipe de enfermagem cuidadosamente selecionado para ativar o dispositivo com base em critérios específicos. As diretrizes para analgesia controlada por um agente autorizado (ACAA) devem ser utilizadas para orientar essa prática quando apropriado (Cooney et al., 2013).

Quadro 44-16

Educação em saúde do cliente

Analgesia Controlada pelo Paciente

Objetivo

- O paciente vai obter o controle da dor ao uso correto do dispositivo de analgesia controlada pelo paciente (ACP).

Estratégias de Orientação

- Orientar quanto ao uso da ACP antes dos procedimentos para que o paciente compreenda como usá-la depois de acordar da anestesia ou da sedação. Reforçar quando necessário pelo Teach Back (Ensino de Retorno).
- Instruir o paciente quanto ao propósito da ACP, enfatizando que o paciente controla a administração da medicação.
- Explicar que a bomba reduz o risco de intoxicação por doses excessivas.
- Dizer aos familiares ou amigos do paciente para não operar o dispositivo de ACP pelo paciente.

Avaliação de Enfermagem

- Pedir ao paciente para lhe dizer o propósito do dispositivo de ACP e quando o botão deve ser ativado.
- Observar o paciente administrando uma dose.
- Avaliar a intensidade da dor do paciente enquanto ele usa o dispositivo de ACP.

Para a ACP IV há necessidade de um cateter IV estabelecido e funcionando adequadamente. Para se assegurar o funcionamento correto (Cap. 42) se verifica a linha IV e o dispositivo APC de acordo com a estratégia institucional. A programação dos controles geralmente requer uma verificação independente por duas enfermeiras para se assegurar a precisão. Ainda que os pacientes controlem a administração dos analgésicos, há necessidade da diligência de uma enfermeira para se evitar erros relacionados com dispositivos APC programáveis. Em pacientes não usuários contínuos de opioides não se deve aumentar a dose de demanda ou a dose basal e diminuir o intervalo entre as doses de maneira simultânea, porque isso aumenta o risco de sedação excessiva e de depressão respiratória. Documentam-se as doses da droga e rastreiam-se as perdas de medicação de acordo com a orientação da agência (Pasero e

McCaffery, 2011). Doses basais de ACP *não* são recomendadas para pacientes não usuários contínuos de opioides após uma cirurgia devido à possibilidade de depressão respiratória.

Analgésicos Tópicos

Os analgésicos tópicos incluem cremes, pomadas e adesivos por prescrição e vendidos sem receita médica que são aplicados a uma área dolorida. As drogas tópicas de uso comum incluem produtos DAINE (adesivo de cetoprofeno) e capsaicina (Pasero e McCaffery, 2011). Outros analgésicos tópicos contém anestésicos locais. Estão disponíveis para crianças produtos tais como ELA-Max/LMX e uma mistura eutética de anestésicos locais (EMLA). A EMLA é aplicada à pele por um disco ou um creme espesso, 30 a 60 minutos antes de procedimentos de menor monta (p. ex., início de aplicação IV, injeção intramuscular) ou da infiltração anestésica de tecidos moles. Não se deve aplicar a EMLA em torno dos olhos, na membrana timpânica ou sobre superfícies cutâneas extensas. O adesivo Lidoderm é um analgésico tópico eficaz em dores neuropáticas cutâneas como a neuralgia pós-herpética em adultos. Colocam-se três adesivos, cortados do tamanho certo, sobre e em torno do o local da dor, usando-se um esquema de 12 horas sim, 12 horas não (Pasero e McCaffery, 2011).

Anestesia Local

A **anestesia local** é a infiltração local de uma medicação anestésica para induzir a perda de sensação em uma parte do corpo. Os provedores de cuidados de saúde frequentemente usam a anestesia local durante procedimentos cirúrgicos breves, como ao remover uma lesão de pele ou suturar uma ferida, por aplicar anestésicos locais topicamente sobre a pele e as mucosas ou por injetá-los por via subcutânea ou intradérmica para anestesiar uma parte do corpo. A **anestesia regional** é a injeção ou a infusão de anestésicos locais para bloquear um grupo de fibras nervosas sensoriais. Os anestésicos produzem a perda temporária da sensação por inibir a condução nervosa. Os anestésicos locais também bloqueiam as funções motoras

e autonômicas, dependendo da quantidade utilizada e da localização e da profundidade de administração. As fibras nervosas sensoriais menores são mais sensíveis aos anestésicos locais que as grandes fibras motoras. Em consequência disso, o paciente perde a sensação antes de perder a função motora e, reciprocamente, a atividade motora retorna antes da sensação.

Infusão Perineural de Anestésicos Locais

Um tipo de anestesia regional é o uso de injeções e infusões perineurais de drogas anestésicas locais para aliviar a dor. Essa técnica é empregada em vários procedimentos cirúrgicos adultos e pediátricos hospitalares e ambulatoriais. O cirurgião coloca a extremidade de um cateter não suturado nas proximidades de um nervo ou de um grupo de nervos e o cateter fica para fora da ferida cirúrgica. Infusões de anestésicos locais (bupivacaína ou ropivacaína) podem ser aplicadas por meio de uma bomba semelhante àquelas usadas para infusões IV, por bombas ambulatoriais ou por sistemas descartáveis (p. ex., On-Q). A bomba pode ser ajustada em modalidade de demanda ou contínua e o cateter é em geral deixado no local por 48 horas. Alguns pacientes têm sistemas de bomba que são deixados fixados até mesmo depois da alta. Os pacientes aprendem a suspender o uso da bomba a domicílio e trazem o cateter na próxima consulta ao provedor de cuidados de saúde. Alguns pacientes ainda necessitam de analgésicos orais, mas as **infusões perineurais** frequentemente reduzem a dose total (Pasero e McCaffery, 2011).

Os anestésicos locais produzem efeitos colaterais, dependendo de sua absorção pela circulação. Prurido ou ardência na pele ou uma erupção cutânea localizada são comuns após aplicações tópicas. A aplicação nas mucosas vascularizadas aumenta a chance de efeitos sistêmicos tais como uma alteração na frequência cardíaca. O uso de anestésicos locais em nervos periféricos e em infusões epidurais (ver o próximo parágrafo) pode bloquear tanto nervos motores como nervos sensoriais. Esse efeito remite dentro de algumas horas da redução ou suspensão de uma infusão.

Analgesia Epidural

Outra terapia para dor que envolve frequentemente a administração de drogas anestésicas é a **analgesia epidural**, uma forma de anestesia regional. Opioides desprovidos de preservativos são frequentemente administrados no espaço epidural de um paciente como drogas únicas ou em combinação a anestésicos locais. A analgesia epidural trata de maneira efetiva dores pós-operatórias agudas, dores de fraturas de costela, dores de trabalho de parto e de parto e dores cancerosas crônicas. As pesquisas demonstraram que adultos submetidos a uma cirurgia sob anestesia geral apresentam menos complicações cardiovasculares, respiratórias e gastrointestinais pós-operatórias ao receber a analgesia epidural em comparação a pacientes recebendo analgesia sistêmica (analgésicos IV) (Popping et al., 2014). A analgesia epidural controla ou reduz a necessidade global de opioides de um paciente, reduzindo assim a um mínimo os efeitos adversos. Ela é de duração curta ou longa, dependendo da condição e da expectativa de vida do paciente.

O provedor de cuidados de saúde administra a analgesia epidural no espaço epidural espinal (Fig. 44-13) pela inserção de uma agulha de ponta rombuda ao nível do espaço intervertebral mais próximo da área requerendo analgesia. Ele avança o cateter até o espaço epidural, remove a agulha e sutura o restante do cateter com um curativo, assegurando, ao mesmo tempo, que o cateter esteja fixado com segurança por fita adesiva. A extremidade do cateter é tampada ou, caso seja prescrita uma infusão contínua, é conectada a tubos especiais e a uma bomba de infusão que é preparada para infusão epidural. Enfermeiras anestesistas, anestesiologistas e enfermeiras certificadas controlam a analgesia epidural, dependendo da orientação da agência. Alguns pacientes podem usar uma técnica designada como *analgesia epidural controlada pelo paciente (AECP)*, que possibilita que eles administrem a si próprios doses de demanda de uma solução epidural quando conectados a uma bomba de administração especial (Pasero e McCaffery, 2011).

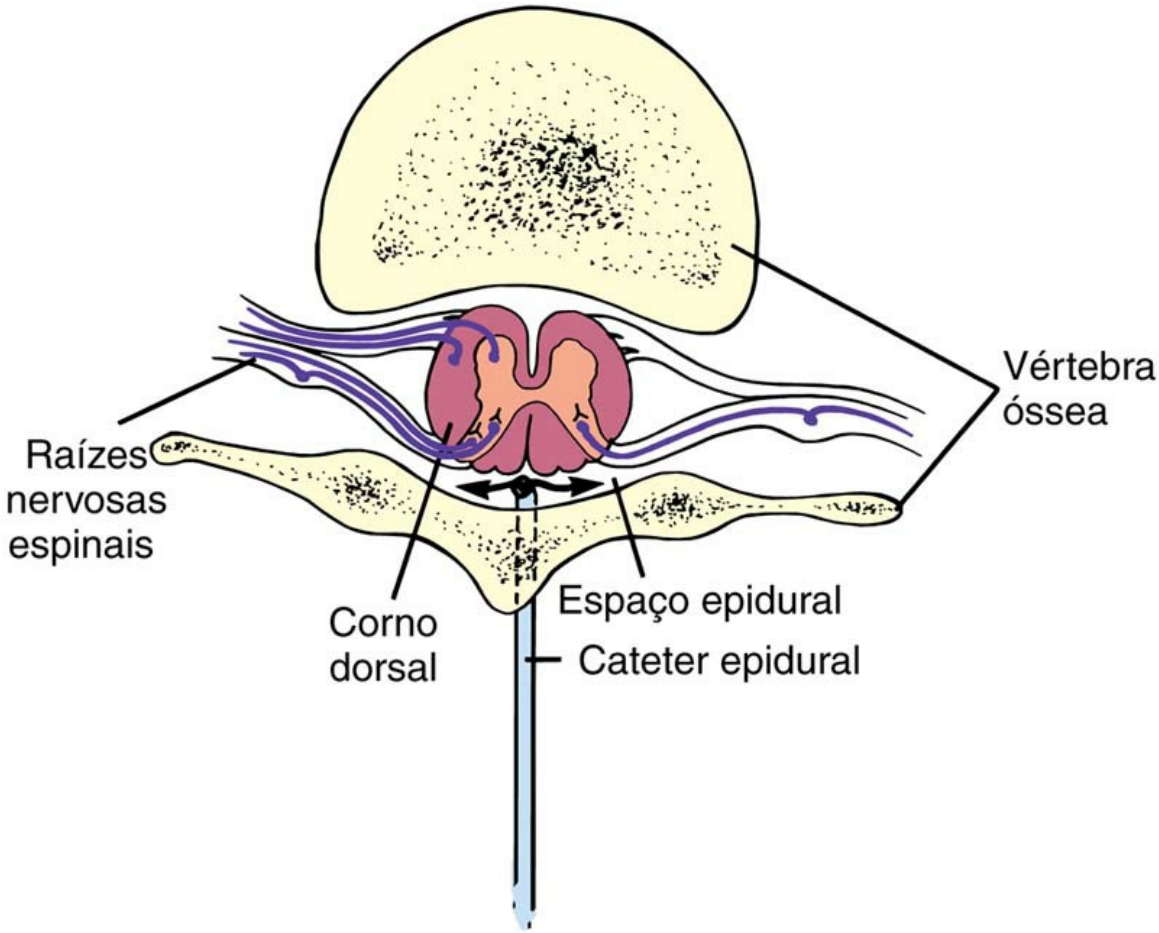


FIGURA 44-13 Desenho anatômico do espaço epidural.

Uma das preocupações relacionadas com o uso de técnicas anestésicas periféricas e epidurais é o risco de sangramento e de formação subsequente de um hematoma nas proximidades do local de injeção/inserção. Embora isso seja relativamente raro, o risco aumenta em casos em que os pacientes recebem medicações anticoagulantes ou antiplaquetárias. A colocação ou remoção segura dessas injeções é feita com base no conhecimento do estado de coagulação dos pacientes e da escala temporal da administração das medicações anticoagulantes ou antiplaquetárias. Estão disponíveis diretrizes quanto ao uso da anticoagulação em pacientes se submetendo à anestesia regional (Narouze et al., 2015). Como o espaço epidural é uma área muito vascularizada, os pacientes com cateteres epidurais estão em risco de vir a apresentar hematomas epidurais, que podem ocasionar a isquemia da medula espinal e, se não tratados, graves

complicações neurológicas.

Implicações para a Enfermagem das Anestesias Local e Regional

Dê apoio emocional aos pacientes se submetendo à anestesia local ou regional, explicando a técnica de inserção e avisando aos pacientes que eles vão perder temporariamente a função sensorial dentro de alguns minutos após a injeção. As funções motoras e autonômicas (controle intestinal e vesical) também podem ser perdidas rapidamente, dependendo da área anestesiada. É comum que os pacientes temam a paralisia, porque as injeções espinais e epidurais chegam bem próximo da medula espinal. Para tranquilizar o paciente, explique a ele que as sensações de dormência, formigamento e frio são comuns. A inserção do cateter deve ser confortável, porque o provedor de cuidados de saúde deve primeiramente adormecer o local da injeção. Prepare os pacientes para o possível desconforto. Verifique as alergias do paciente antes que ele receba a analgesia. Verifique também as drogas administradas pelo cateter epidural (p. ex., morfina [Duramorph] e fentanil [Sublimaze]) para se certificar de que elas estão livres de substâncias potencialmente neurotóxicas como preservativos e aditivos. Avalie os sinais vitais para monitorizar os efeitos sistêmicos.

Após a administração de um anestésico local ou regional, proteja o paciente relativamente a lesões até que haja o retorno integral da função sensorial e motora. Os pacientes estão em risco de lesar uma parte do corpo anestesiada sem o saber. Evite aplicar calor ou gelo a áreas adormecidas em pacientes submetidos a uma anestesia tópica. Após uma injeção na articulação do joelho, instrua o paciente a evitar sentar sem auxílio, por haver um alto risco de quedas. Em casos de anestesia local epidural ou em nervos periféricos os pacientes podem apresentar perda sensorial juntamente com uma fraqueza motora significativa. Avalie os pacientes quanto ao bloqueio nervoso sensorial e motor e notifique o responsável pela prescrição caso o bloqueio motor não seja um objetivo. Proteja os pacientes quanto a lesões e oriente-os quanto às precauções necessárias até o retorno completo da função sensorial e motora. O paciente deve permanecer no leito

durante a anestesia epidural e após a mesma até que a função motora retorne. Ajude o paciente da primeira vez em que ele tentar se levantar do leito.

Ao administrar infusões epidurais, se a diretriz da instituição permitir, ligue o cateter a uma bomba de infusão, a uma escotilha ou a um reservatório ou tampe-o no caso de infusões maciças. Marque claramente o cateter como um *cateter epidural* para reduzir o risco de injeção epidural acidental de drogas destinadas à aplicação IV. Administre sempre as infusões contínuas por dispositivos de infusão eletrônicos para um controle apropriado. Devido à localização do cateter, use a assepsia cirúrgica para evitar uma infecção grave e potencialmente fatal. Notifique imediatamente o provedor de cuidados de saúde do paciente quanto a quaisquer sinais ou sintomas de infecção ou de dor no local de injeção. Uma higiene meticulosa é necessária durante os procedimentos de enfermagem para se manter o sistema do cateter limpo e seco. Mantenha o sistema fechado e evite a desconexão do cateter assegurando conexões bem apertadas.

As implicações de enfermagem à administração da analgesia epidural são numerosas (Tabela 44-6). Não administre doses suplementares de opioides ou de sedativo/hipnóticos devido aos possíveis efeitos adversos aditivos sobre o sistema nervoso central. O monitoramento dos efeitos de medicações difere, dependendo da medicação utilizada e de serem as infusões intermitentes ou contínuas. As complicações do uso de opioides epidurais incluem náuseas e vômitos, retenção urinária, constipação intestinal, depressão respiratória e prurido (Pasero e McCaffery, 2011). Em pacientes se submetendo à analgesia epidural, monitorize-os inicialmente a cada 15 minutos, incluindo a avaliação dos sinais vitais, do esforço respiratório e da cor da pele. O monitoramento após a estabilização é efetuado de hora em hora nas primeiras 12 a 24 horas e depois em frequência menor caso o paciente se mostre estável (consulte a orientação da instituição).

Tabela 44-6

Cuidado de Enfermagem de Pacientes com Infusões Epidurais

Objetivo	Ações
Impedir o deslocamento do cateter.	Fixar cuidadosamente o cateter (se já não estiver conectado ao reservatório implantado) à pele externa.
Manter a função do cateter.	Verificar o curativo externo em torno do local do cateter quanto à umidade ou à eliminação de secreções. (Pode haver o vazamento da solução epidural se o cateter se desprender.)
	Usar um curativo transparente para fixar o cateter e ajudar na inspeção.
	Inspecionar o cateter quanto a rupturas.
Prevenir infecções.	Empregar uma técnica asséptica estrita ao cuidar do cateter (Cap. 29).
	Não trocar o curativo rotineiramente no local.
	Inspecionar o local de inserção quanto a sinais de infecção.
	Seguir as orientações da instituição quanto à troca dos tubos.
Monitorizar quanto à depressão respiratória.	Monitorizar os sinais vitais, especialmente as respirações, segundo a orientação.
	Use a oximetria de pulso, o dióxido de carbono corrente final e o monitoramento da apneia.
Impedir complicações indesejáveis.	Avaliar quanto às alterações hemodinâmicas associadas ao uso de anestésicos locais que possam causar vasodilatação e hipotensão subsequente.
	• Garantir hidratação adequada e administrar os líquidos intravenosos prescritos.
	• Notificar o responsável pela prescrição caso haja uma alteração significativa nos sinais vitais e reduzir ou suspender a infusão epidural.
	• Prever a necessidade de alterações na solução epidural.
	Avaliar quanto ao prurido (coceira) e a náuseas e vômitos associados ao uso de opioides epidurais.
	• Notificar ao responsável pela prescrição quanto à redução da dose ou a alterações na solução epidural.
	• Administrar anti-histamínicos e antieméticos quando indicado.
	Avaliar a sensação e a força motora, notificar ao provedor de cuidados de saúde em caso de alterações em relação ao nível basal.
Manter a função urinária e intestinal.	Monitorizar a ingestão e a eliminação.
	Avaliar quanto a distensões urinária e intestinal.
	Avaliar quanto a desconforto, frequência e urgência.

Para se reduzir a um mínimo os riscos de sangramento e o potencial de formação de hematomas, não se deve administrar medicações anticoagulantes e antiplaquetárias até que um especialista em dor possa verificar a segurança do uso. Para detectar o desenvolvimento de um possível hematoma epidural, notifique ao provedor de cuidados de saúde ou ao especialista em dor caso o paciente venha a apresentar dores intensas no local de inserção epidural ou uma perda sensorial ou motora não explicada. O provedor que executa o procedimento também deve ser notificado quando pacientes

submetidos a injeções/inserção de cateteres em nervos periféricos apresentem sinais e sintomas semelhantes.

É preciso que o paciente receba orientações meticulosas sobre a analgesia epidural em termos da ação da medicação e de suas vantagens e desvantagens. Instrua o paciente quanto ao potencial de efeitos colaterais e a notificar seu provedor de cuidados de saúde caso estes venham a ocorrer. Se o paciente necessitar do uso epidural por um período prolongado, o provedor passa um cateter em um túnel permanente através da pele. O cateter sai na lateral do paciente. Instrua o paciente em terapia por um período prolongado quanto à maneira de administrar com segurança as infusões a domicílio com um mínimo de intervenção ativa da enfermagem e coordene com o administrador do caso ou com uma assistente social para assegurar que vão ser providos serviços apropriados de cuidado domiciliar.

Intervenções Invasivas para o Alívio da Dor

Caso uma dor intensa persista apesar do tratamento médico, as intervenções invasivas disponíveis incluem injeções ou bombas implantáveis por via intratecal, a estimulação cerebral profunda, procedimentos neuroablativos (cordotomia, rizotomia), injeções em pontos gatilho, crioablação e medicações intraespinais (p. ex., opioides, esteroides, anestésicos locais). Essas técnicas são úteis para dores crônicas. Não é aceitável se dizer a um paciente com dores intensas não aliviadas que "não há mais nada que possamos fazer por você." Os pacientes com dores crônicas intensas devem ser encaminhados, sempre que possível, a programas abrangentes para o tratamento da dor. Esses programas oferecem muitas estratégias de intervenção diferentes, opções farmacológicas, terapias fisioterápicas e de reabilitação para abordar as necessidades complexas de pacientes com dores crônicas. Caso não estejam disponíveis programas abrangentes para dor, a melhor opção disponível pode ser o encaminhamento a um programa para o controle de dores crônicas.

Controle da Dor de Procedimentos

Procedimentos de diagnósticos e terapêuticos produzem

potencialmente dor e ansiedade, e estas devem ser avaliadas e tratadas antes de se iniciar o procedimento (Czarnecki et al., 2011). As barreiras ao controle eficaz da dor incluem inúmeros fatores específicos do paciente, mas talvez o mais influente seja o não reconhecimento por parte do provedor de cuidados de saúde de que pode ocorrer dor durante o procedimento ou após o mesmo. Sem esse reconhecimento não pode haver a previsão, a prevenção e o controle necessários da dor potencial ou efetiva pelo procedimento (Czarnecki et al., 2011). O Thunder Project II (Puntillo et al., 2001) identificou vários procedimentos causadores de dor em pacientes gravemente doentes: mudança de decúbito, remoção de drenos de feridas, sucção endotraqueal, remoção de cateter femoral, colocação de linhas centrais, e troca de curativos de queimados. Os agentes farmacológicos comuns para manejar os procedimentos com conforto incluem anestésicos locais, DAINE, paracetamol, opioides, ansiolíticos e sedativos (Czarnecki et al., 2011). A pré-medicação dos pacientes antes de procedimentos dolorosos possibilita que eles cooperem mais plenamente e reduz a vivência de dor. O uso de terapias não farmacológicas, como técnicas de relaxamento, meditação, imagens guiadas e música, tem se mostrado eficaz em situações selecionadas (Czarnecki et al., 2011). Ao pré-medicar um paciente antes de um procedimento, tenha em mente o tempo até o início de ação e o tempo até o efeito máximo do analgésico para marcar corretamente o momento de início do procedimento doloroso.

Controle de Dores de Câncer e de Dores Crônicas não Cancerosas

A dor de câncer é aguda ou crônica. A prevalência da dor entre os pacientes de câncer varia. Uma revisão de pesquisas cobrindo 40 anos mostrou a prevalência variando de 64% em pacientes com metástases, fase avançada ou fase terminal da doença a 59% em pacientes em tratamento anticâncer e 33% em pacientes após um tratamento curativo (van den Beuken-van Everdingen et al., 2007). Especialistas e painéis de consenso concordam em que a dor de câncer ainda não é adequadamente tratada (Ripamonti et al., 2011). Organizações tais

como a APS e a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) publicaram diretrizes para a avaliação e o tratamento das dores relacionadas com o câncer. As diretrizes apoiam um tratamento abrangente e agressivo, incluindo muitas opções para o alívio da dor. A melhor opção quanto ao tratamento da dor se modifica com frequência devido a mudanças na condição do paciente e nas características da dor. Pode-se usar intervenções não farmacológicas juntamente com as farmacológicas para se obter um cuidado ótimo.

Recomendações semelhantes foram feitas para o tratamento da dor em pacientes com dores crônicas não cancerosas. Em 2009 a APS e a American Academy of Pain Medicine recomendaram conjuntamente que a terapia opioide crônica pode ser uma terapia eficaz em pacientes cuidadosamente selecionados e monitorizados apresentando dores crônicas não cancerosas (Chou et al., 2009). Os analgésicos para dores crônicas devem ser prescritos de forma regular e não em um esquema de "quando necessário" (Ripamonti et al., 2011). Todavia, a dor crônica é complexa e torna necessária a seleção cuidadosa dos pacientes, a identificação de seus riscos, o uso de tratamentos diferentes (com frequência em combinação) e o monitoramento contínuo para proporcionar os melhores resultados possíveis. As opções de tratamento estão se expandindo continuamente e incluem diversas drogas farmacológicas, fisioterapias, medicina comportamental, intervenções cirúrgicas, neuromodulação, abordagens complementares e alternativas (Turk et al., 2011). Não há nenhuma abordagem que tenha demonstrado superioridade e a eficácia geral dos tratamentos é baixa e inconsistente (Turk et al., 2011). Os pacientes se mostram com frequência desesperados, frustrados e ansiosos ao procurar tratamento. É importante proporcionar-se apoio emocional e orientá-los quanto a assumir um papel ativo no tratamento de sua dor, com objetivos e expectativas realistas. Comorbidades tais como ansiedade e depressão podem agravar a dor e tornar necessário a avaliação e o tratamento em separado.

Muitos pacientes com câncer apresentam dores de câncer penetrantes, um agravamento transitório da dor que ocorre

espontaneamente ou em relação a um desencadeante específico, previsível ou não, apesar de uma dor de fundo relativamente estável e adequadamente controlada (European Oncology Nursing Society, 2013. Essas dores são um aspecto desafiador do câncer porque, ainda que tenham uma natureza autolimitada, sua presença tem um significativo impacto negativo sobre a qualidade de vida de pacientes e familiares provedores de cuidados (European Oncology Nursing Society, 2013). A avaliação individualizada é criticamente importante para se compreender como a essa dor afeta a vida de um paciente. Torna-se frequentemente necessária uma abordagem holística ao cuidado (Quadro 44-17). Há evidências quanto ao tratamento adequado dessas dores em pacientes de câncer; todavia, há poucas evidências quanto à maneira de tratá-las em pacientes com dores crônicas não cancerosas (Manchikanti et al., 2011). Múltiplas questões relacionadas com o conceito das **dores penetrantes** em pacientes com dor crônica não cancerosa giram em torno do uso extenso, do uso excessivo, do uso incorreto e do abuso de opioides. Na era da eliminação dos opioides ou da redução significativa de seu uso unicamente às indicações apropriadas, o conceito de dores penetrantes suscita múltiplas dúvidas sem qualquer evidência científica.

Quadro 44-17 Tipos de Dor Penetrante e seu Tratamento

Tipos de Dor Penetrante

Dor incidente: Dor que é previsível e é evocada por comportamentos ou desencadeantes específicos, como um ato voluntário (caminhar), um ato involuntário (tossir) ou por tratamentos (p. ex., trocas de curativo de feridas)

Dor de insuficiência ao final da dose: Dor que ocorre ao final do intervalo de administração habitual de um analgésico dado em horários regulares.

Dor espontânea: Dor que é imprevisível e não se associa a

nenhuma atividade ou a nenhum evento

Tratamento

- Modificações do estilo de vida
- Tratamento de causas reversíveis
- Modificação de processos patológicos
- Tratamento não farmacológico
- Controle farmacológico — dose de socorro da medicação
- Técnicas de intervenção

De Haugen DF et al: Assessment and classification of cancer breakthrough pain: a systematic literature review. *Pain* 149(3):476, 2010; European Oncology Nursing Society: *Breakthrough cancer pain guidelines*. European Oncology Nursing guidelines, 2013, http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelines.pdf. Acessado em 17 de agosto, 2015.

A APS relatou que o objetivo primordial do tratamento de dores crônicas não cancerosas por opioides consiste em se aumentar o nível de função dos pacientes e não apenas proporcionar o alívio da dor (ACPA, 2014). O uso da terapia opioide em pacientes com dor crônica torna necessárias uma seleção cuidadosa dos pacientes e a consideração dos riscos e dos benefícios dos opioides. Como exemplo, para se determinar se os opioides são benéficos para um paciente é necessário se avaliar seu nível de participação nas AVD, nas fisioterapias, nas atividades familiares e nas funções relacionadas com o trabalho. Os membros da família são frequentemente incluídos nas consultas médicas para fornecer informações a respeito do nível funcional do paciente. As pesquisas ainda não forneceram evidências claras para apoiar ou para orientar o uso da terapia opioide crônica em pacientes com dores crônicas não cancerosas (Chou et al., 2015). Recomenda-se que todas as pessoas com dores crônicas não cancerosas sejam tratadas medicamente de forma individual; o uso de medicação deve ser determinado ponderando-se os benefícios em comparação a outras alternativas, o custo, os efeitos colaterais potenciais e outros problemas médicos do paciente (ACPA, 2014). As

dúvidas sobre o uso prolongado de opioides estão relacionadas com a perda dos efeitos benéficos com o tempo, com a tolerância progressivamente crescente e com o aumento do uso com a diminuição da função (ACPA, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou em 1986 a escada analgésica de três degraus da OMS como uma abordagem recomendada para o tratamento de dores de câncer (Fig. 44-14). Essa abordagem tem sido empregada em todo o mundo e foi elogiada por sua simplicidade e sua facilidade de uso. Entretanto, a escada já foi alvo de críticas (Vargas-Schaffer, 2010). A abordagem em três etapas recomenda que a terapia tenha início no primeiro degrau pelo uso de analgésicos não opioides e/ou adjuvantes e passe para a etapa seguinte mais alta quando aumentar a intensidade da dor. Opioides fracos, isoladamente ou em combinação aos analgésicos não opioides e/ou adjuvantes são recomendados na segunda etapa; e, se a dor persistir, opioides fortes são recomendados na terceira etapa. Houve esforços no sentido de se modificar os degraus para se facilitar o uso da escada em diferentes quadros clínicos iniciais de dor. Foi sugerida uma abordagem bidirecional em que, além da abordagem original escada acima, uma abordagem escada abaixo seria usada em pacientes com dores agudas intensas, dores cancerosas não controladas e dores penetrantes (Thapa et al., 2011). Nessa modificação a terapia teria início no terceiro degrau pelos opioides fortes e desceria escada abaixo à melhora da dor. Outra medicação inclui a adição de um quarto degrau, que recomenda procedimentos neurocirúrgicos e outros procedimentos invasivos e inclui igualmente o tratamento de dores pediátricas e agudas em serviços de emergência e em situações pós-operatórias (Vargas-Schaffer, 2010) (Fig. 44-15). O novo quarto degrau é recomendado para o tratamento de crises de dor crônica. Já foram propostas muitas outras modificações da escada, incluindo aquelas que recomendam o uso de uma abordagem multimodal a cada nível.

FIGURA 44-14 A escada analgésica da OMS é uma abordagem em três etapas ao tratamento de dores de câncer. (Acessada em 27 de setembro, 2010 em http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/.)

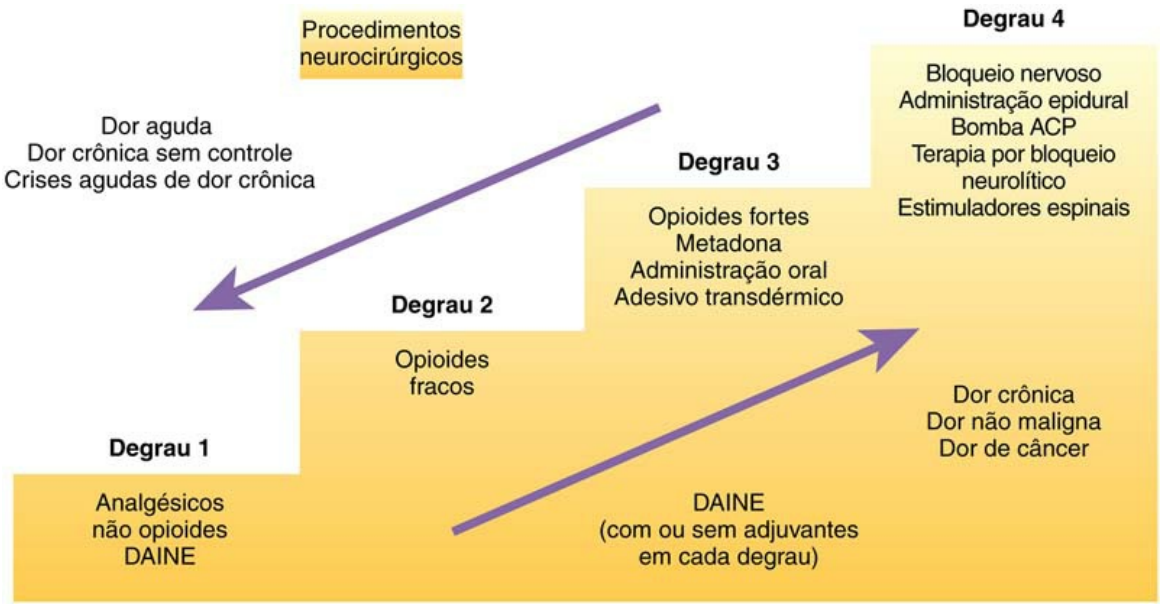


FIGURA 44-15 Adaptação da escada analgésica da OMS. *DAINE*, Droga anti-inflamatória não esteroide; *ACP*, analgesia controlada pelo paciente. (De Vargas-Schaffer G: Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician* 56:514, 2010.)

Medicações de ação prolongada ou de liberação controlada podem proporcionar alívio em todos os tipos de dor crônica, incluindo dores de câncer. Essas medicações de liberação controlada (p. ex., morfina [MS Contiun, Roxanol SR] e oxicodona [OxyContin]) aliviam a dor por 8 a 12 horas. Os opioides de ação prolongada ou de liberação prolongada são administrados em uma base de horário marcado e não SOS ou "quando necessário." O fentanil transdérmico, que é 100 vezes mais potente que a morfina, está disponível para pacientes tolerantes a opioides com dores de câncer ou dores crônicas. Ele libera doses predeterminadas que proporcionam analgesia por até 72 horas. A via transdérmica é útil no caso de pacientes que não conseguem tomar drogas por via oral. Os pacientes acham fácil usar o adesivo transdérmico, porque ele possibilita a administração contínua de opioides sem agulhas ou bombas. Os curativos autoadesivos liberam a medicação lentamente ao longo do tempo, obtendo uma analgesia eficaz. O fentanil transdérmico não deve ser usado em pacientes adultos que pesem menos de 50 kg (muito pouco tecido subcutâneo para a absorção) ou que apresentem hipertermia (aumenta a absorção

da droga). *Não coloque bolsas térmicas quentes sobre um adesivo e nunca o corte.* Para descartar um adesivo, dobre-o ao meio, com o lado adesivo enrolado em si mesmo, e jogue-o na lata de lixo ou no vaso sanitário (Pasero e McCaffery, 2011).

Todos os pacientes em terapia opioide crônica necessitam de monitoramento e acompanhamento. Os efeitos colaterais devem ser previstos, evitados quando possível e tratados quando necessário. Com o tempo se desenvolve tolerância ao efeito analgésico dos opioides, tornando necessário o aumento da dose da droga. A dose mais alta de opioides geralmente não é letal porque os pacientes desenvolvem tolerância também à depressão respiratória. Mais raramente o uso crônico de opioides pode levar à hiperalgesia (sensibilidade aumentada à dor). Especialmente no caso de dores não cancerosas, os pacientes devem ser atentamente monitorizados quanto a sinais de comportamentos aberrantes relacionados com opioides, como o uso incorreto, o abuso e a dependência. Já existe uma "unidade" de fentanil transdérmico para tratar a dor por irrupção em pacientes tolerantes a opioides. A unidade de fentanil é esfregada na boca sobre a mucosa bucal e as gengivas. A unidade permanece intacta até se dissolver na boca e não é mastigada. Permite-se a absorção por um período de 15 minutos, retardando-se ao máximo possível a deglutição. Não se deve usar mais de 2 unidades por cada episódio de dor penetrante. Notifique o provedor de cuidados de saúde do paciente se a dor deste não for aliviada depois de 2 unidades (Pasero e McCaffery, 2011).

Muitos pacientes, familiares e provedores de cuidados de saúde têm dúvidas em relação aos riscos de dependência associados ao uso de opioides. As estimativas de dependência em pacientes com dores crônicas persistentes variam de 6% a 10% (Pasero e McCaffery, 2011). Muitas vezes uma pessoa com dores crônicas que consulte inúmeros provedores de cuidados de saúde é rotulada como usuária de drogas, quando está na realidade buscando o alívio adequado da dor. Essa situação pode se associar a comportamentos que são indicativos de **pseudodependência**. É preciso que as enfermeiras desencorajem os pacientes de "fazer feira de médicos" e de ter múltiplos provedores de

cuidados de saúde para tratar a dor e os encaminhem a especialistas em dor. Os centros de dor oferecem uma abordagem holística às dores crônicas, utilizando tanto estratégias farmacológicas como não farmacológicas para o tratamento de dores crônicas (Pasero e McCaffery, 2011).

Tal como ocorre nas dores agudas constantes, é necessário se dar aos pacientes com dores crônicas os analgésicos necessários de forma regular. A via oral de administração de drogas analgésicas deve ser recomendada como a primeira opção (Ripamonti et al., 2011). A prescrição de analgésicos em uma base SOS em casos de dor crônica é ineficaz e causa um sofrimento ainda maior. O paciente com dores crônicas precisa tomar um analgésico pelo dia inteiro, mesmo que a dor venha a remitir. A administração regular mantém níveis sanguíneos terapêuticos da droga para o controle contínuo da dor.

Os analgésicos são administrados por via retal no caso de pacientes que não consigam deglutir, apresentem náuseas ou vômitos ou estejam próximos da morte. Essa via é contraindicada em pacientes com diarreia ou com lesões cancerosas envolvendo o ânus ou o reto. Morfina, hidromorfona e oximorfona estão disponíveis em supositórios (Pasero e McCaffery, 2011).

Alguns pacientes usam dispositivos de ACP para o tratamento de dores de câncer intensas a domicílio. Os dispositivos de ACP proporcionam um controle melhor e mais uniforme da dor, com menos altos e baixos na concentração plasmática, ação mais efetiva da droga e doses mais baixas da droga no total. Os pacientes que comumente se beneficiam de infusões contínuas incluem aqueles com dores intensas nos quais as medicações orais e injetáveis proporcionam um alívio mínimo, aqueles com náuseas e vômitos intensos e aqueles que não conseguem deglutir medicações orais.

Quando um paciente recebe pela primeira vez opioides em gotejamento contínuo, é preciso que o acesso IV esteja permeável e sem complicações (Cap. 42). Um cateter venoso central, uma escotilha de acesso venoso implantada ou um cateter central inserido perifericamente é em geral melhor para infusões IV por um período prolongado. É possível se recorrer à via subcutânea no caso de uma

dose concentrada caso o acesso IV se mostre deficiente. Ao se iniciar uma infusão se deve monitorizar atentamente o nível de sedação e o estado respiratório do paciente durante as primeiras 24 horas e a qualquer aumento na razão de infusão (seguir a orientação da instituição). Os pacientes que são colocados em infusões analgésicas contínuas são tolerantes a opioides; em consequência disso, a depressão respiratória é rara.

Barreiras ao Controle Efetivo da Dor

As barreiras ao controle efetivo da dor são complexas, envolvendo os familiares provedores de cuidados ao paciente, os provedores de cuidados de saúde e o sistema de cuidado de saúde (Quadro 44-18). O desconhecimento e as concepções errôneas relativamente à dor e a seu tratamento apropriado constituem barreiras significativas. Crenças culturais diversas quanto ao significado da dor e às intervenções para dor também acarretam desafios ao tratamento efetivo da dor. Há controvérsia entre os provedores de cuidados de saúde relativamente ao uso da terapia opioide, especialmente no tratamento de pacientes com dores crônicas não cancerosas.

Quadro 44-18 Barreiras ao Controle Efetivo da Dor

Barreiras do Paciente

- Medo de dependência
- Preocupação quanto a efeitos colaterais
- Receio de tolerância (não vai estar aqui quando eu precisar)
- Já toma pílulas demais
- Medo de injeções
- Receio de não ser um “bom” paciente
- Não quer preocupar familiares e amigos
- Podem ser necessários mais testes
- Precisa sofrer para se curar

- Instrução inadequada
- Relutância em discutir a dor
- Dor inevitável
- Dor parte do envelhecimento
- Medo de progressão da doença
- Acredita que o provedor de cuidados de saúde e as enfermeiras estão fazendo tudo que podem
- Apenas se esquece de tomar analgésicos
- Receio de distrair os provedores de cuidados de saúde do tratamento da doença
- Acredita que os provedores de cuidados de saúde têm pacientes mais importantes ou mais doentes para atender
- Sofrer em silêncio é nobre e esperado

Barreiras por Parte dos Provedores de Cuidados de Saúde

- Procedimentos inadequados para a avaliação da dor
- Receio de dependência química ou intoxicação acidental por doses excessivas (poderia usar também efeito adverso relacionado com opioides)
- Opiofobia, medo de opioides
- Medo de repercussões legais
- Ausência de causas visíveis para a dor
- Crença de que os pacientes precisam aprender a viver com a dor
- Relutância em lidar com efeitos colaterais de analgésicos
- Não acreditar no relato de dor do paciente
- Limitações de tempo
- Medo de administrar uma dose que mate o paciente
- Remuneração inadequada
- Crença de que os opioides “mascaram” os sintomas
- Crença de que a dor faz parte do envelhecimento

- Superestima a frequência de depressão respiratória

Barreiras por Parte do Sistema de Cuidado de Saúde

- Receio de criar "dependentes"
- Dificuldade em redigir prescrições
- Restrição monetária absoluta quanto à quantidade reembolsada pelas prescrições
- Restrições à farmácia por mala direta
- Enfermeiras de prática avançada não utilizadas de forma eficiente
- Orientações e procedimentos deficientes relativamente ao controle da dor
- Exigências de documentação extensas
- Falta de dinheiro
- Acesso inadequado a clínicas de dor
- Conhecimento insuficiente quanto ao impacto econômico da dor não aliviada

Pacientes e provedores de cuidados de saúde com frequência não compreendem a diferença entre **dependência física, dependência química** e **tolerância às drogas** (Quadro 44-19). Apresentar uma dependência física não indica dependência química e a tolerância a drogas, por si só, não é o mesmo que dependência química. Isso não quer dizer que a dependência química não ocorre ou que os pacientes que a apresentam não devem ser tratados de uma dor. "Pacientes com doença de dependência química e dor têm o direito de ser tratados com dignidade, com respeito e com a mesma qualidade de avaliação e tratamento de dor que todos os outros pacientes" (Oliver et al., 2012). Uma abordagem de equipe multidisciplinar assegura um plano mais efetivo para o tratamento da dor para um paciente com dores agudas que também apresente uma dependência química. Enfermeiras e provedores de cuidados de saúde precisam evitar rotular os pacientes como *usuários de drogas*, porque esse termo é mal definido e pode

causar vieses e preconceitos. Se houver alguma preocupação no sentido de que um paciente esteja fazendo uso abusivo de opioides, isso deve ser verbalizado ao paciente e o provedor de cuidados de saúde do paciente deve ser informado quanto a isso. Muitos pacientes em uso prolongado de medicações opioides têm contratos de dor com responsabilidades esperadas tanto do paciente como do provedor de cuidados de saúde. Se o acordo for violado ou outras avaliações obrigarem a isso, podem ser identificados recursos adicionais para auxiliar o paciente a abordar a doença de dependência.

Quadro 44-19 Definições Relacionadas com o Uso de Opioides no Tratamento da Dor*

Dependência Física

Um estado de adaptação que se manifesta por uma síndrome de abstinência específica de uma classe de drogas, produzida pela cessação abrupta, a redução rápida da dose, a diminuição do nível sanguíneo da droga e/ou a administração de um antagonista. Os sintomas comuns da abstinência a opioides incluem tremores, calafrios, cólicas abdominais, bocejar em excesso e dores articulares.

Dependência Química

Uma doença neurobiológica crônica, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando seu desenvolvimento e suas manifestações. Os comportamentos de dependência incluem um ou mais dos seguintes: controle alterado sobre o uso da droga, uso compulsivo, uso continuado apesar dos danos e desejo da droga.

Tolerância

Um estado de adaptação em que a exposição a uma droga induz alterações que acarretam uma diminuição de um ou mais efeitos da droga com o tempo.

* Aprovadas pela Board of Directors of the American Academy of Pain Medicine, a American Pain Socienty, e a American Society of Addiction Medicine. Fevereiro 2001 (American Pain Society, 2011).

Placebos

Há muitas definições e interpretações diferentes para *placebo* e *efeito placebo*. Há um consenso geral de que os **placebos** são preparações ou procedimentos sem atividade farmacológica que não produzem efeitos benéficos ou terapêuticos. As organizações profissionais desencorajam o uso de placebos no tratamento da dor. Sua administração é considerada antiética e enganosa. O uso de placebos coloca em risco a confiança entre pacientes e seus provedores de cuidados. Se for prescrito um placebo, questione essa prescrição. Muitas instituições de cuidados de saúde têm diretrizes que limitam o uso de placebos unicamente à pesquisa (Pasero e McCaffery, 2011).

Cuidados Restauradores e de Continuidade

Clínicas de Dor, Cuidado Paliativo e Hospices

Os profissionais de saúde reconhecem a dor como um problema de saúde significativo. A expansão de centros de dor, serviços de cuidado paliativo e hospices destinados ao tratamento da dor e do sofrimento tem se intensificado. Nos Estados Unidos a Commission on Accreditaion of Rehabilitation Facilities (CARF) credencia programas para o tratamento de dores crônicas e estabelece padrões para o tratamento dessas dores. Um centro de dor abrangente trata as pessoas em uma base hospitalar ou ambulatorial. Os membros da equipe, representando todas as disciplinas de cuidado de saúde (p. ex., enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia, cuidado pastoral e nutrição) cooperam com os pacientes para encontrar as medidas mais eficazes para o alívio da dor. Uma clínica abrangente proporciona não apenas uma terapia diversificada como também a pesquisa de novos tratamentos e o treinamento dos profissionais.

Muitos hospitais têm serviços de cuidado paliativo para ajudar os

pacientes e seus familiares a tratar com sucesso suas condições limitadoras da vida. O objetivo do cuidado paliativo é ajudar os pacientes a tratar os sintomas relacionados com a doença enquanto vivem sua vida plenamente com uma condição incurável (Cap. 37). Os pacientes e seus familiares necessitam de assistência contínua para tratar a dor em domicílio. É essencial se ensinar o tratamento da dor durante a alta e se assegurar a continuação do tratamento da dor após a alta.

Hospices são programas que cuidam de pacientes no final da vida (Cap. 37). Esses programas proporcionam apoio e cuidado para pessoas nos últimos estágios de doenças incuráveis, com uma ênfase na melhora da qualidade da vida que lhes resta (National Hospice and Palliative Care Organization, 2010). Eles ajudam os pacientes que estão se aproximando do final da vida a continuar a viver em seu domicílio ou em um contexto de cuidados de saúde com conforto e privacidade. O controle da dor é uma prioridade dos hospices. Sob a orientação das enfermeiras dessas instituições os familiares aprendem a monitorizar os sintomas dos pacientes e se tornam os provedores de cuidados primários. Alguns pacientes de hospice vêm a ser hospitalizados, como à ocorrência de uma crise breve no cuidado agudo ou de um problema familiar.

Os programas de hospice ajudam as enfermeiras a superar seus temores de contribuir para a morte de um paciente pela administração de doses altas de opioides. A ANA apoia o tratamento agressivo da dor e do sofrimento, ainda que isso acelere a morte do paciente (Fowler, 2015). A posição da ANA é apoiada pelo princípio ético do duplo efeito, que, quando aplicado à dor ao final da vida, apoia o uso de opioides para proporcionar alívio à dor, apesar do risco de que um efeito secundário possa apressar a morte do paciente por depressão respiratória. Pesquisas recentes sugeriram que aumentos moderados na dose de opioides em pacientes com uma doença terminal não apressam a morte (Bengoechea et al., 2010). O que está matando o paciente é a doença e não o opioide.

◆ Avaliação

Pelos Olhos do Paciente

Avalie as percepções que tem o paciente da eficácia das intervenções empregadas para se aliviar a dor. Os pacientes ajudam a decidir os melhores momentos para tentar os tratamentos de dor. Eles são basicamente os melhores juízes quanto a se uma intervenção para o alívio da dor funciona. A família é com frequência outro recurso valioso, especialmente no caso de um paciente com dor que não consiga expressar desconforto. Em pacientes com dores crônicas, deve-se considerar o efeito da intervenção para dor sobre a função do paciente ao se avaliar a percepção do paciente quanto a sua resposta ao tratamento. A intervenção para dor deve ser vista de forma positiva caso faça com que o paciente sinta melhoras na participação no cuidado dele próprio ou em atividades como a fisioterapia. Pergunte igualmente aos pacientes quanto à tolerância à terapia e ao grau total de alívio obtido. Se os pacientes disserem que a intervenção não foi útil ou até mesmo agravou o desconforto, suspenda-a imediatamente e procure uma alternativa. Há necessidade de tempo e de paciência para se maximizar a eficácia do tratamento da dor. Oriente os pacientes quanto ao que devem esperar. Em um paciente com dores agudas, tranquilize-o de que você vai voltar com frequência para avaliar quanto a alterações no nível de dor. Avalie continuamente se a natureza da dor do paciente se modifica e se intervenções individuais se mostram eficazes.

Resultados do Paciente

A avaliação da dor é uma das muitas responsabilidades de enfermagem que tornam necessário o pensamento crítico (Fig. 44-16). Avalie seu êxito na obtenção dos resultados do plano de cuidado. As respostas comportamentais de um paciente às intervenções para o alívio da dor nem sempre são óbvias. A avaliação da eficácia de uma intervenção para dor requer que se avalie quanto a alterações na

intensidade e na qualidade da dor. Certifique-se também de avaliar após um período de tempo apropriado. As medicações orais, por exemplo, em geral têm um pico máximo em cerca de 1 hora, enquanto o pico das medicações IVP se dá em 15 a 30 minutos. Pergunte ao paciente se a medicação alivia a dor nos momentos de pico. Não espere que o paciente forneça voluntariamente a informação. Avalie as respostas psicológicas e fisiológicas à dor (p. ex., alterações dos sinais vitais e fazer perguntas tais como, "Você se sente mais ou menos ansioso desde que nós administramos a medicação?") É igualmente importante avaliar se o paciente apresenta algum efeito adverso pelas terapias para dor.

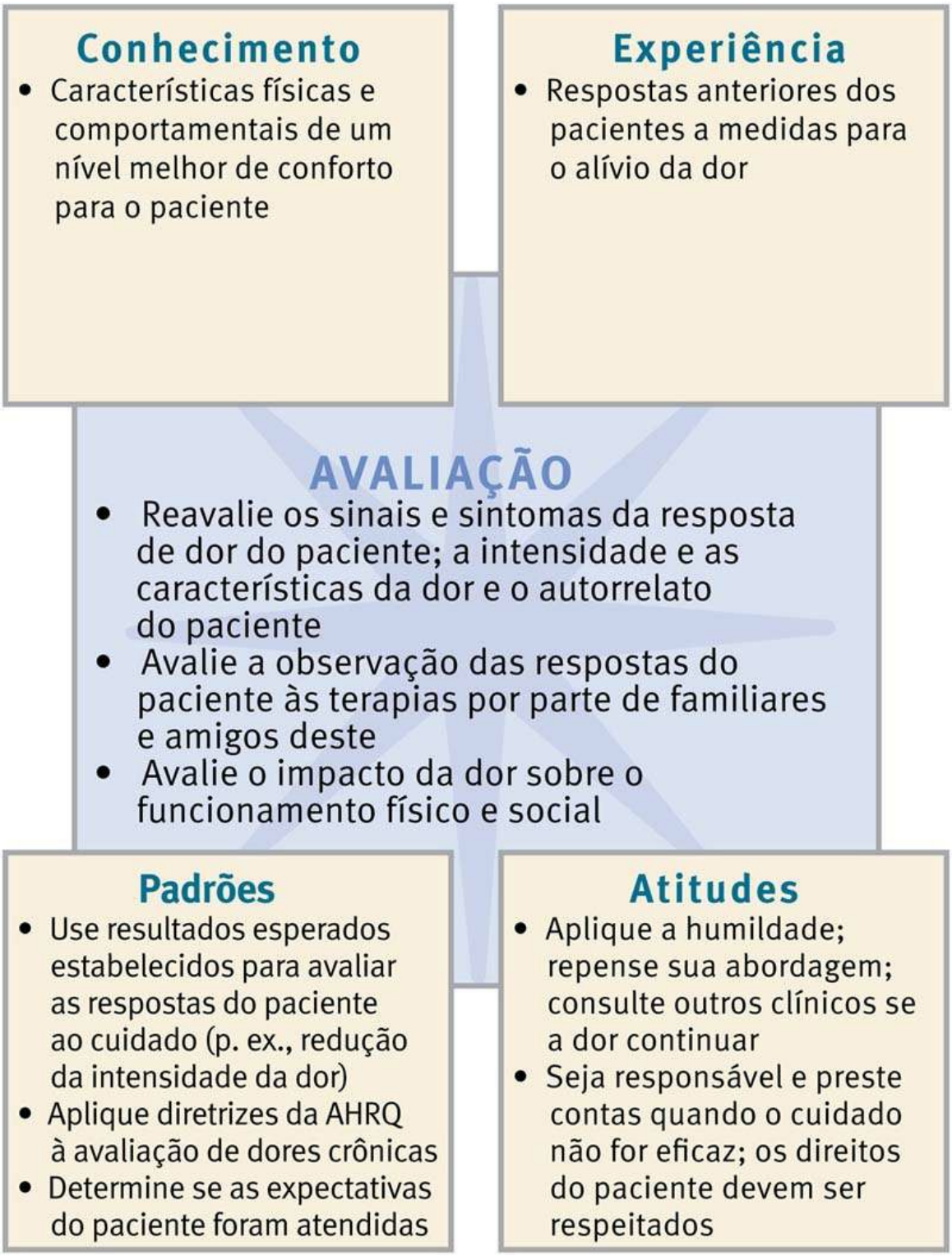


FIGURA 44-16 Modelo de pensamento crítico para a avaliação do tratamento da dor. *AHRQ,* Agency for Healthcare Research and Quality.

Tente uma abordagem diferente se o paciente continuar a apresentar desconforto após uma intervenção. Como exemplo, se um analgésico proporcionar apenas um alívio parcial, adicione exercícios de relaxamento ou exercícios de imagens guiadas. Consulte o provedor de cuidados de saúde do paciente quanto a aumentar a dose, reduzir o intervalo entre as doses ou tentar analgésicos diferentes. Se os resultados do paciente não forem obtidos, pergunte ao paciente:

- Qual é seu nível de dor no momento?
- A que distância de seu objetivo está seu nível de dor?
- Que efeitos colaterais de sua medicação para dor você está apresentando?
- O que você fez para ajudar a controlar sua dor?
- Descreva limitações na função que você esteja apresentando em relação à dor não controlada.
- De que maneira sua dor está limitando ou alterando seu repouso e seu sono?

A comunicação efetiva da avaliação da dor de um paciente e da resposta à intervenção é facilitada pela documentação precisa e meticulosa. Essa comunicação precisa ocorrer de uma enfermeira para outra, de um turno para outro e da enfermeira para outros provedores de cuidados de saúde. A enfermeira cuidando do paciente tem a responsabilidade profissional de controlar a dor do paciente e a avaliação dos objetivos e resultados do cuidado do paciente. Vários instrumentos, como o fluxograma de dor ou o diário da mesma, ajudam a centralizar as informações referentes ao controle da dor. O paciente espera que você seja sensível a sua dor e esteja atento às tentativas de controlar essa dor. Comunicar-se de maneira efetiva com os colegas (Quadro 44-20) vai ajudá-lo a obter alívio ótimo da dor para os pacientes.

Quadro 44-20 Inventário para Comunicar aos Colegas a Dor não Aliviada dos Pacientes

- Qual é a avaliação da dor no momento? No último período de

tempo?

- Que nível de dor é aceitável para o paciente?
- De que maneira você recomenda modificar o tratamento do paciente para reduzir o nível de dor?
- Que referência profissional pode ser utilizada, caso necessário, para apoiar essa recomendação?

De Pasero C, McCaffery M: *Pain assessment and pharmacologic management*. St Louis, 2011, Mosby.

Diretrizes seguras para os procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é um papel essencial da enfermeira profissional. Para garantir a segurança do paciente, comunique-se claramente com os membros da equipe de cuidado de saúde, avalie e incorpore as prioridades de cuidado e as preferências do paciente e use as melhores evidências ao tomar decisões quanto ao cuidado do paciente. Ao executar os procedimentos nesse capítulo, lembre-se dos aspectos a seguir para assegurar ao paciente um cuidado seguro e individualizado.

- O paciente é a única pessoa que deve apertar o botão da ACP para administrar a medicação de dor.
- Monitorize o paciente quanto a sinais e sintomas de sedação excessiva e de depressão respiratória.
- Monitorize quanto aos efeitos colaterais potenciais dos analgésicos opioides.

Procedimento 44-1 Analgesia controlada pelo paciente

Considerações quanto à delegação

O procedimento de analgesia controlada pelo paciente (ACP) não pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. Instrua-os a:

- Notificar à enfermeira se o paciente se queixar de dores não aliviadas ou apresentar sinais de sedação excessiva.
- Notificar à enfermeira se o paciente tiver dúvidas quanto ao processo ou ao equipamento de ACP.
- Nunca administre uma dose de ACP para o paciente e notifique à enfermeira se alguém além do paciente for observado administrando uma dose para o paciente.

Material

- Sistema ACP
- Etiqueta de identificação e rótulo do tempo (podem já ter sido fixados e completados pela farmácia)
- Esfregaço embebido em álcool
- Fita adesiva
- Luvas limpas, quando aplicável
- Equipamento para sinais vitais e oxímetro de pulso

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Verificar se o registro de administração médica ou o impresso de computador está preciso e completo comparando-o à prescrição do provedor de cuidados de saúde quanto ao nome do paciente, ao nome da medicação, dose, frequência de medicação (contínua, de demanda ou ambas) e ao período de bloqueio.	Prescrição do provedor de cuidados de saúd necessária para a administração de opioid Assegura que o paciente receba a medica correta.
2. Rever as informações sobre a medicação no manual de referência de drogas ou consultar o farmacêutico em caso de incerteza quanto a quaisquer medicações a serem administradas.	Conhecer as medicações antes de administrá- impede erros de medicação (Adhikani et 2014).
3. Avaliar a intensidade e a natureza da dor do paciente. Usar uma escala de dor padrão. Se o paciente não conseguir fazer um autorrelato, escolher uma escala apropriada para avaliar a dor em pacientes que não verbalizem ou não estejam cognitivamente alertas.	Revela a origem e a natureza da dor e os fato podem aumentá-la.
4. Avaliar o ambiente quanto a fatores que poderiam contribuir para a dor (p. ex., ruído, temperatura ambiente).	A eliminação de estímulos irritativos pode aj reduzir a percepção da dor.
5. Avaliar quanto a condições que predisponham os pacientes a efeitos indesejados dos opioides. Uma apneia obstrutiva do sono (AOS) conhecida, não tratada ou não reconhecida acarreta um risco significativo de depressão respiratória (Craft, 2010). Use o questionário STOP-BANG para avaliar quanto à AOS (Chung et al., 2008) (ver a orientação da	A avaliação deve ser completada antes da cir com anestesia. A identificação possibilita equipes de tratamento (cirurgião, terapeu respiratório anestesista) tomem precauçõ apropriadas, tais como tornar disponíveis dispositivos de pressão positiva contínua

instituição).	vias aéreas ou de ventilação a pressão pos em dois níveis nas vias aéreas.
6. Efetuar a higiene das mãos. Avaliar a permeabilidade do acesso intravenoso (IV) e o tecido circunvizinho quanto a inflamação ou edema (Cap. 42).	A linha IV precisa estar permeável para a administração segura da medicação para confirmação da colocação do cateter IV e integridade dos tecidos circundantes asse que a medicação seja administrada com segurança.
7. Se o paciente já tiver sido submetido à cirurgia, inspecionar a incisão usando luvas limpas. Apalpar delicadamente a área quanto à hipersensibilidade. Usar luvas estéreis se necessário ao colocar a mão diretamente sobre a incisão. Remover as luvas e efetuar a higiene das mãos.	Revela evidências de traumatismo ou dano a tecidos, o que estimula os receptores peri para dor a transmitir impulsos ao córtex p ocasionar a percepção consciente da dor (St. Marie, 2011).
8. Verificar o prontuário médico quanto à história do paciente de alergias e de reações típicas a drogas.	Evita colocar o paciente em risco de uma rea alérgica.
PONTO DE DECISÃO CLÍNICA: *Esteja ciente de que a náusea não é uma reação alérgica e pode ser tratada, prurido por si só não constitui uma reação alérgica e é comum no uso de opioides. O prurido é tratável e não contraindica o uso da ACP.*	
9. Avaliar o conhecimento do paciente e a eficácia percebida de estratégias anteriores para o controle da dor, especialmente o uso da ACP.	A resposta a estratégias para o controle da d a identificar necessidades de aprendizad a disposição do paciente a tentar terapias.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Coletar o material apropriado.	Ajuda na organização.
2. Puxar as cortinas ou colocar biombos em torno do leito do paciente ou fechar a porta do quarto.	Mantém a privacidade do paciente.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Efetuar a higiene das mãos.	Reduz a transmissão de infecções.
2. Obter o analgésico da ACP em módulo preparado pela farmácia. Verificar a medicação 2 vezes: ao removê-la do armazenamento e ao prepará-la para a montagem.	Segue os seis direitos de administração de medicação para se assegurar da medicaçã correta. *Esta é a primeira e a segunda verifica precisão.*
3. Junto ao leito, identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a orientação da instituição. Comparar os identificadores às informações no prontuário médico do paciente.	Assegurar ser o paciente correto. Obedece ao padrões da Joint Commission e melhora a segurança do paciente (TJC, 2016).
4. Junto ao leito, comparar o impresso de computador ao cartucho da droga. Fazer uma segunda enfermeira confirmar a prescrição do provedor de cuidados de saúde e o ajuste correto da ACP. A segunda enfermeira deve verificar independentemente a prescrição e o dispositivo e não apenas conferir o ajuste existente.	Assegura que o paciente correto receba a me certa. *Esta é a terceira verificação quanto à pr*
5. Antes de iniciar a analgesia, explicar a finalidade e demonstrar a função da ACP ao paciente e seus familiares, da seguinte maneira:	Possibilita ao paciente participação no cuida independência no controle da dor. A orie pré-operatória quanto à terapia por ACP melhora o alívio pós-operatório da dor (D 2011; Pasero e McCaffery, 2011).

a. Explicar o tipo de medicação no dispositivo.	
b. Explicar que o dispositivo administra com segurança doses autoiniciadas, pequenas, porém frequentes, da medicação quando necessário para proporcionar conforto e reduz a um mínimo os efeitos colaterais da analgesia.	
c. Explicar que a autoadministração auxilia no reposicionamento, no caminhar ou tossir e a respirar fundo.	
d. Explicar que o dispositivo está programado a administrar o tipo prescrito e a dose da medicação para dor, o intervalo de bloqueio e os limites de dose em 1 a 4 horas. Explicar como o o bloqueio impede doses excessivas.	
e. Demonstrar ao paciente como apertar o botão de demanda da medicação (ver a ilustração).	
f. Instruir o paciente a notificar a enfermeira quanto a possíveis efeitos colaterais, problemas na obtenção do alívio da dor, alterações na intensidade ou na localização da dor, soar o alarme ou dúvidas.	
6. Colocar luvas limpas. Verificar o dispositivo de infusão e o módulo controlado pelo paciente quanto à rotulagem correta ou a evidências de vazamento.	Evita erros de medicação e lesões ao paciente
7. Posicionar o paciente confortavelmente para se certificar de que o local de punção venosa ou de linha central esteja acessível.	Assegura o fluxo ininterrupto da infusão.

PASSO 5E Explicar a finalidade e demonstrar a função da ACP.

8. Inserir o cartucho da droga no dispositivo de infusão (ver ilustração) e preparar o tubo.	Tranca o sistema e impede a entrada de ar no IV.
9. Fixar adaptador sem agulhas ao adaptador dos tubos	Necessário para fazer conexão com a linha IV

do módulo controlado pelo paciente.	
10. Esfregar a escotilha de injeção da linha IV de manutenção vigorosamente por 15 segundos com álcool ou antisséptico e deixe secar.	Reduz a um mínimo a entrada de microrgani da superfície durante a inserção da agulh reduzindo o risco de infecção da corrente sanguínea relacionada com o cateter.
11. Inserir o adaptador sem agulhas na escotilha de injeção mais próxima do paciente (no local Y da linha central ou IV periférica ou faça conexão com seu próprio local IV). Não deve haver chance de se usar os tubos ACP para se administrar uma aplicação IV maciça de outra droga.	Estabelece a via para a entrada de medicação linha IV principal. Os sistemas sem agulh evitam lesões por picada de agulhas. Imp interação e a incompatibilidade das medi
12. Fixar a conexão e ancorar os tubos de ACO com fita adesiva. Marcar os tubos de ACP.	Impede que o adaptador sem agulhas se desp da escotilha. Facilita a capacidade de deambulação do paciente. A marcação do impede erros pela conexão de tubos de dispositivos diferentes ao de ACP.
13. Programar a bomba computadorizada de ACP conforme o prescrito, de modo a administrar a dose de medicação prescrita com o tempo de bloqueio solicitado. Fazer uma segunda enfermeira verificar os controles. (**NOTA:** Verificar novamente com a enfermeira que vier para a troca de turno para assegurar a manutenção da linha.)	Garante a administração segura e terapêutica droga. Ao se usar intervalos de administr apropriados (10 minutos, por exemplo), o se comumente um efeito analgésico aprec e/ou uma sedação leve antes do paciente acessar a dose subsequente; assim, há um chance menor de sedação excessiva e de depressão respiratória (Craft, 2010).
14. Administrar a dose de carga da analgesia conforme o prescrito. Administre manualmente a dose de 1 vez ou ligue a bomba e programe nela a dose.	Estabelece o nível inicial de analgesia.
15. Descartar as luvas e os suprimentos em recipientes apropriados. Jogar fora a cassete ou seringa vazia de acordo com a orientação da instituição. Efetuar a higiene das mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos. No Estados Unidos o Federal Controlled Sub Act regula o controle e o fornecimento de opioides a todas as instituições.
16. Caso o paciente apresente dor, fazer com que ele demonstre o uso do sistema ACP; caso contrário, fazer o paciente repetir as instruções dadas anteriormente.	A repetição das instruções reforça o aprendiz verificação da compreensão do paciente p demonstração de retorno vai ajudá-lo a determinar o nível de compreensão do pa sua capacidade de manipulação do dispo
17. Certificar-se de que a linha de punção venosa ou a linha central esteja protegida e verificar novamente antes de deixar o paciente.	Assegura a permeabilidade da linha IV.
18. **Para Suspender a ACP**	
a. Verificar a prescrição de suspensão do provedor de cuidados de saúde. Obter na bomba as informações de ACP necessárias para a documentação; anotar a data, o horário, a quantidade infundida, a quantidade de droga perdida e as razões da perda.	Assegura a documentação correta de uma dr esquema II.
b. Efetuar a higiene das mãos e colocar luvas limpas. Desligar a bomba. Desconectar os tubos de ACP da linha IV primária, porém manter o acesso IV.	Reduz a transmissão de infecções. Assegura manutenção da linha IV
c. Descartar o cartucho vazio de acordo com a orientação da instituição.	Duas enfermeiras devem testemunhar a perd opioides (narcóticos) e assinar o prontuár satisfazer os padrões do Controlled Subst Act quanto a drogas do esquema especial

AVALIAÇÃO

1. Empregar uma escala de avaliação de dor para avaliar a intensidade da dor do paciente após tratamentos e procedimentos, de acordo com a orientação da instituição.	Determina a resposta à administração da AC Documentar "ACP em uso" ou "ACP efet não constitui um registro adequado do ní dor do paciente.
2. Observar o paciente quanto a náuseas ou a prurido.	Efeitos colaterais comuns dos opioides.
3. Monitorizar o nível de sedação do paciente, seus sinais vitais e sua oximetria de pulso ou capnografia a cada 1 a 2 horas nas primeiras 12 horas (APS e AAPM, 2009). Monitorizar em frequência maior no início, durante as primeiras 24 horas e à noite, períodos em que tendem a ocorrer hipoventilação e hipóxia. Seguir a orientação da instituição.	Paciente tem maior risco durante as primeira horas. A sedação excessiva (dificuldade d ativação) precede a depressão respiratória

PASSO 8 Programando a bomba de ACP.

4. Fazer o paciente demonstrar a administração da dose.	Avalia a proficiência no uso da ACP.
5. De acordo com a orientação da instituição, avaliar o número de tentativas (número de vezes que o paciente apertou o botão), o aporte de doses de demanda (número de vezes que a droga foi efetivamente administrada e a quantidade total de medicação administrada no período de tempo específico) e a dose basal caso prescrita.	Ajuda a avaliar a eficácia da dose de ACP e a frequência do alívio da dor. Mantém a ad ao Controlled Substances Act.
6. Observar o paciente iniciar o autocuidado.	Demonstra o alívio da dor.
7. Usar o ***Ensine de Retorno*** para determinar o	Avalia o que o paciente e seus familiares con

conhecimento do paciente e seus familiares em relação à ACP. Diga, por exemplo, "Eu quero ter certeza de como a ACP vai ajudar em sua dor e como você deve usar o dispositivo. Você pode me explicar como deve usar a ACP?" Rever sua instrução no momento ou elaborar um plano de revisão da instrução ao paciente se este não conseguir efetuar corretamente o ensino de retorno.	explicar ou demonstrar.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. O paciente verbaliza um desconforto continuado ou pior ou evidencia comportamentos não verbais indica dor, sugerindo que a condição subjacente se modificou ou que o paciente está insuficientemente medicado
   - Efetuar uma avaliação completa da dor.
   - Verificar a função do dispositivo de ACP para se assegurar de que o paciente está recebendo a medicação
   - Inspecionar o local IV quanto à possível oclusão ou infiltração do cateter.
   - Consultar o provedor de cuidados de saúde.
2. O paciente não pode ser ativado com facilidade.
   - Suspender a ACP, elevar a cabeceira do leito, a não ser quando contraindicado, e avaliar os sinais vitais, incluindo a oximetria de pulso (e o CO corrente final, caso disponível). *Não* saia de perto do leito do paci continue a tentar ativar o paciente.
   - Notificar o provedor de cuidados de saúde e/ou solicitar ajuda.
   - Preparar-se para administrar uma droga reversora de opioides (naloxone [Narcan]).
3. Paciente incapaz de manipular o dispositivo de ACP de modo a manter o controle da dor.
   - Consultar o provedor de cuidados de saúde quanto a via alternativa de medicação ou a uma possível dos (contínua) caso o paciente seja tolerante a opioides.
   - Se a instituição permitir, avaliar quanto à possibilidade de uma analgesia controlada por um agente auto caso uma enfermeira (analgesia controlada pela enfermeira) ou um familiar do paciente (analgesia contro familiar) estiver disponível para manipular de maneira responsável a bomba de analgesia (Cooney et al.,

REGISTRANDO E RELATANDO

- Registrar no prontuário a droga, a dose e o horário de início. Anotar o tempo de bloqueio, a dose de deman dose basal.
- Registrar avaliações regulares da dor, dos sinais vitais e da saturação de oxigênio do paciente.
- Registrar a quantidade da droga administrada e a quantidade perdida.
- Documentar sua avaliação do aprendizado do paciente.

Pontos-chave

- A dor é uma vivência física e psicossocial puramente subjetiva.
- Concepções errôneas a respeito da dor acarretam frequentemente dúvidas quanto ao grau de sofrimento do paciente e pouca disposição de proporcionar alívio.
- O conhecimento dos processos dolorosos nociceptivos da vivência de dor (isto é, transmissão, transdução, percepção e modulação) proporciona diretrizes para a seleção de medidas para o alívio da dor.
- A formação cultural de um paciente influencia o significado da

dor e a maneira pela qual ela é expressa.

- Pacientes idosos comumente relatam dor em frequência menor do que a efetivamente sentida e consideram ser inaceitável demonstrar ou expressar dor.
- A dor de câncer ainda não é tratada adequadamente, apesar de diretrizes clínicas para o uso efetivo de opioides e de outras alternativas farmacológicas.
- A diferença entre a dor aguda e a crônica envolve o conceito de dano. A dor aguda é protetora, evitando assim um dano; a dor crônica não é mais protetora e não proporciona nenhum benefício.
- Não colha uma história de dor em profundidade quando o paciente estiver apresentando um desconforto grave. Espere até que o paciente esteja mais controlado.
- A dor causa frequentemente sinais e sintomas físicos semelhantes àqueles de outras doenças.
- Individualize as intervenções na dor colaborando estreitamente com o paciente, usando os achados do histórico e tentando diversas intervenções.
- Eliminar fontes de estímulos dolorosos é uma medida de enfermagem básica para a promoção do conforto.
- A prescrição de analgésicos em uma base de quando necessário (SOS) em casos de dor crônica é ineficaz e causa mais sofrimento; portanto, os pacientes com dores crônicas necessitam de tomar analgésicos o dia inteiro (ATC), mesmo quando sua dor vem a remitir.
- A sedação é um efeito adverso dos opioides que precede sempre a depressão respiratória.
- Um dispositivo de APC (sem uma infusão basal) proporciona aos pacientes o controle da dor com um risco menor de intoxicação por doses excessivas.
- Ao cuidar de um paciente que receba anestesia local, proteja-o de lesões.
- As implicações de enfermagem da administração da analgesia

epidural incluem a prevenção de infecções, a avaliação da função sensorial e motora e o monitoramento cuidadoso quanto à depressão respiratória.

- A dependência química raramente ocorre em pacientes que tomam opioides para aliviar a dor.
- A dor penetrante é um aspecto desafiador do câncer, porque pode ter impacto sobre a qualidade de vida de pacientes e familiares provedores de cuidados; por esta razão, ela torna necessária uma abordagem holística ao tratamento.
- A avaliação de enfermagem da dor inclui a medida da natureza cambiante da dor, da resposta do paciente às intervenções e de suas percepções quanto à eficácia de uma terapia.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Quais dos sinais ou sintomas que se seguem em um paciente que não é usuário contínuo de opioides traz maior preocupação para a enfermeira ao avaliar o paciente 1 hora após administrar um opioide?
    1. Saturação de oxigênio de 95%
    2. Dificuldade em acordar o paciente
    3. Frequência respiratória de 10 incursões respiratórias/min
    4. Avaliação de intensidade da dor de 5 em uma escala de 0 a 10
2. Um provedor de cuidados de saúde faz a seguinte prescrição para um paciente que não é usuário contínuo de opioides e que retornou da sala de cirurgia após uma substituição total do quadril: “Fentanil em adesivo 100 mg, trocar a cada 3 dias.” Com base nessa prescrição a enfermeira executa a seguinte ação:
    1. Liga para o provedor de cuidados de saúde e questiona a prescrição.

    2. Aplica o adesivo no terceiro dia pós-operatório.
    3. Aplica o adesivo logo que o paciente relatar dor
    4. Coloca o adesivo o mais próximo possível do curativo no quadril
3. Um paciente está recebendo alta para ir para casa em uso de um opioide o dia inteiro (ATC) devido a dores lombares crônicas. Devido a essa prescrição a enfermeira prevê uma prescrição de qual classe de medicação?
    1. Antagonistas opioides
    2. Antieméticos
    3. Emolientes fecais
    4. Relaxantes musculares
4. Um residente médico novo faz uma prescrição de oxicodona CR (Oxy Contin) 10 mg oralmente a cada 2 h SOS. Qual parte da prescrição é questionada pela enfermeira?
    1. A droga
    2. O intervalo de tempo
    3. A dose
    4. A via
5. A enfermeira revê o registro ou prontuário médico de administração de um paciente e verifica que o paciente recebeu oxicodona/paracetamol (Percocet) (5/325), dois comprimidos oralmente a cada 3 horas nos últimos 3 dias. O que preocupa mais a enfermeira?
    1. O nível de dor do paciente
    2. 2; O potencial de dependência
    3. A quantidade de paracetamol diário
    4. O risco de sangramento gastrointestinal
6. Um paciente com dores lombares crônicas que tomou um opioide o dia inteiro (ATC) durante o último ano decidiu suspender abruptamente a medicação por recear a dependência. Ele está apresentando agora tremores e calafrios, cólicas abdominais e dores articulares. A enfermeira reconhece que esse paciente está apresentando sintomas de:
    1. Toxicidade opioide.

2. Tolerância a opioides.
3. Dependência a opioides.
4. Abstinência a opioides.

7. Uma paciente retornou da sala de cirurgia, em recuperação do reparo de uma fratura do cotovelo, e declarou que o nível de sua dor está em 6 em uma escala de 0 a 10. Ela recebeu uma dose de hidromorfona há apenas 15 minutos. Que intervenções podem ser benéficas para essa paciente nesse momento? (Escolha todas as que se apliquem.)
   1. Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS)
   2. Administração de naloxone (Narcan) 2 mg por via intravenosa
   3. Reposicionamento da paciente
   4. Suspender toda e qualquer medicação de dor e dizer à paciente que ela está em risco de dependência
8. Qual das instruções que se seguem é crucial que a enfermeira forneça tanto aos familiares como ao paciente que está prestes a iniciar o uso de uma analgesia controlada pelo paciente (ACP) com morfina? (Escolha todas as que se apliquem.)
   1. Somente o paciente deve apertar o botão.
   2. Não usar a ACP senão quando a dor estiver intensa.
   3. O sistema ACP pode estabelecer limites para impedir a ocorrência de intoxicações por doses excessivas.
   4. Notificar a enfermeira ao apertar o botão.
   5. Não apertar o botão para pegar no sono.
9. Uma paciente com uma história de acidente vascular encefálico que a deixou mentalmente confusa e incapaz de se comunicar retorna da radiologia de intervenção após a colocação de uma sonda de gastrostomia. A paciente estava tomando hidrocodona/APAP 5/325, até 4 comprimidos/dia, antes de seu acidente vascular devido a dores artríticas. A prescrição do provedor de cuidados de saúde foi a seguinte: "Hidrocodona/APAP 5/325 mg 1 comp. Pela sonda de gastrostomia a cada 4 h SOS." Qual é a ação mais apropriada por parte da enfermeira?

1. Não há necessidade de nenhuma ação da enfermeira porque a prescrição está correta.
2. Solicitar a mudança da prescrição para o dia inteiro (ATC) nas primeiras 48 horas.
3. Pedir que a medicação seja alterada para meperidina (Demerol), 50 mg IVP, a cada 3 horas, SOS.
4. Iniciar a hidrocodona/APAP quando a paciente apresentar sintomas não verbais de dor.

10. Uma analgesia controlada pelo paciente (ACP) com morfina é prescrita para um paciente. Arrume os passos seguintes da administração da ACP na ordem correta.
    1. Programar a bomba computadorizada de ACP para administrar a dose de medicação prescrita e o tempo de bloqueio.
    2. Verificar o rótulo da medicação 3 vezes: ao removê-la do armazenamento, ao trazê-la para junto ao leito do paciente e ao prepara-la para a administração.
    3. Administrar a dose de carga da analgesia conforme o prescrito.
    4. Fixar o reservatório da droga ao dispositivo de infusão, preparar os tubos e fixar o adaptador sem agulhas à extremidade do tubo.
    5. Identificar o paciente usando dois identificadores.
    6. Inserir e fixar o adaptador sem agulhas à escotilha de injeção mais próxima do paciente.
11. Um paciente avalia sua dor como 6 em uma escala de 0 a 10, com 0 sendo a ausência de dor e 10 sendo a pior dor. A esposa do paciente diz que ele não pode estar sentindo tanta dor porque estava dormindo há 30 minutos. Qual é o recurso mais preciso para a avaliação da dor?
    1. O relato do próprio paciente
    2. Seus comportamentos
    3. O relato substituto (da esposa)
    4. As alterações nos sinais vitais
12. Ao se empregar a massagem com gelo para o alívio da dor,

qual dos seguintes está correto? (Escolher todos os que se apliquem.)

1. Aplicar o gelo usando uma pressão firme sobre a pele.
2. Aplicar o gelo por 5 minutos ou até que ocorra dormência.
3. Aplicar o gelo no máximo 3 vezes por dia.
4. Limitar a aplicação do gelo a no máximo 10 minutos.
5. Utilizar massagens circulares lentas constantes.

13. Ao instruir um paciente quanto à estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS), que informações você deve incluir?
    1. A TENS funciona causando distração.
    2. A terapia por TENS não requer a prescrição de um provedor de cuidados de saúde.
    3. A TENS necessita de uma fonte de eletricidade para uso.
    4. Os eletrodos de TENS são aplicados nas proximidades do local da dor ou diretamente sobre ele.
14. Ao cuidar de um paciente com dores de câncer, a enfermeira sabe que um plano de analgesia multimodal inclui: (Escolha todos os que se apliquem.)
    1. Uso de analgésicos tais como uma droga anti-inflamatória não esteroide (DAINE) juntamente com opioides.
    2. Suspender o paracetamol quando a dor se tornar muito intensa.
    3. Evitar a polifarmácia por limitar o uso de medicações a uma de cada vez.
    4. Evitar a sedação total, independentemente da intensidade da dor.
    5. O uso de adjuvantes (coanalgésicos) como gabapentina (Neurontin) para o controle de dores do tipo neuropático.
15. O paciente pós-operatório no momento está dormindo. Por isso a enfermeira sabe que:
    1. O sedativo administrado deve tê-lo ajudado a dormir, mas ainda é necessário avaliar a dor.
    2. A medicação intravenosa (IV) para dor administrada à recuperação está aliviando de forma efetiva sua dor.
    3. A avaliação da dor não é necessária.

4. O paciente pode ser passado para a mesma quantidade de medicação pela via oral.

Respostas: 1. 2; **2.** 1; **3.** 3; **4.** 2; **5.** 3; **6.** 4; **7.** 1, 3, 4; **8.** 1, 3, 5; **9.** 2; **10.** 2, 5, 1, 4, 6, 3; **11.** 1; **12.** 1, 2, 5; **13.** 4; **14.** 1, 5; **15.** 1.

Referências

Adhikari RJ, et al. A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *Nurse Educ Today*. 2014;34(2):185.

American Chronic Pain Association (ACPA): *ACPA Resource guide to chronic pain medication & treatment*, 2014 edition, 2014, http://www.theacpa.org/uploads/ACPA_Resource_Guide_2014_FINAL.pdf. Accessed April 27, 2015.

American Geriatrics Society (AGS) Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1331.

American Nurses Association (ANA) *Pain management nursing: scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: The Association; 2005.

American Pain Society (APS) and American Association of Pain Medicine (AAPM) Opioids guideline panel-Part 1. *J Pain*. 2009;10(2):113–122.

American Pain Society (APS) *Principles of analgesic use in the treatment of acute and cancer pain*. ed 6 Glenview, IL: The Society; 2009.

American Society of Anesthesiologists (ASA) Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*. 2010;112:1.

Arnstein P. Balancing analgesic efficacy with safety concerns in the older adult. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(2):S11.

Bucher A: *Health literacy & communicating about pain*, 2014, http://engagingthepatient.com/2014/10/06/health-literacy-communicating-about-pain/. Accessed May 8, 2015.

Burchum JR, Rosenthal LD. *Lehne's pharmacology for nursing care*. ed 9 St Louis: Elsevier; 2016.

Chou R, et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain*. 2009;10(2):113.

Chung F, et al. High STOP-Bang score indicates a high probability of obstructive sleep apnoea. *Br J Anaest*. 2008;108(5):768.

Cooney MF, et al. American Society for Pain Management Nursing position statement with clinical practice guidelines: authorized agent–controlled analgesia. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(3):178.

Craft J. Patient-controlled analgesia: is it worth the painful prescribing process?. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2010;23(4):434.

Czarnecki ML, et al. Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2011;12(2):95.

D'Arcy Y. *Meeting the challenges of acute pain management*. Medscape Multispecialty; 2008: http://www.medscape.org/viewarticle/574105_3. Accessed August 15,

2015.

D'Arcy Y. New thinking about postoperative pain management. *OR Nurse*. 2011;5(6):29.

Day R, Graham G. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). *Br J Sports Med*. 2013;47(17):1127.

Devraj R, et al. Pain awareness and medication knowledge: a health literacy evaluation. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2013;27(1):19.

Dezutter J, et al. Prayer and pain: the mediating role of positive re-appraisal. *J Behav Med*. 2011;34(6):542.

Drew DJ, St Marie BJ. Pain in critically ill patients with substance abuse disorder or long-term opioid use for chronic pain. *AACN Adv Crit Care*. 2011;22(3):238.

Drew D, et al. The use of "as-needed" range orders for opioid analgesics in the management of pain: a consensus statement of the American Society for Pain Management Nurses and the American Pain Society. *Pain Manag Nurs*. 2013;15(2):551.

European Oncology Nursing Society *Breakthrough cancer pain guidelines*. European Oncology Nursing Society guidelines; 2013: http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelin Accessed August 17, 2015.

Fouladbakhsh J. Complementary and alternative modalities to relieve osteoarthritis symptoms. *Am J Nurs*. 2012;112(3):S44.

Fowler MDM. *Guide to the code of ethics for nurses with interpretive statements*. ed 2 Silver Spring, MD: American Nurses Association; 2015.

Guild DG. Mechanical therapy for low back pain. *Prim Care*. 2012;39(3):511.

Herr K. Pain in the older adult: an imperative across all health care settings. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(2):S1.

Herr K, et al. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2011;12(4):230.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Horgas AL, et al. Pain management. In: Boltz M, ed. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. ed 4 New York: Springer; 2012:246.

Hughes RG, ed. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses, prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation, AHRQ Publication No. 08-0043*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.

Institute of Medicine (IOM) *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.

International Association for the Study of Pain (IASP): *Faces Pain Scale—revised home*, 2014a, http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519. Accessed December 28, 2014.

International Association for the Study of Pain (IASP): *Pain taxonomy*, 2014b, http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain. Accessed July 10, 2015.

International Association for the Study of Pain (IASP): *Declaration of Montreal*, 2015, http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal. Accessed April 27, 2015.

James S. Human pain and genetics: some basics. *Br J Pain*. 2013;7(4):171.

Katsarava Z, et al. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(1):86.

Manchikanti L, et al. Breakthrough pain in chronic non-cancer pain: fact, fiction, or abuse. *Pain Physician*. 2011;14(2):E103.

Matthews-Kozanecka M. Holistic approach to treatment in the context of bioethics. *Dev Period Med*. 2014;18(1):13.

Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150:971.

Narouze S, et al. Interventional spine and pain procedures in patients on antiplatelet and anticoagulant medications: guidelines from the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy, the American Academy of Pain Medicine, the International Neuromodulation Society, the North American Neuromodulation Society, and the World Institute of Pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2015;40(3):182.

National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO): *Preamble and philosophy*, 2010, http://www.nhpco.org/ethical-and-position-statements/preamble-and-philosophy. Accessed December 12, 2014.

Oliver J, et al. American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Pain management in patients with substance use disorders. *Pain Manag Nurs*. 2012;13(3):169.

Paice J, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*. 2011;61:157.

Pasero C, McCaffery M. *Pain assessment and pharmacologic management*. St Louis: Mosby; 2011.

QSEN Institute: *Pre-licensure KSAS*, 2014, http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/. Accessed May 9, 2015.

Ripamonti CI, et al. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2011;22(Suppl 6): vi69.

Sadler A. Acute and chronic neuropathic pain in the hospital setting: use of screening tools. *Clin J Pain*. 2013;29(6):507.

Spine Health: *How to use ice massage therapy for back pain*, 2006, http://www.spine-health.com/treatment/heat-therapy-cold-therapy/how-use-ice-massage-therapy-

back-pain. Accessed 8/10/15.

Thapa D, et al. Cancer pain management-current status. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011;27(2):162.

The Joint Commission (TJC): *Sentinel event alert issue 49 Safe use of opioids in hospitals*, 2012, http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_49_opioids_8_2_12_final.pdf. Accessed August 12, 2014.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Topcu SY, Findik UY. Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain Manag Nurs*. 2012;13(1):11.

Tracy B, Morrison RS. Pain management in older adults. *Clin Ther*. 2013;35(11):1659.

Turk DC, et al. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*. 2011;377(9784):2226.

US Food and Drug Administration (USFDA): *FDA Drug Safety Communication: Prescription acetaminophen products to be limited to 325 mg per dosage unit; boxed warning will highlight potential for severe liver failure*, 2014, http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm239821.htm. Accessed May 10, 2015.

van Ojik AL, et al. Treatment of chronic pain in older people: evidence-based choice of strong acting opioids. *Drugs Aging*. 2012;29(8):615.

Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid?. *Can Fam Physician*. 2010;56(6):514.

Weinstein F, et al: *Spirituality assessments and interventions in pain management*, 2014, Pract Pain Manag, http://www.practicalpainmanagement.com/treatments/psychological/spirituality assessments-interventions-pain-medicine. Accessed November 18, 2015.

Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. *Okla Nurse*. 1988;33(1):8.

Referências de pesquisa

Allred K, et al. The effect of music on postoperative pain and anxiety. *Pain Manag Nurs*. 2010;11(1):15.

Althaus A, et al. Distinguishing between pain intensity and pain resolution: using acute post-surgical pain trajectories to predict chronic post-surgical pain. *Eur J Pain*. 2014;18(4):513.

Bengoechea I, et al. Opioid use at the end of life and survival in a hospital at home unit. *J Palliat Med*. 2010;13(9):1079.

Beyer JE, et al. The creation, validation, and continuing development of the Oucher: a measure of pain intensity in children. *J Pediatr Nurs*. 1992;7(5):335.

Buyukyilmaz F, Asti T. The effect of relaxation techniques and back massage on pain and anxiety in Turkish total hip or knee arthroplasty patients. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(3):143.

Chou R, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med*. 2015;162(4):276.

Cole LC, LoBiondo-Wood G. Music as an adjuvant therapy in control of pain and symptoms in hospitalized adults: a systematic review. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(1):406.

Cutshall SM, et al. Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension in cardiac surgical patients: a pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16(2):92.

DeSantana JM, et al. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation for treatment of hyperalgesia and pain. *Curr Rheumatol Rep*. 2008;10(6):492.

Dorner TE, et al. The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain. *Eur J Pain*. 2011;15(1):103.

Gaston-Johansson F, et al. Similarities in pain descriptions of four different ethnic-culture groups. *J Pain Symptom Manage*. 1990;5(2):94.

Gordon DB, et al. Nurses' opinions on appropriate administration of prn range opioid analgesic orders for acute pain. *Pain Manage Nurs*. 2008;3:131.

Goulet JL, et al. Agreement between electronic medical -based and self-administered pain numeric rating scale: clinical and research implications. *Med Care*. 2013;51(3):245.

Greco TM, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014; epub November 17, 2014, http://jco.ascopubs.org/content/early/2014/11/20/JCO.2014.56.0383.full. Accessed April 27, 2015.

Harris M, Richards KC. The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. *J Clin Nurs*. 2010;19(7-8):917.

Kolanowski A. Advances in nonpharmacological interventions, 2011-2012. *Res Gerontol Nurs*. 2013;6(1):5.

Korhan E, et al. The effects of music therapy on pain in patients with neuropathic pain. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(1):306.

Lukas A, et al. Observer-rated pain assessment instruments improve both the detection of pain and the evaluation of pain intensity in people with dementia. *Eur J Pain*. 2013;17(10):1558.

Morales DR, et al. NSAID-exacerbated respiratory disease: a meta-analysis evaluating prevalence, mean provocative dose of aspirin and increased asthma morbidity. *Allergy*. 2015;70(7):828.

Mosele M, et al. Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012;34(1):38.

Park J, Hughes AK. Nonpharmacological approaches to the management of chronic pain in community-dwelling older adults: a review of empirical evidence. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(3):555: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0046585/. Accessed May 10, 2015.

Pöpping DM, et al. Impact of epidural analgesia on mortality and morbidity after surgery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg*. 2014;259(6):1056.

Puntillo K, et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *Am J Crit Care*. 2001;10(4):238.

Tomlinson D, et al. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*. 2010;126:e1168.

Vaartio H, et al. Nursing advocacy in procedural pain care. *Nurs Ethics*. 2009;16(3):340.

van den Beuken-van Everdingen MHJ, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*. 2007;18:1437.

45

Nutrição

OBJETIVOS

- Explicar a importância de um equilíbrio entre a ingestão de energia e as necessidades de energia.
- Listar os produtos finais de hidratos de metabolismo de carbono, proteínas e gordura.
- Explicar o significado de gorduras saturadas, insaturadas e poli-insaturadas.
- Descrever o ChooseMyPlate e discutir o seu valor no planejamento de refeições para uma boa nutrição.
- Listar as diretrizes dietéticas atuais para a população em geral.
- Explicar a variação nas necessidades nutricionais durante todo o crescimento e o desenvolvimento.
- Discutir os principais métodos de avaliação nutricional.
- Identificar três importantes problemas nutricionais e descrever os pacientes em risco.
- Estabelecer um plano de cuidados para preencher as necessidades nutricionais de um paciente.
- Descrever o procedimento para iniciar e manter as alimentações enterais.
- Descrever os métodos para evitar as complicações de alimentações enterais.

• Descrever os métodos para evitar as complicações da nutrição parenteral.

• Discutir a terapia nutricional médica em relação a três condições médicas.

• Discutir como implementar o aconselhamento de dieta e a educação em saúde do paciente em relação às expectativas do paciente.

TERMOS-CHAVE

Ácidos graxos, p. 1047
Ácidos graxos insaturados, p. 1047
Ácidos graxos monoinsaturados, p. 1047
Ácidos graxos poli-insaturados, p. 1047
Ácidos graxos saturados, p. 1047
Aminoácido, p. 1046
Aminoácidos dispensáveis, p. 1046
Aminoácidos indispensáveis, p. 1046
Anabolismo, p. 1049
Anorexia nervosa, p. 1051
Antropometria, p. 1056
Bulimia nervosa, p. 1051
Carboidratos, p. 1046
Carboidratos simples, p. 1046
Catabolismo, p. 1049
Cetonas, p. 1049
Desnutrição, p. 1053
Densidade de nutrientes, p. 1046

Disfagia, p. 1058
Elementos traço, p. 1047
Emulsões lipídicas intravenosas, p. 1068
Equilíbrio de nitrogênio, p. 1047
Enzimas, p. 1047
Fibra, p. 1046
Gasto energético de repouso (REE), p. 1046
Gliconeogênese, p. 1049
Glicogênese, p. 1049
Glicogenólise, p. 1049
Hipervitaminose, p. 1047
Índice de massa corporal (IMC), p. 1056
Ingestão dietética de referência (DRI), p. 1049
Lipídios, p. 1047
Macrominerais, p. 1047
Má absorção, p. 1073
Metabolismo, p. 1049
Minerais, p. 1047
Nutrição enteral (NE), p. 1066
Nutrição parenteral (NP), p. 1068
Nutrientes, p. 1046
Peristaltismo, p. 1048
Peso corporal ideal (IBW), p. 1056
Quimo, p. 1048
Quilocalorias (kcal), p. 1046
Sacarídeos, p. 1046
Segurança alimentar, p. 1045
Taxa metabólica basal (TMB), p. 1046
Terapia nutricional médica (TNM), p. 1072

Triglicerídios, p. 1047
Valores diários, p. 1050
Vegetarianismo, p. 1053
Vitaminas, p. 1047
Vitaminas hidrossolúveis, p. 1047
Vitaminas lipossolúveis, p. 1047

A nutrição é um componente básico da saúde e é essencial para o crescimento e o desenvolvimento normais, manutenção e reparação teciduais, metabolismo celular e função dos órgãos. O corpo humano precisa de um fornecimento adequado de nutrientes para as funções essenciais das células. A **segurança alimentar** é fundamental para todos os membros de uma família. Isto significa que todos os membros da família têm acesso a uma alimentação suficiente, segura e nutritiva para manter um estilo de vida saudável. Os membros da família têm alimento suficiente disponível em uma base consistente e os recursos para obter o alimento apropriado para uma dieta nutritiva. O alimento também tem um significado simbólico. Dar ou consumir o alimento faz parte de cerimônias, encontros sociais, tradições de feriados, eventos religiosos, a celebração do nascimento e o luto da morte. A dificuldade da decisão de retirar o alimento em uma enfermidade terminal, mesmo sob a forma de nutrientes intravenosos (IV), é um testemunho do poder simbólico do alimento e da alimentação.

Florence Nightingale entendeu a importância da nutrição, ressaltando o papel de um enfermeiro na ciência e na arte da alimentação durante os meados de 1800. Desde então, o papel do enfermeiro na terapia de nutrição e dieta mudou. A terapia nutricional médica (MNT) usa a terapia nutricional e o aconselhamento para tratar doenças (American Dietetic Association, 2010b). Em algumas doenças tais como diabetes melito (DM) tipo 1 ou hipertensão leve, a terapia dietética é com frequência o principal tratamento para o controle da doença (ADA, 2012; AHA, 2010). Outras condições tais

como a doença inflamatória intestinal grave necessitam de suporte nutricional especializado tal como nutrição enteral (EN) ou nutrição parenteral (NP). Os padrões atuais de tratamento promovem a nutrição ótima em todos os pacientes, incluindo uma dieta de baixo teor de gordura e limitando a carne vermelha especificamente (ACS, 2015; AHA, 2010).

O U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) e o Serviço de Saúde Pública estabeleceram metas nutricionais e objetivos para o *Healthy People 2020* (USDHHS, 2015). O *Healthy People 2020* é a contribuição dos Estados Unidos para a estratégia à "Saúde para Todos" da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015). *Healthy People 2020* (Quadro 45-1) continua os objetivos iniciados em *Healthy People* 2000 e *Healthy People 2010* com os objetivos gerais de promoção da saúde e redução de doença crônica. Todos os objetivos relacionados com a nutrição incluem dados de linha de base a partir da qual o progresso é medido. Continua o desafio para motivar os consumidores a colocar estas recomendações dietéticas em prática.

Quadro 45-1 Exemplos de Objetivos de Nutrição para *Healthy People 2020*

Peso e Crescimento

- Aumentar a proporção de adultos que estão em um peso saudável (índice de massa corporal [IMC] 18,5-24,9).
- Reduzir a proporção de adultos que são obesos.
- Reduzir a proporção de crianças (2 aos 11 anos) que estão com sobrepeso ou obesas.

Alimentos e Consumo de Nutrientes

- Diminuir a ingestão de gordura saturada na população de 2 anos e mais velhos.
- Aumentar a variedade de vegetais e ingestão de frutas na população de 2 anos e mais velhos.

- Aumentar a ingestão de produtos de grãos e o consumo de cálcio na população de 2 anos e mais velhos.
- Reduzir a ingestão diária de sódio na população de 2 anos e mais velhos.

Deficiência de Ferro e Anemia

- Reduzir a prevalência de deficiência de ferro em crianças e mulheres grávidas.
- Reduzir a prevalência de anemia em mulheres grávidas no terceiro trimestre para 20%.

Escolas, Locais de Trabalho e Aconselhamento Nutricional

- Aumentar as ofertas de educação em nutrição no local de trabalho e de programas de controle de peso.
- Oferecer avaliação nutricional e planejamento individualizado em locais de cuidados primários.
- Aumentar a percentagem de escolas que oferecem alimentos nutritivos e bebidas fora das refeições escolares.
- Aumentar o número de estados com os padrões nutricionais para alimentos e bebidas fornecidos às crianças em idade pré-escolar no cuidado da criança.

Segurança Alimentar

- Aumentar a segurança alimentar para 94% dos lares.

Dados de U.S. Department of Health and Human Services: *Healthy People 2020*, 2010, http://www.healthypeople.gov/hp2020/objectives.

Base de conhecimento científico

Nutrientes: As Unidades Bioquímicas da Nutrição

O corpo necessita de combustível para fornecer energia para o metabolismo celular e reparação, função de órgãos, crescimento e movimento do corpo. A **taxa metabólica basal (TMB)** é a energia necessária em repouso para manter as atividades de suporte de vida (respiração, circulação, frequência cardíaca e temperatura) por um período específico de tempo. Fatores tais como idade, massa corporal, gênero, febre, fome, menstruação, doença, lesão, infecção, nível de atividade e função da tireoide afetam os requisitos de energia. O **gasto energético de repouso (REE)**, ou taxa metabólica de repouso, é a quantidade de energia que você precisa consumir ao longo de um período de 24 horas para o seu corpo manter todas as suas atividades de trabalho internas enquanto em repouso. Fatores que afetam o metabolismo incluem doença, gravidez, lactação e nível de atividade.

Quando as **quilocalorias (kcal)** dos alimentos que consumimos preenchem as nossas necessidades de energia, o nosso peso não muda (Nix, 2012). Quando as quilocalorias ingeridas excedem as nossas demandas de energia, ganhamos peso. Da mesma forma, se as quilocalorias ingeridas não conseguem atender a nossas necessidades de energia, perdemos peso.

Os **nutrientes** são os elementos necessários para a função normal de numerosos processos corporais. Preenchemos as necessidades energéticas através da ingestão de uma variedade de nutrientes: carboidratos, proteínas, gorduras, água, vitaminas e minerais. A **densidade de nutrientes** de alimentos refere-se à proporção de nutrientes essenciais em relação ao número de quilocalorias. Alimentos densos ricos em nutrientes, tais como frutas e vegetais, fornecem um grande número de nutrientes em relação às quilocalorias. Os alimentos densos com poucos nutrientes, tais como o álcool ou açúcar, são ricos em quilocalorias, mas pobres em nutrientes.

Carboidratos

Os **carboidratos**, compostos de carbono, hidrogênio e oxigênio, são a principal fonte de energia na dieta. Cada grama de carboidrato produz 4 kcal/g e serve como a principal fonte de combustível (glicose) para o cérebro, músculos esqueléticos durante o exercício, produção de eritrócitos e leucócitos e a função das células da medula renal. Obtemos carboidratos principalmente de alimentos de origem vegetal, com exceção de lactose (açúcar do leite). A classificação de carboidratos ocorre de acordo com as suas unidades de carboidrato, ou **sacarídeos**.

Os monossacarídeos tais como a glicose (dextrose) ou frutose não se decompõem em uma unidade de carboidrato mais básica. Os dissacarídeos tais como sacarose, lactose e maltose são compostos por dois monossacarídeos e água. **Carboidratos simples** é a classificação de monossacarídeos e dissacarídeos; eles são encontrados principalmente em açúcares. Os polissacarídeos tais como o glicogênio também compõem as unidades de carboidratos (p. ex., carboidratos complexos). Eles são insolúveis em água e digeridos em graus variados. Os amidos são polissacarídeos.

O corpo é incapaz de digerir alguns polissacarídeos porque não temos enzimas capazes de quebrá-los. A **fibra**, um polissacarídeo, é a parte estrutural dos vegetais que não é quebrada pelas nossas enzimas digestivas. A incapacidade para quebrar a fibra significa que ela não contribui com calorias para a dieta. Portanto, as fibras insolúveis, incluindo celulose, hemicelulose e lignina, não são digeríveis. As fibras solúveis se dissolvem em água e incluem cevada, grãos de cereais, fubá e aveia.

Proteínas

As proteínas fornecem uma fonte de energia (4 kcal/g); elas são essenciais para o crescimento, a manutenção e a reparação de tecidos do corpo. O colágeno, os hormônios, as enzimas, as células do sistema imunológico, o ácido desoxirribonucleico (DNA) e o ácido ribonucleico (RNA) são todos feitos de proteína. Além disso, a

coagulação do sangue, a regulação de líquidos e o equilíbrio ácido-base requerem proteínas. As proteínas transportam nutrientes e muitos medicamentos no sangue. A ingestão de proteínas mantém o balanço de nitrogênio.

A forma mais simples de proteína é o **aminoácido**, que consiste em hidrogênio, oxigênio, carbono e nitrogênio. Como o corpo não sintetiza os **aminoácidos indispensáveis**, precisamos que estes sejam fornecidos em nossa dieta. Exemplos de aminoácidos indispensáveis são a histidina, a lisina e a fenilalanina. O corpo sintetiza **aminoácidos dispensáveis**. Exemplos de aminoácidos sintetizados no corpo são a alanina, a asparagina e o ácido glutâmico. Os aminoácidos podem se ligar. A albumina e a insulina são proteínas simples porque contêm apenas aminoácidos ou seus derivados. A combinação de uma proteína simples com uma substância não proteica produz uma proteína complexa tal como a lipoproteína, formada por uma combinação de um lipídeo e uma proteína simples.

Uma proteína completa, também chamada de *proteína de alta qualidade*, contém todos os aminoácidos essenciais em quantidades suficientes para suportar o crescimento e manter o equilíbrio de nitrogênio. Exemplos de alimentos que contêm proteínas completas são peixes, frango, soja, peru e queijo. As proteínas incompletas não têm um ou mais dos nove aminoácidos indispensáveis e incluem cereais, leguminosas (feijões, ervilhas) e vegetais. As proteínas complementares são pares de proteínas incompletas que, quando combinadas, fornecem a quantidade total de proteína fornecida por fontes de proteínas completas.

Alcançar o **equilíbrio de nitrogênio** significa que a ingestão e a eliminação de nitrogênio são iguais. Quando a ingestão de nitrogênio é superior à eliminação, o corpo está em equilíbrio de nitrogênio positivo. O saldo positivo de nitrogênio é necessário para o crescimento, a gravidez normal, a manutenção da massa muscular magra e órgãos vitais e cicatrização de feridas. O corpo usa o nitrogênio para construir, reparar e substituir os tecidos do corpo. O balanço de nitrogênio negativo ocorre quando o corpo perde mais nitrogênio do que ele ganha (p. ex., com infecção, queimaduras, febre,

fome, traumatismo craniano e trauma). O aumento da perda de nitrogênio é o resultado da destruição dos tecidos corporais ou da perda de líquidos corporais que contêm nitrogênio. A nutrição durante este período precisa fornecer nutrientes para colocar os pacientes em balanço positivo para a cicatrização.

A proteína fornece energia, mas, como o seu papel fundamental é promover o crescimento, a manutenção e a reparação, uma dieta precisa fornecer quilocalorias adequadas a partir de fontes proteicas. Quando há carboidratos suficientes na dieta para preencher as necessidades de energia do corpo, a proteína é poupada como fonte de energia.

Gorduras

As gorduras (**lipídios**) são o nutriente denso mais calórico, fornecendo 9 kcal/g. As gorduras são compostas por triglicerídeos e ácidos graxos. Os **triglicerídeos** circulam no sangue e são compostos por três ácidos graxos ligados a um glicerol. Os **ácidos graxos** são compostos por cadeias de carbono e átomos de hidrogênio com um grupo ácido numa extremidade da cadeia e um grupo metila na outra. Os ácidos graxos podem ser *saturados*, nos quais cada carbono na cadeia tem dois átomos de hidrogênio ligados; ou *insaturados*, nos quais um número desigual de átomos de hidrogênio estão ligados e os átomos de carbono ligados um ao outro com uma ligação dupla. Os **ácidos graxos monoinsaturados** têm uma ligação dupla, enquanto os **ácidos graxos poli-insaturados** têm duas ou mais ligações de carbono duplas. Os vários tipos de ácidos graxos referidos nas orientações dietéticas têm um significado para a saúde e a incidência da doença.

Também classificamos os ácidos graxos como essenciais ou não essenciais. O ácido linoleico, um ácido graxo insaturado, é o único essencial em seres humanos. O ácido linolênico e o ácido araquidônico, um outro tipo de **ácidos graxos insaturados**, são importantes para processos metabólicos. O corpo os produz quando o ácido linoleico está disponível. A deficiência ocorre quando a ingestão de gordura cai abaixo de 10% da nutrição diária. A maioria das gorduras de origem animal têm altas proporções de **ácidos graxos**

saturados, enquanto as gorduras vegetais têm maiores quantidades de ácidos graxos insaturados e poli-insaturados.

Água

A água é crítica, porque a função da célula depende de um ambiente fluido. A água constitui 60% a 70% do peso corporal total. As pessoas magras têm uma maior porcentagem de água corporal total do que as pessoas obesas porque o músculo contém mais água do que qualquer outro tecido exceto o sangue. Os lactentes têm a maior porcentagem de água corporal total por causa de uma maior área de superfície, e as pessoas idosas têm a menor. Quando privada de água, uma pessoa normalmente não consegue sobreviver mais do que alguns dias.

Nós preenchemos as nossas necessidades de fluidos bebendo líquidos e consumindo alimentos sólidos ricos em água, tais como frutas e vegetais frescos. A digestão produz o líquido durante a oxidação dos alimentos. Em um indivíduo saudável a ingestão de líquidos de todas as fontes é igual à saída de líquido através da eliminação, respiração e transpiração (Caps. 41 e 45). Uma pessoa doente tem uma necessidade aumentada de líquidos (p. ex., com febre ou perdas gastrointestinais [GI]). Em contrapartida, ele ou ela tem também uma diminuição da capacidade para excretar o líquido (p. ex., com doença cardiopulmonar ou renal), o que muitas vezes conduz à necessidade de restrição de líquidos.

Vitaminas

As **vitaminas** são substâncias orgânicas presentes em pequenas quantidades nos alimentos que são essenciais para o metabolismo normal. São substâncias químicas que atuam como catalisadores em reações bioquímicas. Quando há o suficiente de qualquer vitamina específica para satisfazer as exigências catalíticas do corpo, o resto do fornecimento de vitamina atua como uma substância química livre e é frequentemente tóxica para o organismo. Certas vitaminas são atualmente de interesse em seu papel como antioxidantes. Essas vitaminas neutralizam substâncias chamadas *radicais livres*, que

produzem dano oxidativo a células e tecidos corporais. Os investigadores acreditam que o dano oxidativo aumenta o risco de uma pessoa para vários tipos de câncer. As vitaminas antioxidantes incluem betacaroteno e vitaminas A, C e E (Nix, 2012).

O corpo é incapaz de sintetizar as vitaminas nas quantidades necessárias. A síntese de vitamina depende da ingestão alimentar. O teor de vitamina é geralmente mais elevado em alimentos frescos que têm uma exposição mínima ao calor, ar ou água antes da sua utilização. A classificação das vitaminas inclui as lipossolúveis ou hidrossolúveis.

Vitaminas Lipossolúveis

As **vitaminas lipossolúveis** (A, D, E e K) são armazenadas nos compartimentos graxos do corpo. Com exceção da vitamina D, as pessoas adquirem as vitaminas através da ingestão alimentar. Como o corpo tem uma elevada capacidade de armazenamento para essas vitaminas, a toxicidade é possível quando uma pessoa consome grandes doses delas. A **hipervitaminose** de vitaminas lipossolúveis resulta de megadoses (intencionais ou não intencionais) de vitaminas suplementares, quantidades excessivas em alimentos fortificados e grande ingestão de óleos de peixe.

Vitaminas Hidrossolúveis

As **vitaminas hidrossolúveis** são a vitamina C e o complexo B (que tem oito vitaminas). O corpo não armazena vitaminas hidrossolúveis; portanto, é necessário que sejam fornecidas na nossa alimentação diária. As vitaminas hidrossolúveis são absorvidas facilmente a partir do trato gastrointestinal. Embora não sejam armazenadas, ainda assim pode ocorrer toxicidade.

Minerais

Os **minerais** são elementos inorgânicos essenciais para o corpo como catalisadores em reações bioquímicas. São classificados como **macrominerais** quando a necessidade diária é de 100 mg ou mais e microminerais ou **elementos traço** quando menos de 100 mg são

necessários diariamente. Os macrominerais ajudam a equilibrar o pH do corpo, e quantidades específicas são necessárias no sangue e nas células para promover o equilíbrio ácido-base. Ocorrem interações entre os minerais. Por exemplo, o excesso de um mineral traço algumas vezes provoca deficiência de outro. O selênio é um elemento traço que também tem propriedades antioxidantes. Silício, vanádio, níquel, estanho, cádmio, arsênico, alumínio e boro desempenham um papel não identificado na alimentação. Arsênico, alumínio e cádmio têm efeitos tóxicos.

Anatomia e Fisiologia do Aparelho Digestivo

Digestão

A digestão dos alimentos é a quebra mecânica que resulta da mastigação, agitando e misturando com as reações de líquidos e químicas em que o alimento se reduz à sua forma mais simples. Cada parte do sistema GI tem uma importante função digestiva ou de absorção (Fig. 45-1). As **enzimas** são as substâncias semelhantes a proteínas que atuam como catalisadores para acelerar as reações químicas. Elas são uma parte essencial da química de digestão.

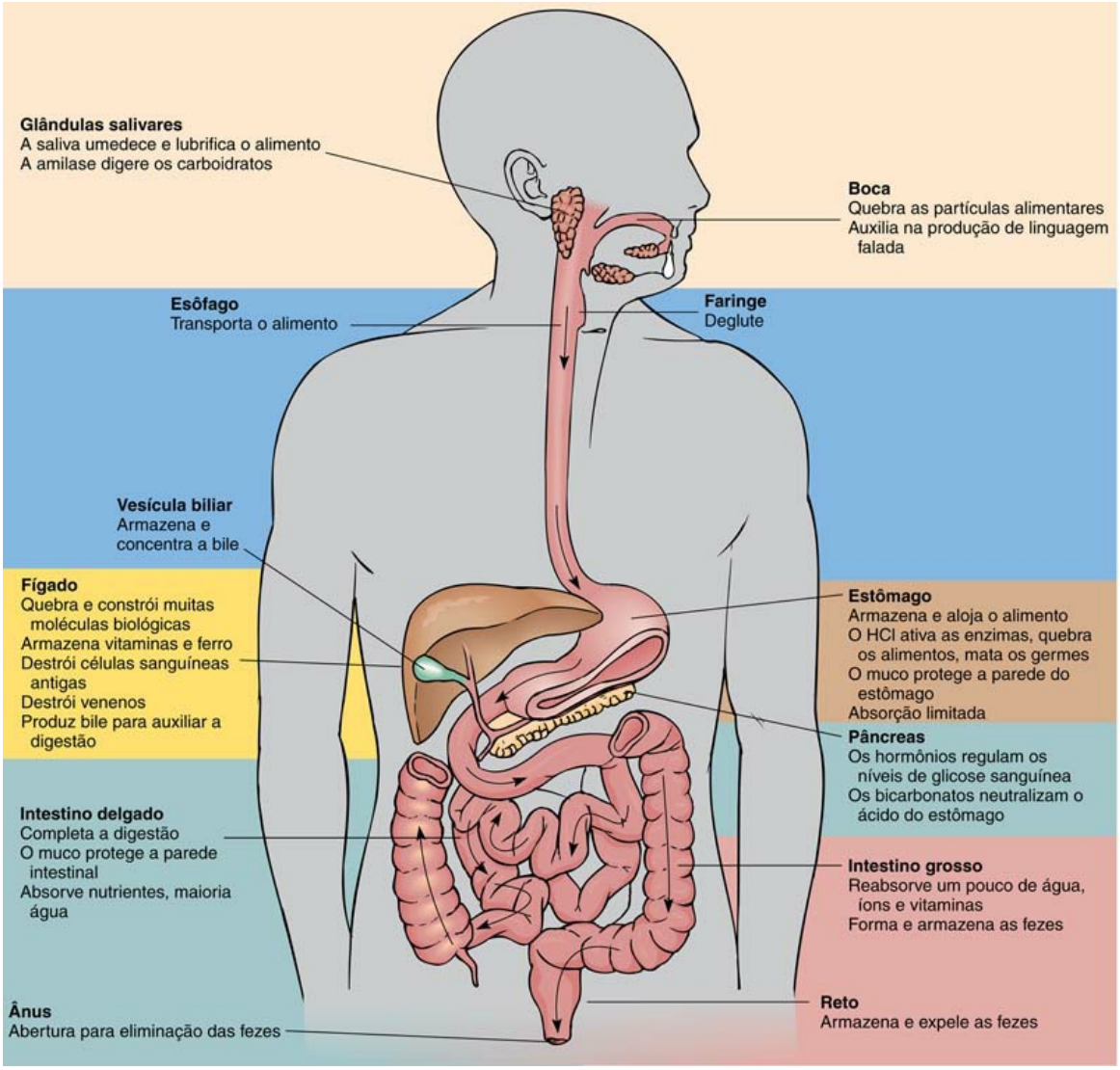


FIGURA 45-1 Resumo da anatomia/função dos órgãos do sistema digestivo. *HCl*, ácido clorídrico.

A maioria das enzimas tem uma função específica. Cada enzima funciona melhor em um pH específico. Por exemplo, a enzima amilase na saliva quebra os amidos em açúcares. As secreções do trato gastrintestinal têm níveis de pH muito diferentes. A saliva é relativamente neutra, o suco gástrico é altamente ácido e as secreções do intestino delgado são alcalinas.

As atividades mecânicas, químicas e hormonais da digestão são interdependentes. A atividade da enzima depende da quebra mecânica do alimento para aumentar a sua área de superfície para ação química. Os hormônios regulam o fluxo de secreções digestivas

necessárias para o fornecimento de enzimas. Os fatores físicos, químicos e hormonais regulam a secreção de sucos digestivos e a motilidade do trato GI. A estimulação do nervo a partir do sistema nervoso parassimpático (p. ex., o nervo vago) aumenta a ação do trato GI.

A digestão começa na boca, onde a mastigação quebra mecanicamente os alimentos. O alimento mistura-se com a saliva, que contém ptialina (amilase salivar), uma enzima que atua sobre o amido cozido para começar a sua conversão em maltose. Quanto mais tempo um indivíduo mastigar os alimentos, mais a digestão do amido ocorre na boca. Proteínas e gorduras são quebradas fisicamente mas permanecem inalteradas quimicamente porque as enzimas na boca não reagem com estes nutrientes. Mastigar reduz as partículas de alimento para um tamanho adequado para engolir e a saliva proporciona uma lubrificação para facilitar a deglutição de alimentos. A epiglote é um retalho de pele que se fecha sobre a traqueia conforme uma pessoa deglute para prevenir a aspiração. O alimento deglutido entra no esôfago e as contrações musculares semelhantes a ondas (**peristaltismo**) movimentam a comida para a base do esôfago, acima do esfíncter cardíaco. A pressão de um bólus de comida sobre o esfíncter cardíaco faz com que ele relaxe, permitindo que o alimento entre no fundo, ou parte mais superior, do estômago.

As principais células no estômago secretam pepsinogênio; e as glândulas pilóricas secretam gastrina, um hormônio que desencadeia um estímulo para as células parietais secretarem ácido clorídrico (HCl). As células parietais também secretam o HCl e o fator intrínseco (IF), que é necessário para a absorção de vitamina B_{12} no íleo. O HCl transforma o pepsinogênio em pepsina, uma enzima que quebra a proteína. O corpo produz lipase gástrica e amilase para começar a digestão de gordura e amido, respectivamente. Uma espessa camada de muco protege a mucosa do estômago da autodigestão. O álcool e a aspirina são duas substâncias diretamente absorvidas através do revestimento do estômago. O estômago atua como um reservatório onde o alimento permanece durante aproximadamente 3 horas, com uma variação de 1 a 7 horas.

O alimento sai do antro, ou estômago distal, através do esfíncter pilórico e entra no duodeno. O alimento é agora uma massa liquidificada ácida chamada **quimo**. O quimo entra no duodeno e rapidamente se mistura com a bile, sucos intestinais e secreções pancreáticas. O intestino delgado secreta os hormônios secretina e colecistoquinina (CCK). A secretina ativa a liberação de bicarbonato a partir do pâncreas, elevando o pH do quimo. A CCK inibe a secreção de gastrina e inicia a liberação de enzimas digestivas adicionais a partir do pâncreas e vesícula biliar.

Produzida no fígado, a bile é então concentrada e armazenada na vesícula biliar. Ela atua como um detergente porque emulsifica a gordura para permitir a ação da enzima, enquanto suspende os ácidos graxos em solução. As secreções pancreáticas contêm seis enzimas: amilase para digerir o amido; lipase para quebrar gorduras emulsificadas; e tripsina, elastase, quimotripsina e carboxipeptidase para quebrar as proteínas.

O peristaltismo continua no intestino delgado, misturando as secreções com o quimo. A mistura torna-se cada vez mais alcalina, inibindo a ação das enzimas gástricas e promovendo a ação das secreções duodenais. As células epiteliais nas vilosidades do intestino delgado segregam enzimas (p. ex., sacarase, lactase, maltase, lipase e peptidase) para facilitar a digestão. A maior parte da digestão ocorre no intestino delgado, produzindo glicose, frutose e galactose a partir de carboidratos; aminoácidos e dipeptídeos a partir de proteínas; e ácidos gordos, glicerídeos e glicerol a partir de lipídios. O peristaltismo geralmente leva aproximadamente 5 horas para que o alimento passe através do intestino delgado.

Absorção

O intestino delgado, revestido com projeções digitiformes chamadas *vilosidades*, é o local de absorção principal de nutrientes. As vilosidades aumentam a área de superfície disponível para a absorção. O corpo absorve nutrientes por meio de difusão passiva, osmose, transporte ativo e pinocitose (Tabela 45-1).

Tabela 45-1

Mecanismos para Absorção Intestinal de Nutrientes

Mecanismo	Definição
Transporte ativo	Um processo dependente de energia, pelo qual as partículas movem-se de uma área de maior concentração para uma área de menor concentração. Um "transportador" especial movimenta a partícula através da membrana celular.
Difusão passiva	A força através da qual as partículas se movem para fora a partir de uma área de maior concentração para uma de menor concentração. As partículas não precisam de um "transportador" especial para se mover em todas as direções.
Osmose	Movimento da água através de uma membrana semipermeável que separa soluções de diferentes concentrações. A água move-se para igualar as pressões de concentração em ambos os lados da membrana.
Pinocitose	Engolfamento de grandes moléculas de nutrientes pela célula absorvente quando a molécula liga-se à membrana da célula de absorção.

Dados de Nix S: *Williams' basic nutrition and diet therapy,* 14. ed., St Louis, 2012, Mosby.

A absorção de carboidratos, proteínas, minerais e vitaminas hidrossolúveis ocorre no intestino delgado e então são processados no fígado e liberados para a circulação da veia porta. Os ácidos graxos são absorvidos nos sistemas circulatórios linfáticos através dos ductos lácteos no centro de cada microvilosidade no intestino delgado.

Aproximadamente 85% a 90% de água é absorvida no intestino delgado (McCance et al., 2013). O trato GI administra aproximadamente 8,5 L de secreções GI e 1,5 L de ingestão oral diária. O intestino delgado reabsorve 9,5 L e o cólon absorve aproximadamente 0,4 L. A eliminação do 0,1 L restante ocorre através das fezes. Além disso, os eletrólitos e os minerais são absorvidos no cólon, e as bactérias sintetizam vitamina K e algumas vitaminas do complexo B. Finalmente, as fezes formam-se para a eliminação.

Metabolismo e Armazenamento de Nutrientes

O **metabolismo** refere-se a todas as reações bioquímicas no interior das células do corpo. Os processos metabólicos são anabólicos (construtores) ou catabólicos (de quebra). O **anabolismo** é a construção de substâncias bioquímicas mais complexas pela síntese de nutrientes. Ele ocorre quando um indivíduo adiciona massa muscular

magra através de dieta e exercício. Os aminoácidos são anabolizados em tecidos, hormônios e enzimas. O metabolismo normal e o anabolismo são fisiologicamente possíveis quando o corpo está em equilíbrio positivo de nitrogênio. O **catabolismo** é a quebra de substâncias bioquímicas em substâncias mais simples e ocorre durante estados fisiológicos do balanço de nitrogênio negativo. A inanição é um exemplo de catabolismo quando ocorre o definhamento dos tecidos do corpo.

Os nutrientes absorvidos nos intestinos, incluindo a água, são transportados através do sistema circulatório para os tecidos do corpo. Através das mudanças químicas do metabolismo, o corpo converte os nutrientes em uma série de substâncias necessárias. O metabolismo de carboidratos, proteínas e gordura produz energia química e mantém um equilíbrio entre o anabolismo e o catabolismo. Para realizar o trabalho do corpo, a energia química produzida pelo metabolismo converte-se em outros tipos de energia por diferentes tecidos. A contração do músculo envolve energia mecânica, a função do sistema nervoso envolve energia elétrica e os mecanismos de produção de calor envolvem energia térmica.

Alguns dos nutrientes requeridos pelo corpo são armazenados nos tecidos. A principal forma de energia de reserva do corpo é a gordura, armazenada como tecido adiposo. A proteína é armazenada na massa muscular. Quando as exigências de energia do corpo excedem a energia fornecida por nutrientes ingeridos, a energia armazenada é utilizada. Os monoglicerídeos a partir da parte digerida de gorduras são convertidos em glicose pela gliconeogênese. Os aminoácidos também são convertidos em gordura e armazenados ou catabolizados em energia através da gluconeogênese. Todas as células do corpo, exceto os eritrócitos e os neurônios, oxidam os ácidos graxos em **cetonas** para energia quando os carboidratos da dieta (glicose) não são adequados. O glicogênio, sintetizado a partir da glucose, fornece energia durante breves períodos de jejum (p. ex., durante o sono). Ele é armazenado em pequenas reservas no fígado e tecido muscular. O metabolismo de nutrientes consiste em três processos principais:

1. Catabolismo do glicogênio em glicose, dióxido de carbono e água

(**glicogenólise**)
2. Anabolismo de glicose em glicogênio para armazenamento (**glicogênese**)
3. Catabolismo de aminoácidos e glicerol em glicose para a energia (**gliconeogênese**)

Eliminação

O quimo movimenta-se por ação peristáltica através da válvula ileocecal para o intestino grosso, onde se torna fezes (Cap. 47). A água é absorvida na mucosa conforme as fezes movimentam-se em direção ao reto. Quanto mais tempo o material permanecer no intestino grosso, mais água é absorvida, fazendo com que as fezes tornem-se mais firmes. Exercício e fibra estimulam o peristaltismo e a água mantém a consistência. As fezes contêm celulose e substâncias indigeríveis semelhantes, células epiteliais descartadas do trato GI, secreções digestivas, água e micróbios.

Diretrizes Dietéticas

Ingestão Dietética de Referência

As **ingestões dietéticas de referência (DRI)** apresentam critérios baseados em evidências para uma faixa aceitável de quantidades de vitaminas e nutrientes para cada grupo de gênero e faixa etária (IOM, 2015). Há quatro componentes da DRI. A necessidade média estimada (EAR) é a quantidade recomendada de um nutriente que parece suficiente para manter uma função corporal específica para 50% da população com base na idade e gênero. A recomendação nutricional (RDA) é a média de necessidades de 98% da população e não as necessidades exatas do indivíduo. A ingestão adequada (AI) é a ingestão sugerida para os indivíduos com base nas estimativas observadas ou determinadas experimentalmente de ingestão de nutrientes e usada quando não há evidências suficientes para definir a RDA. O nível de ingestão tolerável (UL) é o nível mais alto que provavelmente não representa nenhum risco de eventos adversos à saúde. Não é um nível recomendado de ingestão (Ingestão de nível

superior tolerável, 2010).

Diretrizes Alimentares

O U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) e o Department of Agriculture (USDA) publicaram as *Dietary Guidelines for Americans 2015-2020* e fornecem orientações de consumo médio diário para os cinco grupos de alimentos: grãos, vegetais, frutas, laticínios e carnes (Quadro 45-2). Estas diretrizes são para os norte-americanos com idade superior a 2 anos. Como enfermeira, considerar as preferências alimentares dos pacientes de diferentes grupos culturais, vegetarianos e outros quando planejar as dietas. O U.S. Department of Agriculture desenvolveu o programa *ChooseMyPlate* para substituir o programa *My Food Pyramid*. O *ChooseMyPlate* fornece um guia básico para fazer escolhas alimentares para um estilo de vida saudável (Fig. 45-2). Ele inclui diretrizes para equilibrar as calorias; diminuir o tamanho da porção; aumentar os alimentos saudáveis; aumentar o consumo de água; e diminuir as gorduras, o sódio e os açúcares (USDA, 2011).

Quadro 45-2 Dietary Guidelines for Americans 2015-2020: Recomendações-chave para a População em Geral

- Adotar um padrão de alimentação saudável em um nível calórico adequado, com uma variedade de alimentos e bebidas ricos em nutrientes entre todos os grupos de alimentos.
- Manter o peso corporal num intervalo saudável.
- Incentivar a atividade física e diminuir atividades sedentárias.
- Incentivar frutas, vegetais, produtos de grãos integrais, frutos do mar e leite sem gordura ou com pouca gordura.
- Consumir uma variedade de proteínas, incluindo carnes magras, frutos do mar, aves, ovos, leguminosas, nozes, sementes e produtos de soja.

- Limitar gorduras saturadas e gorduras trans, consumindo menos de 10% de calorias por dia a partir de gorduras saturadas.
- Limitar a adição de açúcar ou adoçantes de modo que menos de 10% das calorias sejam provenientes de açúcares adicionados.
- Consumir menos de 2.300 miligramas (mg) de sódio por dia.
- Escolher e preparar os alimentos com pouco sal e consumir alimentos ricos em potássio.
- Limitar a ingestão de álcool para uso moderado (p. ex., uma bebida por dia para mulheres e duas bebidas por dia para homens).
- Praticar a segurança dos alimentos para evitar doenças bacterianas transmitidas por alimentos. Usar princípios de segurança alimentar de *L*impo, *S*eparado, *C*ozido e *F*rio.

Dados de U.S. Department of Health and Human Services e U.S. Department of Agriculture: *Dietary guidelines for Americans 2015-2020*, 8e, http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines. Acessado em 11 de janeiro de 2016.

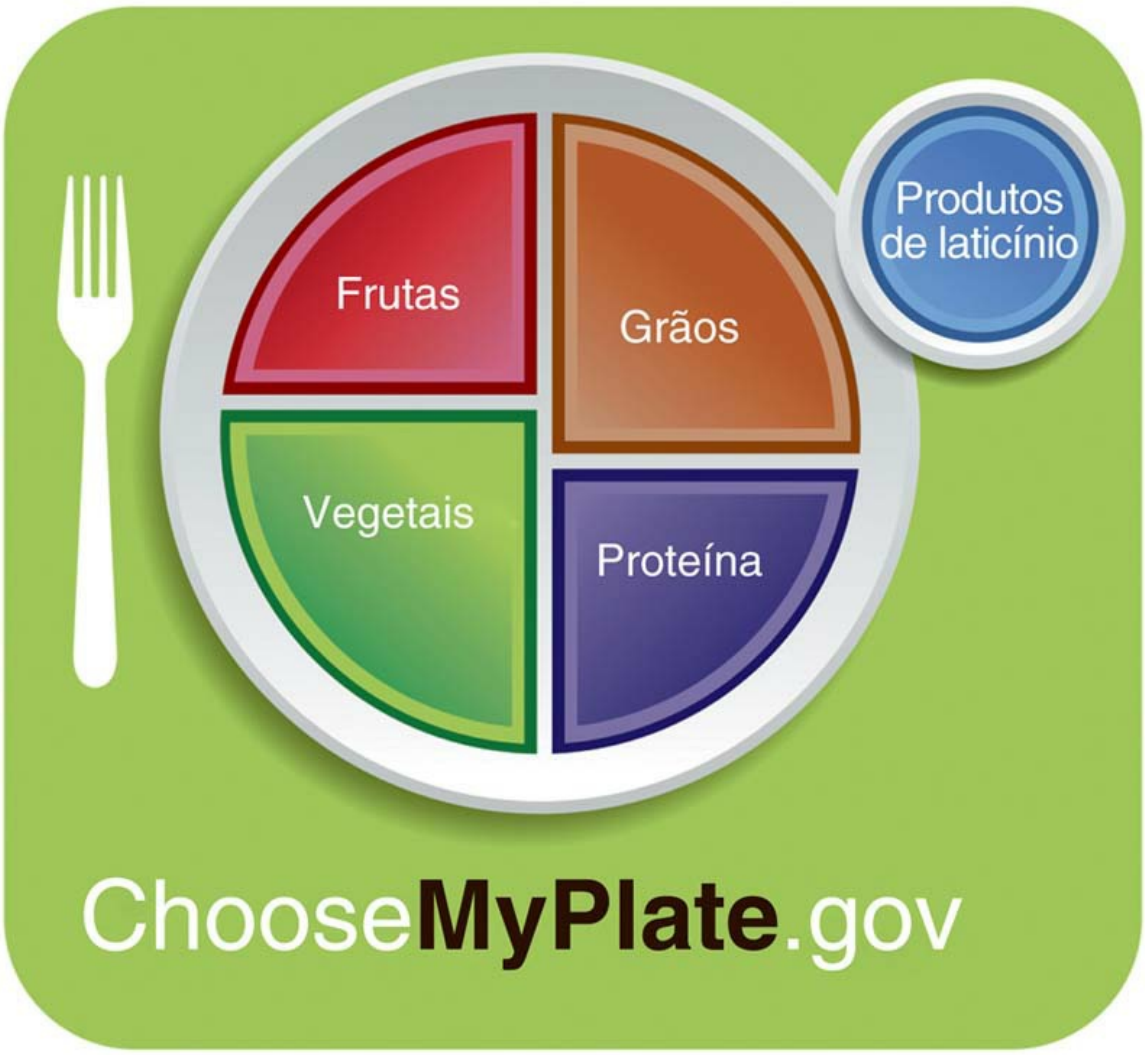


FIGURA 45-2 ChooseMyPlate. (De US Department of Agriculture: CHooseMyPlate, 2011, http://www.choosemyplate.gov).

Valores Diários

Os U.S. Food and Drug Administration (FDA) criou os **valores diários** para os rótulos dos alimentos em resposta ao 1990 Nutrition Labeling and Education Act (NLEA). O FDA estabeleceu pela primeira vez dois conjuntos de valores de referência. As doses diárias de referência (RDI) são o primeiro conjunto, compreendendo proteínas, vitaminas e minerais com base na RDA. Os valores de referência diária (DRV) compõem o segundo conjunto e consistem em nutrientes tais como gordura total, gordura saturada, colesterol, carboidratos, fibras, sódio

e potássio. Combinados, os dois conjuntos compõem os valores diários utilizados nos rótulos dos alimentos. Os valores diários não substituíram as RDA mas forneceram um formato separado, mais compreensível para o público. Os valores diários são baseados nas porcentagens de uma dieta que consiste em 2.000 kcal/dia para adultos e crianças com 4 anos de idade ou mais.

Base de conhecimento de enfermagem

Os fatores sociológicos, culturais, psicológicos e emocionais estão associados ao consumo de alimentos e bebidas em todas as sociedades. Nós celebramos feriados e eventos com alimentos, o levamos para aqueles que estão sofrendo e o usamos para fins medicinais. Nós o incorporamos em tradições familiares e rituais e com frequência associamos o alimento a comportamentos alimentares. Você precisa compreender os valores, as crenças e as atitudes do paciente em relação ao alimento e como esses valores afetam a compra, a preparação e o consumo dos alimentos para afetar os padrões alimentares.

As necessidades nutricionais dependem de muitos fatores. As necessidades calóricas e nutricionais individuais variam de acordo com o estágio de desenvolvimento, a composição corporal, os níveis de atividade, a gravidez e a lactação e a presença de doença. Os nutricionistas (RD de "Registered dietitians") usam equações de predição que levam em conta alguns desses fatores para estimar as exigências nutricionais dos pacientes.

Fatores que Influenciam a Nutrição

Fatores Ambientais

Os fatores ambientais além do controle dos indivíduos contribuem para o desenvolvimento da obesidade. A obesidade é uma epidemia nos Estados Unidos. Atualmente, 68,7% dos norte-americanos estão obesos ou com sobrepeso (CDC, 2015). No relatório anual "F é de Gordo (fat)", de autoria de Robert Woods Johnson Foundation e Trust for America's Health (2013), a taxa de obesidade adulta, que aumentou consistentemente por três décadas, agora se estabilizou. Os fatores propostos que contribuem para a obesidade são o estilo de vida sedentário, os horários de trabalho e as opções de refeição pobres com frequência relacionados com o aumento da frequência de alimentação fora de casa e consumo de *fast food* (Wang et al., 2013). Os

fatores ambientais podem limitar a probabilidade de uma pessoa de alimentação saudável e a participação em exercício ou outras atividades da vida saudável. A falta de acesso a supermercados de serviço completo, o alto custo de alimentos saudáveis, a ampla disponibilidade de alimentos menos saudáveis em restaurantes de *fast food*, a publicidade generalizada de alimentos menos saudáveis e a falta de acesso a lugares seguros para jogar e exercitar-se são fatores ambientais que contribuem para a obesidade (Hedwig et al., 2013).

Necessidades de Desenvolvimento

De Lactentes até Idade Escolar

O crescimento rápido e as altas necessidades de proteína, vitamina, minerais e energia marcam o estágio de desenvolvimento da lactância. O peso médio de um bebê norte-americano ao nascer é de 3,2 a 3,4 kg. Um lactente geralmente dobra o peso ao nascer em 4 a 5 meses e o triplica em 1 ano. Os lactentes precisam de um consumo energético de aproximadamente 90 a 110 kcal/kg de peso corporal por dia, com os lactentes prematuros necessitando de 105 a 130 kcal/kg por dia (Nix, 2012). As fórmulas comerciais e o leite materno fornecem, ambos, aproximadamente 20 kcal/30 g. Um recém-nascido a termo é capaz de digerir e absorver os carboidratos simples, as proteínas e uma quantidade moderada de gordura emulsificada. Os lactentes precisam de aproximadamente 100 a 120 mL/kg/dia de líquido porque uma grande parte do peso corporal total é água.

Amamentação Materna

A American Academy of Pediatrics apoia fortemente o aleitamento materno durante os primeiros 6 meses de vida e a amamentação materna com alimentos complementares de 6 a 12 meses (AAP, 2012). A amamentação materna tem múltiplos benefícios para ambos, mãe e lactente, incluindo menos alergias e intolerâncias alimentares; menos infecções infantis; digestão mais fácil; conveniência, disponibilidade e frescor; temperatura sempre correta; econômica, porque é menos dispendiosa do que a fórmula; e aumento do tempo para a interação

entre mãe e lactente.

Fórmula

As fórmulas para lactentes contêm a composição de nutrientes aproximada do leite materno. A proteína na fórmula é tipicamente de soro de leite, soja, base de leite de vaca, hidrolisado de caseína ou aminoácidos elementares. Lactentes com alergias ou intolerância ao leite de vaca devem consumir fórmulas à base de proteína de soja em vez disso (Nix, 2012).

Os lactentes não devem consumir o leite de vaca normal durante o primeiro ano de vida. Ele é muito concentrado para os rins de um lactente, aumenta o risco de alergias a derivados de leite e é uma fonte pobre de ferro e vitaminas C e E (Nix, 2012). Além disso, as crianças com menos de 1 ano de idade nunca devem ingerir mel e produtos de xarope de milho porque eles são fontes potenciais da toxina do botulismo, o que aumenta o risco de morte infantil.

Introdução ao Alimento Sólido

O leite materno ou a fórmula fornecem nutrição suficiente para os primeiros 4 a 6 meses de vida. O desenvolvimento de habilidades motoras finas da mão e dedos é paralelo ao interesse de um lactente em alimentos e autoalimentação. Os cereais enriquecidos com ferro são normalmente o primeiro alimento semissólido a ser introduzido. Para os lactentes de 4 a 11 meses de idade, os cereais são a fonte mais importante de proteína que não de leite de vaca (Dunne, 2012).

Adicionar os alimentos à dieta de uma criança depende das necessidades de nutrientes do lactente, da prontidão física para lidar com diferentes formas de alimentos e a necessidade de detectar e controlar as reações alérgicas. Apresentar alimentos que têm uma alta incidência para causar reação alérgica, tais como trigo, clara de ovo, nozes, suco de frutas cítricas e chocolate deve acontecer mais tarde na vida do lactente (Nix, 2012). Além disso, os cuidadores devem introduzir novos alimentos um de cada vez, aproximadamente com 4 a 7 dias de intervalo para identificar as alergias. É melhor introduzir novos alimentos antes do leite ou outros alimentos para evitar a

saciedade (Hockenberry e Wilson, 2015).

A taxa de crescimento fica mais lenta durante os anos de infância (1 a 3 anos). Uma criança que está aprendendo a andar precisa de menos quilocalorias mas de um aumento da quantidade de proteína em relação ao peso corporal; consequentemente, o apetite diminui frequentemente aos 18 meses de idade. As crianças que estão aprendendo a andar apresentam preferências alimentares fortes e tornam-se consumidores exigentes. As refeições pequenas e frequentes consistindo em café da manhã, almoço e jantar com três lanches densos intercalados ricos em nutrientes ajudam a melhorar a ingestão nutricional (Hockenberry e Wilson, 2015). O cálcio e o fósforo são importantes para o crescimento saudável dos ossos.

As crianças que estão aprendendo a andar que consomem mais de 700 mL de leite por dia no lugar de outros alimentos algumas vezes desenvolvem anemia do leite porque o leite é uma fonte pobre de ferro. As crianças pequenas precisam tomar leite integral até os 2 anos de idade para se certificar de que há ingestão adequada de ácidos graxos necessários para o desenvolvimento do cérebro e neurológico. Evitar certos alimentos tais como cachorros-quentes, doces, nozes, uvas, vegetais crus e pipocas porque eles apresentam um risco de asfixia. As necessidades dietéticas para pré-escolares (3 a 5 anos de idade) são semelhantes àquelas para crianças que estão aprendendo a andar. Elas consomem um pouco mais do que as crianças que estão aprendendo a andar e a densidade de nutrientes é mais importante do que a quantidade.

As crianças em idade escolar, de 6 a 12 anos de idade, crescem em um ritmo mais lento e mais estável, com um declínio gradual nas necessidades de energia por unidade de peso corporal. Apesar de melhores apetites e da ingestão de alimentos mais variados, é preciso avaliar com cuidado as dietas das crianças em idade escolar para proteínas e vitaminas A e C adequadas. Elas com frequência não conseguem consumir um bom café da manhã e consomem uma refeição sem supervisão na escola. O alto teor de gordura, açúcar e sal resultam da ingestão demasiado liberal de salgadinhos. O nível de atividade física diminui consistentemente; e o alimento de alto teor

calórico, prontamente disponível, aumenta no consumo, levando a um aumento da obesidade infantil (Hedwig et al., 2013).

Nos últimos 20 anos, a prevalência de crianças com sobrepeso aumentou. O percentual de obesidade em crianças com idades entre 6 a 11 anos duplicou para 17% e a porcentagem de adolescentes com sobrepeso mais do que triplicou para 17,6% (Li e Hooker, 2010). Uma combinação de fatores contribui para o problema, incluindo uma dieta rica em alimentos de alto teor calórico, a publicidade de alimentos direcionada a crianças, inatividade, predisposição genética, uso de alimentos como um mecanismo de enfrentamento de estresse ou tédio ou como uma recompensa ou uma celebração, e fatores familiares e socioeconômicos (Tuan et al., 2012). A obesidade infantil contribui para problemas médicos relacionados com o sistema cardiovascular, sistema endócrino e a saúde mental. Com o aumento da obesidade, a incidência de diabetes de tipo 2 em crianças também está aumentando. A prevenção da obesidade infantil é crítica por causa de seus efeitos a longo prazo. A educação familiar é um componente importante na diminuição da prevalência deste problema. Promover escolhas alimentares saudáveis e comer com moderação, juntamente com o aumento da atividade física.

Adolescentes

Durante a adolescência a idade fisiológica é um guia melhor para as necessidades nutricionais do que a idade cronológica. As necessidades energéticas aumentam para atender a maiores demandas metabólicas de crescimento. A necessidade diária de proteína também aumenta. O cálcio é essencial para o crescimento ósseo rápido da adolescência, e as meninas precisam de uma fonte contínua de ferro para repor as perdas menstruais. Os meninos também precisam de ferro adequado para o desenvolvimento muscular. O iodo suporta o aumento da atividade da tireoide e o uso de sal de cozinha iodado garante a disponibilidade. As vitaminas do complexo B são necessárias para suportar a atividade metabólica elevada.

Muitos fatores além das necessidades nutricionais influenciam a dieta do adolescente, incluindo a preocupação com a imagem corporal

e a aparência, o desejo de independência, a alimentação em restaurantes de *fast food*, a pressão dos colegas e as dietas da moda. As deficiências nutricionais ocorrem frequentemente em meninas adolescentes por causa da realização de dietas e do uso de contraceptivos orais. A dieta de um menino adolescente é frequentemente inadequada no total de quilocalorias, proteínas, ferro, ácido fólico, vitaminas B e iodo. Os lanches fornecem aproximadamente 25% da ingestão dietética total de um adolescente. As refeições *fast food*, particularmente de tamanho de valor ou de tamanho exagerado, são comuns e acrescentam mais sal, gordura e quilocalorias. Pular refeições ou consumir refeições com opções pouco saudáveis de lanches contribui para a deficiência de nutrientes e a obesidade (Hockenberry e Wilson, 2015). Além disso, a pesquisa sobre os programas de merenda escolar pública demonstra que os adolescentes têm índices de massa corporal mais altos (IMC) do que os alunos matriculados em programas de merenda escolar privados (Li e Hooker, 2010).

Os alimentos fortificados (nutrientes adicionados) são importantes fontes de vitaminas e minerais. Os alimentos de lanches a partir de grupos de laticínios, frutas e vegetais são boas escolhas. Para combater a obesidade, o aumento da atividade física é com frequência mais importante do que reduzir a ingestão. O aparecimento de distúrbios alimentares tais como **anorexia nervosa** ou **bulimia nervosa** frequentemente ocorre durante a adolescência. O reconhecimento de transtornos alimentares é essencial para a intervenção precoce (Quadro 45-3).

Quadro 45-3 Critérios Diagnósticos para Distúrbios Alimentares

Anorexia Nervosa

- Restrição da ingestão energética em relação aos requisitos, levando a um peso corporal significativamente baixo em relação a idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física

- Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, ou o comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo que com um peso significativamente baixo
- Distúrbio na forma em que o peso, o tamanho ou a forma de um corpo são experimentados; influência indevida do peso corporal ou forma na autoavaliação; ou falta persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual (p. ex., a pessoa declara que "sente-se gorda" mesmo quando magra, acredita que uma área do corpo é "muito gorda", mesmo quando obviamente abaixo do peso)

Bulimia Nervosa

- Episódios recorrentes de compulsão alimentar (consumo rápido de uma grande quantidade de alimentos em um período limitado de tempo)
- Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante alimentações em excesso
- Comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para evitar ganho de peso, tais como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou diuréticos, dieta muito restritiva ou jejum, ou exercícios vigorosos
- Compulsão alimentar e comportamentos compensatórios inadequados que ocorrem ambos, em média, pelo menos uma vez por semana durante 3 meses
- Autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e peso corporais

Reimpresso com permissão de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. ed., Texto Revisado (Copyright ©2013), American Psychiatric Association.

Os esportes e exercícios regulares de moderados a intensos determinam a alteração da dieta para satisfazer as crescentes necessidades de energia para os adolescentes. Os carboidratos, tanto simples quanto complexos, são a principal fonte de energia,

proporcionando de 55% a 60% do total de quilocalorias diárias. As necessidades de proteína aumentam para 1 a 1,5 g/kg/dia. As necessidades de gordura não aumentam. A hidratação adequada é muito importante. Os adolescentes precisam ingerir água antes e após o exercício para evitar a desidratação, especialmente em ambientes quentes e úmidos. Os suplementos vitamínicos e minerais não são necessários, mas a ingestão de alimentos ricos em ferro é necessária para evitar anemia.

Os pais têm mais influência sobre as dietas dos adolescentes do que eles podem imaginar. Estratégias eficazes incluem limitar a quantidade de escolhas alimentares não saudáveis mantidas em casa; estimular lanches inteligentes tais como frutas, vegetais ou queijo em tiras; e melhorar a aparência e o sabor de alimentos saudáveis (Mayo Clinic Staff, 2015). Algumas formas de promover a alimentação saudável incluem tornar as escolhas alimentares saudáveis mais convenientes em casa e em restaurantes de *fast food* e desestimular os adolescentes a comer enquanto assistem à televisão ou usam o computador.

A gravidez que ocorre dentro de 4 anos da menarca coloca uma mãe e o feto em risco por causa da imaturidade anatômica e fisiológica. A desnutrição no momento da concepção aumenta o risco para a adolescente e seu feto. A maioria das garotas adolescentes não quer ganhar peso. O aconselhamento relacionado com as necessidades nutricionais da gravidez com frequência é difícil e as adolescentes toleram sugestões melhor do que instruções rígidas. A dieta de adolescentes grávidas com frequência é deficiente em cálcio, ferro e vitaminas A e C. O American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda suplementos vitamínicos e minerais no pré-natal.

Jovens e Adultos de Meia-idade

Há uma redução nas exigências nutricionais conforme termina o período de crescimento. Os adultos maduros precisam de nutrientes para energia, manutenção e reparação. As necessidades energéticas normalmente declinam ao longo dos anos. A obesidade torna-se um

problema por causa do exercício físico diminuído, de jantar fora com mais frequência e do aumento da capacidade de arcar com alimentos mais caros. As mulheres adultas que usam contraceptivos orais com frequência precisam de vitaminas extras. A ingestão de ferro e cálcio continua a ser importante.

Gravidez

A má nutrição durante a gravidez causa baixo peso ao nascer em bebês e diminui as chances de sobrevivência. Geralmente atender às necessidades de um feto está à custa da mãe. No entanto, se as fontes de nutrientes não estiverem disponíveis, ambos sofrem. O estado nutricional da mãe no momento da concepção é importante. Os aspectos significativos de crescimento e desenvolvimento do feto com frequência ocorrem antes de a mãe suspeitar da gravidez. As exigências de energia da gravidez relacionam-se com o peso corporal e a atividade da mãe. A qualidade da nutrição durante a gravidez é importante, e a ingestão de alimentos no primeiro trimestre inclui partes equilibradas de nutrientes essenciais com ênfase na qualidade. A ingestão de proteína durante toda a gravidez precisa aumentar para 60 g por dia. A ingestão de cálcio é especialmente crítica no terceiro trimestre, quando os ossos fetais mineralizam. Fornecer suplementos de ferro para atender ao aumento de volume de sangue da mãe, armazenamento de sangue fetal e perda de sangue durante o parto é importante.

A ingestão de ácido fólico é particularmente importante para a síntese de DNA e o crescimento de eritrócitos. A ingestão inadequada pode levar a defeitos do tubo neural fetal, anencefalia ou anemia megaloblástica materna (Nix, 2012). Mulheres em idade fértil precisam consumir 400 mcg de ácido fólico por dia, aumentando para 600 mcg por dia durante a gravidez. O cuidado pré-natal geralmente inclui suplementos vitamínicos e minerais para garantir as ingestões diárias; entretanto, as mulheres grávidas não devem tomar suplementos adicionais além das quantidades prescritas.

Lactação

A mulher que amamenta precisa de 500 kcal/dia acima da recomendação habitual porque a produção de leite aumenta os requisitos de energia. As necessidades de proteína durante a lactação são maiores do que aquelas exigidas durante a gravidez. A necessidade de cálcio permanece a mesma daquela durante a gravidez. Há um aumento da necessidade de vitaminas A e C. A ingestão diária de vitaminas hidrossolúveis (B e C) é necessária para assegurar níveis adequados no leite materno. A ingestão de líquidos deve ser adequada, mas não excessiva. A excreção de cafeína, álcool e medicamentos ocorre através do leite materno. Portanto, as mães lactantes precisam evitar a sua ingestão.

Idosos

Adultos a partir de 65 anos têm uma diminuição da necessidade de energia porque a sua taxa metabólica diminui com a idade. Contudo, os requisitos de vitaminas e minerais permanecem inalterados desde a metade da idade adulta. Inúmeros fatores influenciam o estado nutricional do idoso (Quadro 45-4). As mudanças relacionadas com a idade no apetite, paladar, olfato e sistema digestivo afetam a nutrição (Touhy e Jett, 2010). Por exemplo, os idosos com frequência experimentam uma diminuição de células gustativas que altera o sabor dos alimentos e pode diminuir a ingestão. Vários fatores contribuem para o risco de insegurança alimentar em idosos. A renda é significativa porque viver com uma renda fixa frequentemente reduz a quantidade de dinheiro disponível para comprar alimento. A saúde é outra influência importante que afeta o desejo e a capacidade de uma pessoa para se alimentar. A falta de transporte ou incapacidade de chegar ao supermercado por causa de problemas de mobilidade contribui para a incapacidade de comprar alimentos adequados e nutritivos. Com frequência a disponibilidade de alimentos nutricionalmente adequados e seguros é limitada ou incerta.

Quadro 45-4

Foco em idosos

Fatores que Afetam o Estado Nutricional

- Alterações gastrointestinais relacionadas com a idade que afetam a digestão dos alimentos e a manutenção de nutrição incluem alterações nos dentes e gengivas, a produção de saliva reduzida, atrofia das células epiteliais da mucosa oral, aumento do limiar do paladar, diminuição da sensação de sede, diminuição do reflexo de ânsia e diminuição do peristaltismo do esôfago e cólon (Touhy e Jett, 2010).
- A presença de doenças crônicas (p. ex., diabetes melito, doença renal terminal, câncer) com frequência afeta a ingestão de nutrição (CDC, 2015).
- A nutrição adequada em idosos é afetada por várias causas, tais como hábitos alimentares da vida toda, cultura, socialização, renda, nível educacional, nível funcional físico para atender às atividades da vida diária (ADL), perda, dentição e transporte (Touhy e Jett, 2010).
- Efeitos adversos de medicamentos causam problemas tais como anorexia, sangramento gastrointestinal, xerostomia, saciedade precoce e o prejuízo de paladar e percepção gustativa (Burcham e Rosenthal, 2016).
- Deficiências cognitivas tais como delírio, demência e depressão afetam a capacidade de obter, preparar e consumir alimentos saudáveis.

Manter uma boa saúde oral é significativo durante toda a vida adulta, especialmente conforme um indivíduo envelhece. Dificuldade de mastigação, dentes perdidos, ter dentes em mau estado e a dor oral resultam em saúde bucal precária. Estes contribuem frequentemente para desnutrição e desidratação em idosos (Touhy e Jett, 2010). A higiene oral precária e as doenças periodontais são fatores de risco potenciais para doenças sistêmicas, tais como infecções articulares, acidente vascular cerebral isquêmico, doenças cardiovasculares, DM e

pneumonia por aspiração (Borrelli e Talih, 2012).

O idosos com frequência estão em uma dieta terapêutica; têm dificuldade para comer por causa de sintomas físicos, falta de dentes ou próteses; ou estão em risco de interações entre medicamentos e nutrientes (Tabela 45-2). Aconselhar os idosos a evitar toranja e suco de toranja porque eles alteram a absorção de muitos medicamentos. A sensação de sede diminui, levando à ingestão inadequada de líquidos ou desidratação (Cap. 42). Os sintomas de desidratação em idosos incluem confusão; fraqueza; pele quente e seca; língua sulcada; pulso rápido; e sódio urinário elevado. Alguns idosos evitam carnes por causa do custo ou porque elas são difíceis de mastigar. As sopas de creme e sopas de vegetais à base de carne são fontes de proteína ricas em nutrientes. Queijo, ovos e manteiga de amendoim também são alternativas úteis de alto teor de proteína. O leite continua a ser um alimento importante para as mulheres e os homens idosos que precisam de cálcio adequado para proteger contra a osteoporose (diminuição da densidade da massa óssea). A triagem e o tratamento são necessários tanto para os homens quanto para as mulheres idosos. Os suplementos de vitamina D são importantes para melhorar a força e o equilíbrio, fortalecer a saúde dos ossos e prevenir fraturas ósseas e quedas. A dieta de idosos precisa conter escolhas de todos os grupos de alimentos e frequentemente requer um suplemento vitamínico e mineral. O MyPlate for Older Adults trata das necessidades nutricionais específicas para adultos mais velhos e incentiva a atividade física (Tufts University, 2011).

Tabela 45-2

Amostra de Interações entre Medicamentos e Nutrientes*

Medicamento	Efeito
Analgésico	
Acetaminofeno	Diminuição da absorção da droga com os alimentos; overdose associada a insuficiência hepática
Aspirina	Absorvida diretamente através do estômago; diminuição da absorção do medicamento com os alimentos; diminuição da absorção de ácido

	fólico, vitaminas C e K e de ferro
Antiácido	
Hidróxido de alumínio	Absorção de fosfato diminuída
Bicarbonato de sódio	Absorção de ácido fólico diminuída
Antiarrítmico	
Amiodarona (Cordarone®)	Alteração do paladar
Digitálicos	Anorexia, eliminação renal diminuída em pessoas mais velhas
Antibióticos	
Penicilina	Absorção diminuída de medicamento com alimento, alteração de paladar
Cefalosporina	Vitamina K diminuída
Rifampicina (Rifadin®)	Diminuição de vitamina B_6, niacina, vitamina D
Tetraciclina	Absorção diminuída do medicamento com leite e antiácidos; absorção diminuída de nutriente de cálcio, riboflavina, vitamina C causada por ligação
Trimetoprima/sulfametoxazol	Ácido fólico diminuído
Anticoagulante	
Warfarina (Coumadin®)	Atua como antagonista da vitamina K
Anticonvulsivante	
Carbamazepina (Tegretol®)	Absorção do medicamento aumentada com o alimento
Fenitoína (Dilantin®)	Absorção diminuída de cálcio; vitaminas D e K e ácido fólico diminuídos; alteração de paladar; absorção de medicamento diminuída com o alimento
Antidepressivo	
Amitriptilina	Estimulante de apetite
Clomipramina (Anafranil®)	Alteração de paladar, estimulante de apetite
Fluoxetina (Prozac®) (inibidor da recaptura de serotonina seletivo [SSRI])	Alteração de paladar, anorexia
Anti-hipertensivo	
Captopril (Capoten®)	Alteração de paladar, anorexia
Hidralazina	Absorção de medicamento intensificada com alimento, vitamina B_6 diminuída
Labetalol (Normodyne®)	Alteração de paladar (ganho de peso para todos os betabloqueadores)
Metildopa	Vitamina B_{12}, ácido fólico e ferro diminuídos

Anti-inflamatório	
Todos os esteroides	Apetite e peso aumentados, ácido fólico aumentado, cálcio diminuído (osteoporose com uso de longo prazo); promove gliconeogênese de proteína
Antiparkinsonianos	
Levodopa (Dopar®)	Alteração de paladar, diminuição de vitamina B_6 e absorção de medicamento com alimento
Antipsicótico	
Clorpromazina	Apetite aumentado
Tiotixeno	Riboflavina diminuída, necessidade aumentada
Broncodilatador	
Sulfato de albuterol	Estimulante de apetite
Teofilina	Anorexia
Diminuidor de Colesterol	
Colestiramina (Prevalite®)	Diminuição de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K); vitamina B_{12}; ferro
Diurético	
Furosemida (Lasix®)	Absorção diminuída de medicamento com alimento
Espironolactona (Aldactone®)	Absorção aumentada de medicamento com alimento
Tiazidas	Diminuição de magnésio, zinco e potássio
Laxante	
Óleo mineral	Absorção diminuída de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), caroteno
Inibidor de Agregação Plaquetária	
Dipiridamol (Persantine®)	Absorção diminuída de medicamento com alimento
Repositor de Potássio	
Cloreto de potássio	Vitamina B_{12} diminuída
Tranquilizante	
Benzodiazepínicos	Apetite aumentado

Dados de Hermann J: *Nutrient and drug interactions*, http://pods.dasnr.oksdate.edu/docushare/dsweb/Get/Document-2458/T-3120web.pdf. Acessado em 20 de agosto de 2014; Burcham e Rosenthal: *Lehne's pharmacology for nursing care*, 9. ed., St Louis, 2016, Elsevier.

* Não existe a intenção de ser uma lista completa ou abrangente. Sempre verificar as referências farmacológicas antes de administrar os medicamentos.

A USDHHS Administration on Aging (AOA) obriga os estados a prestarem serviços de triagem nutricional de idosos que se beneficiam de serviços de refeição entregues em casa ou em congregação. Este programa requer que as refeições forneçam pelo menos um terço da DRI para um idoso e preencham as Dietary Guidelines for Americans (American Dietetic Association, 2010a). Os idosos que não podem sair de casa com doenças crônicas têm riscos nutricionais adicionais. Eles frequentemente vivem sozinhos com pouco ou nenhum recurso social ou financeiro para ajudar a obter ou preparar refeições nutricionalmente saudáveis, contribuindo para o risco de insegurança alimentar. Aproximadamente 19% dos idosos apresentam algum grau de insegurança alimentar resultante de baixa renda ou pobreza (American Dietetic Association, 2010a). O aumento da triagem nutricional pela enfermeira resulta no reconhecimento precoce e tratamento de deficiências nutricionais. A subnutrição de idosos com frequência resulta em problemas de saúde que levam à internação em hospitais de cuidados agudos ou clínicas por longo prazo.

Padrões Alimentares Alternativos

Muito antes de o FDA emitir recomendações e diretrizes, muitas pessoas seguiam padrões especiais de ingestão de alimentos com base na religião (Tabela 45-3), fundo cultural (Quadro 45-5), crenças de saúde, preferência pessoal ou preocupação com o uso eficiente da terra para produzir alimentos. Tais dietas especiais não são necessariamente mais ou menos nutritivas do que as dietas baseadas no MyPlate ou em outras diretrizes nutricionais porque uma boa nutrição depende de um consumo equilibrado de todos os nutrientes necessários.

Tabela 45-3

Restrições Dietéticas Religiosas

Islamismo	Cristianismo	Hinduísmo	Judaísmo	Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (Mórmons)	Igreja Adventista d Sétimo Dia
Carne de porco Álcool Cafeína Jejum do Ramadan do nascer ao pôr do sol por um mês Métodos ritualísticos de abate animal necessários para a ingestão de carne	Algumas crenças tais como os batistas têm um consumo mínimo ou nenhum consumo de álcool Alguns dias sem carne podem ser observados durante o ano, comumente durante a Quaresma	Todas as carnes Peixes, mariscos com algumas restrições Álcool	Carne de porco Aves predatórias Mariscos (comem apenas peixes com escamas) Carnes raras Sangue (p. ex., salsicha com sangue) Mistura de leite ou produtos de laticínio com pratos com carne Deve aderir aos métodos de preparação da dieta kosher 24 horas de jejum no Yom Kippur, um dia de reconciliação Nenhum pão fermentado consumido durante a Páscoa dos judeus (8 dias) Nenhum cozimento no Sabbath do pôr do sol na sexta-feira até o pôr do sol do sábado	Álcool Tabaco Cafeína tal como em chás, cafés e refrigerantes	Carne de porco Marisco Peixes Álcool Cafeína Dietas vegetariana ovolactovegeta estimuladas

Quadro 45-5

Aspectos culturais do cuidado

Nutrição

Os padrões alimentares desenvolvidos quando criança, os hábitos e a cultura interagem para influenciar a ingestão de alimentos. A cultura também influencia o significado do alimento não relacionado com a nutrição. Alimentar-se está associado a sentimentos e sentimentos tais como "bom" e "ruim". Por exemplo, as crianças com frequência são recompensadas por "serem boas" com algo oferecido tal como doces. Elas então associam os doces a "ser bom". O alimento frequentemente melhora os relacionamentos interpessoais e demonstra amor e carinho.

A incidência de intolerância à lactose em todo o mundo ocorre nos seguintes grupos étnicos ou raciais: asiático do Pacífico, africano e afro-americano, nativo norte-americano, americano mexicano, Oriente Médio e caucasianos. A incidência é maior em populações asiáticas do Pacífico e menor em caucasianos. Ela afeta a absorção de nutrientes. Frequentemente ocorre deficiência de cálcio causando diminuição da densidade da massa óssea.

A teoria de alimentos quentes e frios predomina em muitas culturas. A origem parece ser de crenças hipocráticas em matéria de saúde e os quatro humores. Os árabes eram guardiões desse conhecimento durante a Idade Média e posteriormente influenciaram os espanhóis a adotarem este sistema de crença no final da Idade Média. O fundamento da teoria é manter a harmonia com a natureza através de um equilíbrio entre "frio", "quente", "úmido" e "seco". Algumas culturas acreditam que quente é calor, força e tranquilidade; enquanto o frio é ameaçador e fraco. A classificação não tem nada a ver com tempero, mas é uma representação simbólica de temperatura (Giger e Davidhizar, 2012). Diferentes culturas também têm crenças sobre alimentos e pratos especiais que devem ser consumidos quando doentes (p. ex., sopa de galinha durante uma doença).

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Pedir ao paciente ou cuidador da família para identificar o significado que os tipos de alimentos têm para cada paciente.

- A lactose e outras intolerâncias alimentares exclusivas para culturas específicas requerem adaptação da dieta para preencher as exigências diárias de nutrientes, minerais e vitaminas.
- Quando os pacientes usam alimentos quentes e frios como parte de suas práticas de saúde cultural, as modificações dietéticas são necessárias. Os alimentos quentes incluem arroz, cereais, álcool, carne de vaca, cordeiro, pimenta, chocolate, queijo, frutas de zonas temperadas, ovos, ervilhas, leite de cabra, palha de milho, óleos, cebola, carne de porco, rabanetes e tamales. Por outro lado, os alimentos frios são feijões, frutas cítricas, frutas tropicais, produtos lácteos, a maioria dos vegetais, mel, passas, frango, peixe e cabra.
- Perguntar ao paciente ou cuidador familiar se há:
  - Condições específicas tais como menstruação, câncer, pneumonia, dor de ouvido, resfriados, paralisia, dor de cabeça e reumatismo, que são doenças frias e exigem alimentos quentes.
  - Outras condições tais como gravidez, febre, infecções, diarreia, erupções cutâneas, úlceras, problemas de fígado, constipação, problemas renais e dores de garganta, que são condições quentes e exigem alimentos frios.

Dieta Vegetariana

Um padrão alimentar alternativo comum é a dieta vegetariana. O **vegetarianismo** é o consumo de uma dieta que consiste predominantemente em alimentos de origem vegetal. Alguns vegetarianos são ovolactovegetarianos (evitam carne, peixe e aves, mas comem ovos e leite), lactovegetarianos (tomam leite mas evitam ovos) ou veganos (consomem apenas alimentos vegetais). Através de cuidadosa seleção de alimentos, as pessoas que seguem uma dieta vegetariana podem preencher as recomendações para proteínas e nutrientes essenciais (Nix, 2012). As dietas macrobiótica zen (arroz, principalmente integral, outros grãos e chás de ervas) e frutariana (apenas frutas, nozes, mel e azeite de oliva) são pobres em nutrientes e com frequência resultam em desnutrição. O conhecimento relacionado com a utilização complementar de proteínas de alto e de baixo valor

biológico é necessário. As crianças que seguem uma dieta vegetariana estão especialmente em risco de deficiências de proteína e deficiências de vitamina como a vitamina B_{12}. O planejamento cuidadoso ajuda a garantir uma dieta equilibrada e saudável.

Pensamento crítico

O pensamento crítico bem-sucedido requer uma síntese de conhecimento, experiência e informação obtidos de pacientes, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos exigem que você antecipe as informações, analise os dados e tome as decisões a respeito do cuidado do seu paciente. Durante a histórico de enfermagem considerar todos os elementos que somam para fazer um diagnóstico de enfermagem apropriado (Fig. 45-3).

Conhecimento

- Parâmetros de nutrição normal
- Anatomia e fisiologia do sistema gastrointestinal
- Influências culturais sobre a nutrição
- Fatores de desenvolvimento que afetam a nutrição
- Efeitos das medicações sobre a nutrição
- Princípios de cuidado centrado no paciente para a avaliação dos valores e preferências do paciente

Experiência

- Cuidado de pacientes com nutrição alterada
- Observação de práticas nutricionais de amigos e família
- Avaliação pessoal de práticas nutricionais

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Identificar os sinais e sintomas associados à nutrição alterada
- Colher dados dos pacientes sobre as práticas nutricionais
- Determinar as necessidades de energia nutricional do paciente
- Obter a história dietética do paciente
- Avaliar os efeitos que a enfermidade está tendo sobre a capacidade de preparar as refeições em casa

Padrões

- Aplicar os padrões intelectuais de precisão, completude e significância quando se obtém uma história de saúde para pacientes com nutrição alterada
- Comparar os dados colhidos com os padrões nutricionais estabelecidos (p. ex., ingestão dietética de referência, MyPlate, *Healthy People 2020* e índice de alimentação saudável)

Atitudes

- Ter a mente aberta sobre as práticas nutricionais quando se obtém a avaliação nutricional
- Exibir confiança quando se coletam os dados relacionados com cultura, condição socioeconômica, funcionamento físico, restrições dietéticas e preferências pessoais conforme necessário para completar uma avaliação nutricional

FIGURA 45-3 Modelo de pensamento crítico para Histórico de Enfermagem de nutrição.

Integrar os conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas, experiências anteriores e informações recolhidas de pacientes e famílias sobre as preferências alimentares habituais e história de dieta recente. A utilização de padrões profissionais, tais como as DRI, as diretrizes dietéticas de USDA MyPlate e os objetivos de *Healthy People 2020* fornece diretrizes para avaliar e manter o estado nutricional dos pacientes. Outros padrões profissionais pela AHA (2010), a American Diabetes Association (ADA, 2012), a ACS (2015) e a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (National Guideline Clearinghouse, 2013) estão disponíveis. Estes padrões são baseados em evidências e atualizados regularmente durante o atendimento ideal do paciente.

Processo de enfermagem

Aplicar o processo de enfermagem e usar uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado dos pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para você desenvolver e implementar um plano individualizado de cuidados.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem coletar os dados cuidadosamente de cada paciente e analisar criticamente os resultados para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente exigidas pelos cuidados de enfermagem seguros. O reconhecimento precoce de pacientes desnutridos ou em risco tem uma forte influência positiva sobre os resultados de saúde tanto a curto quanto a longo prazo. Os estudos demonstram uma ligação entre desnutrição em pacientes hospitalizados adultos e taxas de reinternação, maiores taxas de mortalidade e aumento do custo (Tappenden et al., 2013). Os pacientes que estão desnutridos na internação estão em maior risco de complicações com risco de morte, tais como arritmia, sepse ou hemorragia durante a hospitalização.

Pela Ótica do Paciente

Avalie o estado nutricional dos pacientes usando a história da enfermagem para reunir informações sobre os fatores que geralmente influenciam a nutrição. Você está em uma excelente posição para reconhecer os sinais de má nutrição e tomar medidas para iniciar a mudança. Estreitar o contato com os pacientes e suas famílias permite a você observar o estado físico, a ingestão de alimentos, as preferências alimentares, as alterações de peso e a resposta à terapia. Sempre perguntar aos pacientes sobre suas preferências alimentares, os valores relativos à nutrição e as expectativas de terapia nutricional. Numa tentativa de atingir os padrões alimentares, você precisa

entender os valores dos pacientes, as crenças e as atitudes com relação aos alimentos. Coletar também os dados das tradições da família e rituais relacionados com o alimento, os valores e as crenças culturais e as necessidades nutricionais. Determinar como esses fatores afetam a compra, a preparação e a ingestão de alimentos.

Triagem

A triagem nutricional é uma parte essencial de uma avaliação inicial. A triagem de um paciente é um método rápido de identificação de **desnutrição** ou risco de desnutrição usando ferramentas simples (Holst et al., 2013). As ferramentas de triagem de nutrição reúnem dados sobre a condição atual, a estabilidade da condição, a avaliação de se ele vai piorar e se o processo da doença acelera. Essas ferramentas normalmente incluem medidas objetivas, tais como altura, peso, mudança de peso, diagnóstico principal e a presença de outras comorbidades (Holst et al., 2013). Combinar várias medidas objetivas com medidas subjetivas relacionadas com a nutrição para triar de forma adequada para problemas nutricionais. A identificação de fatores de risco tais como perda involuntária de peso, presença de uma dieta modificada ou a presença de sintomas nutricionais alterados (p. ex., náuseas, vômitos, diarreia e constipação) exige a consulta nutricional.

Diversas ferramentas de triagem nutricional padronizadas estão disponíveis para uso em ambientes hospitalares e ambulatoriais. A Subjective Global Assessment (SGA) usa a história, o peso e os dados de avaliação física do paciente para avaliar o estado nutricional (Tsai et al., 2013). O SGA é uma técnica simples e de baixo custo que é capaz de prever complicações relacionadas com a nutrição. O Mini Nutritional Assessment (MNA) (Fig. 45-4) tria idosos em programas de assistência domiciliar, casas de saúde e hospitais. A ferramenta possui 18 itens divididos em triagem e avaliação. Se um paciente tiver uma pontuação de 11 ou menos na parte de triagem, o profissional de saúde completa a parte de coleta de dados. Uma pontuação total de menos que 17 indica desnutrição energético-proteica (Guigoz e Vellas, 1999; Guigoz et al., 1996). Em conclusão, as ferramentas de triagem de

desnutrição (MST) são um meio eficaz para medir problemas nutricionais para pacientes em uma variedade de estabelecimentos de saúde.

Nestlé Nutrition Institute

Mini Nutritional Assessment MNA®

Sobrenome: Primeiro nome:

Sexo: Idade: Peso, kg: Altura, cm: Data:

Completar o quadro preenchendo nas caixas com os números adequados. Totalizar os números para o escore de triagem final.

Triagem

A A ingestão alimentar diminuiu nos últimos 3 meses por causa de perda de apetite, problemas digestivos, dificuldades para mastigar ou engolir?
0 = diminuição severa na ingestão alimentar
1 = diminuição moderada na ingestão alimentar
2 = nenhuma diminuição na ingestão alimentar ☐

B Perda de peso durante os últimos 3 meses
0 = perda de peso maior que 3 kg
1 = não sabe
2 = perda de peso entre 1 e 3 kg
3 = sem perda de peso ☐

C Mobilidade
0 = em uma cama ou cadeira
1 = capaz de sair da cama/cadeira mas não sai de casa
2 = sai de casa ☐

D Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?
0 = sim 2 = não ☐

E Problemas neuropsicológicos
0 = demência severa ou depressão
1 = demência leve
2 = sem problemas psicológicos ☐

F1 Índice de Massa Corporal (IMC) (peso em kg) / (altura em m^2)
0 = IMC menor que 19
1 = IMC de 19 a menos de 21
2 = IMC de 21 a menos de 23
3 = IMC de 23 ou mais ☐

SE O IMC NÃO ESTIVER DISPONÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA QUESTÃO F2.
NÃO RESPONDER A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ ESTIVER COMPLETADA.

F2 Circunferência da panturrilha (CC) em cm
0 = CC menor que 31
3 = CC de 31 ou mais ☐

Escore de triagem ☐☐
(máx. 14 pontos)

12 a 14 pontos:	Estado nutricional normal
8 a 11 pontos:	Em risco de desnutrição
0 a 7 pontos:	Desnutrido

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).*J Geront 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status.* J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.

® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revisão 2009. N67200 12/99 10M

Para mais informações: www.mna-elderly.com

FIGURA 45-4 Mini Nutritional Assessment [Mini Coleta de Dados Nutricional] (MNA). (Direitos autorais ©Nestlé, 1994, Revisão 2009. N67200 12/99 10M.)

Avalie os pacientes quanto a desnutrição quando eles têm condições que interferem na sua capacidade para ingerir, digerir ou absorver os nutrientes adequados. Use ferramentas padronizadas para avaliar os riscos de nutrição quando possível. As anomalias congênitas e revisões cirúrgicas do trato GI interferem na função normal. Os pacientes que recebem apenas uma infusão IV de 5% ou 10% de dextrose estão em risco de deficiências nutricionais. As doenças crônicas ou o aumento das necessidades metabólicas são fatores de risco para o desenvolvimento de problemas nutricionais. As crianças e os idosos estão em maior risco.

Antropometria

A **antropometria** é um sistema de medição do tamanho e composição corporal. Enfermeiros obtêm a altura e o peso para cada paciente na internação hospitalar ou na entrada em qualquer estabelecimento de saúde. Se você não é capaz de medir a altura com o paciente em pé, posicione o paciente deitado na cama o mais reto possível com os braços cruzados sobre o peito e meça longitudinalmente. As medidas seriais de peso ao longo do tempo fornecem informações mais úteis do que uma medição. Pesar o paciente no mesmo horário todos os dias, na mesma balança e com o mesmo tipo de roupa ou vestimenta. Documentar o peso real do paciente e comparar a altura e o peso com os padrões para relações de altura e peso. Um **peso corporal ideal (IBW)** fornece uma estimativa do que uma pessoa deve pesar. É importante que se observe o ganho ou a perda rápidos de peso porque normalmente isto reflete mudanças de líquidos. Quatrocentos e setenta e três ou 500 mL de líquido é igual a 0,45 kg. Por exemplo, para um paciente com insuficiência renal, um aumento de peso de 0,90 kg em 24 horas é significativo, pois geralmente indica que o paciente manteve 1.000 mL de líquido.

Outras medidas antropométricas frequentemente obtidas pelos RD

ajudam a identificar os problemas nutricionais. Estas incluem a proporção da altura com a circunferência do pulso, a circunferência da parte média do braço (MAC), a prega cutânea do tríceps (TSF) e a circunferência muscular braquial (MAMC). Um RD compara os valores para MAC, TSF e MAMC com os padrões e os calcula como uma porcentagem do padrão. As mudanças nos valores de um indivíduo ao longo do tempo são de maior importância do que as medições isoladas (Nix, 2012).

O **índice de massa corporal (IMC)** mede o peso corrigido para a altura e serve como uma alternativa para as relações tradicionais de altura e peso. Calcular o IMC dividindo o peso de um paciente em quilogramas pela altura em metros ao quadrado: peso (kg) dividido por altura^2 (m^2). Por exemplo, um paciente que pesa 75 kg e tem 1,80 m de altura tem um IMC de 23,15 ($75 \div 1{,}8^2 = 23{,}15$). O site do National Heart Lung and Blood Institute (http://www.nhlbi.nih.gov/) fornece uma maneira fácil de calcular o IMC. Um paciente está em sobrepeso quando seu IMC for de 25 a 30. A obesidade, definida por um IMC maior que 30, coloca um paciente em maior risco de cardiopatia coronária, alguns cânceres, DM e hipertensão.

Laboratório e Testes Bioquímicos

Não existe um único laboratório ou teste bioquímico que seja diagnóstico de desnutrição. Os fatores que frequentemente alteram os resultados do teste incluem o equilíbrio de líquidos, a função hepática, a função renal e a presença de doença. Os exames laboratoriais comuns utilizados para estudar o estado nutricional incluem medidas de proteínas plasmáticas tais como albumina, transferrina, pré-albumina, proteína de ligação ao retinol, a capacidade total de ligação de ferro e hemoglobina. Após a alimentação, o tempo de resposta para modificações nessas proteínas varia de horas a semanas. A meia-vida metabólica da albumina é de 21 dias, a da transferrina é de 8 dias, a da pré-albumina é de 2 dias e a da proteína de ligação ao retinol é de 12 horas. Usar essas informações para determinar a medida mais eficaz de proteínas plasmáticas para seus pacientes. Os fatores que afetam os níveis de albumina sérica incluem hidratação; hemorragia; doença

renal ou hepática; grandes quantidades de drenagem de feridas, drenos, queimaduras ou trato GI; administração de esteroides; infusões de albumina exógena; idade; e trauma, queimaduras, estresse ou cirurgia. O nível de albumina é um indicador melhor para doenças crônicas, enquanto o nível de pré-albumina é o preferido para as condições agudas (Jensen et al., 2013).

O balanço de nitrogênio é importante para determinar o estado de proteína sérica (discussão de proteína neste capítulo). Calcular o equilíbrio de nitrogênio dividindo 6,25 no total de gramas de proteína ingerida em um dia (24 horas). Usar a análise laboratorial de uma urina de ureia sanguínea de 24 horas (UUN) para determinar a saída de nitrogênio. Para os pacientes com diarreia ou drenagem de fístula, estimar uma adição adicional de 2 a 4 g de eliminação de nitrogênio. Calcular o balanço de nitrogênio subtraindo a eliminação de nitrogênio da ingestão de nitrogênio. Um balanço de nitrogênio positivo de 2 a 3 g é necessário para o anabolismo. Em contraste, o balanço de nitrogênio negativo está presente quando existem estados catabólicos.

História da Dieta e Histórico de Saúde

Além da história geral de enfermagem, utilizar os dados de uma história de dieta mais específica para avaliar as necessidades nutricionais reais ou potenciais de um paciente. O Quadro 45-6 lista algumas questões de avaliação específicas para serem perguntadas na história da dieta. A história da dieta enfoca a ingestão habitual de alimentos e líquidos de um paciente e inclui informações sobre preferências, alergias e outras áreas relevantes, tais como a capacidade do paciente para obter alimento. Reunir informações sobre o nível de doença/atividade do paciente para determinar as necessidades de energia e comparar a ingestão de alimentos. Sua avaliação de enfermagem da nutrição inclui o estado de saúde; a idade; o contexto cultural (Quadro 45-5); os padrões alimentares religiosos (Tabela 45-3); a condição socioeconômica; as preferências alimentares pessoais; os fatores psicológicos; o uso de álcool ou drogas ilegais; o uso de suplementos de vitamina, mineral ou de ervas; os medicamentos

prescritos ou os não prescritos (OTC) (Tabela 45-2); e o conhecimento nutricional geral do paciente.

Quadro 45-6 Questões do Histórico de Enfermagem

Ingestão Dietética e Preferências Alimentares

- De que tipo de alimento você gosta?
- Quantas refeições por dia você consome?
- A que horas você normalmente consome as refeições e os lanches?
- Qual o tamanho das porções que você consome em cada refeição?
- Você está em uma dieta especial por causa de um problema médico?
- Você tem preferências alimentares religiosas ou culturais dietéticas?
- Quem prepara o alimento em casa?
- Quem compra o alimento?
- Como você cozinha seus alimentos (p. ex., frito, grelhado, cozido, assado)?

Sintomas Desagradáveis

- Quais alimentos causam indigestão, gases ou azia?
- Isso ocorre todas as vezes que você se alimenta?
- O que alivia os sintomas?

Alergias

- Você é alérgico a algum alimento?
- Que tipos de problemas que você tem com esses alimentos?
- Como essas alergias alimentares são tratadas (p. ex., EpiPen®, anti-histamínicos orais)?

Paladar, Mastigação e Deglutição

- Você já notou qualquer alteração no paladar?
- Estas mudanças ocorrem com medicamentos ou após uma doença?
- Você usa prótese? Sua prótese está confortável?
- Você tem alguma dor na boca ou feridas (p. ex., herpes simples, estomatite aftosa)?
- Você tem dificuldade para deglutir?
- Você tosse ou tem ânsia quando deglute?

Apetite e Peso

- Você teve uma mudança no apetite?
- Você notou uma mudança em seu peso?
- Essa mudança era prevista (p. ex., você estava em uma dieta de redução de peso)?

Uso de Medicamentos

- Quais medicamentos você toma?
- Você toma qualquer medicação sem prescrição que o seu médico não prescreveu?
- Você toma quaisquer suplementos nutricionais ou de ervas?

Em regime de ambulatório, fazer com que o paciente tenha um diário alimentar de 3 a 7 dias. Isto permite calcular a ingestão nutricional e compará-la com a DRI para ver se os hábitos dietéticos do paciente são adequados. Usar os questionários alimentares para estabelecer padrões ao longo do tempo. Em um estabelecimento de cuidados de saúde os enfermeiros colaboram com os nutricionistas para completar as contagens de calorias para os pacientes.

Exame Físico

O exame físico é um dos aspectos mais importantes de uma avaliação nutricional. Como a nutrição inadequada afeta todos os sistemas do

corpo, observar a desnutrição durante a avaliação física (Cap. 31). Concluir o exame físico geral dos sistemas do corpo e verificar novamente as áreas relevantes para a avaliação do estado nutricional do paciente. Os sinais clínicos de estado nutricional (Tabela 45-4) servem como diretrizes para a observação durante o exame físico.

Tabela 45-4

Sinais Físicos de Estado Nutricional

Área Corporal	Sinais de Boa Nutrição	Sinais de Nutrição Precária
Aparência geral	Alerta: responsivo	Indiferente, apático, caquético
Peso	Peso normal para altura, idade, constituição corporal	Obesidade (normalmente 10% acima do peso corporal ideal [IMC]) ou abaixo do peso (preocupação especial para abaixo do peso)
Postura	Postura ereta; braços e pernas retos	Ombros caídos; peito afundado; costas com corcunda
Músculos	Bem desenvolvidos, firmes; bom tônus; um pouco de gordura debaixo da pele	Flácidos, pouco tônus, tônus pouco desenvolvido; aparência "definhada"; capacidade prejudicada de andar adequadamente
Condução nervosa e estado mental	Bom ciclo de atenção; não irritável ou inquieto; reflexos normais; estabilidade psicológica	Falta de atenção; irritabilidade; confusão; queimação e formigamento das mãos e pés (parestesia); perda de posição e sentido vibratório; fraqueza e sensibilidade dos músculos (pode resultar em incapacidade de andar); diminuição ou perda dos reflexos do tornozelo e joelho
Função gastrointestinal	Bom apetite e digestão; eliminação regular normal; sem órgãos ou massas palpáveis	Anorexia; indigestão; constipação ou diarreia; aumento de volume do fígado ou baço
Função cardiovascular	Frequência e ritmo cardíacos normais; ausência de sopros; pressão arterial normal para a idade	Frequência cardíaca rápida (acima de 100 batimentos/minuto), coração de tamanho aumentado; ritmo anormal; pressão arterial elevada
Vitalidade geral	Resistência; energia; dorme bem; vigoroso	Facilmente cansado; sem energia; dorme facilmente; cansado e apático
Cabelo	Com brilho, lustro; firme, não cai facilmente; couro cabeludo saudável	Filamentoso, sem brilho, quebradiço, fino e esparso, sem pigmentação; cai facilmente
Pele (geral)	Pele uniforme e levemente hidratada com boa cor	Áspera, seca, descamando, pálida, pigmentada, irritada; contusões; petéquias; perda de gordura subcutânea
Rosto e pescoço	Cor uniforme; aparência regular, rosa, saudável;	Gorduroso, alteração de cor, descamando, inchado; pele escura nas bochechas e debaixo dos olhos;

	não inchado	granulosidade ou flocosidade da pele ao redor do nariz e da boca
Lábios	Regulares; boa coloração; hidratados; sem rachaduras ou inchaço	Secos, descamando, inchados; vermelhidão e inchaço (quilose); lesões angulares nos cantos da boca; fissuras ou cicatrizes (estomatite)
Boca, membranas orais	Membranas mucosas rosa avermelhado na cavidade oral	Membranas mucosas orais inchadas volumosas
Gengiva	Boa coloração rosa; saudável e vermelha; sem inchaço ou sangramento	Gengivas esponjosas que sangram facilmente; vermelhidão marginal, inflamação; retração
Língua	Boa coloração rosa ou avermelhada escura; sem inchaço; regular, presença de papilas superficiais; ausência de lesões	Inchaço; escarlate e sangrando; magenta, aparência de carne (glossite); papilas hiperêmicas e hipertróficas; papilas atróficas
Dentes	Sem cavidades; sem dor; brilhantes, alinhados; sem sobreposição; mandíbula com bom formato; limpos sem alteração de cor	Cáries não restauradas; ausência de dentes; superfícies desgastadas; manchas (fluorose), má oclusão
Olhos	Brilhantes, claros, lustrosos; sem feridas nos cantos das pálpebras; conjuntiva rosa úmida e saudável; vasos sanguíneos proeminentes; sem olheiras debaixo dos olhos	Membranas dos olhos pálidas (conjuntivas pálidas); vermelhidão da membrana (injeção da conjuntiva); secura; sinais de infecção; manchas de Bitot; vermelhidão e fissura dos cantos das pálpebras (palpebrite angular); secura da membrana do olho (xerose conjuntiva); aparência sem brilho da córnea (xerose corneana); córnea mole (ceratomalacia)
Pescoço (glândulas)	Sem aumento de volume	Aumento de volume da tireoide ou linfonodo
Unhas	Firmes, rosas	Em forma de colher (coiloníquia); quebradiças; sulcos
Pernas, pés	Sem sensibilidade, fraqueza ou inchaço; boa coloração	Edema; panturrilha sensível; formigamento; fraqueza
Esqueleto	Sem malformações	Joelho varo; joelho valgo; deformidade do tórax no diafragma; escápulas e costelas proeminentes

De Nix S: *Williams' basic nutrition and diet therapy*, 14. ed., St Louis, 2012, Mosby.

Disfagia

A **disfagia** refere-se à dificuldade de deglutição. As causas (Quadro 45-7) e as complicações da disfagia variam. As complicações

incluem pneumonia por aspiração, desidratação, diminuição do estado nutricional e perda de peso. A disfagia leva à incapacidade ou diminuição do estado funcional, aumento da duração da estadia e custo dos cuidados, aumento da probabilidade de alta para cuidado institucionalizado e aumento da mortalidade (Ellis e Hannibal, 2013).

Quadro 45-7 Causas de Disfagia

Miogênica

- Miastenia grave
- Envelhecimento
- Distrofia muscular
- Polimiosite

Neurogênica

- Acidente vascular cerebral
- Paralisia cerebral
- Síndrome de Guillain-Barré
- Esclerose múltipla
- Esclerose lateral amiotrófica (doença de Lou Gehrig)
- Neuropatia diabética
- Mal de Parkinson

Obstrutiva

- Estenose péptica benigna
- Anel esofágico inferior
- Candidíase
- Câncer de cabeça e pescoço
- Massas inflamatórias
- Trauma/ressecção cirúrgica
- Massas mediastinais anteriores
- Espondilose cervical

Outras

- Ressecção gastrointestinal ou de esôfago
- Distúrbios reumatológicos
- Doenças do tecido conjuntivo
- Vagotomia

Esteja ciente dos sinais de alerta para a disfagia. Eles incluem tosse durante a alimentação; mudança no tom ou qualidade da voz depois de deglutir; movimentos anormais da boca, língua ou lábios; e fala lenta, fraca, imprecisa ou descoordenada. A ânsia de vômito anormal, a deglutição adiada, a eliminação oral incompleta ou formação de bolsa, regurgitação, acúmulo na faringe, gatilho atrasado ou ausente de deglutição e incapacidade de falar de forma consistente são outros sinais de disfagia. Os pacientes com disfagia com frequência não mostram sinais evidentes tais como tosse quando o alimento entra na via aérea. A *aspiração silenciosa* é a aspiração que ocorre em pacientes com problemas neurológicos que leva à diminuição da sensibilidade. Ela ocorre com frequência sem uma tosse e os sintomas geralmente não aparecem por 24 horas. A aspiração silenciosa é responsável pela maior parte de 51% a 78% da aspiração em pacientes com disfagia após acidente vascular cerebral (Sorensen et al., 2013).

A disfagia com frequência leva a uma quantidade inadequada de ingestão de alimentos, o que resulta em desnutrição. Frequentemente os pacientes com disfagia tornam-se frustrados com a alimentação e mostram mudanças na espessura da prega cutânea e albumina. Durante o período de reabilitação os pacientes passam por períodos de ajuste mais longos com relação às novas restrições dietéticas. Além disso, a desnutrição retarda significativamente a recuperação de deglutição e pode aumentar a mortalidade (Jensen et al., 2013).

A triagem de disfagia identifica rapidamente os problemas com a deglutição e o ajuda a iniciar os encaminhamentos para uma avaliação mais aprofundada por um nutricionista ou um fonoaudiólogo (SLP) (Procedimento 45-1 mais adiante). A avaliação precoce e contínua de pacientes com disfagia utilizando uma ferramenta de triagem de

disfagia válida aumenta a qualidade do cuidado e diminui a incidência de pneumonia por aspiração. A triagem de disfagia inclui a revisão de prontuários; a observação de um paciente em uma refeição para a mudança na qualidade da voz, a postura e o controle da cabeça; a porcentagem de alimentação consumida; o tempo de alimentação/hora; babar ou extravasar líquidos e sólidos; tosse durante/após uma deglutição; fraqueza facial ou da língua; movimento palatal; dificuldade com secreções; formação de bolsa; asfixia; e uma tosse seca espontânea. Uma série de ferramentas de triagem validadas estão disponíveis tais como Bedside Swallowing Assessment, Burke Dysphagia Screening Test, Acute Stroke Dysphagia Screen e Standardized Swallowing Assessment (Edmiaston et al., 2010). A triagem Acute Stroke Dysphagia é uma ferramenta facilmente administrada e confiável para profissionais de saúde que não são fonoaudiólogos. A triagem para e o tratamento de disfagia requer uma abordagem multidisciplinar de enfermeiros, nutricionistas, profissionais de saúde e fonoaudiólogos (Sorensen et al., 2013).

❖ Diagnóstico de Enfermagem

Agrupar todos os dados do histórico de enfermagem para identificar os diagnósticos em enfermagem apropriados (Quadro 45-8). Um problema nutricional ocorre quando a ingestão total é significativamente diminuída ou aumentada ou quando um ou mais nutrientes não são ingeridos, completamente digeridos ou completamente absorvidos. Ao identificar um diagnóstico de enfermagem focado no problema, você seleciona os fatores relacionados adequados (p. ex., incapacidade de digerir alimentos ou redução da atividade diária). Os fatores relacionados precisam ser precisos para que você selecione as intervenções corretas. Por exemplo, *Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais* relacionada com a desvantagem econômica exigirá intervenções muito diferentes do que as de *Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais* relacionada com a incapacidade de ingerir alimentos.

Quadro 45-8

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais

Atividades do Histórico de Enfermagem	Características Definidoras
Índice de massa corporal (IMC)	Índice de massa corporal (IMC) = 17
Obter o peso	Mulher de 68 anos de idade Perda de peso de 10,8 kg O peso está 20% abaixo de seu peso corporal ideal
Obter o recordatório alimentar de 24 horas e histórico de líquidos	Falta de saciedade Falta de interesse no alimento Ingestão de líquido é de suco e café Consome sanduíche à tarde
Exame físico	Tônus muscular fraco Fadiga Perda de cabelo Pele seca descamando Conjuntiva e membranas mucosas pálidas
Medicamento	Toma sertralina para depressão
Social	Marido morreu há 6 meses Parou de ir ao clube de bordado mensalmente Começou o aconselhamento há 3 meses

Um paciente terá um diagnóstico de enfermagem de risco quando o histórico de enfermagem revelar os fatores de risco. Por exemplo, *Risco de Sobrepeso* pode ser identificado pela presença de fatores de risco tais como o consumo excessivo de álcool ou a alta frequência de consumir alimentos em restaurante e o IMC adulto aproximando-se de 25 kg/m^2. Seja específico para que você possa direcionar as intervenções em relação aos fatores de risco.

As características definidoras também podem apontar para um diagnóstico de promoção da saúde, tal como *Disposição para Nutrição Melhorada*. A seguir estão os diagnósticos de enfermagem aplicáveis a problemas nutricionais:

- *Risco de Aspiração*
- *Diarreia*
- *Sobrepeso*
- *Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Exigências Corporais*
- *Disposição para Nutrição Melhorada*
- *Deficit no Autocuidado para Alimentação*
- *Deglutição Prejudicada*
- *Obesidade*

Além disso, há situações clínicas em que os pacientes têm vários diagnósticos de enfermagem relacionados. O mapa conceitual na Figura 45-5 mostra a relação dos diagnósticos de enfermagem para a Sra. Cooper.

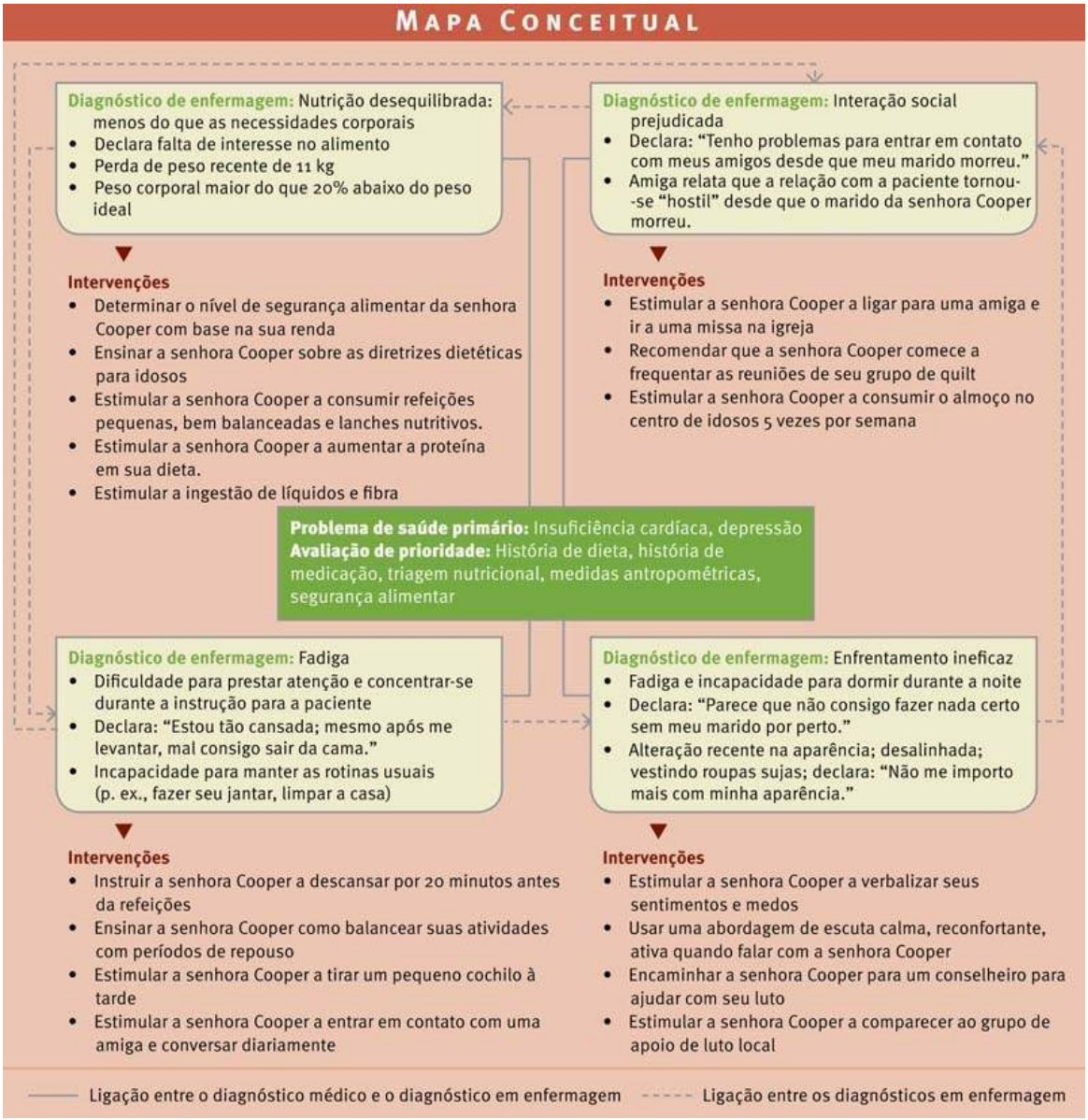


FIGURA 45-5 Mapa conceitual para a senhora Cooper.

Planejamento de Enfermagem

O planejamento de enfermagem para manter o estado nutricional ótimo dos pacientes requer um maior nível de cuidado do que simplesmente corrigir problemas nutricionais. Com frequência há uma necessidade de os pacientes fazerem alterações a longo prazo para melhorar a nutrição. A síntese das informações do paciente a partir de múltiplas fontes é necessária para criar uma abordagem

individualizada de cuidado que seja relevante para as necessidades e a situação de um paciente (Fig. 45-6). Aplicar o pensamento crítico para garantir que você considere todas as fontes de dados no desenvolvimento do plano de cuidados de um paciente. A identificação precisa dos diagnósticos de enfermagem relacionada com os problemas nutricionais do paciente resulta em um plano de cuidado que seja relevante e adequado (Plano de Cuidado de Enfermagem mais adiante). Referir-se a padrões profissionais para a nutrição é especialmente importante durante este passo, porque as descobertas científicas apoiam as atuais normas publicadas.

Conhecimento

- Papel do RD/nutricionista no cuidado de pacientes com nutrição alterada
- Efeito dos grupos de apoio da comunidade/recursos para auxiliar os pacientes a controlar a nutrição
- Efeito das dietas pobres sobre o estado nutricional do paciente

Experiência

- Respostas anteriores do paciente às intervenções de enfermagem para nutrição alterada
- Experiências pessoais com estratégias de alteração dietética (o que funcionou e o que não funcionou)

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecionar as intervenções nutricionais para promover a nutrição ótima
- Selecionar as intervenções nutricionais consistentes com as dietas terapêuticas
- Consultar outros profissionais de saúde (p. ex., RD, nutricionistas, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) para adotar intervenções que refletem as necessidades do paciente
- Envolver a família quando se planejam as intervenções

Padrões

- Individualizar a terapia de acordo com as necessidades do paciente
- Selecionar as terapias consistentes com os padrões estabelecidos de nutrição normal (p. ex., USDA, FDA, OMS)
- Selecionar as terapias consistentes com os padrões estabelecidos para dietas terapêuticas (p. ex., AHA, ADA)

Atitudes

- Exibir confiança na seleção de intervenções
- Adaptar criativamente as intervenções às limitações físicas, cultura, preferências pessoais, orçamento e necessidades de cuidado domiciliar do paciente

FIGURA 45-6 Modelo de pensamento crítico para planejamento de enfermagem em nutrição. *ADA*, American Diabetes Association; *AHA*, American Heart Association; *FDA*, Food and Drug Administration; *USDA*, US Department of Agriculture; *OMS*, Organização Mundial de Saúde.

Metas e Resultados

As metas e os resultados do cuidado refletem as necessidades fisiológicas, terapêuticas e individualizadas de um paciente. A educação nutricional e o aconselhamento são importantes para prevenir doenças e promover a saúde. Educar seus pacientes sobre a dieta terapêutica prescrita, especificamente sobre a forma como ela controla suas doenças e se há quaisquer implicações. Ao planejar o cuidado, estar ciente de todos os fatores que influenciam a ingestão de alimentos de um paciente. Por exemplo, pacientes com insuficiência cardíaca têm diminuição da fome, restrições alimentares, fadiga, falta de ar e tristeza, que influenciam a sua ingestão de alimentos.

O planejamento de enfermagem individualizado é essencial. Explorar os sentimentos dos pacientes sobre seu peso e dieta os ajuda a definir metas realistas e atingíveis. As metas planejadas mutuamente negociadas entre o paciente, nutricionista e enfermeiro garantem o sucesso. Para o paciente com insuficiência cardíaca descrito anteriormente, um objetivo global é "O paciente vai atingir a faixa de peso por altura de IMC apropriada ou estar dentro de 10% de IBW". Os seguintes resultados ajudam a atingir este objetivo:

- A ingestão nutricional diária do paciente cumpre as DRIs mínimas.
- A ingestão de gordura nutricional diária do paciente é inferior a 30%.
- O paciente retira bebidas adoçadas com açúcar e alimentos ricos em carboidratos da dieta.
- O paciente evita comer alimentos não saudáveis entre as refeições e depois do jantar.
- O paciente perde pelo menos 0,2 a 0,45 kg por semana.

O cumprimento de metas nutricionais requer a entrada do paciente e da equipe interprofissional. O conhecimento do papel de cada

disciplina no fornecimento de suporte nutricional é necessário para maximizar os resultados nutricionais. Por exemplo, a colaboração com um nutricionista ajuda a desenvolver planos de tratamento de nutrição adequados. As contagens de calorias são frequentemente solicitadas, e é necessária ajuda para obter dados precisos. Um plano eficaz de cuidados requer a troca de informações precisas entre as disciplinas.

Estabelecendo Prioridades

Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem dos pacientes, determinar as prioridades para planejar intervenções oportunas e bem-sucedidas. Por exemplo, o tratamento da dor oral de um paciente será uma prioridade em relação à intervenção de educação de dieta para melhorar a nutrição se o paciente for incapaz de engolir e manter ingestão adequada de alimentos. O *Conhecimento Deficiente* com relação à terapia de dieta deficiente vai se tornar uma prioridade se for necessário promover a perda de peso a longo prazo e eficaz para um paciente que está recebendo alta de um hospital.

Durante a enfermidade aguda e cirurgia, a ingestão de alimentos varia no período perioperatório. A prioridade de cuidado é proporcionar suporte nutricional pré-operatório ótimo em pacientes com desnutrição. A prioridade para a retomada da ingestão de alimentos após a cirurgia depende do retorno da função intestinal, da extensão do procedimento cirúrgico e da presença de quaisquer complicações (Cap. 50). Por exemplo, quando os pacientes têm cirurgia oral e de garganta, eles mastigam e deglutem o alimento na presença de locais de excisão, suturas ou tecidos manipulados durante a cirurgia. A prioridade de atendimento é primeiro proporcionar conforto e controle da dor. Então, abordar as prioridades nutricionais e planejar o cuidado para manter a nutrição que não causa dor ou lesão para os tecidos em cicatrização.

O paciente e a família devem colaborar com o enfermeiro no planejamento de cuidados e definição de prioridades. Isto é importante porque as preferências alimentares, as compras de produtos alimentares e a preparação envolvem toda a família. O plano

de cuidados não pode ter êxito sem o seu compromisso, participação e compreensão das prioridades nutricionais.

Trabalho em Equipe e Colaboração

O cuidado de um paciente com frequência estende-se além do ambiente hospitalar agudo, necessitando de uma colaboração continuada entre os membros da equipe de saúde. É importante que o planejamento de alta inclua intervenções nutricionais conforme os pacientes retornam às suas casas ou instalações de cuidados prolongados. Comunicar as metas ao paciente e as intervenções planejadas para todos os membros da equipe para alcançar os resultados esperados do paciente. Além disso, como enfermeiros, consultar um fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico e/ou terapeuta ocupacional sobre pacientes com disfagia e aqueles que precisam de avaliação nutricional continuada e intervenções para preencher as suas necessidades nutricionais.

A administração de alimentações por sonda enteral tipicamente entra pelo estômago ou intestinos por meio de uma sonda inserida através do nariz ou um acesso percutâneo (Procedimentos 45-2 e 45-3 mais adiante). Estas dietas enterais complementam a ingestão nutricional oral de um paciente em cuidado domiciliar, estabelecimento de cuidados intensivos, de cuidados prolongados ou de reabilitação quando eles não conseguem preencher as suas necessidades nutricionais por via oral. Independentemente da definição, o nutricionista avalia e monitora o estado nutricional do paciente e sua ingestão e faz recomendações para mudanças. Os nutricionistas (RD) são especialistas na escolha de fórmulas enterais e modificações dietéticas necessárias para estados de doença específicos. O tratamento a longo prazo dos problemas nutricionais é um desafio que requer a colaboração entre o paciente, a família e os membros da equipe de saúde.

Os pacientes que não toleram a nutrição através do trato GI recebem NP total, uma solução composta de glicose, aminoácidos, lipídios, minerais, eletrólitos, elementos-traço e vitaminas, por meio de um cateter de demora periférico ou venoso central (CVC) (Cap. 42). O

farmacêutico é um especialista que revisa os medicamentos para identificar as interações entre medicamentos e nutrientes. Os farmacêuticos também são especialistas na preparação de misturas de NP total (NPT).

Quando os pacientes têm dificuldade em se alimentar, os terapeutas ocupacionais trabalham com eles e suas famílias para identificar dispositivos de assistência. Dispositivos tais como utensílios com alças grandes e pratos com laterais elevadas ajudam um paciente a se autoalimentar. Um fonoaudiólogo ajuda um paciente com exercícios de deglutição e técnicas para reduzir o risco de aspiração. Os terapeutas ocupacionais também ajudam os pacientes a manter a função no ambiente doméstico reorganizando as áreas de preparação de alimentos em um esforço para maximizar a capacidade funcional do paciente.

Implementação

As terapias de dieta são numerosas e escolhidas com base no estado de saúde geral de um paciente, na capacidade de comer e digerir normalmente e nas necessidades nutricionais de longo prazo. O foco da promoção da saúde é educar os pacientes e cuidadores familiares sobre alimentação equilibrada e ajudá-los a obter recursos para consumir refeições de alta qualidade. No cuidado agudo o seu papel como enfermeiro(a) é tratar condições agudas que alteram o estado nutricional dos pacientes e ajudar nas maneiras de promover o seu apetite e capacidade de consumir os nutrientes. Os pacientes que estão doentes ou debilitados com frequência têm falta de apetite (anorexia). A anorexia tem muitas causas (p. ex., dor, fadiga e os efeitos de medicamentos). Ajudar os pacientes a compreender os fatores que causam anorexia e usar abordagens criativas para estimular o apetite. No quadro de cuidado restaurador você ajuda os pacientes a aprender como seguir as dietas terapêuticas necessárias para a recuperação e o tratamento de condições crônicas de saúde.

Promoção de Saúde

Como enfermeira você está em uma posição-chave para educar os pacientes sobre escolhas da dieta saudável e boa nutrição. Incorporar o conhecimento de nutrição nos estilos de vida dos pacientes serve para prevenir o desenvolvimento de muitas doenças. Os estabelecimentos ambulatoriais e de base comunitária são locais ótimos para a avaliação de enfermagem de práticas e estado nutricionais. A identificação precoce de problemas potenciais ou reais é a melhor maneira de evitar problemas sérios. Da mesma forma, em outros ambientes de cuidados de saúde, os pacientes com problemas nutricionais tais como a obesidade com frequência requerem ajuda no planejamento de cardápio e estratégias de complacência. Seu papel como educador inclui a avaliação da capacidade de compreensão sobre saúde da família do paciente (ou seja, o quanto eles entendem sobre sua necessidade nutricional) e promover a educação nutricional e as informações sobre os recursos da comunidade. Os números de telefone de um nutricionista ou enfermeiro para perguntas de acompanhamento são sempre uma parte do aconselhamento.

O planejamento da refeição leva em consideração o orçamento de uma família e as preferências diferentes dos membros da família. Escolher alimentos específicos com base na prescrição dietética e grupos de alimentos recomendados. Para as famílias com orçamentos limitados, usar alternativas. Por exemplo, pratos de feijão ou queijo com frequência substituem a carne em uma refeição e o uso de leite evaporado ou leite desnatado em pó ao cozinhar é um suplemento nutricional de baixo custo. Fazer os pacientes modificarem o método de preparação quando for necessário para minimizar determinadas substâncias. Assar em vez de fritar reduz a ingestão de gordura e os pacientes podem usar suco de limão ou condimentos para adicionar sabor a dietas de baixo teor de sódio.

Planejar os cardápios com uma semana de antecedência tem vários benefícios. Isso ajuda a garantir uma boa nutrição ou a aderência a uma dieta específica e ajuda uma estadia familiar dentro do seu orçamento designado. Enfermeiros ou nutricionista precisam verificar os cardápios para o conteúdo. Com frequência uma dica simples é útil no planejamento das refeições tais como evitar compras de

supermercado quando se está com fome, o que pode levar a compras impulsivas de alimentos mais caros ou menos nutritivos que não estão incluídos em planos de refeição. O U.S. Department of Agriculture (USDA, 2011) fornece serviços de planejamento de refeições semanais de amostra para uma variedade de orçamentos em seu site.

Apoiar os indivíduos que estão interessados em perder peso. Uma elevada percentagem daqueles que tentam perder peso não é bem--sucedida, recuperando o peso perdido ao longo do tempo. A aderência com a dieta e o exercício afeta o sucesso na perda de peso. A informação sobre a perda de peso está disponível a partir de várias fontes. Ajude os pacientes a desenvolver um plano de perda de peso bem-sucedido que considere as suas preferências e recursos e inclua a consciência de tamanhos de porções e o conhecimento do teor de energia dos alimentos (AHA, 2010).

A segurança alimentar é uma questão importante de saúde pública. As bactérias de origem alimentar podem ocorrer pela limpeza inadequada de alimentos, preparação incorreta ou práticas de higiene precárias de manipuladores de alimentos. Os profissionais de saúde não só precisam estar cientes dos fatores relacionados com a segurança alimentar como também devem fornecer a educação do paciente para reduzir os riscos de doenças transmitidas por alimentos (Tabela 45-5; Quadro 45-9).

Tabela 45-5

Segurança Alimentar

Doença de Origem Alimentar	Organismo	Fonte Alimentar	Sintomas*
Botulismo	*Clostridium botulinum*	Alimentos inadequadamente enlatados em casa, peixe defumado e salgado, presunto, salsicha, marisco	Sintomas variados desde desconforto leve até morte em 24 horas; inicialmente náusea, vômito, tontura e fraqueza progredindo para paralisia motora (respiratória)
Escherichia coli	*E. coli*	Carne pouco cozida (carne moída)	Cólicas graves, náusea, vômito, diarreia (pode ser sanguinolenta), insuficiência renal; aparece 1 a 8 dias após o consumo alimentar; dura de 1

			a 7 dias
Listeriose	*Listeria* *L. monocytogenes*	Queijo mole, carne (cachorro quente, patê, frios), leite não pasteurizado, aves, frutos do mar	Diarreia grave, febre, dor de cabeça, pneumonia, meningite, endocardite; aparece 3 a 21 dias após a infecção
Enterite por Perfringes	*Clostridium* *C. perfringes*	Carnes cozidas, preparações com carne mantidas em temperatura ambiente ou morna	Diarreia moderada, vômito; aparece 8 a 24 horas após a alimentação; dura de 1 a 2 dias
Salmonelose	*Salmonella* *S. typhi* *S. paratyphi*	Leite, cremes, preparações com ovo, molhos para salada, recheios para sanduíches, marisco poluído	Diarreia leve a severa, cólicas, vômito; aparece até 72 horas após a ingestão; dura de 4 a 7 dias
Shigelose	*Shigella* *S. dysenteriae*	Leite e derivados, frutos do mar, saladas	Cólicas, diarreia até disenteria fatal; aparece 12 a 50 horas após a ingestão; dura de 3 a 14 dias
Estafilococos	*Staphylococcus* *S. aureus*	Cremes, recheios com creme, carnes processadas, presunto, queijo, sorvete, salada de batata, caldos, ensopados	Cólicas abdominais severas, dor, vômito, diarreia, perspiração, dor de cabeça, febre, prostração; aparece de 1 a 6 horas após a ingestão; dura de 1 a 2 dias

De Nix S: *Williams' basic nutrition and diet therapy*, 14. ed., St Louis, 2012, Mosby.

* Os sintomas são geralmente mais graves para os grupos etários mais jovens e mais idosos.

Quadro 45-9

Educação em saúde do paciente

Segurança Alimentar

Objetivo

- O paciente é capaz de verbalizar as medidas para proteger contra doenças transmitidas por alimentos.

Estratégias de Ensino

- Explicar que a segurança alimentar é uma questão importante de

saúde pública. As populações particularmente em risco são as pessoas mais velhas e as mais jovens e os indivíduos imunodeprimidos.

- Instruir os pacientes usando os quatro princípios seguintes:
  1. LIMPAR
     - Lavar as mãos com água morna e sabão antes de tocar ou consumir os alimentos.
     - Lavar frutas e vegetais frescos completamente.
     - Limpar o interior da geladeira e do micro-ondas regularmente para evitar o crescimento microbiano.
     - Limpar as superfícies de corte após cada utilização.
     - Quando possível, usar superfícies separadas para frutas, carnes, aves, peixes
  2. SEPARAR
     - Lavar os utensílios de cozinha e as tábuas de corte com água quente e sabão.
     - Lavar as mãos após o manuseio de alimentos, especialmente carnes, aves e ovos.
     - Limpar os vegetais e alface utilizados em saladas cuidadosamente.
     - Lavar os panos de louça, as toalhas e as esponjas regularmente ou usar toalha de papel.
  3. COZINHAR
     - Usar um termômetro de alimentos para verificar se a carne, as aves e os peixes estão cozidos adequadamente.
     - Não comer carnes cruas ou leite não pasteurizado.
  4. ESFRIAR
     - Manter os alimentos adequadamente refrigerados a 4,4 °C e congelados a -17,8 °C).
     - Não guardar sobras para mais de 2 dias na geladeira.

Avaliação

- Pedir ao paciente para verbalizar medidas para prevenir as doenças de origem alimentar.
- Observar o paciente em casa para práticas seguras se estiver

fazendo uma visita em casa.

Dados de U.S. Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services: *Report of the dietary guidelines advisory committee dietary guidelines for Americans 2010*, 2010, http://www.cnpp.usda.gov/dietaryguidelines.htm. Acessado em novembro de 2015.

Cuidado Agudo

O cuidado nutricional dos pacientes com doença aguda requer uma enfermeira para considerar uma variedade de fatores que influenciam a ingestão nutricional. O teste de diagnóstico e os procedimentos no estabelecimento de cuidados agudos interrompem a ingestão de alimentos. Com frequência um paciente deve abster-se de comer ou beber qualquer coisa por via oral (em jejum) quando ele ou ela se prepara para ou se recupera de um teste de diagnóstico. As interrupções frequentes durante as refeições ocorrem no estabelecimento de cuidados de saúde ou os pacientes têm pouco apetite. Os pacientes com frequência estão demasiado cansados ou desconfortáveis para se alimentar. É importante coletar dados do estado nutricional de um paciente de forma contínua e adotar intervenções que promovam a ingestão, a digestão e o metabolismo normais dos nutrientes. Os pacientes que estão em jejum e recebem líquidos IV padrão apenas por mais de 4 a 7 dias estão em risco nutricional.

Plano de cuidado de enfermagem

Nutrição Desequilibrada: Menos do que as Necessidades Corporais

Histórico de enfermagem

A enfermeira em um centro de idosos está atendendo a senhora Cooper que tem 68 anos de idade e tem uma história de insuficiência cardíaca. Recentemente a senhora Cooper teve uma perda de peso inesperada de 15%. Três meses se passaram desde

que ela começou a tomar sertralina (Zoloft®) para a depressão relacionada com a perda de seu marido há 6 meses. Ela já não participa de sua reunião mensal de bordado. A senhora Cooper começou a receber aconselhamento 3 meses atrás para lidar com o pesar e a depressão através de uma instituição de serviços para idosos local. Quando a enfermeira pergunta sobre sua situação financeira, a senhora Cooper responde dizendo que ela estava vivendo com poucos recursos com uma pequena pensão e o seguro social, mas que ela foi capaz de lidar com isso.

Avaliação de Atividades	*Achados/Características Definidoras*[*]
Perguntar à senhora Cooper sobre sua ingestão alimentar durante os dois últimos dias.	Ela responde que toma um pouco de suco de manhã e duas ou três xícaras de café. Além disso, com frequência ela consome um sanduíche no final da tarde. Frequentemente ela pula o jantar. "**Eu não estou interessada apenas em comida.** Não tem nenhum gosto."
Perguntar à senhora Cooper sobre a interação social.	A senhora Cooper reclama de solidão e diz que não sai muito, embora seu psicólogo tenha recomendado mais socialização. Seus amigos na igreja a chamam para voltar para às reuniões, mas ela não está pronta. Ela diz que se cansa facilmente e já não participa das reuniões mensais do seu clube de bordado.
Pesar a paciente e coletar dados da postura.	Seu **peso está 20% abaixo de seu peso corporal ideal (IBW)** e seu índice de massa corporal (IMC) é de 17. Esta perda de peso tem acontecido nos últimos 6 meses, e ela **perdeu 10,9 kg**. Postura curvada
Observar a senhora Cooper para sinais de nutrição precária.	**Perda de cabelo** **Membranas mucosas orais sensíveis** **Membranas mucosas pálidas**

[*] **Características definidoras** estão exibidas em negrito.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionadas com uma capacidade diminuída para ingerir alimento como resultado de depressão e ingestão insuficiente

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	***Resultados Esperados (NOC)***[†]
A senhora Cooper vai ganhar peso gradualmente.	***Comportamento de Ganho de Peso*** A senhora Cooper ganha de 0,5 a 1 kg por mês até atingir uma meta de 59 kg.

A senhora Cooper vai consumir uma nutrição adequada todos os dias.	***Estado Nutricional*** A senhora Cooper ingere 1.900 kcal/dia, incluindo 50 g de proteína por dia.
A senhora Cooper não exibirá nenhum sinal de desnutrição.	***Estado Nutricional: Medidas Bioquímicas*** Os achados de coleta de dados físicos estão dentro dos limites normais. Os valores laboratoriais estão dentro dos limites normais.

† Rótulos de classificação de resultados de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	**JUSTIFICATIVA**
Aconselhamento Nutricional	
Coordenar o plano de cuidado com o profissional de saúde, o psicólogo, a senhora Cooper e o nutricionista.	O planejamento de cuidado nutricional bem-sucedido é uma abordagem multidisciplinar durante todo o *continuum* do cuidado (Jensen et al., 2013).
Individualizar os planos de cardápios de acordo com as preferências da senhora Cooper.	Incorporar suas preferências alimentares nos planos de refeição estimula a paciente a comer (Jensen et al., 2013).
Ensinar a senhora Cooper sobre MyPlate for Older Adults [MyPlate para Idosos].	MyPlate for Older Adults é adaptado para preencher as necessidades nutricionais para idosos (Tufts University, 2011).
Controle Nutricional	
Estimular a senhora Cooper a comer pequenas refeições nutritivas e lanches e aumentar a ingestão dietética para ajudar a compensar a anorexia secundária à sertralina.	A sertralina é um medicamento antidepressivo inibidor da captura de serotonina seletiva (SSRI) que causa diminuição de paladar e anorexia. As refeições pequenas, frequentes e nutritivas e lanches ajudam a reduzir a perda de peso associada à anorexia.
Estimular a ingestão de líquidos.	Os idosos necessitam de 8 copos de 240 mL por dia de líquido proveniente de bebidas e fontes alimentares. Concentrar a ingestão de manhã e no início da tarde é aceitável para prevenir a noctúria (Meiner, 2011).
Estimular a ingestão de fibra.	Impede a constipação e estimula o apetite.
Estimular a senhora Cooper a consumir o almoço no centro de idosos 5 vezes por semana.	A alimentação com os outros estimula a boa nutrição e promove a socialização com os colegas (American Dietetic Association, 2010a; Nix, 2012).

‡ Rótulos de classificação de intervenção de Bulechek GM et al: *Nursing interventions classification (NIC)*, 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Nutrição	***Resposta do Paciente/Achado***	***Obtenção do Resultado***
Monitorar a senhora	Após 2 semanas a senhora Cooper	A senhora Cooper está fazendo

Cooper mensalmente para ganho de peso, anemia, nível de albumina sérica e níveis de transferrina.	ganhou 1,36 kg e seu nível de hemoglobina B é 12.	progresso com o ganho de peso; seu nível de hemoglobina ainda reflete anemia leve.
Pedir à senhora Cooper para manter um registro alimentar diário por 3 dias.	A ingestão alimentar reflete que ela consumiu sua refeição principal no centro de idosos, consumiu frutas e cereais no café da manhã e no começo da noite tomou uma sopa ou comeu um sanduíche com fruta.	A senhora Cooper está selecionando alimentos mais ricos nutricionalmente, consistentes com as diretrizes atuais.
Observar a aparência física da senhora Cooper.	Em 2 semanas suas membranas mucosas estão menos pálidas e seu cabelo parece estar em melhor condição e mais bem penteado.	A senhora Cooper melhorou seus parâmetros físicos de nutrição; ainda precisa de acompanhamento.
Perguntar à senhora Cooper sobre o apetite e o nível de energia.	A senhora Cooper responde que nos dias em que ela se alimenta no centro de idosos seu apetite parece melhor e ela "quer fazer mais coisas". Ela observa que os fins de semana são muito solitários.	O suporte dos dias da semana para o estado nutricional parece efetivo; precisa aumentar o estado de atividade do paciente e a ingestão nutricional durante os fins de semana.

Dietas de Avanço

As condições agudas e crônicas afetam o sistema imunológico de um paciente e seu estado nutricional. Os pacientes com diminuição da função imunológica (p. ex., por câncer, quimioterapia, vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida [HIV/AIDS] ou transplantes de órgãos) necessitam de dietas especiais que diminuem a exposição aos microrganismos e que sejam mais ricas em nutrientes selecionados. A Tabela 45-6 fornece uma visão geral do sistema imunológico, o impacto da desnutrição e os nutrientes benéficos. Além disso, os pacientes que estão doentes, que passaram por procedimentos cirúrgicos ou que estavam em jejum por um longo tempo especializaram suas necessidades dietéticas. Os profissionais de saúde prescrevem uma progressão gradual da ingestão alimentar ou dieta terapêutica para controlar a doença dos pacientes (Quadro 45-10).

Tabela 45-6

Nutrição e o Sistema Imunológico

Componente Imunológico/Fisiológico	Efeito da Desnutrição	Nutriente Vital
Anticorpos	Quantidade diminuída	Proteína, vitaminas A, B_6, B_{12}, C, ácido fólico, tiamina, biotina, riboflavina, niacina
Trato GI	Movimento sistêmico de bactérias	Arginina, glutamina, ácidos graxos ômega-3
Granulócitos e macrócitos	Tempo maior para o tempo de morte por fagocitose e ativação de linfócito	Proteína, vitaminas A, B_6, B_{12}, C, ácido fólico, tiamina, riboflavina, niacina, zinco, ferro
Muco	Microvilosidades planas no trato GI, secreção diminuída de anticorpos	Vitaminas B_6, B_{12}, C, biotina
Pele	Integridade comprometida, densidade reduzida, cicatrização de ferida mais lenta	Proteína, vitaminas A, B_{12}, C, niacina, cobre, zinco
Linfócitos T	Distribuição de célula T diminuída	Proteína, arginina, ferro, zinco, ácidos graxos ômega-3, vitaminas A, B_6, B_{12}, ácido fólico, tiamina, riboflavina, niacina, ácido pantotênico

Modificado de Grodner M, et al: *Foundations and clinical applications of nutrition: a nursing approach*, 5. ed., St Louis, 2012, Mosby.

GI, gastrintestinal.

Quadro 45-10 Progressão de Dieta e Dietas Terapêuticas

Líquida Clara

Caldo de carne claro sem gordura, caldo de carne, café, chá, bebidas carbonatadas, sucos de frutas claras, gelatina, sorvetes de frutas, picolés

Líquida Completa

Como para a líquida clara, com adição de produtos lácteos de textura regular (p. ex., sorvete), sopas creme coadas ou batidas, cremes, cereais cozidos refinados, suco de vegetais, vegetais em

forma de purê, todos os sucos de frutas, sorvetes, pudins, iogurte congelado

Estágios de Disfagia, Líquidos Espessados, Purê

Como para a líquida clara e completa, com a adição de ovos mexidos; carnes em purê, vegetais e frutas; purê de batatas e molho

Mecânica Macia

Como para a líquida clara e completa e purê, com a adição de todas as sopas de creme, carnes moídas ou finamente picadas, peixes em flocos, queijo cottage, queijo, arroz, batatas, panquecas, pães light, vegetais cozidos, frutas cozidas ou enlatadas, bananas, sopas, manteiga de amendoim, ovos (não fritos)

Resíduo Regular/Pouco

Além de alimentos de baixo teor de fibras, de fácil digestão, tais como massas, ensopados de forno, carnes tenras úmidas e frutas e vegetais enlatados cozidos; sobremesas, bolos e biscoitos sem nozes ou coco

Alto Teor de Fibra

Adição de frutas frescas não cozidas, vegetais no vapor, farelo, farinha de aveia e frutas secas

Baixo Teor de Sódio

Dietas de 4 g (sem adição de sal), 2 g, 1 g ou 500 mg de sódio; variam de sem adição de sal à restrição de sódio grave (500 mg dieta de sódio), o que exige a compra de alimentos selecionados

Baixo Colesterol

300 mg/dia de colesterol, de acordo com as diretrizes da American Heart Association para redução de lipídios séricos

Diabética

As recomendações nutricionais pela American Diabetes

Association: foco na energia total, nutrientes e distribuição de alimentos; incluir uma ingestão equilibrada de carboidratos, gorduras e proteínas; recomendações calóricas variadas para acomodar as necessidades metabólicas do paciente

Sem Glúten

Elimina trigo, aveia, centeio, cevada e seus derivados

Regular

Sem restrições, a menos que especificado

Promovendo o Apetite

Proporcionar um ambiente que promova a ingestão nutricional inclui manter o ambiente de um paciente livre de odores, proporcionando higiene oral conforme necessário para remover sabores desagradáveis e manter o conforto do paciente. Oferecer refeições menores, mais frequentes geralmente ajuda. Além disso, certos medicamentos afetam a ingestão dietética e o uso de nutrientes. Por exemplo, medicamentos tais como a insulina, glicocorticoides e hormônios da tireoide afetam o metabolismo. Outros medicamentos tais como agentes antifúngicos frequentemente afetam o paladar. Alguns dos medicamentos psicotrópicos afetam o apetite, causam náusea e alteram o paladar. Você e o nutricionista ajudam os pacientes a selecionar alimentos que reduzem as sensações de paladar alterado ou náuseas. Consultar um nutricionista com relação ao uso de temperos que melhoram o sabor dos alimentos. Em outras situações os medicamentos precisam ser alterados. A avaliação de pacientes quanto à necessidade de agentes farmacológicos para estimular o apetite, tais como ciproeptadina, megestrol ou dronabinol, ou para controlar os sintomas que interferem na nutrição exige a consulta com o profissional de saúde.

A hora das refeições é geralmente uma atividade social. Se for apropriado, incentivar os visitantes a comer com o paciente. Quando o paciente tem anorexia, incentivar outros enfermeiros ou profissionais de saúde a conversar e mantê-los na conversa. A hora das refeições também é uma excelente oportunidade para a educação do paciente.

Instruir o paciente sobre quaisquer dietas terapêuticas, medicamentos, medidas de conservação de energia ou dispositivos adaptativos para ajudar com a alimentação independente.

Auxiliando os Pacientes com a Alimentação por Via Oral

Quando um paciente precisa de ajuda com a alimentação, é importante proteger a sua segurança, independência e dignidade. Limpar a bandeja de mesa ou de cama da desordem. Avaliar quanto ao risco de aspiração (Procedimento 45-1). Os pacientes com alto risco de aspiração têm nível de alerta diminuído, diminuição de reflexos de ânsia e/ou tosse e dificuldade em controlar a saliva (seção Histórico de Enfermagem).

Os pacientes com disfagia estão em risco de aspiração e precisam de mais ajuda com a alimentação e a deglutição. Um fonoaudiólogo identifica os pacientes em risco e fornece recomendações para a terapia (Ellis e Hannibal, 2013). Fornecer um período de descanso de 30 minutos antes da alimentação e posicionar o paciente em posição vertical, sentado em uma cadeira, ou levantar a cabeça da cama para 90 graus. Fazer o paciente flexionar a cabeça ligeiramente para uma posição do queixo para baixo para ajudar a prevenir a aspiração. Se o paciente tiver fraqueza unilateral, ensiná-lo(a) e ao cuidador familiar a colocar o alimento no lado mais forte da boca. Com a ajuda de um fonoaudiólogo determinar a viscosidade dos alimentos que o paciente tolera melhor utilizando ensaios de diferentes consistências de alimentos e líquidos. Os líquidos mais espessos são geralmente mais fáceis de engolir. A American Dietetic Association publicou a *National Dysphagia Diet Task Force National Dysphagia Diet* em 2010 para fornecer a uniformidade das dietas fornecidas a pacientes com disfagia (NDDTF, 2010). Existem quatro níveis de dieta: disfagia de purê, disfagia alterada mecanicamente, disfagia avançada e regular. Os quatro níveis de líquido incluem líquidos finos (baixa viscosidade), líquidos semelhantes a néctar (viscosidade média), líquidos semelhantes a mel (viscosidade de mel) e líquidos de espessura de colher (viscosidade de pudim) (NDDTF, 2010).

Alimentar um paciente com disfagia lentamente, proporcionando

mordidas de tamanho menor. Permitir que ele ou ela mastiguem bem e deglutam a mordida antes de começar outra. As avaliações de mastigação e deglutição mais frequentes ao longo da refeição são necessárias. Permitir ao paciente tempo para esvaziar a boca após cada colherada, combinando a velocidade de alimentação com a prontidão do paciente (Procedimento 45-1). Se ele começar a tossir ou engasgar, retirar o alimento imediatamente (Ellis e Hannibal, 2013). Às vezes é necessário ter um equipamento de sucção oral disponível na cabeceira do paciente.

Oferecer oportunidades para os pacientes determinarem a ordem em que eles querem comer os itens alimentares e o quão rápido eles desejam comer. Determinar as preferências alimentares de um paciente e, a menos que contraindicado, tentar ter esses itens incluídos em sua bandeja de alimentos. Perguntar ao paciente se o alimento está na temperatura certa. Estes parecem ser pequenos atos, mas que percorrem um longo caminho na manutenção da sensação de independência do paciente.

Os pacientes com deficiências visuais também precisam de ajuda especial. Os pacientes com diminuição da visão são capazes de se alimentar quando recebem as informações adequadas. Por exemplo, identificar a localização do alimento em um prato de refeição como se ele fosse um relógio (p. ex., carne às 9 horas e vegetais às 3 horas). Dizer ao paciente onde as bebidas estão localizadas em relação ao prato. Certificar-se de que outros profissionais de saúde disponham a bandeja de refeição e o prato da mesma maneira. Os pacientes com deficiência visual e aqueles com diminuição das habilidades motoras são mais independentes durante as refeições com a utilização de utensílios adaptativos de cabo grande (Fig. 45-7). Estes são mais fáceis de segurar e manipular.

FIGURA 45-7 Equipamento adaptativo. No sentido horário a partir do lado esquerdo superior: xícara com duas alças com tampa, prato com proteção de prato, utensílios com talas e utensílios com cabos aumentados.

Alimentação por Sonda Enteral

A **nutrição enteral (NE)** fornece nutrientes para o trato GI. Ela é o método preferido de satisfazer as necessidades nutricionais se um paciente for incapaz de engolir ou consumir os nutrientes por via oral ainda que tenha um trato gastrointestinal em funcionamento. A NE fornece suporte nutricional fisiológico, seguro e econômico. Os pacientes com alimentações enterais recebem fórmula através de sondas nasogástrica, jejunal ou gástrica. Os pacientes com baixo risco de refluxo gástrico recebem alimentações gástricas; todavia, se houver um risco de refluxo gástrico, que leva à aspiração, a alimentação jejunal é preferida. O Quadro 45-11 relaciona as indicações para a alimentação por sonda. Ou a enfermeira ou um cuidador familiar pode facilmente dar a alimentação por sonda enteral no ambiente

doméstico. Após a inserção de uma sonda enteral, é necessário verificar o posicionamento da sonda por exame de raios X. A confirmação da colocação é necessária antes que um paciente receba a primeira alimentação enteral (Procedimento 45-2 mais adiante).

Quadro 45-11 Indicações para Nutrição Enteral e Parenteral

Nutrição Enteral

(Usado com pacientes que têm um trato gastrointestinal funcional)

- Câncer
  - Cabeça e pescoço
  - GI superior
- Doença/trauma crítico
- Distúrbios neurológicos e musculares
  - Neoplasia cerebral
  - Acidente vascular cerebral
  - Demência
  - Miopatia
- Mal de Parkinson
- Distúrbios GI
  - Fístula enterocutânea
  - Doença inflamatória intestinal
  - Pancreatite leve
- Insuficiência respiratória com entubação prolongada
- Ingestão oral inadequada
  - Anorexia nervosa
  - Dificuldade de mastigação, deglutição
  - Depressão severa

Nutrição Parenteral

- Trato GI não funcional

- Ressecção maciça do intestino delgado/cirurgia GI/sangramento GI maciço
- Íleo paralítico
- Obstrução intestinal
- Trauma no abdômen, cabeça ou pescoço
- Má absorção grave
- Intolerância à alimentação enteral (estabelecida por tentativa)
- Quimioterapia, radioterapia, transplantação de medula óssea

• Repouso intestinal estendido
- Fístula enterocutânea
- Exacerbação de doença inflamatória do intestino
- Diarreia grave
- Pancreatite moderada a grave

• Nutrição parenteral total pré-operatória
- Repouso intestinal pré-operatório
- Tratamento para desnutrição grave comórbida em pacientes com tratos GI não funcionais

• Pacientes gravemente catabólicos quando o trato GI não pode ser usado por mais de 4 a 5 dias

GI, gastrintestinal.

Uma fórmula enteral é geralmente uma entre quatro tipos. A polimérica (1 a 2 kcal/mL) inclui alimentos liquidificados à base de leite preparados por equipe dietética do hospital ou na casa de um paciente. A classificação polimérica também inclui fórmulas preparadas comercialmente com todos os nutrientes. Para que este tipo de fórmula seja eficaz, o trato gastrointestinal de um paciente precisa ser capaz de absorver os nutrientes inteiros. O segundo tipo, fórmulas modulares (3,8 a 4 kcal/mL), são preparações de macronutrientes simples (p. ex., proteína, glicose, polímeros ou lipídios) e não são nutricionalmente completas. Você pode adicionar este tipo de fórmula a outros alimentos para satisfazer as necessidades

nutricionais individuais de seu paciente. O terceiro tipo, as fórmulas elementares (1 a 3 kcal/mL), contêm nutrientes pré-digeridos que são mais fáceis para um trato GI parcialmente em funcionamento absorver. Finalmente, as fórmulas especiais (1 a 2 kcal/mL) são projetadas para atender às necessidades nutricionais específicas de determinada doença (p. ex., insuficiência hepática, doença pulmonar ou infecção pelo HIV).

Normalmente a alimentação por sonda começa com força total em taxas lentas (Procedimento 45-3; Quadro 45-12). Aumentar a taxa horária a cada 8 a 12 horas por prescrição médica se não aparecer nenhum sinal de intolerância (resíduo gástrico elevado, náuseas, cólicas, vômitos e diarreia). Os estudos demonstram um efeito benéfico das alimentações enterais em comparação com a NP. A alimentação por via enteral diminui a sepse, minimiza a resposta hipermetabólica a trauma, diminui a mortalidade hospitalar e mantém a estrutura e a função intestinal (Khalid et al., 2010). A NE é bem-sucedida dentro de 24 a 48 horas após a cirurgia ou trauma para fornecer líquidos, eletrólitos e suporte nutricional. Se o paciente desenvolver um íleo gástrico, ela previne a instituição de alimentações nasogástricas. As sondas nasointestinais ou jejunal permitem a alimentação pós-pilórica bem-sucedida porque a fórmula instila diretamente no intestino delgado ou jejuno ou além do esfíncter pilórico do estômago (Hodin et al., 2014).

Quadro 45-12 Avanço na Taxa de Alimentação por Sonda

Os protocolos para avançar a alimentação por sonda são comumente específicos da instituição. A maioria desses protocolos são testados quanto a sua validade. Parece não haver um benefício em dar início de forma lenta da nutrição enteral ao longo dos dias. A maioria dos pacientes é capaz de tolerar alimentação de 24 a 48 horas após o início. Não diluir fórmulas com água; isto aumenta o risco de contaminação bacteriana (Stewart, 2014).

Intermitente

1. Iniciar a fórmula com força total para as fórmulas isotônicas (300 a 400 mOsm) ou na concentração prescrita.
2. Infundir um bólus de fórmula durante pelo menos 20 a 30 minutos através de uma seringa ou recipiente de alimentação.
3. Iniciar as alimentações com um volume de 2,5 a 5 mL/kg 5 a 8 vezes por dia. Aumentar em 60 a 120 mL por alimentação a cada 8 a 12 horas para atingir o volume necessário e as calorias em quatro até seis refeições (Stewart, 2014).

Contínua

1. Iniciar a fórmula com força total para as fórmulas isotônicas (300 a 400 mOsm) ou na concentração prescrita.
2. Começar a taxa de infusão em uma taxa designada normalmente de 10 a 40 mL/h (Stewart, 2014).
3. Avançar a taxa lentamente (p. ex., 10 a 20 mL/h a cada 8 a 12 horas) para atingir a taxa se tolerada (tolerância indicada pela ausência de náusea e diarreia e poucos resíduos gástricos) (Stewart, 2014).

Uma complicação grave associada a alimentações enterais é a aspiração de fórmula para a árvore traqueobrônquica. A aspiração de fórmula enteral para os pulmões irrita a mucosa brônquica, resultando na diminuição de fornecimento de sangue ao tecido pulmonar afetado (McCance et al., 2014). Isto leva à infecção necrotizante, pneumonia e à potencial formação de abcessos. O alto teor de glucose de uma alimentação serve como um meio bacteriano de crescimento, promovendo a infecção. A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) também é um resultado frequentemente associado à aspiração pulmonar. Algumas das condições comuns que aumentam o risco de aspiração incluem tosse, doença do refluxo gastroesofágico (GERD), aspiração nasotraqueal, uma via aérea artificial, diminuição do nível de consciência e ficar deitado. Os medicamentos procinéticos, tais como metoclopramida, eritromicina

ou cisaprida, promovem o esvaziamento gástrico e diminuem o risco de aspiração (Metheny et al., 2012). Manter a cabeça da cama elevada um mínimo de 30 graus, de preferência 45 graus, a menos que medicamente contraindicado (Hodin et al., 2014). Você precisa medir os volumes residuais gástricos (VRG) a cada 4 a 6 horas em pacientes que recebem alimentações contínuas e imediatamente antes da alimentação em pacientes que recebem alimentações intermitentes (Metheny et al., 2012). O retardo no esvaziamento gástrico é uma preocupação se 250 mL ou mais permanecerem no estômago de um paciente em duas avaliações consecutivas (com 1 hora de intervalo) ou se uma única medida de VRG exceder 500 mL (Stewart, 2014). Há uma falta de consenso quanto às recomendações para parar as alimentações; as decisões de parar as alimentações devem incluir a coleta de dados da condição do paciente (Metheny et al., 2012). O North American Summit on Aspiration in the Critically Ill Patient recomenda o seguinte: (1) parar as alimentações imediatamente se ocorrer aspiração; (2) suspender as alimentações e coletar novos dados sobre a tolerância do paciente a alimentações se o VRG for superior a 500 mL; (3) avaliar rotineiramente o paciente por aspiração; e (4) usar medidas de enfermagem para reduzir o risco de aspiração se o VRG estiver entre 250 e 500 mL (Stewart, 2014).

Sondas de Acesso Enteral

A incapacidade dos pacientes para ingerir alimentos mas ainda capazes de digerir e absorver nutrientes suporta o uso de alimentação por sonda enteral. As sondas são inseridas pelo nariz (nasogástrica ou nasointestinal), cirurgicamente (gastrostomia ou jejunostomia) ou por via endoscópica (gastrostomia endoscópica percutânea ou jejunostomia [PEG ou PEJ]). Se a terapia NE for por menos do que 4 semanas, podem ser utilizadas as sondas de alimentação nasojejunal, nasogástrica ou total. As sondas cirúrgicas ou colocadas por via endoscópica são as preferidas para a alimentação de longo prazo (mais de 6 semanas) para reduzir o desconforto de uma sonda nasal e fornecer um acesso mais seguro, confiável (Yantis e Velander, 2011). Alguns pacientes, tais como aqueles com gastroparesia (diminuição

ou ausência de inervação para o estômago que resulta no esvaziamento gástrico retardado), refluxo esofágico ou uma história de pneumonia por aspiração requerem colocação de sondas além do estômago no intestino (Metheny et al., 2012; Yantis e Velander, 2011).

A maioria dos estabelecimentos de saúde usa sondas de alimentação de orifício pequeno porque elas criam menos desconforto para um paciente (Fig. 45-8, *A*). Os pacientes adultos têm tipicamente uma sonda de 8 a 12 Fr que tem de 90 a 110 cm de comprimento. Usar um estilete torna a sonda muito flexível mais dura para facilitar a inserção. Depois de receber a confirmação de que ela está na localização correta, o estilete precisa ser removido antes de se iniciar as alimentações e não deve ser reinserido na sonda. Atualmente é padrão usar um conector enteral apenas (ENFit®) projetado para a sonda enteral específica. A padronização da sonda conectora melhora a segurança do paciente (Fig. 45-8, *B*). Os padrões de sonda são projetados para reduzir as conexões erradas das sondas que resultam em lesões no paciente (TJC, 2014). O Procedimento 45-3 descreve o procedimento para iniciar o começo de alimentações enterais nasogástrica, gastrostomia e jejunostomia.

FIGURA 45-8 **A,** Sondas enterais, orifício pequeno. **B,** Conector enteral exclusivo (ENFit®) projetado para a sonda enteral específica.

Historicamente os enfermeiros verificavam o posicionamento da sonda de alimentação, injetando ar através da sonda, enquanto auscultavam o estômago para um som de gorgolejo ou

borbulhamento pedindo ao paciente para falar. No entanto, a pesquisa baseada em evidências demonstra repetidamente que a ausculta é ineficaz na detecção de sondas colocadas acidentalmente no pulmão (Yantis e Velander, 2011). Alguns pacientes são capazes de falar, apesar da colocação de sondas de alimentação no pulmão. Além disso, a ausculta não é eficaz na distinção entre a colocação gástrica e a intestinal para sondas de alimentação. A medição do pH das secreções retiradas da sonda de alimentação ajuda a diferenciar a localização de uma sonda (Quadro 45-13). Atualmente, o método mais confiável para verificação da colocação de sondas de alimentação de pequeno calibre é o exame de raios X (Quadro 45-14).

Quadro 45-13

Diretrizes para o procedimento

Obtendo o Aspirado Gastrointestinal para Mensuração de pH, Sondas de Alimentação de Orifício Pequeno: Alimentação Intermitente e Contínua

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

Não delegar o procedimento de medir o pH em aspirado gastrointestinal (GI) para a equipe técnica de enfermagem.

Material

Seringa com ponta de cone ou seringa Asepto®, papel de teste de pH (escala de 1,0 a 11,0 ou superior), toalha de papel, copo pequeno de medicamentos, luvas de procedimento

Passos

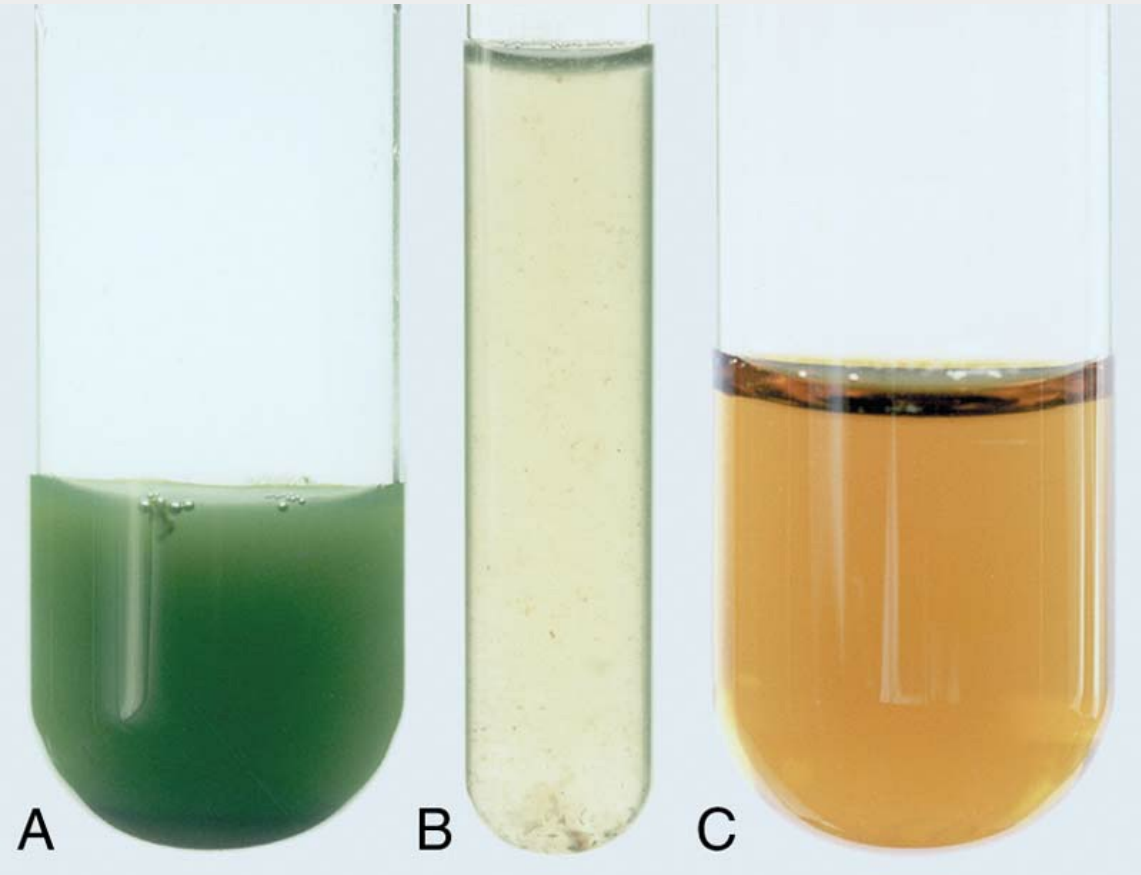
1. Realizar as medidas para verificar o posicionamento da sonda:
    a. Para os pacientes alimentados de forma intermitente, testar a colocação imediatamente antes da alimentação

(geralmente um período de pelo menos 4 horas decorreu desde a alimentação anterior). A verificação mais frequente é associada ao aumento da obstrução dos tubos de pequeno calibre. Para evitar a obstrução, irrigar a sonda com 30 mL de água após a aspiração para o volume residual gástrico (Yantis e Velander, 2011).

b. Para os pacientes alimentados com sonda continuamente, testar a colocação a cada 4 a 6 horas (Yantis e Velander de 2011). Se o paciente estiver tolerando as alimentações sem incidentes e outros indicadores de localização correta estiverem presentes (p. ex., a marca na sonda no local de saída manteve-se na sua posição original e os filmes radiográficos mais recentes confirmam a posição correta da sonda) é razoável continuar as alimentações. Se o risco de deslocamento da sonda for alto e a sonda tiver sido movimentada, considerar a necessidade de uma radiografia para verificar a colocação (Stewart, 2014). Planejar o teste de pH nos momentos em que a alimentação pode ser suspensa (p. ex., durante o teste diagnóstico ou fisioterapia torácica ou para evitar a interação medicamentosa).

c. Esperar pelo menos 1 hora após a administração de medicamentos por sonda ou boca.

2. Executar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.
3. Aspirar 30 mL de ar para dentro da seringa e conectar ao final da sonda de alimentação. Lavar a sonda com 30 mL de ar antes de tentar aspirar o líquido. É provável que seja mais difícil aspirar o líquido a partir do intestino delgado do que a partir do estômago. Reposicionar o paciente de um lado para outro é útil. Mais do que um bólus de ar através da sonda é necessário em alguns casos. A explosão de ar ajuda na aspiração de líquido mais facilmente.
4. Retirar na seringa e obter 5 a 10 mL de aspirado gástrico.
   a. Observar a aparência do aspirado (ver ilustração).



PASSO 4A Conteúdo gastrointestinal. **A,** Estômago. **B,** Estômago. **C,** Intestinal. (Cortesia de Dr. Norma Metheny, Professor, St Louis University School of Nursing.)

b. Misturar suavemente o aspirado na seringa. Expelir algumas gotas em um copo de medicamento limpo. Mergulhar a tira de pH no líquido ou aplicar algumas gotas do líquido na faixa (ver ilustração). Comparar a cor da tira com a cor no gráfico fornecido pelo fabricante (Yantis e Velander, 2011).

PASSO 4B Comparando a faixa de pH com a cartela de cores.

- O líquido gástrico do paciente que esteve em jejum durante pelo menos 4 horas geralmente tem uma faixa de pH de 1,0 a 4,0.
- O líquido da sonda nasointestinal de um paciente em jejum geralmente tem um pH superior ou igual a 6,0 (Stewart, 2014).
- O paciente com alimentação por sonda contínua frequentemente tem pH de 5,0 ou superior.
- O pH do líquido pleural da árvore traqueobronquial é geralmente superior a 6,0.

5. Tirar as luvas e descartar os materiais. Fazer a higiene das mãos.

DECISÃO CLÍNICA: *Se depois de tentativas repetidas você não conseguir aspirar o líquido de uma sonda que foi originalmente determinada pelo exame radiográfico como estando na posição desejada*

e (a) não há fatores de risco para o deslocamento da sonda, (b) não há nenhuma mudança no comprimento externo marcado da sonda e (c) o paciente não está tendo dificuldade, supor que a sonda esteja colocada corretamente (Yantis e Velander, 2011).

Quadro 45-14

Prática baseada em evidências

Precisão na Determinação de Colocação de Sondas de Alimentação

Questão PICO: Em pacientes adultos qual método de avaliação fornece as informações mais precisas de que uma sonda de alimentação enteral está na localização correta?

Resumo de Evidência

Duas das complicações mais frequentes associadas à alimentação por sonda são a aspiração pulmonar, levando potencialmente à pneumonia, e à colocação acidental de uma sonda de alimentação nasoenteral no pulmão. Os pacientes com maior risco de aspiração apresentam disfagia, diminuição do nível de consciência, confusão, falta de cooperação, agitação, presença de uma sonda endotraqueal e reflexo de vômito ausente ou ruim (Metheny et al., 2012). Não se encontrou que o volume residual gástrico era consistente em relação à aspiração (Stewart, 2014). Um método de cabeceira tradicional usado para avaliar a aspiração pulmonar de alimentação enteral para o trato respiratório foi o método de glicose. A premissa do método da glicose era de que secreções da traqueia normais contêm níveis mínimos de glicose. Portanto, se a aspiração de fórmula enteral rica em glicose ocorrer nas vias respiratórias, os níveis de glicose de secreções da traqueia aumentam. Contudo, os pesquisadores demonstraram que os níveis de glicose de secreções da traqueia variam amplamente e este método não é

suficientemente sensível ou específico para ser útil para detectar a aspiração (Metheny et al., 2012). Os investigadores estão atualmente tentando desenvolver novos métodos de cabeceira para a avaliação de aspiração pulmonar, tais como a utilização de dispositivos de rastreamento eletromagnéticos e coletando dados da presença de pepsina, uma substância produzida no estômago na secreção traqueal (Stewart, 2014).

Tradicionalmente os enfermeiros utilizam o método auscultatório de avaliação da colocação, que não é confiável. A ausculta não detecta quando uma sonda de alimentação foi colocada inadvertidamente no trato respiratório e não distingue entre a colocação no estômago *versus* no intestino. O método mais preciso para verificar o posicionamento da sonda de alimentação é o exame radiográfico (Kenny e Goodman, 2010; Stewart, 2014). Os métodos não radiológicos mais eficazes incluem aspirar o líquido a partir da sonda de alimentação, medir o seu pH e descrever a sua aparência (Stewart, 2014). Todavia, o aspirado gástrico pode não ser preciso se o paciente estiver recebendo medicação para suprimir o ácido gástrico (Yantis e Velander, 2011).

Aplicação para a Prática de Enfermagem

- A verificação do filme radiográfico da colocação da sonda de alimentação é o método mais confiável disponível para confirmar a localização correta da sonda. Ele é exigido na maioria das instalações de cuidados agudos imediatamente após a inserção de uma sonda de pequeno calibre.
- Verificar a colocação da sonda de alimentação a cada 4 a 6 horas por aspiração do conteúdo gástrico, observando a sua aparência e testando o pH. Um pH adequadamente obtido de 0 a 4,0 é uma boa indicação de colocação gástrica. Um pH de 6,0 ou superior indica provavelmente colocação no pulmão, intestino ou até mesmo estômago quando o pH gástrico for anormalmente elevado. O líquido intestinal é geralmente manchado de bile (amarelo dourado escuro). O líquido gástrico é geralmente verde grama, esbranquiçado a bronzeado, ou límpido e incolor

(Stewart, 2014).

- Não usar o método auscultatório para determinar a localização da sonda.
- Não usar o método de detecção de glicose para determinar se a aspiração ocorreu.
- Verificar volumes residuais gástricos a cada 4 horas em pacientes com alto risco de aspiração (Stewart, 2014).

A Tabela 45-7 descreve as principais complicações da NE. De nota especial, os pacientes gravemente desnutridos estão em risco de distúrbios eletrolíticos pela síndrome de realimentação durante a terapia NE ou NP. Na síndrome de realimentação, potássio, magnésio e fosfato movimentam-se intracelularmente, resultando em baixos níveis séricos (extracelular) e edema. Estas alterações podem provocar disritmias cardíacas, insuficiência cardíaca, desconforto respiratório, convulsões, coma ou morte.

Tabela 45-7

Complicações de Alimentação por Sonda Enteral

Problema	Causa Possível	Intervenção*
Aspiração pulmonar	Regurgitação da fórmula Sonda alimentar deslocada Reflexo de ânsia de vômito deficiente Esvaziamento gástrico atrasado	Verificar a colocação da sonda. Colocar o paciente na posição de Fowler alta ou elevar a cabeça da cama um mínimo de 30 (preferivelmente 45) graus durante as alimentações e por 2 horas a partir daí. Reposicionar a sonda e verificar a colocação da sonda. Coletar novos dados para retorno de reflexo de ânsia de vômito normal; até então colocar o paciente sob precauções de aspiração e na posição de semi-Fowler. Esvaziamento gástrico atrasado a seguir.
Diarreia	Fórmula hiperosmolar ou medicamentos Antibioticoterapia Contaminação bacteriana Má absorção	Administrar a fórmula continuamente, diminuir a taxa, diluir ou mudar para nutrição enteral isotônica. Os antibióticos destroem a flora intestinal normal; consultar um profissional de saúde para considerar a mudança da medicação; tratar os sintomas com agentes antidiarreicos; cultura de fezes para *Clostridium difficile*. Não pendurar a fórmula por mais de 4 a 8 horas na bolsa, lavar bem a bolsa quando encher novamente, mudar as bolsas de alimentação por sonda e colocar a sonda a cada 24 horas e usar práticas assépticas. Verificar as

		datas de validade. Verificar por insuficiência pancreática; usar fórmula de baixo teor de gordura, sem lactose e alimentações contínuas.
Constipação	Falta de fibras Falta de água livre Inatividade	Consultar um nuticionista para selecionar uma fórmula que contenha fibra. Adicionar água durante as lavagens da sonda.* Monitorar a capacidade do paciente para deambular; colaborar com o profissional de saúde e/ou fisioterapeuta para prescrição de atividade.
Oclusão da sonda	Medicamentos pulverizados administrados pela sonda Sedimentação da fórmula Reação a medicamentos incompatíveis ou fórmula	Irrigar com 30 mL de água antes e após cada medicamento por sonda.* Usar medicamentos líquidos quando disponíveis. Dissolver completamente os medicamentos esmagados em líquido se a medicação líquida não estiver disponível. Agitar bem as latas antes de administrar (ler a bula). Ler as informações farmacológicas sobre a compatibilidade de medicamentos e a fórmula.
Deslocamento da sonda	Tosse, vômito Não afunilada seguramente	Reposicionar a sonda e confirmar a colocação antes de iniciar novamente a alimentação por sonda. Com a verificação da colocação verificar se a fita está presa (nasoentérica).
Cólica abdominal, náusea/vômito	Alta osmolalidade da fórmula Rápido aumento na frequência/volume Intolerância à lactose Obstrução intestinal Fórmula de alto teor de gordura utilizada Fórmula fria utilizada	Sugerir uma fórmula isotônica ou diluição da fórmula atual para o profissional de saúde. Diminuir a taxa de administração para aumentar a tolerância. Manter a cabeceira da cama a pelo menos 45 graus. Sugerir o uso de fórmula sem lactose. Parar a alimentação com obstrução GI. Usar maior proporção de carboidrato. Aquecer a fórmula para a temperatura ambiente.
Esvaziamento gástrico atrasado	Gastroparesia diabética Enfermidade séria Inatividade	Consultar um profissional de saúde sobre o medicamento pró-cinético para aumentar a motilidade gástrica. Consultar o profissional de saúde sobre o avanço da sonda para colocação intestinal. Monitorar os medicamentos e condições patológicas que afetam a motilidade GI.
Desequilíbrio de eletrólitos sérico	Perdas GI em excesso Desidratação Presença de estados de doença tais como cirrose, insuficiência renal, insuficiência cardíaca ou diabetes melito	Monitorar os níveis de eletrólitos séricos diariamente. Fornecer água livre por recomendação de nutricionista.
Sobrecarga de líquido	Síndrome de realimentação na desnutrição Excesso de água livre ou fórmula diluída (hipotônica)	Restringir os líquidos se necessário e usar ou uma fórmula especializada ou uma fórmula enteral diluída no início. Monitorar os níveis de proteínas séricas e eletrólitos. Usar fórmula mais concentrada com excesso de volume de líquido sem risco de síndrome de realimentação.
Desidratação	Fórmula hipertônica com	Deixar mais lenta a taxa de administração, diluir ou

hiperosmolar	água livre insuficiente	mudar para fórmula isotônica.

GI, gastrintestinal.

* Primeiro verificar as condições de restrição de líquido que indicam o quanto de água pode ser administrado com segurança.

Nutrição Parenteral

A **nutrição parenteral** (NP) é uma forma de apoio nutricional especializado fornecido por via intravenosa. Uma fórmula básica NP é uma combinação de aminoácidos cristalinos, dextrose hipertônica, eletrólitos, vitaminas e elementos-traço. A NP total (NPT), administrada através de uma linha central, é uma fórmula 2 em 1 na qual a administração de emulsões de gordura ocorre separadamente da solução de proteína e dextrose (Krzywda e Meyer, 2010). A administração segura depende de uma avaliação adequada das necessidades nutricionais, controle meticuloso de CVC e um monitoramento cuidadoso para prevenir ou tratar complicações metabólicas. A administração de NP acontece em uma variedade de estabelecimentos, incluindo o domicílio de um paciente. Independentemente da instituição, aderir aos princípios de assepsia e controle de infusão para garantir suporte nutricional seguro.

Os pacientes que são incapazes de digerir ou absorver NE beneficiam-se de NP. Os pacientes em estados fisiológicos altamente estressados como sepse, lesão na cabeça ou queimaduras são candidatos à terapia NP (Quadro 45-11).

A terapia NP requer monitoramento clínico e laboratorial por uma equipe multidisciplinar. A reavaliação consistente para a continuação da NP é necessária. O objetivo de avançar para o uso do trato gastrointestinal é constante (Fletcher, 2013). O desuso do trato gastrointestinal tem sido associado à atrofia das vilosidades e encolhimento celular generalizado. Além disso, a falta de uso do trato GI pode causar a migração de bactérias do intestino não utilizado para a corrente sanguínea, resultando na septicemia Gram-negativa.

Algumas vezes, a adição de **emulsões lipídicas intravenosas** à NP suporta a necessidade do paciente para quilocalorias suplementares para prevenir deficiências de ácidos graxos essenciais e ajudar a controlar a hiperglicemia durante períodos de estresse (Phillips, 2010). Administrar estas emulsões através de uma linha periférica separada, através da linha central usando uma sonda com conector em Y (Cap. 42) ou como uma mistura na solução de NP. A adição da

emulsão de gordura a uma solução de NP é chamada de uma *mistura 3 em 1* ou *mistura de nutriente total*. O paciente a recebe ao longo de um período de 24 horas. Não utilizar a mistura se observar gotículas de óleo ou uma camada oleosa ou cremosa sobre a superfície da mistura. Esta observação indica que a emulsão quebrou-se em grandes gotículas de lipídios que causam êmbolos de gordura se administrada. As emulsões de gordura IV são brancas e opacas. Tomar cuidado para evitar confundir a fórmula enteral com lipídios parenterais.

Iniciando a Nutrição Parenteral

Os pacientes com necessidades nutricionais de curto prazo recebem frequentemente soluções IV de menos de 10% de dextrose através de uma veia periférica em combinação com aminoácidos e lipídios. A NPT é mais caloricamente densa do que as soluções periféricas; portanto, as soluções periféricas são geralmente temporárias. A NP com mais de 10% de dextrose requer um CVC que um profissional de saúde coloca em uma veia central de alto fluxo tal como a veia cava superior sob condições estéreis (Cap. 41). Se você estiver usando um CVC que tem vários lumens, usar uma porta dedicada exclusivamente para a NPT. Rotular a porta para NPT e não infundir outras soluções ou medicamentos através dela (Krzywda e Meyer, 2010). Enfermeiros com treinamento especial inserem os cateteres centrais de inserção periférica (PICC) que começam em uma veia do braço e então continuam na veia subclávia ou veia cava superior.

Após a colocação do cateter esperar para lavar e usar o cateter até a posição de confirmação por radiologia. O profissional de saúde garante o CVC com um dispositivo de fixação e cobre o local com um curativo bio-oclusivo estéril. Antes de aplicar o curativo estéril, estabilizar o PICC com tiras de fita estéreis. Uma radiografia de tórax verifica a colocação da ponta do cateter para um CVC ou PICC antes de iniciar uma infusão NP (Fletcher, 2013).

Antes de iniciar qualquer infusão NP, verificar a prescrição do profissional de saúde e inspecionar a solução para partículas em suspensão ou uma ruptura na emulsão de gordura. Sempre utilizar uma bomba de infusão para fornecer uma taxa constante. A taxa

inicial não fornece mais do que 50% das necessidades estimadas para as primeiras 24 a 48 horas e, gradualmente, aumenta a taxa até que as necessidades nutricionais completas de um paciente sejam fornecidas (National Guideline Clearinghouse, 2013). Os pacientes que recebem NP no domicílio frequentemente administram toda a solução diariamente por mais de 12 horas durante a noite. Isso permite que o paciente se desconecte da infusão todas as manhãs, lave a linha central e tenha mobilidade independente durante o dia. A terapia NP domiciliar com frequência interfere com as atividades normais do paciente, causando uma qualidade de vida inferior.

Prevenindo Complicações

As complicações da NP incluem problemas relacionados ao cateter e alterações metabólicas (Tabela 45-8). O pneumotórax resulta de uma lesão da punção ao sistema pulmonar e envolve a acumulação de ar na cavidade pleural com subsequente colapso do pulmão e dificuldade respiratória. Os sintomas clínicos de um pneumotórax incluem dor súbita aguda no peito, dispneia e tosse. Em relação à NP, o pneumotórax ocorre com maior frequência durante a colocação de CVC. Monitorar um paciente com um CVC durante as primeiras 24 horas para sinais e sintomas de sofrimento pulmonar.

Tabela 45-8

Complicações Metabólicas de Nutrição Parenteral

Problema	Sinais/Sintomas	Intervenção
Desequilíbrio de eletrólitos	Ver Capítulo 42 para sinais de deficiência/toxicidade	Verificar NPT para níveis de eletrólitos suplementares. Notificar o profissional de saúde sobre os desequilíbrios. Manter a taxa constante de infusão. Monitorar a ingestão e a eliminação.
Hipercapnia	Consumo de oxigênio aumentado, CO_2, quociente respiratório (>1) e ventilação minuto	Pacientes dependentes de ventilador estão em risco; fornecer 30% a 60% das necessidades de energia por prescrição do profissional de saúde.
Hipoglicemia	Diaforese, fragilidade, confusão, perda de consciência	Prevenir a hipoglicemia, não interromper abruptamente a NPT mas diminuir gradualmente a taxa até dentro de 10% da taxa de infusão para 1 a 2 horas antes de parar. Se você suspeitar de hipoglicemia, testar a glicose

		sanguínea e administrar bólus IV de dextrose a 50% ou glucagon por prescrição ou protocolo se necessário.
Hiperglicemia	Sede, dor de cabeça, letargia, micção aumentada	Monitorar o nível de glicose sanguínea a cada 6 horas. Iniciar a NPT lentamente e aumentar gradualmente até a taxa de infusão máxima para prevenir hiperglicemia. A insulina adicional pode ser necessária durante a terapia se o problema persistir ou se o paciente tiver diabetes melito.
Coma não cetótico hiperosmolar hiperglicêmico (HHNKC) ou síndrome não cetótica hiperglicêmica hiperosmolar (HHNS)	Hiperglicemia (> 500 mg/dL), glicosúria, osmolaridade sérica > 350 mOsm/L, confusão, azotemia, dor de cabeça, sinais severos de desidratação (Cap. 41), hipernatremia, acidose metabólica, convulsões, coma	Monitorar a glicose sanguínea, BUN, osmolaridade sérica, glicose na urina e perdas de líquidos; administrar insulina conforme prescrito; repor os líquidos conforme prescrito; manter a taxa de infusão constante; e fornecer 30% das necessidades de energia total diárias como gordura. Os pacientes em risco são aqueles que recebem esteroides; os idosos com diagnóstico de diabetes que têm insuficiência renal ou insuficiência pancreática ou metabolismo aumentado ou que são sépticos.

BUN, ureia sanguínea; *IV*, intravenoso; *TPN*, nutrição parenteral total.

Um êmbolo de ar possivelmente ocorre durante a inserção do cateter ou ao mudar a sonda ou tampa. Virar o paciente em uma posição de decúbito lateral esquerdo e pedir-lhe que execute uma manobra de Valsalva (prender a respiração e "forçar para baixo") durante a inserção do cateter para ajudar a prevenir o êmbolo de ar. A pressão venosa aumentada criada pela manobra impede o ar de entrar na corrente sanguínea. Manter a integridade do sistema IV fechado também ajuda a prevenir o êmbolo de ar.

A oclusão do cateter está presente quando não há um fluxo lento ou ausente através do cateter. Parar temporariamente a infusão e lavar com solução salina ou heparina por protocolo ou prescrição. Se isso não der certo, tentar aspirar um coágulo. Se ainda não tiver êxito, seguir o protocolo da instituição para o uso de um agente trombolítico (p. ex., uroquinase).

Suspeitar de sepse do cateter se um paciente desenvolver febre, calafrios ou intolerância à glicose e tiver uma hemocultura positiva. Para evitar a infecção, mudar a sonda de infusão de NPT a cada 24 horas. Não pendurar um único recipiente de NP por mais de 24 horas ou lipídios por mais de 12 horas. Mudar o sistema de administração a cada 72 horas quando infundir uma solução de 2 em 1 e a cada 24 horas para uma solução de 3 em 1 (Phillips, 2010). Durante a troca de

curativos de CVC sempre usar uma máscara e luvas estéreis e avaliar os locais de inserção para sinais e sintomas de infecção (Cap. 42). Mudar o curativo CVC por política da instituição e a qualquer momento que ele ficar molhado ou contaminado. Usar álcool ou uma solução alcoólica de gluconato de clorexidina para limpar a porta de injeção ou hub do cateter 15 segundos antes e depois de cada vez que é usado (National Guideline Clearinghouse, 2013). Usar um filtro de 1,2 mícron para fórmulas 3 em 1 e um filtro in-line de 0,22 mícron para soluções NP que não incluem emulsões de gordura IV.

As soluções de NP contêm a maioria dos principais eletrólitos, vitaminas e minerais. Os pacientes também precisam de suplementos de vitamina K conforme prescrito durante toda a terapia. A síntese de vitamina K ocorre pela microflora encontrada no jejuno e íleo com o uso normal do trato gastrointestinal; todavia, como a NP contorna o uso GI, os pacientes precisam receber vitamina K exógena.

Os desequilíbrios de eletrólitos e minerais ocorrem frequentemente. A administração de glicose concentrada acompanha um aumento da produção endógena de insulina, o que faz com que os cátions (potássio, magnésio e fósforo) movimentem-se intracelularmente. Monitorar os níveis de glicose no sangue a cada 6 horas para avaliar a hiperglicemia e administrar insulina suplementar conforme necessário (Phillips, 2010) (Procedimento 45-4 mais adiante).

A administração demasiado rápida de dextrose hipertônica pode resultar em uma diurese osmótica e desidratação (Cap. 42). Se uma infusão ficar atrasada, não aumentar a taxa em uma tentativa de recuperar o atraso. A suspensão abrupta de uma solução pode causar hipoglicemia. Normalmente, recomenda-se infundir dextrose a 10% quando se interrompe a solução NP repentinamente. Os pacientes com diabetes estão em maior risco.

O objetivo é mover os pacientes de NP para NE e/ou a alimentação oral. Uma vez que os pacientes estejam obtendo de um terço à metade de suas necessidades de quilocalorias por dia, os profissionais de saúde em geral diminuem a NP pela metade do volume original e aumentam as alimentações NE para atender às necessidades nutricionais do paciente. Os pacientes que fazem a transição da NP

para alimentação por via oral geralmente têm saciedade precoce e diminuição do apetite. Diminuir gradualmente a NP em resposta ao aumento da ingestão oral. Se a ingestão oral for inadequada, pequenas refeições frequentes são úteis. Recomendar as contagens de calorias/proteína quando os pacientes começam a consumir alimentos macios. Quando são atingidas 75% das necessidades nutricionais por alimentações enterais ou ingestão dietética de confiança, geralmente é seguro interromper a terapia NP. A descontinuação da NP também pode acontecer se surgirem complicações ou se o profissional de saúde determinar que ela não está beneficiando o paciente (Krzywda e Meyer, 2010).

Cuidado Restaurador e Continuado

Os pacientes que receberam alta de um hospital com a prescrição de dieta frequentemente precisam de educação alimentar para planejar refeições que atendam às exigências terapêuticas específicas. O cuidado restaurador inclui ambos os cuidados pós-cirúrgico imediato e os cuidados médicos de rotina e, portanto, inclui pacientes no hospital e em casa. As seções a seguir abordam as intervenções nutricionais para alguns estados de doença comuns.

Terapia Nutricional Médica

A nutrição ideal é tão importante na doença quanto na saúde. Como resultado, as modificações dietéticas e a ingestão são com frequência necessárias para manter as necessidades nutricionais de pacientes com determinadas doenças. A **terapia nutricional médica (TNM)** é o uso de terapias nutricionais específicas para tratar uma doença, lesão ou condição. Ela é necessária para ajudar o corpo a metabolizar certos nutrientes, corrigir deficiências nutricionais relacionadas com a doença e eliminar os alimentos que podem exacerbar os sintomas da doença. Ela é mais eficaz utilizando uma abordagem de equipe que promove a colaboração entre a equipe de saúde e um nutricionista (American Dietetic Association, 2010b).

Doenças Gastrointestinais

Controlar úlceras pépticas com refeições regulares e medicamentos, tais como antagonistas dos receptores de histamina que bloqueiam a secreção de HCl ou inibidores da bomba de prótons. Marshall e Warren identificaram pela primeira vez a *Helicobacter pylori* em 1984. A *H. pylori*, uma bactéria que causa até 85% das úlceras pépticas, é confirmada por testes de laboratório ou uma biópsia durante a endoscopia (Nix, 2012). Os antibióticos tratam e controlam a infecção bacteriana. O estresse e a produção excessiva de HCl gástrico também irritam uma úlcera preexistente. Encorajar os pacientes a evitar alimentos que aumentam a acidez do estômago e dor tais como cafeína, café descafeinado, ingestão de leite frequente, sucos de ácido cítrico e certos temperos (pimenta chili, pimenta em pó, pimenta-do-reino). Desencorajar o tabagismo, álcool, aspirina e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Ensinar os pacientes a consumir uma dieta bem equilibrada e saudável; evitar consumir refeições grandes; e consumir três refeições regulares (ou várias refeições pequenas) sem lanches, especialmente na hora de dormir (Nix, 2012). Os membros da família do paciente com a infecção por *H. pylori* também precisam ser testados e, se indicado, tratados.

A doença inflamatória do intestino inclui a doença de Crohn e a colite ulcerativa idiopática. O tratamento da doença inflamatória intestinal aguda inclui dietas elementares (fórmula com os nutrientes na sua forma mais simples prontos para a absorção) ou NP quando os sintomas tais como diarreia e perda de peso são predominantes. No estágio crônico da doença, uma dieta regular altamente nutritiva é apropriada. Vitaminas e suplementos de ferro são com frequência necessários para corrigir ou prevenir a anemia. Os pacientes controlam a síndrome do intestino irritável aumentando as fibras, reduzindo a gordura, evitando grandes refeições e evitando lactose ou alimentos que contêm sorbitol para os indivíduos suscetíveis.

O tratamento das síndromes de **má absorção** tais como a doença celíaca inclui uma dieta sem glúten. O glúten está presente no trigo, centeio, cevada e aveia. A síndrome do intestino curto resulta da ressecção extensa do intestino, após a qual os pacientes sofrem de má absorção causada pela falta de área de superfície intestinal. Esses

pacientes necessitam de alimentação para a vida toda ou com fórmulas enterais elementar ou com NP.

A diverticulite é uma condição que resulta de uma inflamação dos divertículos, que são herniações semelhantes a bolsas anormais, porém comuns, que ocorrem no revestimento do intestino. O tratamento nutricional para a diverticulite inclui uma dieta de quantidade moderada ou baixa de resíduos até que a infecção desapareça. Depois disso, prescrever uma dieta com alto teor de fibras para problemas crônicos de divertículos.

Diabetes Melito

A DM tipo 1 requer tanto a insulina quanto as restrições alimentares para o controle ótimo, com o tratamento começando no diagnóstico (ADA, 2012). Em contraste, os pacientes com frequência controlam a DM tipo 2 inicialmente com exercício e uma dieta terapêutica. Se estas medidas se revelarem ineficazes, é comum adicionar medicamentos orais. As injeções de insulina com frequência seguem se a DM tipo 2 piorar ou não responder a estas intervenções iniciais.

Individualizar a dieta de acordo com a idade do paciente, constituição, peso e nível de atividade. Manter uma ingestão de carboidratos prescrita é a chave no tratamento de diabetes. A ADA recomenda uma dieta que inclua carboidratos provenientes de frutas, vegetais, grãos integrais, leguminosas e leite com baixo teor de gordura (American Dietetic Association, 2010b). O monitoramento do consumo de carboidrato é uma estratégia fundamental para alcançar o controle glicêmico (ADA, 2012). Limitar a gordura saturada para menos de 7% das calorias totais e o consumo de colesterol para menos de 200 mg/dia. Além disso, as variedades de alimentos contendo fibra são recomendadas. Os pacientes são capazes de substituir os alimentos que contêm sacarose por carboidratos, mas precisam ter certeza de evitar o consumo de energia em excesso. Os pacientes com diabetes podem consumir álcoois de açúcar e adoçantes não nutritivos contanto que eles sigam o nível de ingestão diária recomendada (ADA, 2012). Os pacientes com diabetes e função renal normal devem continuar a consumir quantidades habituais de proteína (15% a 20%

de energia) (ADA, 2012).

O objetivo do tratamento TNM é ter níveis glicêmicos que estejam normais ou o mais próximo do normal com a maior segurança possível; os perfis de lipídios e lipoproteínas que diminuem o risco de complicações microvasculares (p. ex., doença renal e ocular), cardiovasculares, neurológicas e vasculares periféricas; e a pressão arterial na variação normal ou próximo do normal (ADA, 2012). Estar ciente dos sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.

Doenças Cardiovasculares

O objetivo das diretrizes dietéticas da American Heart Association (AHA) (AHA, 2010) é reduzir os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e doença arterial coronariana. A terapia de dieta para a redução do risco de doença cardiovascular inclui o equilíbrio da ingestão de calorias com o exercício para manter um peso corporal saudável; consumir uma dieta rica em frutas, vegetais e alimentos ricos em fibras de grãos integrais; consumir peixe pelo menos 2 vezes por semana; e limitar os alimentos e bebidas que são ricos em açúcar e sal adicionados. As diretrizes da AHA também recomendam limitar a gordura saturada para menos de 7%, a gordura trans para menos de 1% e o colesterol para menos de 300 mg/dia. Para atingir esta meta, os pacientes escolhem carnes magras e vegetais, usam produtos lácteos sem gordura e limitam a ingestão de gorduras e sódio (Nix, 2012).

Câncer e Tratamento do Câncer

As células malignas competem com as células normais por nutrientes, aumentando as necessidades metabólicas do paciente. A maioria dos tratamentos de câncer causa problemas nutricionais. Os pacientes com câncer experimentam frequentemente anorexia, náuseas, vômitos e distorções do paladar. O objetivo da terapia nutricional é atender às necessidades metabólicas aumentadas de um paciente (Nix, 2012). A desnutrição no câncer está associada ao aumento da morbidade e mortalidade. O estado nutricional melhorado com frequência melhora a qualidade de vida de um paciente.

A radioterapia destrói rapidamente as células malignas em divisão; entretanto, as células normais que se dividem rapidamente, tais como o revestimento epitelial do trato gastrointestinal, são frequentemente afetadas. A radioterapia provoca anorexia, estomatite, diarreia grave, estenose do intestino e dor. O tratamento de radiação da região de cabeça e pescoço causa distúrbios de paladar e olfato, diminuição da salivação e disfagia. O tratamento nutricional de um paciente com câncer se concentra na maximização da ingestão de nutrientes e líquidos. Individualizar as escolhas de dieta para as necessidades, os sintomas e a situação do paciente (Nix, 2012). Usar abordagens criativas para tratar alterações no paladar e olfato. Por exemplo, os pacientes com alteração do paladar com frequência preferem alimentos refrigerados ou alimentos que sejam condimentados. Encorajar os pacientes a consumir pequenas refeições frequentes e lanches que sejam nutritivos e de fácil digestão.

Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Os pacientes com HIV/AIDS geralmente sofrem perda de massa corporal e perda de peso severa relacionada com anorexia, estomatite, infecção candidíase oral, náuseas ou vômitos recorrentes, todos resultando em ingestão inadequada. Os fatores associados à perda de peso e desnutrição incluem diarreia grave, má absorção GI e metabolismo alterado de nutrientes. A infecção sistêmica resulta em hipermetabolismo pela elevação de citocinas. Os medicamentos que tratam a infecção pelo HIV com frequência causam efeitos colaterais que alteram o estado nutricional dos pacientes.

O cuidado restaurador da desnutrição decorrente da AIDS se concentra em maximizar as quilocalorias e os nutrientes. Diagnosticar e tratar cada causa de depleção nutricional no plano de cuidado. A progressão do apoio nutricional adaptado individualmente começa com a administração oral, para a administração entérica, e finalmente a parenteral. A boa higiene das mãos e a segurança alimentar são essenciais por causa da redução da resistência do paciente à infecção. Por exemplo, a minimização da exposição a *Cryptosporidium* na água

potável, lagos ou piscinas é importante. Refeições pequenas, frequentes e ricas em nutrientes que limitam alimentos gordurosos e excessivamente doces são mais fáceis de tolerar. Os pacientes beneficiam-se de consumir alimentos frios e mais secos ou alimentos mais salgados com líquido no meio (Nix, 2012).

◆ Histórico de Enfermagem

Pela Ótica do Paciente

Os pacientes esperam cuidados competentes e precisos. Se as terapias nutricionais em curso não resultam em resultados bem-sucedidos, os pacientes esperam que os enfermeiros reconheçam isso e alterem o plano de cuidado em conformidade. As expectativas e os valores de saúde mantidos por enfermeiros frequentemente diferem daqueles mantidos pelos pacientes. As intervenções e os resultados bem-sucedidos exigem que os enfermeiros saibam o que os pacientes esperam além de conhecimento de enfermagem e habilidade. Trabalhar em estreita colaboração com os pacientes para definir as suas expectativas e conversar com eles sobre as suas preocupações se as suas expectativas não forem realistas. Considerar os limites de suas condições e do tratamento, as suas preferências alimentares e as suas crenças culturais ao avaliar os resultados.

Resultados dos Pacientes

Os planos de cuidado precisam refletir metas e resultados alcançáveis. Avaliar os resultados reais das ações de enfermagem e compará-los com os resultados esperados para determinar se os objetivos foram atingidos (Fig. 45-9). A colaboração interprofissional continua a ser essencial no fornecimento de suporte nutricional. A terapia nutricional nem sempre produz resultados rápidos. Você precisa avaliar o peso atual do paciente em comparação com o seu peso de linha de base, a albumina sérica ou pré-albumina e a ingestão de proteína e quilocalorias rotineiramente. Se você não observar o ganho de peso gradual ou se a perda de peso continuar, avaliar a prescrição de NE

dietética e determinar se o paciente está tendo qualquer tipo de efeito adverso pelos medicamentos que estão afetando o seu estado nutricional. Mudanças na condição também indicam uma necessidade de alterar o plano de cuidado nutricional. Consultar os membros multidisciplinares da equipe de cuidados de saúde em um esforço para individualizar melhor este plano. O paciente é um participante ativo sempre que possível. No final, a capacidade de um paciente para incorporar mudanças dietéticas em seu estilo de vida com a menor quantidade de estresse ou perturbação facilita a obtenção de medidas do resultado. Não cumprir os resultados esperados requer a revisão das intervenções de enfermagem ou dos resultados esperados com base nas necessidades ou preferências do paciente. Quando não estiver atingindo os resultados, fazer perguntas como: "Como está o seu apetite?", "Você observou uma mudança em seu peso?", "Quanto você gostaria de pesar?" ou "Você mudou seu padrão de exercício?".

Conhecimento

- Caraterísticas de estado nutricional normal
- Impacto da aderência do paciente a uma dieta terapêutica sobre a saúde geral e o estado nutricional

Experiência

- Respostas anteriores do paciente para as intervenções de enfermagem para nutrição alterada
- Experiências pessoais com estratégias de alteração dietética (o que funcionou e o que não funcionou)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Avaliar novamente os sinais e sintomas associados à nutrição alterada (peso, ingestão de kcal e proteína, resultados laboratoriais)
- Determinar a satisfação do paciente com a terapia nutricional

Padrões

- Usar os resultados esperados estabelecidos para avaliar a resposta do paciente ao cuidado (p. ex., peso do paciente aumenta 0,5 kg/semana, resultados laboratoriais melhorados)

Atitudes

- Usar a disciplina para analisar objetivamente os dados do paciente para determinar o sucesso das intervenções de enfermagem
- Ter criatividade quando planejar intervenções nutricionais inovadoras para preencher as necessidades nutricionais do paciente
- Demonstrar responsabilidade acompanhando a avaliação e o aconselhamento com o cumprimento bem-sucedido das metas

FIGURA 45-9 Modelo de pensamento crítico para avaliação nutricional.

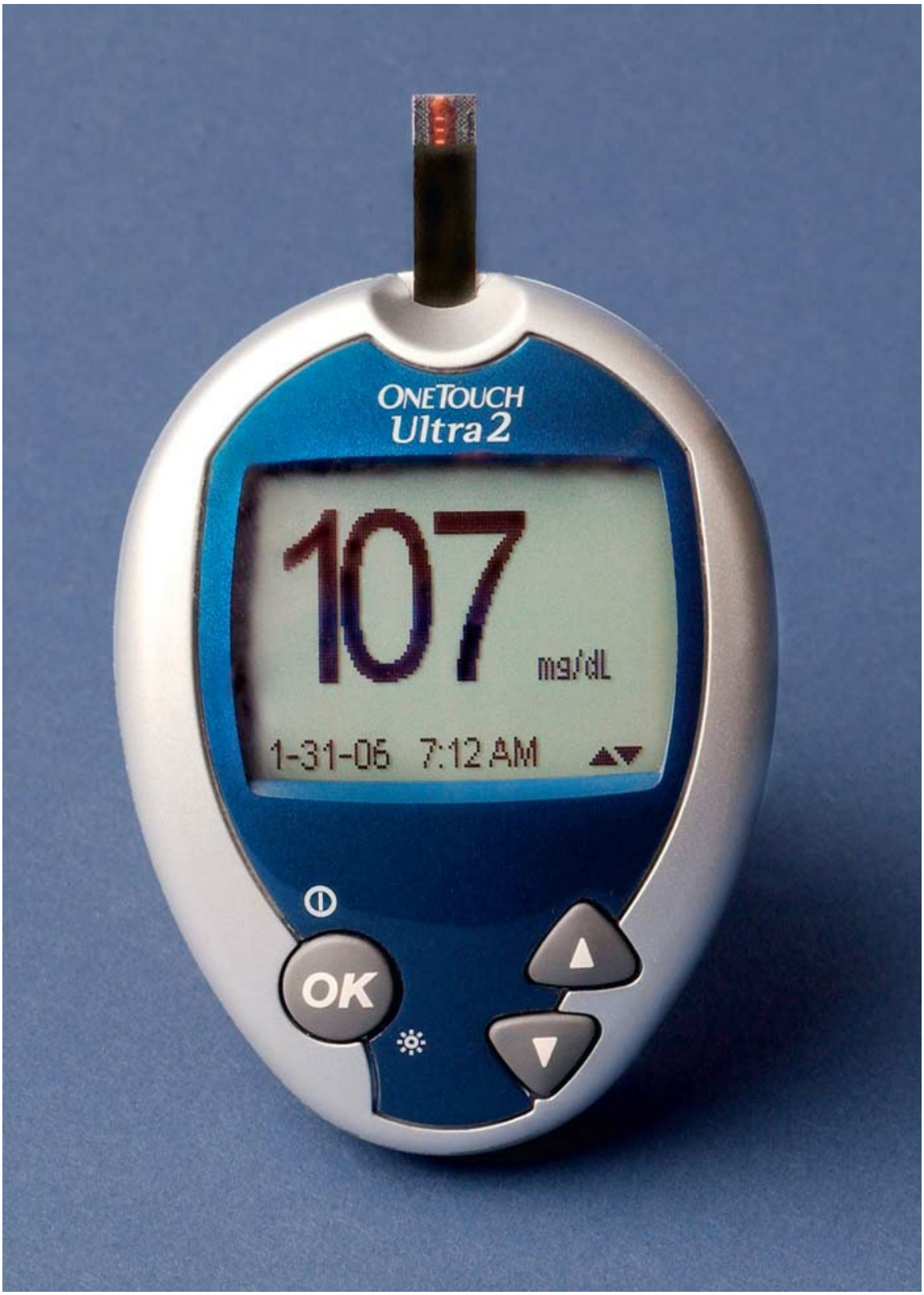


FIGURA 45-10 Monitor de glicose sanguínea. (Cortesia LifeScan, Inc., Milpitas, Calif.)

Diretrizes de segurança

Garantir a segurança do paciente é um papel essencial do enfermeiro profissional. Para garantir a segurança do paciente, comunicar-se claramente com os membros da equipe de saúde, avaliar e incorporar as prioridades de cuidado e as preferências do paciente, e utilizar as melhores evidências na tomada de decisões sobre os cuidados do seu paciente. Ao realizar os procedimentos neste capítulo, lembrar-se dos seguintes pontos para garantir cuidado seguro e individualizado ao paciente.

- Verificar se o conector ENFit® apropriado está ligado à sonda enteral quando se administram as alimentações por sonda (TJC, 2014).
- Usar uma técnica asséptica ao preparar e administrar as alimentações enterais. Verificar a política da instituição para o uso de luvas ao manusear as alimentações (Stewart, 2014).
- Rotular o equipamento enteral com o nome do paciente e o número do quarto ou leito; o nome da fórmula, a taxa, a data e a hora de início; e as iniciais de enfermagem (Stewart, 2014).
- Praticar "paciente certo, fórmula certa, sonda certa, adaptador ENFit® certo", combinando a fórmula e a taxa à prescrição de alimentação e verificando se o conjunto de sonda enteral conecta a fórmula a uma sonda de alimentação (Stewart, 2014).
- Posicionar o paciente na posição vertical ou elevar a cabeceira da cama um mínimo de 30 (preferencialmente 45) graus, a menos que medicamente contraindicado para pacientes que estão recebendo alimentações enterais (Stewart, 2014).
- Rastrear todas as linhas e as sondas de volta até o paciente para garantir apenas conexões enterais a enterais (Stewart, 2014).
- Não adicionar corante alimentar ou corante para tingir NE porque a utilização de corante foi associada à hipotensão, acidose metabólica e morte (Metheny, 2009).
- Consultar as instruções do fabricante para determinar o tempo de

pendurar para as alimentações enterais. O tempo máximo de pendurar para a fórmula é de 8 horas em um sistema aberto e de 24 a 48 horas em um sistema fechado, pronto para pendurar (se ele permanecer fechado). Há aumento do risco de crescimento bacteriano nas alimentações que excedam o tempo de pendurar recomendado.

- Sempre usar uma bomba de infusão para alimentações enterais contínuas e NP.

Procedimento 45-1 Precauções de aspiração

Considerações sobre a delegação de tarefa

A habilidade de avaliar o risco de um paciente por aspiração e determinar o posicionamento não pode ser delegada à equipe técnica de enfermagem. O técnico de enfermagem pode alimentar os pacientes depois de receber instruções nas precauções de aspiração. Instruir o técnico para:

- Posicionar o paciente na posição vertical (45 a 90 graus preferidos) ou de acordo com as restrições médicas.
- Seguir as precauções de aspiração enquanto alimenta o paciente.
- Relatar qualquer aparecimento de tosse, engasgos ou embolsamento de alimentos na boca.

Material

- Cadeira ou cama elétrica (para permitir que o paciente sente-se ereto)
- Agentes espessantes, designados por nutricionista ou fonoaudiólogo (arroz, cereais, iogurte, gelatina, agente espessante comercial)
- Abaixador de língua
- Suprimentos de higiene oral (Cap. 40)
- Lanterna em forma de caneta
- Equipamento de sucção
- Luvas de procdimento

- *Opção:* Oxímetro de pulso

PASSOS	JUSTICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., o nome e a data de aniversário ou o nome e o número do prontuário) de acordo com a política da instituição.	Assegura o paciente correto. Obedece aos padrões da Joint Commission e melhora a segurança do paciente (TJC, 2016).
2. Realizar a higiene das mãos. Realizar a triagem nutricional.	Os pacientes com risco de aspiração por disfagia com frequência alteram seus padrões alimentares ou escolhem alimentos que não fornecem uma nutrição adequada (Ochoa, 2012).
3. Executar a triagem de disfagia ou rever os resultados de tela de disfagia por um fonoaudiólogo. Observar os sintomas tais como tosse, acumulação faríngea, mudança de voz depois de deglutir. Usar uma ferramenta de triagem validada (quando disponível).	Pacientes com risco de disfagia incluem aqueles que têm doenças neurológicas ou neuromusculares e aqueles que tiveram trauma ou procedimentos cirúrgicos da cavidade oral ou garganta (Quadro 45-7).
4. *Opção:* Medir a saturação de oxigênio do paciente.	Fornece a linha de base para ajudar a determinar se a aspiração se desenvolve. No entanto, as alterações na saturação de oxigênio podem não estar relacionadas com a aspiração; é necessária mais investigação (ASHA, 2014).
5. Avaliar o estado mental: vigilância, orientação, capacidade de seguir comandos simples.	Determina a capacidade do paciente para participar na alimentação.
6. Observar o paciente durante horários de refeição anteriores para sinais de disfagia e permitir que ele ou ela tente se alimentar. Observar o paciente comendo várias consistências de alimentos e líquidos. Observar no final da refeição se o paciente fica cansado.	Ajuda a detectar padrões alimentares anormais, tais como limpeza frequente de garganta ou tempo de alimentação prolongado. A fadiga aumenta o risco de aspiração e pode revelar uma necessidade de planejar refeições menores e mais frequentes.
7. Avaliar a cavidade oral do paciente (colocar luvas conforme necessário) para o nível de higiene, dentes ausentes ou prótese mal ajustadas.	A higiene oral precária (dentes cariados, placa) provoca o crescimento de bactérias na boca, que podem ser aspiradas.
8. Perguntar ao paciente e/ou cuidador da família sobre as dificuldades para mastigar ou deglutir várias texturas de alimentos.	Certos tipos de alimentos são mais fáceis de aspirar do que outros.
9. Coletar dados do reflexo da deglutição do paciente antes da alimentação inicial, colocando os dedos na garganta do paciente no nível da laringe e pedir ao paciente para engolir saliva. Sentir o movimento da laringe.	O movimento de laringe pode ser palpado.

10. Pegar o abaixador de língua e, ao mesmo tempo que pede para o paciente dizer "Ah", observar o movimento da língua. Então provocar delicadamente o reflexo de ânsia. Isto deve ser feito na avaliação inicial ou se existir uma alteração na capacidade de deglutição do paciente.	O movimento da língua pode revelar fraqueza em um lado da boca, dificultando a deglutição.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
1. Organizar os materiais e suprimentos ao lado da cama.	
2. Explicar ao paciente o que você vai fazer enquanto ele ou ela come.	Aumenta a cooperação do paciente.
3. Proporcionar um período de descanso de 30 minutos antes das refeições.	A dificuldade de deglutição é menos provável em um paciente bem descansado (Matheny et al., 2012).
IMPLEMENTAÇÃO	
1. Fazer a higiene das mãos. Colocar luvas de procedimento, então fazer o paciente realizar a higiene das mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
2. Executar a higiene oral, incluindo escovação da língua, antes da refeição. Retirar e descartar as luvas. Fazer a higiene das mãos.	O risco de pneumonia por aspiração está associado à má higiene oral (Borrelli e Talih, 2012).
3. Posicionar o paciente na posição vertical em uma cadeira ou elevar a cabeceira da cama do paciente a um ângulo de 45 a 90 graus ou para a posição mais alta permitida pela condição médica do paciente durante a alimentação.	As posições visam prevenir o refluxo gástrico e reduz a ocorrência de aspiração (Grodner et al., 2012; Metheny e Frantz, 2013).
4. Usar lanterna e abaixador de língua, inspecionar cuidadosamente a boca para bolsas de alimentos.	Bolsas de comida na boca com frequência indicam dificuldade de deglutição (Remig e Weeden, 2012).
5. Fazer o paciente assumir uma posição de queixo encolhido. Comece fazendo o paciente tomar três goles de água. Monitorar as dificuldades de deglutição e respiratórias continuamente. Se o paciente tolerar água, ofereça um maior volume de água e então diferentes consistências de alimentos e de líquidos.	A posição do queixo encolhido ou do queixo para baixo pode ajudar a reduzir a aspiração (Terre e Mearin, 2012). A posição supina aumenta a probabilidade de aspiração (Metheny et al., 2012).
6. Adicionar espessante a líquidos finos para criar a consistência de purê de batatas ou servir ao paciente alimentos em forma de purê sob avaliação de um fonoaudiólogo.	Os líquidos finos tais como água e suco de frutas são difíceis de controlar na boca e são mais facilmente aspirados (Ellis e Hannibal, 2013).
7. Incentivar o paciente a se alimentar.	
8. Se o paciente for incapaz de se alimentar, colocar ½ a 1 colher de chá de alimento no lado não afetado da boca, permitindo que o utensílio toque a boca ou língua.	Fornece dica tátil para começar a comer. Colocação de alimentos no lado afetado (ou enfraquecido) aumenta o risco de aspiração.
9. Colocar a mão na garganta e gentilmente apalpar o evento de deglutição conforme ele ocorre. Deglutir duas vezes com frequência é necessário para limpar a faringe.	Ajuda a avaliar o esforço de deglutição.
10. Fornecer treinamento verbal enquanto alimenta o paciente e dar reforço positivo, como segue: a. Abra sua boca. b. Sinta a comida em sua boca.	As dicas verbais mantêm o paciente focado em engolir. O reforço positivo aumenta a confiança do

c. Mastigue e saboreie a comida. d. Levante sua língua até o céu da boca. e. Pense em engolir. f. Feche a boca e engula. g. Engula novamente. h. Tussa para limpar as vias aéreas.	paciente na capacidade de engolir (Metheny et al., 2012).
11. Evite misturar alimentos de diferentes texturas numa mesma vez.	As texturas individuais são mais fáceis de engolir do que várias texturas.
12. Observar o desenvolvimento de tosse, asfixia, engasgos e de babar os alimentos; sucção das vias respiratórias conforme necessário.	Estes são indícios de disfagia e risco de aspiração (National Stroke Association, 2013).
13. Não apressar o paciente e evitar distrações. Proporcionar períodos de descanso conforme necessário durante a refeição.	Evitar a fadiga diminui o risco de aspiração (Metheny et al., 2012). As distrações do ambiente e as conversas durante as refeições aumentam o risco de aspiração (Chang e Roberts, 2011).
14. Usar abaixador de língua para inspecionar a boca do paciente para o alimento embolsado. (Colocar luvas se necessário.)	Verificação de alimentos embolsados fornece informações sobre a capacidade de deglutição do paciente e impede a aspiração.
15. Fazer o paciente permanecer sentado por pelo menos 30 a 60 minutos após a refeição.	Exigir que os pacientes permaneçam na posição vertical após as refeições ou lanches reduz a chance de aspiração por permitir que partículas de alimentos restantes na faringe sejam eliminadas (Frey e Ramsberger, 2011).
16. Ajudar o paciente a realizar a higiene das mãos e o cuidado bucal. (Colocar luvas se necessário.)	O cuidado da boca após as refeições ajuda a prevenção da cárie dentária e reduz a colonização de bactérias, o que reduz o risco de pneumonia (Metheny et al., 2012).
17. Consultar um nutricionista ou fonoaudiólogo para avançar a dieta para alimentos mais espessos que exigem mais mastigação e, finalmente, para líquidos finos.	O nutricionista ou fonoaudiólogo desenvolve um plano seguro centrado no paciente para o avanço da dieta.
18. Retornar a bandeja do paciente para o lugar apropriado e realizar a higiene das mãos.	Reduz a propagação de microrganismos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observar a capacidade do paciente de deglutir alimentos de diferentes texturas e espessuras.	Indica se o risco de aspiração aumenta com líquidos finos.
2. Observar a paciente em busca de sinais de asfixia, tosse e voz molhada.	Fornece dados contínuos sobre a capacidade do paciente de deglutir de forma eficaz e se o risco de aspiração aumenta.
3. Inspecionar a cavidade oral do paciente após a refeição para	Determina a capacidade do paciente

detectar bolsas de alimentos.	de engolir completamente os alimentos.
4. Monitorar a ingestão e a eliminação do paciente, a contagem de calorias, a ingestão de alimentos e o peso.	Auxilia na detecção rápida dos deficits nutricionais, ingestão calórica reduzida ou desidratação.
5. *Opção:* Para pacientes de alto risco, monitorar as leituras de oximetria de pulso durante toda a sessão de alimentação.	Os níveis de saturação de oxigênio em deterioração podem ajudar a indicar aspiração, mas atualmente é necessária mais investigação para determinar a eficácia (ASHA, 2014).
6. Usar o ***Teach Back*** [Ensino de Retorno] para determinar a compreensão do paciente e da família sobre a disfagia. Declarar: "Eu quero ter certeza de que eu expliquei o que é disfagia e como evitar a asfixia. Você pode me explicar os passos que você pode tomar para se proteger de asfixia?" Revise suas instruções na hora ou desenvolva um plano para a revisão da instrução ao paciente se este não for capaz de ensinar de volta corretamente.	Avalia o que o paciente é capaz de explicar ou demonstrar.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONADAS

1. O paciente tosse, tem ânsia, queixa-se de alimentos "presos na garganta" ou tem bolsas de alimentos na boca.
   - Parar de alimentar. Se persistir a asfixia, aspirar a cavidade oral e colocar o paciente em jejum.
   - Notificar o profissional de saúde.
   - O paciente pode necessitar de uma avaliação de deglutição.
   - Iniciar consultas com um profissional de saúde para que um encaminhamento para um fonoaudiólogo possa ser feito para diferentes exercícios de deglutição e técnicas para melhorar a deglutição e reduzir o risco de aspiração.
2. O paciente evita certas texturas de alimentos.
   - Alterar a consistência e a textura dos alimentos.
3. O paciente experimenta a perda de peso.
   - Discutir os resultados com o profissional de saúde, fonoaudiólogo e/ou nutricionista.

REGISTRO E RELATO

- Registrar os resultados da avaliação, a tolerância do paciente a várias texturas alimentares, a quantidade de ajuda necessária, a posição durante a refeição, a ausência ou a presença de quaisquer sintomas de disfagia e a quantidade consumida na folha de fluxo ou nas notas dos enfermeiros no prontuário ou gráfico.
- Colocar as informações no registro médico do paciente indicando as precauções para aspiração.
- Documentar sua avaliação da aprendizagem do paciente.
- Relatar qualquer tosse, engasgos, asfixia ou dificuldades de deglutição para o profissional de saúde.

Procedimento 45-2 Inserindo e removendo uma sonda nasoentérica de orifício

pequeno para alimentações enterais

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de inserir uma sonda de orifício pequeno não pode ser delegado à equipe técnica de enfermagem. A enfermeira orienta o técnico para auxiliar no posicionamento do paciente durante a inserção da sonda.

Material

Inserção

- Sonda de alimentação nasogástrica ou nasoenteral de orifício pequeno com ou sem estilete (selecionar o menor diâmetro possível para melhorar o conforto do paciente)
- Estetoscópio e oxímetro de pulso/dispositivo de capnografia
- Lubrificante hidrossolúvel
- Seringa de 60 mL ou Luer-Lok® maior ou com ponta de cateter
- Fita hipoalergênica e tintura de benjoim ou dispositivo de fixação da sonda
- Tira indicadora de pH (escala 1,0 a 11,0 ou superior)
- Vidro de água e palha
- Cuba em rim
- Toalha
- Lenços de papel
- Luvas de procedimento
- Equipamento de sucção em caso de aspiração
- Lanterna em forma de caneta para verificar o posicionamento na nasofaringe
- Abaixador de língua

Remoção

- Toalha
- Lenços de papel
- Suprimentos de higiene oral
- Seringa com ponta de cateter de 30 mL Luer-Lok®

PASSOS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Verificar a prescrição do profissional de saúde para o tipo de sonda e programação de alimentação entéric prescrição deve indicar o local de administração e o dispositivo, o nome do paciente e as informações de identificação (ver política da instituição), o tipo de fórmula e o método de administração e a taxa.

2. Revisar o histórico médico do paciente para fratura basilar do crânio, sangramento nasal, cirurgia facial or trauma facial, desvio do septo nasal, história passada de aspiração, terapia de anticoagulação ou coagulop

3. Identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., o nome e a data de aniversário ou o nome e o r do prontuário) de acordo com a política da instituição.

4. Avaliar o conhecimento do procedimento do paciente.

5. Avaliar a altura, o peso, o estado de hidratação do paciente e balanço hídrico, o equilíbrio de eletrólitos e a necessidades calóricas no registro médico.

6. Fazer a higiene das mãos. Fazer o paciente fechar cada narina alternadamente e respirar. Examinar cada na para desobstrução e ruptura da pele.

7. Avaliar o estado mental do paciente (a capacidade de cooperar com o procedimento, o nível de sedação), a presença de tosse e o reflexo de vômito, a capacidade de engolir, a presença de uma via aérea artificial.

DECISÃO CLÍNICA: *Reconhecer situações em que a colocação cega de uma sonda de alimentação represen inserção acidental de uma sonda nas vias aéreas, tais como sensores de dióxido de carbono ou dispositivos de sondas nasointestinais (NI) orientadas eletromagneticamente melhoram a colocação com rastreamento da pon et al., 2010). Somente os médicos treinados no uso de técnicas de visualização ou de imagem devem realizar*

8. Realizar avaliação física do abdômen.

9. Verificar o registro médico para determinar se o profissional de saúde quer o agente pró-cinético administ antes da colocação da sonda.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Explicar o procedimento para o paciente, incluindo sensações antecipadas durante a inserção (queimação e passagens nasais) e levantar o dedo indicador para indicar engasgos ou desconforto durante a inserção.

2. Executar a higiene das mãos. Organizar os suprimentos ao lado da cama.

3. Estar do mesmo lado da cama que a narina escolhida para inserção e ajudar o paciente a ficar na posição d Fowler alta a menos que contraindicado. Colocar o travesseiro atrás da cabeça e dos ombros. Se o paciente em coma, levantar a cabeceira do leito conforme tolerado em posição de semi-Fowler com a cabeça inclina a frente, usando um travesseiro de queixo no peito. Se necessário, pedir ao técnico de enfermagem para aj o paciente for forçado a deitar em posição supina, colocar na posição de Trendelenburg inversa.

4. Colocar uma toalha de banho sobre o peito do paciente. Manter os tecidos faciais dentro do alcance.

5. Determinar o comprimento da sonda a ser inserida e marcar com fita.

a. Medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha até o processo xifoide do esterno (ver ilustração

b. Medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha até a parte média do umbigo para pacientes pediátricos.

c. Adicionar 20 a 30 cm adicionais para as sondas nasointestinais (NI).

6. Preparar a sonda nasogástrica ou nasointestinal para a inserção. **NOTA:** Não gelar as sondas de plástico.

a. Se a sonda tiver um fio-guia ou estilete, injetar 10 mL de água a partir do Luer-Lok® ou seringa com por cateter na sonda.

b. Se estiver usando o estilete, garantir que ele esteja firmemente posicionado dentro da sonda e que amba conexões Luer-Lok® estejam perfeitamente adequadas.

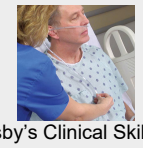
7. Preparar os materiais para fixação da sonda. Cortar um comprimento de 7,62 a 10,16 cm de fita hipoalergê abrir o curativo da membrana ou outro dispositivo de fixação. (ver Passo 13a em Implementação.)

IMPLEMENTAÇÃO

1. Fazer a higiene das mãos. Colocar luvas de procedimento.

2. Aplicar o oxímetro de pulso/dispositivo de capnografia e medir os sinais vitais.

3. *Opção:* Mergulhar a sonda com o lubrificante de superfície em copo de água à temperatura ambiente ou ap lubrificante hidrossolúvel (ver as instruções do fabricante).



PASSO 5A Determinar o comprimento da sonda a ser inserida. (Direitos autorais © Mosby's Clinical Skills: Essential

4. Entregar a um paciente alerta um copo de água se ele for capaz de segurar o copo e engolir. Explicar que v prestes a inserir a sonda.

5. Explicar os próximos passos. Inserir a sonda suavemente através da narina até a parte posterior da gargan (nasofaringe posterior). Apontar para trás e para baixo em direção à orelha.

6. Fazer o paciente relaxar e flexionar a cabeça em direção ao peito depois da sonda ter passado pela nasofari

7. Incentivar o paciente a engolir tomando pequenos goles de água sempre que possível. Avançar a sonda co o paciente engole. Rotacionar a sonda suavemente 180 graus enquanto insere.

8. Enfatizar a necessidade de respirar pela boca e engolir durante o procedimento.

9. Não avançar a sonda durante a inspiração ou tossir porque ela provavelmente vai entrar no trato respirató Monitorar a oximetria/ capnografia.

10. Avançar a sonda cada vez que o paciente deglutir até que você tenha atingido o comprimento desejado (

ilustração).

DECISÃO CLÍNICA: *Não forçar a sonda. Se o paciente começar a tossir ou tiver uma queda na saturação de o ser retomada a respiração normal.*

11. Usando lanterna e abaixador de língua, certificar-se de que a sonda não está posicionada na parte de trás garganta.

12. Fixar temporariamente a sonda no nariz com um pequeno pedaço de fita.

13. Manter a sonda segura. Conectar a seringa ao final da sonda de alimentação e obter o aspirado gástrico; a quantidade, cor e qualidade de retorno. Medir o pH gástrico.

DECISÃO CLÍNICA: *A ausculta da insuflação de ar não é um método confiável para a verificação da colocação faringe ou esôfago também transmite um som semelhante àquele do ar que entra no estômago (Kenny e Good*

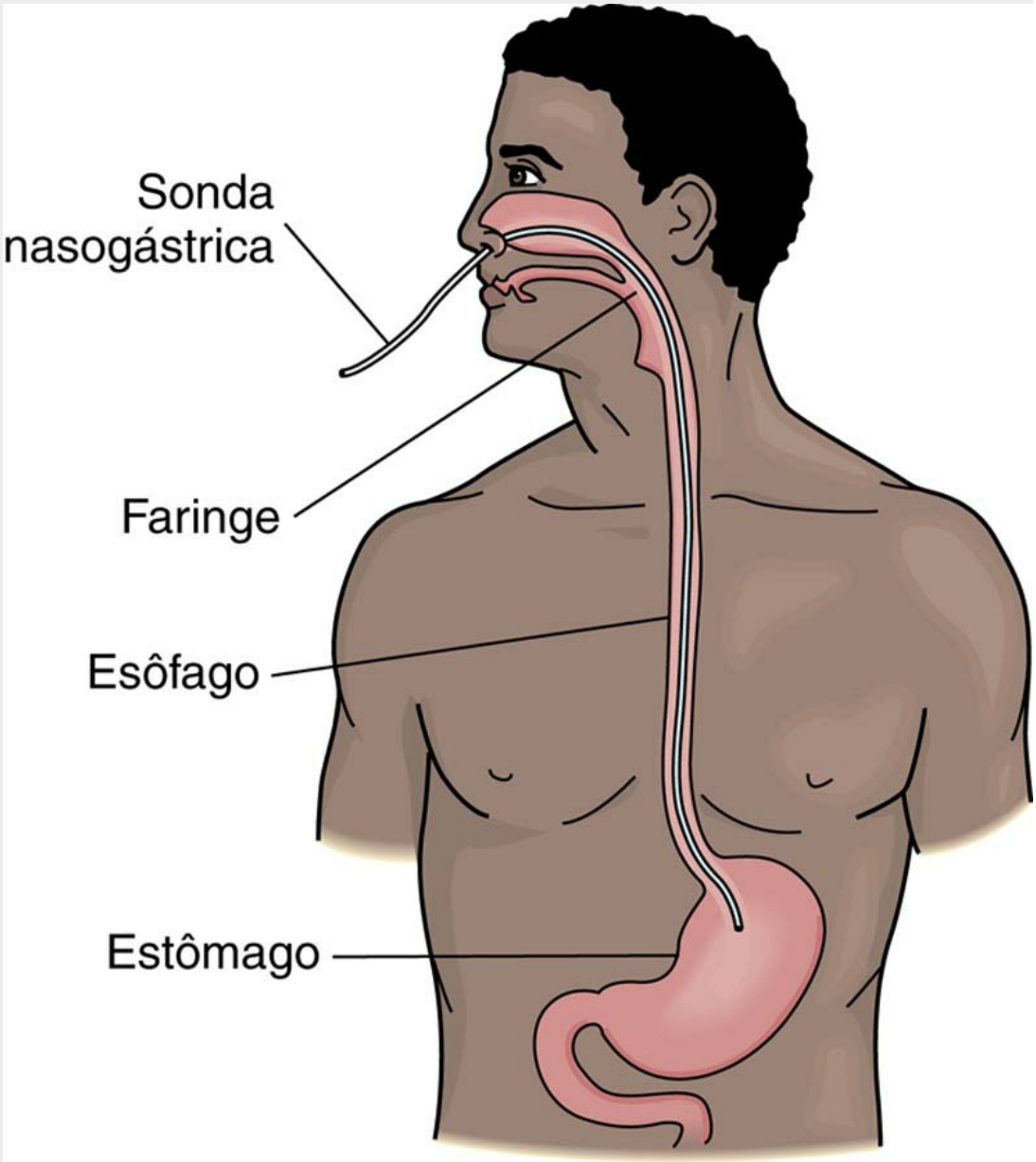
14. Fixar a sonda ao nariz com um dispositivo de fixação. Evitar a pressão sobre as narinas. Marcar a sonda n de saída com tinta indelével. Escolher um dos seguintes métodos de fixação:

a. Aplicar a fita.

(1) Aplicar tintura de benjoim ou outro adesivo de pele na ponta do nariz do paciente e sonda para pern ela se torne "grudenta".

(2) Retirar as luvas. Rasgar pequenas fendas horizontais em 1/3 e 2/3 do comprimento da fita sem dividi ilustração). Dobrar as secções do meio para a frente e selar.

(3) Colocar a extremidade superior da fita sobre a ponte do nariz do paciente. Imprimir data e hora na fi



PASSO 10 Inserir a sonda nasogástrica através do nariz e esôfago até o estômago.

(4) Envolver a extremidade inferior da fita em torno da sonda conforme ela sai do nariz (ver ilustração).

b. Aplicar o dispositivo de fixação da sonda usando adesivo em forma (ver as instruções do fabricante).

(1) Aplicar a final larga do adesivo na ponte do nariz (ver ilustração).

(2) Deslizar o conector em torno da sonda conforme ela sai do nariz (ver ilustração).

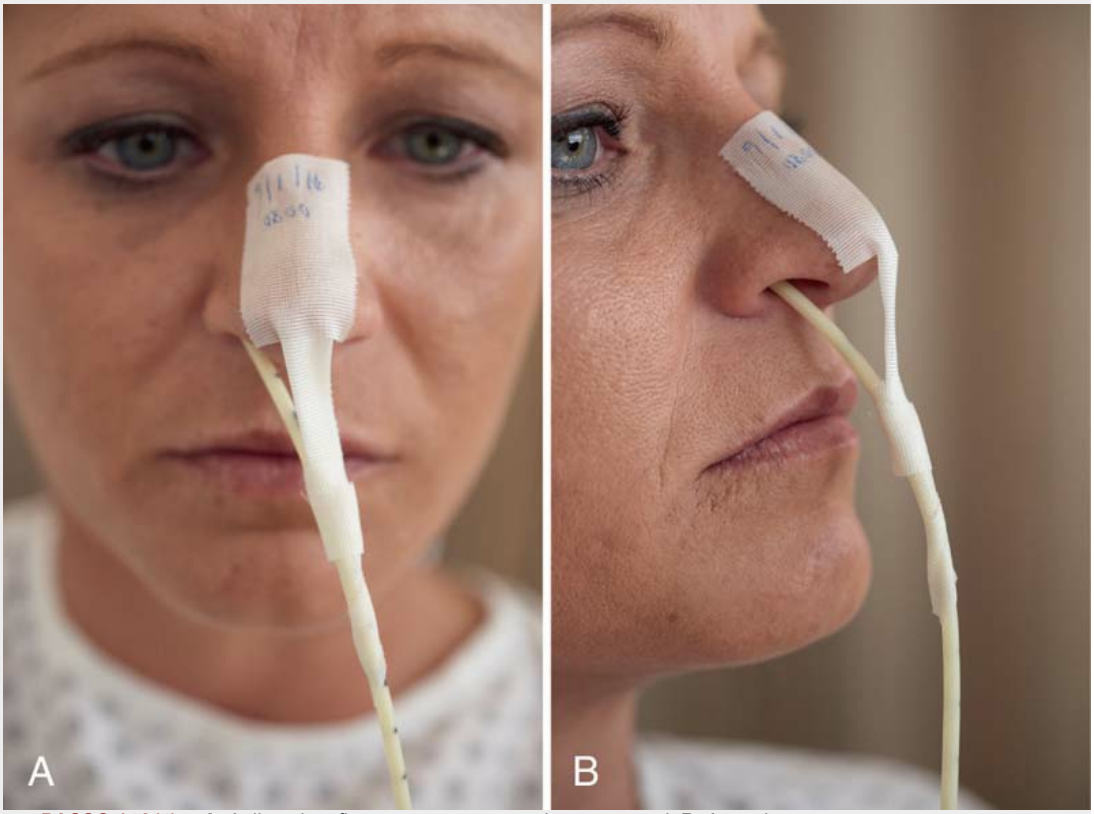
15. Prender o final da sonda nasogástrica à camisola do paciente com pedaço de fita (ver ilustração). Não usa alfinetes de segurança para prender a sonda à camisola.

16. Manter a cabeceira da cama elevada pelo menos 30 graus (de preferência 45 graus) a menos que contrainc (Metheny e Frantz, 2013). Para o posicionamento da sonda intestinal, colocar o paciente sobre o lado direit sempre que possível até a confirmação radiográfica do posicionamento correto.

17. Tirar as luvas, realizar a higiene das mãos e ajudar o paciente a ficar em uma posição confortável.

DECISÃO CLÍNICA: *Deixar o fio-guia ou o estilete no lugar até que um radiologista verifique a posição correta totalmente removido enquanto a sonda de alimentação está em posição.*

18. Obter a radiografia solicitada de tórax/abdômen.



PASSO 14A(4) **A,** Aplicando a fita para ancorar a sonda nasoenteral. **B,** As narinas estão sem pressão exercida pela fita e sonda de alimentação.

PASSO 14B(2) Deslizar o conector ao redor da sonda de alimentação.

19. Após a colocação da sonda ser verificada, medir a quantidade de sonda que está para fora e marcar a saíc sonda nas narinas com marcador indelével como um guia para o deslocamento.

20. Colocar luvas de procedimento e realizar a higiene oral (Cap. 40). Limpar a sonda na narina.

21. Retirar as luvas, descartar os equipamentos e realizar a higiene das mãos.

REMOÇÃO DA SONDA

22. Verificar a prescrição do profissional de saúde para a retirada da sonda.

23. Reunir os equipamentos e explicar o procedimento para o paciente.

24. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.

25. Colocar o paciente na posição vertical de Fowler alta a menos que contraindicado.

26. Colocar almofada descartável ou uma toalha sobre o peito do paciente. Se presente, desconectar a sonda c conjunto de administração de alimentação e tampar a extremidade.

27. Retirar a fita ou o dispositivo de fixação da sonda do nariz e camisola do paciente.

28. Instruir o paciente a respirar profundamente e segurar.

29. Dobrar a extremidade da sonda de forma segura, sobre ela mesma. Então retirar completamente a sonda, puxando-a de forma constante e regular. Descartar a sonda no recipiente apropriado.

30. Oferecer lenços para o paciente assoar o nariz. Limpar as narinas e prestar cuidados orais.

31. Retirar as luvas e realizar a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Inspecionar as narinas e orofaringe para qualquer irritação após a inserção.

2. Perguntar se o paciente se sente confortável.

3. Observar o paciente para qualquer dificuldade respiratória, tosse ou engasgos.

4. Auscultar sons pulmonares.

5. Confirmar os resultados de radiografias.

6. Verificar regularmente a localização do local de saída externo marcando na sonda assim como cor e pH do retirado da sonda de alimentação.

7. Usar o ***Teach Back*** (Ensino de retorno) para determinar a compreensão do paciente e da família sobre a alimentação por sonda. Dizer "Eu quero ter certeza de que expliquei sobre a sonda de alimentação e sua finalidade. Você poderia me explicar por que eu coloquei esta sonda?" Revise suas instruções na hora ou desenvolva um plano para a revisão da instrução ao paciente se este não for capaz de ensinar de volta corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. Aspiração suspeita de conteúdo do estômago para o trato respiratório
   - Posicionar o paciente de lado.
   - Sucção nasotraqueal e orotraqueal.
   - Consultar o médico imediatamente para pedir radiografia.
   - Preparar para possível início de antibióticos.
2. Deslocamento da sonda de alimentação para outro local (p. ex., do duodeno para o estômago, marcar no lo tosse ou vomita
   - Aspirar conteúdos GI e medir o pH.
   - Retire a sonda deslocada; inserir e verificar o posicionamento de nova sonda.
   - Se houver uma questão de aspiração, obter pedido de radiografia.

REGISTRO E RELATO

- Registrar o tipo e o tamanho da sonda colocada, a localização da ponta distal da sonda, a tolerância do pa por exame radiográfico na folha de fluxo ou notas dos enfermeiros em prontuário ou gráfico.
- Documentar sua avaliação da aprendizagem do paciente.
- Se o paciente desenvolver sinais de aspiração, notificar o profissional de saúde imediatamente.

Procedimento 45-3 Administrando alimentações enterais através de sondas nasoentéricas, de gastrostomia ou jejunostomia

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administrar a alimentação por sonda enteral através de uma sonda nasogástrica, nasoenteral, de gastrostomia ou de jejunostomia não pode ser delegado à equipe técnica de enfermagem após a colocação da sonda e a permeabilidade serem verificadas pela enfermeira (consulte a política da instituição). No entanto, a enfermeira deve verificar a colocação da sonda e a permeabilidade, e que a fórmula de alimentação e o líquido (água) a serem administrados estejam corretos. A enfermeira deve monitorar o paciente para a eficácia e tolerância da alimentação a ser administrada. A enfermeira pode orientar e supervisionar o técnico de enfermagem para:

- Elevar a cabeceira da cama para um mínimo de 30 graus (45 graus é o preferido) ou sentar o paciente na cama ou em uma cadeira.
- Infundir a alimentação conforme prescrito.
- Relatar qualquer dificuldade infundindo a alimentação ou qualquer desconforto relatado por paciente.
- Relatar quaisquer engasgos, paroxismos de tosse ou asfixia.

Material

- Bolsa de alimentação descartável e sondas ou sistema pronto para pendurar. **NOTA:** As sondas devem ter adaptador ENFit® (Fig. 45-8, *B*).
- Seringa de 30 mL ou maior Luer-Lok® ou com ponta de cateter
- Estetoscópio
- Tira de indicador de pH (escala 1,0 a 11,0 ou superior)
- Bomba de infusão (necessária para as alimentações contínuas ou intestinais): usar a bomba projetada para a alimentação por sonda
- Alimentações enterais prescritas
- Luvas de procedimento
- Material para obter glicose sanguínea por punção digital

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Verificar a prescrição do profissional de saúde para a fórmula, a taxa, a via e a frequência. O profissional d também pede dados laboratoriais e coletas de dados de cabeceira, tais como a medição de glicose sanguín punção digital.

2. Revisar o registro médico para avaliar a necessidade do paciente para as alimentações por sonda enteral: deglutição prejudicada, diminuição do nível de consciência, cirurgia de cabeça ou pescoço, trauma facial, de canal alimentar superior.

3. Identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., o nome e a data de aniversário ou o nome e o do prontuário) de acordo com a política da instituição.

4. Avaliar o estado nutricional do paciente (Tabela 45-4). Obter o peso de linha de base e revisar os valores laboratoriais (p. ex., eletrólitos, medida de glicose sanguínea capilar). Coletar dados do paciente para o ex volume de líquidos ou deficit, anormalidades de eletrólitos e alterações metabólicas tais como hiperglicem

5. Coletar dados do paciente para alergias ou intolerâncias alimentares.

6. Realizar coleta de dados físicos do abdômen.

7. Para alimentações administradas através da parede abdominal, avaliar o local de inserção para ruptura, ir drenagem, desconforto ou presença de um disco externo que não é excessivamente confortável. Monitora comprimento da sonda externa continua a ser o mesmo de quando colocada originalmente.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Explicar o procedimento para o paciente.

2. Executar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.

3. Preparar o recipiente e a fórmula de alimentação:
   a. Verificar a data de validade na fórmula e a integridade do recipiente.

   b. Manter a alimentação por sonda à temperatura ambiente.

   c. Conectar a sonda ao recipiente conforme necessário ou preparar o recipiente pronto para pendurar. Usa conector ENFit® adequado e a técnica asséptica e evitar a manipulação do sistema de alimentação ou to partes superiores das latas, aberturas dos recipientes, spike e porta do spike.

   d. Agitar bem o recipiente da fórmula. Limpar a parte de cima da fórmula enlatada com algodão embebid álcool antes de abrir. Encher o recipiente com a fórmula (ver ilustração). Abrir o grampo na sonda e enc a fórmula para remover o ar. Recolocar o grampo. Pendurar no polo intravenoso (IV).

4. Para a alimentação intermitente deixar a seringa pronta e ter a certeza de que a fórmula está à temperatura ambiente.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Colocar o paciente na posição de Fowler alta ou elevar a cabeceira da cama pelo menos 30 (preferencialme graus. Para os pacientes forçados a permanecer na posição supina, colocar na posição de Trendelenburg ir

2. Verificar o posicionamento da sonda: (Procedimento 45-2)

   a. *Sonda nasogástrica* (Quadro 45-14): Conectar a seringa e aspirar 5 mL de conteúdo gástrico. Observar a ap do aspirado e anotar o pH.
   b. *Sonda de gastrostomia:* Conectar a seringa e aspirar 5 mL de conteúdo gástrico. Observar a aparência do a e anotar o pH.

   c. *Sonda de jejunostomia:* Aspirar as secreções intestinais, observar sua aparência e verificar o pH.

DECISÃO CLÍNICA: *A ausculta de ar insuflado não é um método confiável para a verificação da colocação de faringe ou esôfago transmite o som semelhante àquele do ar que entra no estômago (Kenny e Goodman, 2010*

3. Verificar se há volume residual gástrico (VRG) antes de cada alimentação por bólus e alimentações interm cada 4 horas em pacientes criticamente doentes e a cada 4 a 6 horas em pacientes não criticamente doentes alimentação contínua.

   a. Retirar 10 a 30 mL de ar na seringa. Conectar com o fim da sonda de alimentação. Irrigar a sonda com ar de volta lentamente para aspirar a quantidade total do conteúdo gástrico e medir (ver ilustração).

   b. Retornar o conteúdo aspirado para o estômago a menos que o volume exceda 250 mL (verificar a polític instituição). Existem algumas perguntas com relação à segurança de retornar grandes volumes de líquid o estômago (Delegge, 2011; Stewart, 2014).

DECISÃO CLÍNICA: *Inúmeros fatores afetam a precisão da medição de VRG, incluindo o tamanho da sonda g e se a localização da sonda está perto da junção gastroesofágica. Mas melhores evidências sugerem que um u enteral não deve ser parada ou suspensa por um VRG alto isolado (Makic et al., 2011).*

PASSO 3D Despejar a fórmula no recipiente de alimentação.

c. Não administrar a alimentação quando um único VRG exceder 500 mL ou quando duas medições conse (tomadas com 1 hora de intervalo cada) exceder 250 mL (Stewart, 2014; Yantis e Velander, 2011) (verifica política da instituição).

d. VRG na faixa de 250 a 500 mL deve causar preocupação e levar à implementação de medidas para redu risco de aspiração. A cessação automática de alimentação não deve ocorrer para VRG inferior a 500 mL ausência de outros sinais de intolerância (McCarthy et al., 2015).

4. Lavar a sonda com 30 mL de água. Antes de conectar o conjunto de administração de alimentação à sonda alimentação, rastreá-la até a origem e rotular "Exclusivamente para alimentação por sonda".

5. Iniciar a alimentação:

a. Seringa para a alimentação intermitente

(1) Apertar a extremidade proximal da sonda de alimentação.

(2) Remover o êmbolo da seringa e encaixar a ponta da seringa na extremidade da sonda.

(3) Encher a seringa com a quantidade medida de fórmula (ver ilustração). Soltar a sonda, elevar a serin não mais do que 45 cm acima do local de inserção e permitir que ela esvazie gradualmente pela gravi Repetir os passos (1) a (3) até que tenha sido administrada a quantidade prescrita para o paciente.

b. Alimentando o saco para a alimentação intermitente

DECISÃO CLÍNICA: *Antes de conectar o conjunto de administração de alimentação a uma sonda de alimenta*
administração com "Exclusivamente para alimentação por sonda". Isso evita conexões errôneas entre o conjun
sondas ou dispositivos médicos (Stewart, 2014).

(1) Apertar a extremidade proximal da sonda de alimentação e remover a bolsa. Conectar a extremidade da tubulação do conjunto de administração com o final da sonda de alimentação. Ajustar a taxa regul grampo na tubulação ou colocando em bomba de alimentação.

(2) Permitir que a bolsa esvazie gradualmente ao longo de 30 a 45 minutos (ver ilustração). Rotular a bo o tipo de alimentação através de sonda, força e quantidade (incluindo data, hora e as iniciais). Mudar a cada 24 horas.

(3) Imediatamente a seguir, alimentar com água (por prescrição do profissional de saúde). Cobrir a extre da bolsa com tampa.

(4) Manter a bolsa o mais limpa possível e mudá-la a cada 24 horas.

PASSO 5A(3) Encher a seringa com a fórmula.

c. Método de gotejamento contínuo

(1) Retirar a tampa e conectar a sonda de alimentação à extremidade distal do cateter de administração.

(2) Inserir a tubulação através de bomba de infusão e taxa definida (ver ilustração). Usar bomba designa a alimentação por sonda e não uma para líquidos IV.

6. Avançar a taxa da sonda de alimentação gradualmente conforme prescrito (Quadro 45-12).

7. Lavar com 30 mL de água a cada 4 horas durante a alimentação contínua, antes e após uma alimentação intermitente (verificar a política da instituição). Colaborar com a nutricionista e o profissional de saúde co relação à necessidade de água livre total recomendada por dia e obter a prescrição.

DECISÃO CLÍNICA: *Lavar a sonda com 30 mL de água estéril em pacientes imunocomprometidos ou criticam*

8. Quando o paciente está recebendo alimentação por sonda intermitente, tampar ou grampear a extremidad proximal da sonda de alimentação quando não estiver em uso.

9. Lavar a bolsa e a tubulação com água morna sempre que as alimentações forem interrompidas.

10. Mudar a bolsa e usar novo conjunto de administração a cada 24 horas.

11. Para sondas de alimentação colocadas abdominalmente, limpar o local de inserção diariamente e conforn necessário. Um pequeno curativo respirável pode ser usado para proteger o local de inserção. No entanto, é geralmente deixado aberto para ventilação.

12. Descartar o material e realizar a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Medir VRG pela política da instituição, normalmente a cada 4 a 6 horas. Perguntar ao paciente se a náusea presente.

2. Monitorar glicose no sangue por punção digital a cada 6 horas até que o paciente atinja a taxa de administ máxima e mantém-na por 24 horas (Procedimento 45-4).

3. Monitorar a ingestão e a eliminação a cada 8 horas e calcular os totais diários a cada 24 horas.

4. Pesar o paciente diariamente até a taxa de administração máxima ser atingida e mantida por 24 horas; entã o paciente 3 vezes por semana no mesmo horário utilizando a mesma balança.

5. Monitorar os valores de laboratório.

PASSO 5C(2) Conectar a sonda através da bomba de infusão.

6. Observar o estado respiratório do paciente.

7. Examinar o abdômen e auscultar ruídos intestinais.

8. Observar o local de inserção da sonda nasoenteral para a integridade da pele prejudicada. Para sondas col
através da parede abdominal, inspecionar o local de inserção para os sinais de integridade da pele prejudi
sinais de infecção, lesão ou aperto da sonda.

9. Usar o ***Teach Back*** (Ensino de retorno) para determinar a compreensão do paciente e da família sobre a
alimentação por sonda. Declarar: "Eu quero ter certeza de que eu expliquei por que estamos administrand
alimentação por sonda. Você pode me explicar por que as alimentações por sonda são necessárias?" Revis
instruções na hora ou desenvolva um plano para a revisão da instrução ao paciente se este não for capaz d
ensinar de volta corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. A sonda de alimentação está entupida.
   - Tentar lavar a sonda com água
   - Produtos especiais, tais como enzimas pancreáticas, estão disponíveis para desobstrução de sondas de ali
   - Suspender a alimentação e notificar o profissional de saúde.
   - Manter o paciente em posição de semi-Fowler.
2. O VRG excede 250 mL para cada uma das duas avaliações consecutivas (ver política da instituição).
   - Suspender a alimentação e notificar o profissional de saúde.
   - Manter o paciente em posição ereta na cadeira/cama ou elevar a cabeceira da cama pelo menos 30 (prefer
   - Verificar novamente o residual em 1 hora.
3. O paciente desenvolve diarreia 3 vezes ou mais em 24 horas.
   - Notificar o profissional de saúde.
   - Conferir com a nutricionista.
   - Instituir medidas de cuidados da pele.
   - Considerar mudança em antibióticos, apenas para pacientes que estão recebendo antibióticos.
4. O paciente desenvolve náuseas, vômitos e aspira a fórmula quando o esvaziamento gástrico é retardado ou
   - Posicionar o paciente na posição deitado de lado.
   - Succionar as vias aéreas.
   - Notificar o profissional de saúde.
   - Obter a radiografia de tórax.
   - Verificar a permeabilidade da sonda.
   - Aspirar para VRG.

REGISTRO E RELATO

- Registrar a quantidade e o tipo de alimentação instilada, a resposta do paciente à alimentação por sonda, a para as colocadas na parede abdominal e quaisquer efeitos colaterais.
- Relatar a tolerância do paciente e os efeitos adversos.
- Documentar sua avaliação da aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Ensinar o paciente ou cuidador familiar como determinar a colocação correta da sonda de alimentação.
- Informar o paciente ou cuidador familiar sobre os sinais associados a aspiração pulmonar, esvaziamento gá
- Reforçar os sinais e sintomas associados a complicações de sonda de alimentação e quando chamar o profis
- Explicar e demonstrar como fazer os cuidados da pele em torno da sonda de gastrostomia ou jejunostomia

Procedimento 45-4 Monitoramento da glicose sanguínea

Considerações sobre a delegação de tarefa

Quando o paciente está estável, o procedimento de medir o nível de glicose no sangue pode ser delegado à equipe técnica de enfermagem. Quando a condição do paciente muda frequentemente, você não deve delegar este procedimento para o técnico de enfermagem. A enfermeira orienta o técnico de enfermagem a:

- Explicar os locais apropriados a serem usados para punção e quando obter níveis de glicose.
- Rever o nível esperado e quando relatar os níveis de glicose inesperados para a enfermeira.

Material

- Chumaço de algodão antisséptico
- Bola de algodão
- Lanceta estéril ou dispositivo para perfurar
- Papel-toalha
- Medidor de glicose no sangue (p. ex., OneTouch®, Freestyle®) (Fig. 45-10)
- Tiras de reagentes de glicose no sangue (marca determinada por aparelho utilizado)
- Luvas de procedimento

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., o nome e a data de aniversário ou o nome e o número do prontuário) de acordo com a política da instituição.	Assegura o paciente correto. Obedece padrões da Joint Commission e me segurança do paciente (TJC, 2016).
2. Avaliar a compreensão do paciente do procedimento e o propósito do monitoramento da glicose. Determinar se o paciente com diabetes melito realiza o teste em casa e, em caso afirmativo, confirmar a sua competência.	Os dados determinam as orientações p enfermeira desenvolver o plano de
3. Determinar se precisam ser atingidas condições específicas antes ou após a coleta da amostra (p. ex., com jejum, após as refeições, depois de certos medicamentos, antes de doses de insulina).	A ingestão dietética de carboidratos e ingestão de preparações de glicose concentrada alteram os níveis de gl no sangue.
4. Determinar se existem riscos para a realização de punção da pele (p. ex., baixa contagem de plaquetas, terapia anticoagulante, distúrbios de sangramento).	Os mecanismos de coagulação anorma aumentam o risco de equimose loca sangramento.
5. Coletar dados da área da pele que você vai usar como local da punção (p. ex., dedos ou o calcanhar). Locais alternativos são palma das mãos, braço ou coxa. Evitar áreas de hematomas e lesões abertas.	Laterais dos dedos e calcanhares são comumente selecionados porque tê menos terminações nervosas. Se o paciente tiver diabetes melito, não uma picada no calcanhar. As medições efetuadas em locais alter são específicas do medidor e poder diferentes dos locais tradicionais (ADA, 2012). O local da punção nã estar edematoso, inflamado ou rece perfurado porque esses fatores cau

	aumento do líquido intersticial e sa para misturar e aumentar o risco d infecção.
6. Revisar a prescrição do profissional de saúde para o tempo de frequência de medição.	O profissional de saúde determina o cronograma de testes com base no fisiológico do paciente e no risco d desequilíbrio de glicose.
7. Para pacientes com diabetes que executam o teste em casa, avaliar o conhecimento sobre o procedimento e a capacidade de lidar com o dispositivo de punção da pele. Se o paciente escolher, ele pode querer continuar o autoteste enquanto no hospital.	A saúde física do paciente pode muda (p. ex., distúrbio da visão, fadiga, d processo da doença), impedindo-lh realizar teste.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Explicar o procedimento e o propósito para o paciente e/ou família inexperientes ou não informados. Oferecer oportunidade ao paciente e à família para a prática de procedimentos de teste. Fornecer recursos/ajuda de ensino para o paciente.	Promove a compreensão e a cooperaçã

IMPLEMENTAÇÃO

1. Fazer a higiene das mãos.	Reduz a transferência de microrganism
2. Instruir o adulto para realizar a higiene das mãos com sabão e água morna. Enxaguar e secar.	Reduz a presença de microrganismos e qualquer resíduo alimentar na mão paciente. Os resíduos de alimentos contaminar a gota de sangue e caus falsa leitura. O calor promove vasodilatação no local de punção selecionado. A lavagem das mãos estabelece a prática para o paciente realização de teste em casa.
3. Posicionar o paciente confortavelmente na cadeira ou na posição de semi-Fowler na cama.	Garante a fácil acessibilidade ao local d punção. O paciente assume a posiç quando realiza o autoteste.
4. Retirar a fita de reagente do recipiente; selar firmemente a tampa. Verificar o código no frasco da tira de teste.	Protege as tiras de descoloração acider provocada por exposição ao ar ou à código no frasco de tira de teste de corresponder ao código exibido no medidor de glicose.
5. Ligar o medidor de glicose, se necessário.	Ativa o medidor.
DECISÃO CLÍNICA: *Alguns monitores ativam quando a tira reagente é inserida e portanto não tem um botão específico para ligar/desligar.*	
6. Inserir a fita reagente no medidor de glicose (consultar as instruções do fabricante) e fazer os ajustes necessários (ver ilustração).	Algumas máquinas precisam de calibr outras exigem a zeragem do timer. medidor é ajustado de forma difere
7. Colocar luvas de procedimento.	Reduz o risco de contaminação pelo sa
8. Escolher o local de punção. O local da punção deve ser vascular. Em adultos estáveis selecionar o lado lateral do dedo; certificar-se de evitar a ponta central do dedo, que tem suprimento nervoso mais denso.	Garante o livre fluxo de sangue após a punção. Os lados laterais dos dedos menos sensíveis à dor.
9. Segurar a área a ser perfurada em posição dependente. Não	Aumenta o fluxo de sangue para a área

espremer ou massagear o local.	da punção. A ordenha ou massagei podem hemolisar a amostra e intro fluído tecidual em excesso, causanc leituras imprecisas (Pagana et al., 2
10. Limpar o local com chumaço de algodão antisséptico e *deixar secar completamente*.	Remove microrganismos residentes. M álcool pode fazer o sangue hemolis
11. Retirar a tampa da lanceta ou dispositivo de sangria. Segurar a lanceta perpendicular ao local da punção e furar o dedo ou calcanhar rapidamente em um movimento contínuo (não forçar a lanceta).	A colocação garante que a lanceta entr pele corretamente.
12. Algumas instituições usam dispositivos de lanceta com um sistema de retração automático da lâmina. Isso reduz a possibilidade de autopicadas, evitando a exposição a patógenos de origem sanguínea. Colocar o dispositivo de sangria firmemente contra o lado do dedo e pressionar o botão de liberação, fazendo com que a agulha perfure a pele (ver ilustração).	Os dispositivos para sangria perfuram numa profundidade específica, gar o fluxo de sangue adequado. A pos perpendicular garante a penetraçãc adequada na pele.
13. Limpar a primeira gota de sangue com bola de algodão. (Ver instruções do fabricante do medidor usado.)	A primeira gota de sangue pode conte líquido seroso do que células do sa
14. Espremer levemente o local da punção (sem tocar) até que uma gota grande de sangue se forme (ver ilustração). Puncionar novamente é necessário se a gota grande o suficiente não se formar para garantir resultados precisos. (Ver as instruções do fabricante sobre como o sangue é aplicado.)	Você precisa de uma gota do tamanho adequado para ativar o monitor e c resultados precisos. O aperto exces dos tecidos durante a coleta de amc sangue pode contribuir para dor, hematomas, cicatrizes e formação c hematoma.
DECISÃO CLÍNICA: *Os pacientes com diabetes têm frequentemente a doença vascular periférica, o que dificu produzir uma grande gota de sangue depois de uma picada no dedo. Certificar-se de manter o dedo na posiçã dependente antes de perfurar para melhorar o fluxo sanguíneo.*	
15. Obter os resultados do teste.	A exposição do sangue à tira de teste p tempo prescrito garante os resultad apropriados.
DECISÃO CLÍNICA: *Alguns medidores (p. ex., OneTouch®[LifeScan®]) exigem a aplicação de amostra de sar uma tira de teste já no medidor. Uma vez que a gota de sangue é aplicada, o medidor calcula automaticamente leitura.*	

10:38
12-11

PASSO 6 Carregar a fita de teste no medidor. (Cortesia do fabricante.)

PASSO 12 Perfurar a lateral do dedo com uma lanceta.

PASSO 14 Espremer o local de perfuração até que uma gota de sangue grande se forme.

a. Certificar-se de que o medidor ainda está ligado. Trazer a tira de teste no medidor até a gota de sangue. O sangue é derramado na tira de teste (ver as instruções do fabricante).	O sangue entra na tira e o dispositivo glicose mostra a mensagem na tela indicar que obteve sangue bastante

DECISÃO CLÍNICA: *Não raspar o sangue nas tiras de teste ou aplicá-lo do lado errado da tira de teste. Isto im medição precisa da glicose.*

b. O resultado do teste de glicose sanguínea aparece na tela (ver ilustração). Alguns dispositivos tocam um "beep" quando terminam a leitura.	
16. Desligar o medidor. Descartar as tiras de teste, a lanceta e as luvas em recipientes adequados. Realizar a higiene das mãos.	O medidor funciona com pilhas. O des adequado reduz o risco de acidente agulhas e a propagação de infecção
17. Discutir os resultados dos testes com o paciente.	Promove a participação e a aderência tratamento.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observar o local da punção para sangramento ou lesão tecidual.	O local é uma possível fonte de descor infecção.
2. Comparar a leitura do medidor de glicose com os níveis normais de glicose no sangue e os resultados de testes anteriores.	Determina se o nível de glicose é norm
3. Pedir ao paciente para explicar os resultados do teste.	Os resultados do teste podem causar ansiedade. O paciente precisa ente variação de valores de glicose para o controle da glicose no sangue.
4. Usar o ***Teach Back (Ensino de retorno)*** para determinar a compreensão do paciente e da família de como monitorar a glicose no sangue. Dizer: "É importante que você entenda como monitorar sua glicose no sangue. Você pode explicar por que você precisa monitorar a glicose no sangue? Pode me explicar os passos na realização de uma picada no dedo?" Revisar sua instrução agora ou desenvolver um plano revisado para o ensino do paciente se ele não for capaz de ensinar de volta corretamente.	Avalia o que o paciente e sua família s capazes de explicar ou demonstrar.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O local da punção continua a sangrar ou machucado.
   - Aplicar pressão no local.
   - Notificar o profissional de saúde se o sangramento durar mais do que 5 minutos.
2. Mau funcionamento do medidor de glicose.
   - Repetir o teste, seguindo as instruções.
   - Seguir as instruções do fabricante para mau funcionamento.
3. O nível de glicose no sangue está acima ou abaixo da faixa-alvo.
   - Verificar o registro médico para ver se há uma prescrição de medicação para desvios no nível de glicose; houver, notificar o profissional de saúde.
   - Continue a monitorar o paciente.
   - Seguir o protocolo da instituição para testes de confirmação laboratorial dos resultados muito altos ou mu baixos. Geralmente os testes de laboratório são considerados mais precisos.
   - Administrar insulina ou fonte de carboidratos conforme prescrito (dependendo do nível de glicose).
   - Notificar o profissional de saúde sobre a resposta do paciente.

REGISTRO E RELATO

- Registrar os resultados de glicose na folha de fluxo, prontuário, ou nas notas dos enfermeiros em EHR ou g incluindo a presença ou ausência de dor ou exsudação excessiva de sangue no local da punção.
- Documentar sua avaliação da aprendizagem do paciente.
- Relatar os níveis de glicose no sangue fora do intervalo-alvo e tomar as medidas adequadas para hipoglicer hiperglicemia.

PASSO 15B Resultados aparecem na tela do medidor. (Cortesia do fabricante.)

Pontos-chave

- A ingestão de uma dieta equilibrada com carboidratos, gorduras, proteínas, vitaminas e minerais fornece os nutrientes essenciais para realizar o funcionamento fisiológico normal do corpo durante todo o período da vida.
- Através da digestão o alimento é dividido em sua forma mais simples para a absorção. A digestão e a absorção ocorrem

principalmente no intestino delgado.

- As diretrizes para a mudança na dieta recomendam ingestão reduzida de gordura, gordura saturada, sódio, açúcar refinado e colesterol e aumentada de carboidratos complexos e fibras.
- Como a nutrição inadequada afeta todos os sistemas do corpo, a avaliação nutricional inclui uma revisão da coleta de dados físicos total.
- As alimentações entéricas são para pacientes que são incapazes de ingerir alimento, mas que são capazes de digerir e absorver os alimentos no trato gastrointestinal.
- A NE protege a estrutura e a função intestinal e aumenta a imunidade.
- A NPT fornece nutrientes essenciais em quantidades apropriadas para suportar a vida através da administração de uma solução de nutrientes concentrada na veia cava superior perto do átrio direito do coração.
- A TNM é uma modalidade de tratamento reconhecida em estados de doença agudo e crônico.
- Uma das responsabilidades mais importantes de um(a) enfermeiro(a) que administra as alimentações enterais é ter precauções para evitar que os pacientes aspirem a fórmula de alimentação.
- As dietas especiais alteram a composição, a textura, a digestibilidade e o resíduo de alimentos para estar de acordo com as necessidades particulares do paciente.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. O(A) enfermeiro(a) está cuidando de um paciente com pneumonia que tem desnutrição grave. O(A) enfermeiro(a) reconhece que, por causa do estado nutricional, o paciente está

em risco aumentado para: (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Cardiopatia.
    2. Sepse.
    3. Derrame pleural.
    4. Arritmias cardíacas.
    5. Diarreia.
2. O(A) enfermeiro(a) avalia quais valores laboratoriais para avaliar o potencial de um paciente para a cicatrização de feridas?
    1. Estado de líquidos
    2. Potássio
    3. Lipídios
    4. Balanço de nitrogênio
3. O(A) enfermeiro(a) está cuidando de uma paciente com disfagia e a está alimentando com uma dieta de frango em purê quando ela começa a sufocar. Qual é a intervenção de enfermagem de prioridade?
    1. Succionar sua boca e garganta
    2. Virá-la para o lado
    3. Colocar oxigênio a 2 L na cânula nasal
    4. Parar de alimentá-la e colocar em jejum
4. Um paciente que está recebendo nutrição parenteral (NP) através de um cateter venoso central (CVC) tem um êmbolo de ar. O que o(a) enfermeiro(a) faria primeiro?
    1. Fazer o paciente realizar uma manobra de Valsalva
    2. Grampear a sonda intravenosa (IV) para impedir mais entrada de ar na linha
    3. Fazer o paciente respirar fundo e segurar
    4. Notificar o profissional de saúde imediatamente
5. Um paciente está recebendo nutrição parenteral (NP) e nutrição enteral (NE). Quando o(a) enfermeiro(a) colaboraria com o profissional de saúde e solicitaria a interrupção da nutrição parenteral?
    1. Quando 25% das necessidades nutricionais do paciente são preenchidas pelas alimentações por sonda

2. Quando os ruídos intestinais retornam
3. Quando a linha central está colocada há 10 dias
4. Quando 75% das necessidades nutricionais do paciente são preenchidas pelas alimentações por sonda

6. O(A) enfermeiro(a) está educando o paciente e sua família sobre a nutrição parenteral. Quais os aspectos relacionados com esta forma de nutrição que seria adequado incluir? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. O objetivo da emulsão gordurosa na nutrição parenteral é evitar uma deficiência em ácidos graxos essenciais.
   2. Podemos administrar a nutrição parenteral através de sua linha intravenosa periférica para evitar novas infecções.
   3. A emulsão de gordura vai ajudar a controlar a hiperglicemia durante os períodos de estresse.
   4. A nutrição parenteral vai ajudar a cicatrizar os seus ferimentos.
   5. Desde que começamos a nutrição parenteral, iremos infundi-la apenas em 50% das suas necessidades diárias nas próximas 6 horas.
7. O(A) enfermeiro(a) está inserindo uma sonda nasoentérica de pequeno calibre antes de iniciar as alimentações enterais. Colocar os seguintes passos em ordem para realizar este procedimento.
   1. Colocar o paciente em posição de Fowler alta.
   2. Fazer o paciente flexionar a cabeça em direção ao peito.
   3. Avaliar o reflexo de vômito do paciente.
   4. Determinar o comprimento da sonda a ser inserida.
   5. Obter confirmação radiológica da colocação da sonda.
   6. Verificar o pH do aspirado gástrico para verificar o posicionamento.
   7. Identificar o paciente com dois identificadores.
8. O volume residual gástrico de um paciente foi de 250 mL em 0800 h e 350 mL em 0900 h. Qual é a ação de enfermagem adequada?
   1. Coletar dados de ruídos intestinais

2. Levantar a cabeceira da cama em pelo menos 45 graus
3. Posicionar o paciente sobre o seu lado direito para promover o esvaziamento do estômago
4. Não reinstalar o aspirado e manter a alimentação até que você fale com o profissional de saúde principal

9. O(A) enfermeiro(a) delegaria qual das seguintes opções para a equipe técnica de enfermagem? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Reposicionamento e refunilamento da sonda nasogástrica de um paciente
   2. Execução de monitoramento da glicose a cada 6 horas em um paciente
   3. Documentação da ingestão PO em um paciente que está em uma contagem de calorias por 72 horas
   4. Administrar bólus de alimentação enteral após a colocação da sonda ter sido verificada
   5. Pendurar um novo saco de alimentação enteral
10. O nível de glicose no sangue do paciente é de 330 mg/dL. Qual é a intervenção de enfermagem de prioridade?
    1. Verificar novamente através da realização de um novo teste de glicose no sangue.
    2. Chamar o profissional de saúde principal.
    3. Verificar o registro médico para ver se há uma prescrição de medicação para níveis anormais de glicose.
    4. Monitorar e verificar novamente em 2 horas.
11. Qual declaração feita por um paciente de um lactente de 2 meses de idade exige educação adicional?
    1. Vou continuar a usar a fórmula para o bebê até que ele tenha pelo menos 1 ano de idade.
    2. Vou me certificar de que comprei fórmula fortificada com ferro.
    3. Vou começar a alimentar o bebê com cereal aos 4 meses.
    4. Vou alternar a fórmula com leite integral a partir do próximo mês.
12. O(A) enfermeiro(a) está ensinando um programa sobre nutrição saudável no centro de idosos. Quais pontos devem

ser incluídos no programa para idosos? (Selecione tudo que se aplica.)

1. Evite toranja e suco de toranja, que prejudicam a absorção de medicamento.
2. Aumentar a quantidade de carboidratos para energia.
3. Tomar um multivitamínico que inclua a vitamina D para a saúde óssea.
4. Queijo e ovos são boas fontes de proteína.
5. Limitar os líquidos para diminuir o risco de edema.

13. O(A) enfermeiro(a) vê o pessoal de equipe técnica de enfermagem executar a seguinte intervenção em um paciente que recebe alimentações enterais contínuas. Qual ação exigiria atenção imediata?
    1. Prender a sonda à camisola com nova fita
    2. Colocar o paciente em posição supina enquanto lhe dá um banho
    3. Pendurar um novo recipiente de alimentação enteral
    4. Deambular o paciente com alimentações enterais ainda infundindo
14. Um paciente está recebendo nutrição parenteral total (NPT). Qual é a intervenção principal que o(a) enfermeiro(a) deve seguir para evitar uma infecção de linha central?
    1. Instituir precauções de isolamento
    2. Limpar a porta da linha central através da qual a NPT está infundindo com antisséptico
    3. Mudar a sonda de NPT a cada 24 horas
    4. Monitorar os níveis de glicose para observar e avaliar a intolerância à glicose
15. Quais pacientes estão em alto risco de deficiências nutricionais? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. O programador de computador divorciado que consome alimentos pré-cozidos do restaurante local
    2. A mulher de meia-idade com doença celíaca que não segue sua dieta sem glúten
    3. Uma paciente com 45 anos de idade com diabetes tipo II

que monitora a sua ingestão de carboidratos e se exercita regularmente

4. O paciente de 25 anos com doença de Crohn que segue uma dieta rigorosa, mas não toma vitaminas ou suplementos de ferro
5. O paciente com 65 anos de idade com a doença da vesícula biliar, cujos níveis de eletrólitos, albumina e proteína são normais.

"Respostas": **1.** 2, 3, 4; **2.** 4; **3.** 4; **4.** 1; **5.** 4; **6.** 1, 3, 4; **7.** 7, 1, 3, 4, 2, 5, 6; **8.** 4; **9.** 2, 3; **10.** 3; **11.** 4; **12.** 1, 3, 4; **13.** 2; **14.** 2; **15.** 2, 4.

Referências

Altman KW, et al. Dysphagia in stroke, neurodegenerative disease, and advanced dementia. *Otolaryngol Clin North Am*. 2013;46(6):1137.

American Academy of Pediatrics (AAP) Policy statement: breast feeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):496.

American Association of Critical Care Nurses (AACN): *Verification of feeding tube placement (blindly inserted), AACN Practice Alert*, 2012, http://www.aacn.org/wd/practice/content/feeding-tube-practice-alert.pcms?menu=practice. Accessed November 2015.

American Association of Critical Care Nurses (AACN) *Try a new taping method: preventing DRPU, Acute and Critical Care Webinar Series, The Association*. Aliso Viejo, Calif: The Association; 2014.

American Cancer Society (ACS): *American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention*, 2015, http://www.cancer.org/healthy/eathealthygetactive/acsguidelinesonnutritionphyactivityforcancerprevention/acs-guidelines- on-nutrition-and-physical-activity-for- cancer-prevention-intro. Accessed November 2015.

American Diabetes Association (ADA) Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient centered approach. *Diabetes Care*. 2012;35(6):1364.

American Dietetic Association Position of the American Dietetic Association, American Society for Nutrition, and Society for Nutrition Education: Food and nutrition programs for community-residing older adults. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(3):463.

American Dietetic Association Position of the American Dietetic Association: Integration of medical nutrition therapy and pharmacotherapy. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(6):950.

American Heart Association (AHA): *Diet and lifestyle recommendations revision*, 2010, http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/Diet-and-Lifestyle-Recommendations_UCM_305855_Article.jsp. Accessed November 2015.

Bankhead R, et al. ASPEN Enteral nutrition practice recommendations. *J Parenter Enteral Nutr*. 2009;33(2):122.

Borrelli LN, Talih M. Examining periodontal disease disparities among US adults 20 years of age and older: NHANESIII (1988-1994) and NHANES 1999-2004. *Public Health Rep*. 2012;127:497.

Burcham JR, Rosenthal LD. *Lehne's pharmacology for nursing care*. ed 9 St Louis: Elsevier; 2016.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Childhood obesity facts*, 2015,

http://www.cdc.gov/Healthy Youth/obesity/facts.htm. Accessed November 2015.

Chang C, Roberts B. Strategies for feeding patients with dementia. *Am J Nurs*. 2011;111(4):36.

Delegge DH. Managing gastric residual volumes in the critically ill patient: an update. *Curr Opin Nutr Metab Care*. 2011;14:193.

Dunne A. Early infant nutrition: the importance of getting it right. *Br J Nurs*. 2012;21(7):390.

Ellis AL, Hannibal RR. Nursing swallowing screening: why is testing water not enough?. *J Neurosci Nurs*. 2013;45(5):244.

Fernandez RS, et al. Accuracy of biochemical markers for predicting nasogastric tube placement in adults: a systematic review of diagnostic studies. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:1037.

Fletcher J. Parental nutrition: indication, risk and nursing care. *Nurs Stand*. 2013;27(46):50.

Giger JN, Davidhizar RE. *Transcultural nursing: assessment and intervention*. ed 6 St Louis: Mosby; 2012.

Grodner M, et al. *Nutritional foundations and clinical applications: a nursing approach*. ed 5 St Louis: Mosby; 2012.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Hodin RA, et al. *Nasogastric and nasoenteric tubes*, 2014, http://www.uptodate.com/contents/nasogastric-and-nasoenteric-tubes. Accessed August 20, 2014.

Institute of Medicine (IOM): *Dietary reference intakes: essential nutrient guide*, 2015, http://www.cdc.gov/healthyschools/obesity/facts.htm. Accessed November 2015.

Krzywda EA, Meyer D. Parenteral nutrition. In: Alexander M, ed. *Infusion nursing society infusion nursing: an evidence-based approach*. ed 3 St Louis: Saunders; 2010.

Mayo Clinic Staff: *Teen weight loss: healthy habits count*, 2015, http://www.mayoclinic.org/healthy-living/tween-and-teen-health/in-depth/teen-weight-loss/art-20045224. Accessed November 2015.

McCance KL, et al. *Pathophysiology: the biologic basis for disease in adults and children*. ed 7 St Louis: Mosby; 2013.

McCarthy MS, et al. What's on the menu? Delivering evidence-based nutritional therapy. *Nursing*. 2015;45:8.

Meiner SE. *Gerontologic nursing*. ed 4 St Louis: Mosby; 2011.

Metheny NA: *Practice Alert: Dye in enteral feedings*, 2009, American Association of Critical Care Nurses. http://www.aacn.org/wd/practice/content/dye-enteral-

feedings-practice-alert.pcms?menu=practice. Accessed November 2015.

National Dysphagia Diet Task Force (NDDTF) *National Dysphagia Diet: standardization for optimal care*. Chicago: American Dietetic Association; 2010.

National Guideline Clearinghouse: ASPEN Clinical Guidelines: *Parenteral nutrition ordering, ordering review, compounding, labeling and dispensing*, 2013, http://elbiruniblogspotcom.blogspot.com/2014/08/national-guideline-clearinghouse-aspen.html. Accessed November 2015.

National Stroke Association: *Dysphagia symptoms*, 2013, http://www.stroke.org. Retrieved November 2015.

Nix S. *Williams' basic nutrition and diet therapy*. ed 14 St Louis: Mosby; 2012.

Ochoa JB. Nutrition assessment and intervention in the patient with dysphagia: challenges for quality improvement. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2012;72:77–83.

Pagana KD, et al. *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*. ed 12 St Louis: Mosby; 2015.

Phillips LD. *Manual of IV therapeutics: evidence-based practice for infusion therapy*. ed 5 Philadelphia: FA Davis; 2010.

Remig V, Weeden A. Medical nutrition therapy for neurologic disorders. In: Mahan LK, ed. *Krause's food and the nutrition care process*. ed 13 St Louis: Saunders; 2012.

Robert Woods Johnson Foundation: *F as in fat: how obesity threatens America's future*, 2013, http://www.rwjf.org/en/research-publications/find-rwjf-research/2013/08/f-as-in-fat–how-obesity-threatens-america-s-future-2013.html. Accessed November 2015.

Stewart ML. Interruptions in enteral nutrition delivery in the critically ill patients and recommendations for clinical practice. *Crit Care Nurse*. 2014;34:14.

Tappenden KA, et al. Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *Medsurg Nurs*. 2013;22(3):147.

The Joint Commission (TJC): *Sentinel alert event: managing risk during transition to new ISO connector standards*, 2014, http://www.jointcommission.org/assets/1/6/SEA_53_Connectors_8_19_14_final.p Accessed November 2015.

The Joint Commission (TJC): 2016 *National Patient Safety Goals*, Oakbrook Terrace, IL, 2016, The Commission. Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Tolerable upper-level intake, 2010, National Institutes of Health, http://ods.od.nih.gov/pubs/conferences/tolerable_upper_intake.pdf. Accessed November 2015.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess' gerontological nursing healthy aging*. St Louis: Mosby; 2010.

Tuan NT, et al. Demographics and socioeconomic correlates of adiposity assessed with dual-energy x-ray absorptiometry in US children and adolescents. *Am J Clin Nutr*. 2012;96:1104.

Tufts University: *MyPlate for older adults*, 2011, http://nutrition.tufts.edu/research/myplate-older-adults. Accessed November 2015.

US Department of Agriculture (USDA): *Choose MyPlate*, 2011, http://www.choosemyplate.gov. Accessed November 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Healthy people 2020*, 2015, http://www.healthypeople.gov/. Accessed November 2015.

World Health Organization (WHO): Food security, 2015, http://www.who.int/trade/glossary/story028/en. Accessed November 2015.

Yantis MA, Velander R. Untangling enteral nutrition guidelines. *Nursing*. 2011;41(9):32.

Referências de pesquisa

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA): *ASHA's evidence maps: adult dysphagia in non-imaging assessment instruments*, September 2014, http://ncepmaps.org/adultdysp/assess/non-image/. Accessed December 28, 2015.

Edmiaston J, et al. Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. *Am J Crit Care*. 2010;19(4):357.

Frey K, Ramsberger G. Comparison of outcomes before and after implementation of a water protocol for patients with cerebrovascular accident and dysphagia. *J Neurosci Nurs*. 2011;43(3):165.

Guigoz Y, Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme*. 1999;1:3.

Guigoz YB, et al. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*. 1996;54(1 Pt 2):S59.

Hedwig L, et al. Multiple levels of social disadvantage and links to obesity in adolescence and young adults. *J School Health*. 2013;83:139.

Holst M, et al. Nutritional screening and risk factors in elderly hospitalized patients: association to clinical outcomes?. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:953.

Jensen GL, et al. Recognizing malnutrition in adults: definitions and characteristics, screening, assessment and team approach. *ASPEN*. 2013;37:802.

Kenny DJ, Goodman P. Care of the patient with enteral tube feeding: an evidence-based practice protocol. *Nurs Res*. 2010;59(1S):S22.

Khalid I, et al. Early enteral nutrition and outcomes of critically ill patients treated with vasopressors and mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2010;19(3):261.

Krenitsky J. Blind bedside placement of feeding tubes: treatment of threat?. *Prac Gastroenterol*. 2011;XXXV(3):32.

Li J, Hooker NH. Childhood obesity and schools: evidence from the national survey of children's health. *J School Health*. 2010;80(2):96.

Makic MB, et al. Evidence-based practice habits: putting more sacred cows out to pasture. *Crit Care Nurse*. 2011;31(2):38.

Metheny NA. Preventing respiratory complications of tube feedings: evidence-based practice. *Am J Crit Care*. 2006;15(4):360.

Metheny NA, et al. Monitoring for intolerance to gastric tube feedings: a national survey. *Am J Crit Care*. 2012;21(2):e33.

Metheny NA, Frantz RA. Head-of-bed elevation in critically ill patients: a review. *Crit Care Nurse*. 2013;33(3):53.

Sorensen RT, et al. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *J Neurosci Nurs*. 2013;45(3):139.

Taylor SJ, et al. Treating delayed gastric emptying in critical illness: metoclopramide, erythromycin, and bedside (cortrak) nasointestinal tube placement. *J Parenter Enteral Nutr*. 2010;34(3):289.

Tierré R, Mearin F. Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. a videofluoroscopy study. *Neurogastroenterol Motil*. 2012;24(5):414–419.

Tsai AC, et al. A comparison of the full Mini Nutritional Assessment, short-form Mini Nutritional Assessment, and Subjective Global Assessment to predict the risk of protein energy malnutrition in patients on peritoneal dialysis: a cross-sectional study. *Int J Student Nurses*. 2013;50(1):83.

Wang J, et al. Factors associated with health-related quality of life among overweight or obese adults. *J Clin Nurs*. 2013;22:2172.

46

Eliminação Urinária

OBJETIVOS

- Explicar a função e o papel das estruturas do sistema urinário na formação e na eliminação da urina.
- Identificar os fatores que têm comumente impacto na eliminação urinária.
- Comparar e contrastar as alterações comumente associadas à eliminação urinária.
- Obter uma história de enfermagem de um paciente com uma alteração na eliminação urinária.
- Efetuar uma avaliação física focalizando a eliminação urinária.
- Descrever as características da urina normal e anormal.
- Descrever as implicações de enfermagem de testes diagnósticos comuns do sistema urinário.
- Identificar os diagnósticos de enfermagem associados a alterações na eliminação urinária.
- Discutir medidas de enfermagem visando promover a micção normal e melhorar o controle vesical.
- Discutir medidas de enfermagem visando reduzir o risco de infecções do trato urinário.
- Aplicar um cateter externo e inserir um cateter urinário.
- Efetuar corretamente a irrigação por um cateter fechado.

• Medir o volume residual pós-miccional por meio de um aparelho para exame vesical.

TERMOS-CHAVE

Bacteriúria, p. 1095
Cateter suprapúbico, p. 1114
Cateterização, p. 1095
Cistite, p. 1095
Disúria, p. 1095
Hematúria, p. 1093
Incontinência urinária (IU), p. 1097
ITU associada a cateteres (ITUAC), p. 1114
Micção, p. 1093
Nefrostomia, p. 1097
Pielonefrite, p. 1095
Renina, p. 1094
Resíduo pós-miccional (RPM), p. 1095
Retenção urinária, p. 1095
Treinamento dos músculos do assoalho, p. 1118
Pélvico, p. 1118
Ureterostomia, p. 1097

A eliminação urinária é uma função humana básica. Essa função pode ser comprometida por uma grande variedade de doenças e de condições. As enfermeiras são membros-chave da equipe de cuidado de saúde ao tratar pacientes com problemas urinários. É seu papel avaliar a função do trato urinário dos pacientes e proporcionar

suporte para o esvaziamento vesical. Durante uma doença aguda um paciente pode necessitar de cateterização urinária para o monitoramento cuidadoso do débito urinário ou para facilitar o esvaziamento vesical nos casos em que a função da bexiga está comprometida. Alguns pacientes vêm a precisar de cateteres fixos por um período prolongado, ureterais ou suprapúbicos, em casos em que a bexiga não se esvazia inteiramente. Também são implementadas medidas para reduzir a um mínimo o risco de infecção nos casos em que a função vesical se encontra alterada ou são necessárias sondas para drenagem da urina. As enfermeiras em contextos de cuidado de saúde têm um papel importante na instrução dos pacientes quanto à saúde vesical e em dar-lhes apoio no sentido de melhorar ou de obter a continência.

Base de conhecimento científico

A eliminação urinária é a última etapa na remoção e na eliminação do excesso de água e de subprodutos do metabolismo corporal. A eliminação adequada depende da função coordenada dos rins, dos ureteres, da bexiga e da uretra (Fig. 46-1). Os rins filtram os produtos de excreção metabólica a partir do sangue. Os ureteres transportam a urina dos rins até a bexiga. A bexiga conserva a urina até que o volume nela contido desencadeia uma sensação de urgência, indicando a necessidade de eliminar urina. A **micção** ocorre quando o cérebro concede à bexiga a permissão para se esvaziar, a bexiga se contrai, o esfíncter urinário relaxa e a urina é expelida do corpo através da uretra.

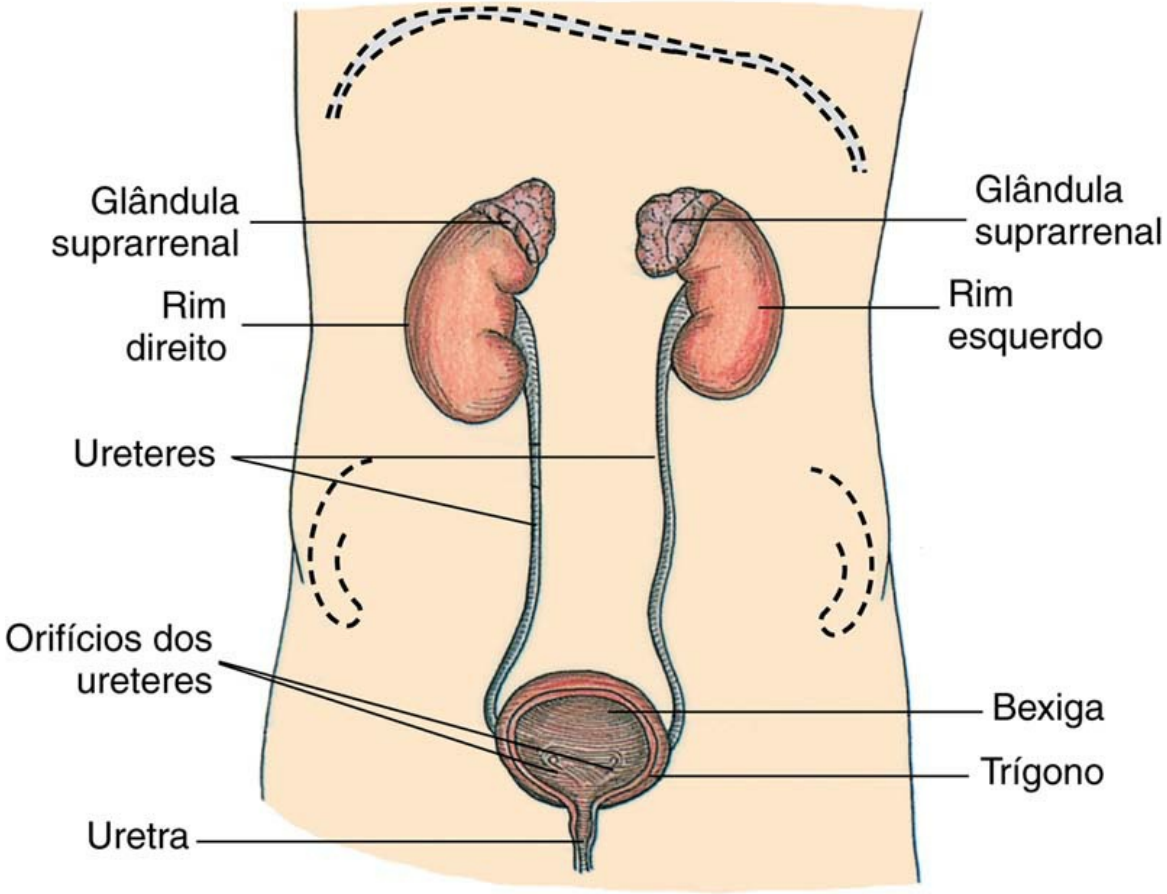


FIGURA 46-1 Órgãos do sistema urinário.

Rins

Os rins situam-se de cada lado da coluna vertebral, por trás do peritônio e apoiados nos músculos profundos das costas. Normalmente o rim esquerdo fica mais alto que o direito devido à posição anatômica do fígado.

Os néfrons, as unidades funcionais dos rins, removem do sangue os produtos de excreção e desempenham um papel importante na regulação do balanço hídrico e eletrolítico. Cada néfron contém um aglomerado de capilares designado como *glomérulo*. O glomérulo filtra água, glicose, aminoácidos, ureia, ácido úrico, creatinina e eletrólitos mais importantes. Grandes proteínas e células sanguíneas não são normalmente filtradas pelo glomérulo. Deve-se suspeitar de uma lesão glomerular caso se encontre na urina proteínas (proteinúria) ou sangue (**hematúria**).

Nem todo filtrado glomerular é excretado como urina. Aproximadamente 99% deles são reabsorvidos para o plasma pelo túbulo convoluto proximal do néfron, a alça de Henle e o túbulo distal. O 1% remanescente é excretado como urina. É no processo de reabsorção que é mantido o delicado equilíbrio de líquidos e de eletrólitos. (Huether e McCance, 2012). Os limites normais de variação da produção de urina são de 1 a 2 L/dia (Huether e McCance, 2012). Muitos fatores podem influenciar a produção de urina, como a ingestão líquida e a temperatura corporal (Quadro 46-1).

Quadro 46-1 Fatores que Influenciam a Eliminação Urinária

Crescimento e Desenvolvimento

- As crianças não conseguem controlar voluntariamente a micção até a idade de 18 a 24 meses.
- A disposição ao treinamento excretor inclui a capacidade de

reconhecer a sensação de plenitude vesical, de segurar a urina por 1 a 2 horas e de comunicar a sensação de urgência.

- Idosos podem apresentar uma diminuição na capacidade da bexiga, aumento da irritabilidade vesical e uma frequência aumentada de contrações vesicais durante o enchimento da bexiga.
- Em idosos diminui a capacidade de segurar a urina entre o desejo inicial de urinar e uma necessidade urgente de urinar.
- Os idosos têm um risco aumentado de incontinência urinária devido a doenças crônicas e a fatores que interferem na mobilidade, na cognição e na destreza manual.

Fatores Socioculturais

- As normas culturais e sexuais variam. Os norte-americanos esperam que as instalações sanitárias sejam privadas, enquanto algumas culturas aceitam instalações sanitárias comunitárias.
- Normas religiosas ou culturais podem ditar quem é aceitável para ajudar nas práticas de eliminação.
- As expectativas sociais (p. ex., recessos escolares, pausas no trabalho) podem interferir na micção oportuna.

Fatores Psicológicos

- A ansiedade e o estresse por vezes afetam uma sensação de urgência e aumentam a frequência da micção.
- A ansiedade pode ter impacto sobre o esvaziamento vesical por causa do relaxamento inadequado dos músculos do assoalho pélvico e do esfíncter urinário.
- A depressão pode diminuir o desejo de continência urinária.

Hábitos Pessoais

- A necessidade de privacidade e de um tempo adequado para urinar pode influenciar a capacidade de esvaziar a bexiga adequadamente.

Ingestão Líquida

- Se os líquidos, os eletrólitos e os solutos estiverem em equilíbrio, a ingestão líquida elevada aumenta a produção de urina.
- O álcool diminui a liberação de hormônio antidiurético, aumentando, assim, a produção de urina.
- Líquidos contendo cafeína e outros irritantes vesicais podem ocasionar contrações vesicais não solicitadas, acarretando frequência, urgência e incontinência.

Condições Patológicas

- Diabetes melito, esclerose múltipla e acidentes vasculares encefálicos podem alterar a contratilidade vesical e a capacidade de perceber o enchimento vesical. Os pacientes apresentam hiperatividade vesical ou esvaziamento deficiente da bexiga.
- Artrite, doença de Parkinson, demência e síndromes dolorosas crônicas podem interferir no acesso no momento oportuno a um banheiro.
- Uma lesão da medula espinhal ou uma patologia de disco intervertebral (acima de S-1) pode causar a perda do controle da urina devido à hiperatividade da bexiga e ao distúrbio da coordenação entre a bexiga em contração e o esfíncter urinário.
- O aumento da próstata (p. ex., hipertrofia prostática benigna [HPB]) pode causar a obstrução da vazão vesical, ocasionando a retenção urinária.

Procedimentos Cirúrgicos

- Um trauma local durante uma cirurgia abdominal inferior e pélvica obstrui por vezes o fluxo de urina, tornando necessário o uso temporário de um cateter urinário de demora.
- Drogas anestésicas e outras drogas administradas durante uma cirurgia podem diminuir a contratilidade vesical e/ou a sensação de plenitude vesical, causando retenção urinária (Elsamara e Ellsworth, 2017).

Medicações

- Os diuréticos aumentam o débito urinário por impedir a reabsorção de água e de alguns eletrólitos.
- Algumas drogas alteram a cor da urina (p. ex., fenazopiridina – laranja, riboflavina – amarelo-intenso).
- Os anticolinérgicos (p. ex., atropina, drogas hiperativas) podem aumentar o risco de retenção urinária por inibição da contratilidade vesical (Burchum e Rosenthal, 2016).
- Hipnóticos e sedativos (p. ex., analgésicos, drogas ansiolíticas) podem reduzir a capacidade de se reconhecer o impulso a urinar e de agir com base nisso.

Exames Diagnósticos

- A cistoscopia pode causar um trauma localizado à uretra, acarretando disúria e hematúria transitórias (por 1 a 2 dias).
- Sempre que o trato urinário estéril é cateterizado há um risco de infecção.

Os rins têm outras funções essenciais além da eliminação das excretas corporais. Produzida pelos rins, a eritropoietina estimula a produção e a maturação das células sanguíneas na medula óssea. Pacientes apresentando condições renais crônicas não conseguem produzir quantidades suficientes desse hormônio; por isso eles se mostram propensos à anemia.

Os rins têm um papel importante no controle da pressão arterial através do sistema renina-angiotensina (i.e., liberação de aldosterona e de prostaciclina) (Huether e McCance, 2012). A **renina** é liberada pelas células justaglomerulares em períodos de isquemia renal (suprimento sanguíneo diminuído). A renina funciona como uma enzima convertendo angiotensinogênio (uma substância sintetizada pelo fígado) em angiotensina I. A angiotensina I é convertida em angiotensina II nos pulmões. A angiotensina II causa vasoconstrição e estimula a liberação de aldosterona pelo córtex suprarrenal. A

aldosterona causa a retenção de água, o que aumenta o volume sanguíneo. Os rins produzem igualmente prostaglandina E_2 e prostaciclina, que ajudam a manter o fluxo sanguíneo renal por vasodilatação. Esses mecanismos aumentam a pressão arterial e o fluxo sanguíneo renal (Huether e McCance, 2012).

Os rins afetam a regulação do cálcio e do fosfato por produzirem uma substância que converte a vitamina D a sua forma ativa. Os pacientes com alterações renais têm problemas tais como anemia, hipertensão e distúrbios do equilíbrio eletrolítico.

Ureteres

Há um ureter fixado a cada pelve renal, levando até a bexiga as excretas urinárias. A urina que drena dos ureteres para a bexiga é estéril. Ondas peristálticas fazem a urina entrar na bexiga em jatos e não de forma contínua. A contração da bexiga durante a micção comprime a parte inferior dos ureteres para impedir o refluxo da urina para os ureteres (Huether e McCance, 2012). A obstrução do fluxo de urina pelos ureteres, tal como por um cálculo renal, pode causar um fluxo retrógrado de urina (refluxo urinário) para os ureteres e para a pelve renal, causando distensão (hidroureter/hidronefrose) e, em alguns casos, danos permanentes a estruturas renais sensíveis e à função renal.

Bexiga

A bexiga é um órgão muscular oco distensível que conserva urina. Quando vazia a bexiga se situa na cavidade pélvica por trás da sínfise pubiana. Em indivíduos masculinos a bexiga se apoia no reto e nas mulheres ela se apoia na parede anterior do útero e da vagina. A bexiga tem duas partes, uma base fixa designada como *trígono* e um corpo distensível designado como *detrusor*. A bexiga se expande à medida que se enche de urina. Normalmente a pressão na bexiga durante o enchimento permanece baixa e isso impede o perigoso fluxo retrógrado de urina para os ureteres e os rins. O refluxo pode causar infecções. Em mulheres grávidas o feto em desenvolvimento

pressiona a bexiga, reduzindo sua capacidade e ocasionando uma sensação de plenitude.

Uretra

A urina sai da bexiga pela uretra e é eliminada para fora do corpo pelo meato uretral. A uretra atravessa uma espessa camada de músculos esqueléticos designados como *músculos do assoalho pélvico*. Esses músculos estabilizam a uretra e contribuem para a continência urinária. O esfíncter uretral externo, constituído de músculos estriados, contribui para o controle voluntário sobre o fluxo de urina (Huether e McCance, 2012). A uretra feminina tem aproximadamente 3 a 4 cm de comprimento e a uretra masculina tem em torno de 18 a 20 cm de comprimento (Huether e McCance, 2012). O comprimento menor da uretra feminina aumenta o risco de infecção do trato urinário (ITU) devido ao acesso fácil à área perineal contaminada por bactérias.

Ato de Urinar

Urinar, micção e esvaziar a bexiga são todos termos que descrevem o processo de eliminação de urina pela bexiga. A micção é uma interação complexa entre a bexiga, o esfíncter urinário e o sistema nervoso central. Diversas áreas do cérebro estão envolvidas no controle vesical: o córtex cerebral, o tálamo, o hipotálamo e o tronco encefálico. Há dois centros para a micção na medula espinhal: um que coordena a inibição da contração vesical e outro que coordena a contratilidade da bexiga. À medida que a bexiga se enche e se distende as contrações vesicais são inibidas pela estimulação simpática do centro miccional torácico. Muitas pessoas apresentam uma forte sensação de urgência quando a bexiga se enche até aproximadamente 400 a 600 mL. Quando o local é apropriado para urinar o sistema nervoso central envia uma mensagem aos centros da micção, fazendo cessar a estimulação simpática e iniciando a estimulação parassimpática pelo centro sacro da micção. O esfíncter urinário relaxa e a bexiga se contrai. Quando o momento e o local não

são apropriados o cérebro envia mensagens aos centros da micção para contrair o esfíncter urinário e relaxar o músculo da bexiga.

Fatores que Influenciam a Micção

Fatores fisiológicos, condições psicossociais e fatores induzidos pelo diagnóstico ou pelo tratamento podem afetar a eliminação urinária normal (Quadro 46-1). O reconhecimento desses fatores o capacita a prever possíveis problemas de eliminação e a intervir caso eles venham a ocorrer.

Problemas Comuns da Eliminação Urinária

Os problemas mais comuns da eliminação urinária envolvem a incapacidade de armazenar urina ou de esvaziar completamente a urina da bexiga. Os problemas podem decorrer de uma infecção; de uma bexiga irritável ou excessivamente ativa; da obstrução do fluxo de urina; do distúrbio da contratilidade urinária; ou de condições que alterem a inervação à bexiga, ocasionando disfunção sensorial ou motora.

Retenção Urinária

A **retenção urinária** é a incapacidade de esvaziar total ou parcialmente a bexiga. A retenção urinária aguda ou de início rápido distende a bexiga, produzindo sensações de pressão, desconforto/dor, hipersensibilidade sobre a sínfise pubiana, inquietação e por vezes diaforese. Os pacientes podem não ter nenhum débito urinário por várias horas e em alguns casos apresentar frequência, urgência, micção de pequenos volumes ou incontinência de pequenos volumes de urina. A retenção urinária crônica tem um início lento e gradual, durante o qual os pacientes podem apresentar uma diminuição nos volumes da micção, esforço para urinar, frequência, urgência, incontinência e sensações de esvaziamento incompleto. O **resíduo pós-miccional (RPM)** é a quantidade de urina que permanece na bexiga após a micção e é medido por ultrassonografia ou por cateterização direta. A incontinência causada por retenção urinária é

denominada *incontinência por transbordamento* ou *incontinência associada à retenção crônica de urina*. A pressão na bexiga supera a capacidade do esfíncter de impedir a passagem da urina e o paciente vai gotejar urina (Tabela 46-1).

Tabela 46-1
Incontinência Urinária

Definição	Características	Intervenções de Enfermagem Selecionadas
Incontinência Transitória		
Incontinência causada por condições médicas que em muitos casos são tratáveis e reversíveis	As causas reversíveis comuns incluem: • Delirium e/ou confusão mental aguda • Inflamação (p. ex., infecção do trato urinário [ITU], uretrite) • Medicações (p. ex., diuréticos) (Hall et al., 2012) • Débito urinário excessivo (p. ex., hiperglicemia, insuficiência cardíaca congestiva) • Alteração da mobilidade por qualquer causa • Fezes impactadas • Depressão • Retenção urinária aguda	Procurar causas reversíveis em casos de incontinência de início ou aumento recente. Notificar ao provedor de cuidados de saúde quanto a quaisquer causas reversíveis suspeitadas.
Incontinência Funcional		
Perda da continência devido a causas fora do trato urinário Geralmente relacionada a deficits funcionais como mobilidade e destreza manual alteradas, alterações cognitivas, motivação insuficiente ou barreiras ambientais Consequência direta de cuidados não respondendo em tempo oportuno a solicitações de ajuda no uso do banheiro	Acesso ao sanitário restringido por: • Alterações sensoriais (p. ex., visão) • Alterações cognitivas (p. ex., delirium, demência, deficiência mental grave) • Mobilidade alterada (p. ex., fratura do quadril, artrite, dores crônicas, paralisia espástica associada à esclerose múltipla, movimentos	Iluminação adequada no banheiro Programa individualizado de uso do banheiro elaborado de acordo com o grau de alteração cognitiva: programa de treinamento do hábito, programa de uso do banheiro com hora marcada, programa de micção estimulada Auxiliares à mobilidade (p. ex., assentos de privada

	lentos associados à doença de Parkinson, hemiparesia) • Destreza manual alterada (p. ex., artrite, fratura de membro superior) • Barreiras ambientais (p. ex., cuidador não disponível para ajudar nas transferências, caminho até o banheiro não passível de ser percorrido com um andador, roupas apertadas de remoção difícil, surtos de incontinência).	elevados, barras presas à parede junto à privada) Área da privada arrumada para permitir o acesso a um andador ou uma cadeira de rodas Calças com elástico na cintura, sem botões ou zíperes Campainha de chamada sempre ao alcance Uso de produtos para a contenção de incontinência que o paciente consiga remover com facilidade, como uma calça do tipo puxar para cima ou uma fralda que possa ser colocada de lado facilmente para a micção
Incontinência Urinária Associada à Retenção Crônica de Urina (Incontinência Urinária por Transbordamento)		
Perda involuntária de urina causada por uma bexiga excessivamente distendida, frequentemente relacionada à obstrução da vazão vesical ou ao esvaziamento vesical deficiente devido a contrações vesicais fracas ou ausentes	Bexiga distendida à apalpação Resíduo pós-miccional elevado Frequência Vazamento involuntário de pequenos volumes de urina Noctúria	As intervenções são individualizadas em relação à gravidade da retenção urinária, à capacidade de contração da bexiga e aos danos renais existentes. Retenção leve com alguma função vesical: • Micção com hora marcada • Micção dupla • Monitorar o resíduo pós-miccional segundo a orientação do provedor de cuidados de saúde • Cateterização intermitente Retenção grave, função vesical nula: • Cateterização intermitente • Cateterização de demora
Incontinência Urinária de Estresse		
Vazamento involuntário de pequenos volumes de urina em associação ao aumento da pressão intra-abdominal, relacionado à hipermobilidade uretral ou a um esfíncter urinário incompetente (p. ex., músculos do assoalho pélvico fracos, trauma após um parto, prostatectomia radical)	Perda de um volume pequeno de urina ao tossir, dar uma gargalhada, fazer exercícios, caminhar, levantar-se de uma cadeira Geralmente não vaza urina à noite ao dormir	Conforme orientado pelo provedor de cuidados de saúde, instruir o paciente quanto a exercícios dos músculos pélvicos.

Consequência de fraqueza ou lesão ao esfíncter urinário ou aos músculos do assoalho pélvico Consequência subjacente: a uretra não consegue ficar fechada em decorrência da pressão abdominal aumentada (p. ex., espirro ou tosse)		
Incontinência Urinária por Impulso ou Urgência		
Eliminação involuntária de urina frequentemente associada a uma forte sensação de urgência relacionada a uma bexiga excessivamente ativa, causada por problemas neurológicos, inflamação de bexiga ou obstrução da vazão vesical Em muitos casos a hiperatividade vesical é idiopática; causa não conhecida Causada por contrações involuntárias da bexiga em associação a um impulso a urinar que ocasiona o vazamento de urina	Pode apresentar um dos sintomas a seguir ou todos eles: • Urgência • Frequência • Noctúria • Dificuldade ou incapacidade de segurar a urina ao ocorrer o impulso a urinar • Vazamentos a caminho do banheiro • Vaza maiores volumes de urina, por vezes o bastante para molhar roupas externas • Pinga pequenas quantidades a caminho do banheiro • Impulso forte/vazamentos ao ouvir água correndo, lavar as mãos, ingerir líquidos	Perguntar ao paciente sobre sintomas de uma ITU Evitar irritantes vesicais (p. ex., cafeína, adoçantes artificiais, álcool). Conforme orientado pelo provedor de cuidados de saúde, instruir o paciente em exercícios dos músculos pélvicos, em exercícios de inibição do impulso a urinar e/ou no treinamento vesical. Caso prescrito pelo provedor de cuidados de saúde, monitorar os sintomas do paciente e quanto à presença de efeitos colaterais das medicações santimuscarínicas.
Incontinência Urinária Reflexa		
Perda involuntária de urina ocorrendo a intervalos até certo ponto previsíveis quando o paciente atinge um volume vesical específico, relacionada a danos à medula espinhal entre C1 e S2	Percepção diminuída ou ausente do enchimento da bexiga e do impulso a urinar Vazamento de urina sem percepção consciente Pode não haver o esvaziamento total da bexiga devido à dissinergia do esfíncter urinário; contração inadequada do esfíncter à contração da bexiga, causando a obstrução do fluxo de urina **ALERTA:** Em risco de desenvolvimento de disreflexia autonômica, uma condição que coloca em risco a vida do paciente e causa uma	Seguir o esquema prescrito para o esvaziamento da bexiga por micção ou por cateterização intermitente Fornecer produtos para a contenção da urina: cateter em preservativo, roupas de baixo, absorventes, cuecas. Monitorar quanto a sinais e sintomas de retenção urinária e de ITU. Monitorar quanto à disreflexia autonômica, que é uma emergência médica tornando necessária a intervenção imediata. Notificar imediatamente ao provedor de cuidados de saúde.

	elevação grave da pressão arterial e da frequência de pulso e diaforese	

Infecções do Trato Urinário

As ITU são uma das mais comuns adquiridas nos cuidados de saúde, com praticamente todas elas causadas pela instrumentação do trato urinário (CDC, 2015). O patógeno causador mais comum é a *Escherichia coli*, uma bactéria encontrada comumente no colo intestinal (Gupta e Hooton, 2011; Nicolle, 2014). O risco de uma ITU aumenta na presença de um cateter de demora, a qualquer instrumentação do trato urinário, à retenção urinária, à incontinência urinária e fecal e em associação a práticas de higiene perineal deficientes.

As ITU são caracterizadas pela localização (i.e., trato urinário superior [rim] ou trato urinário inferior [bexiga, uretra]) e por ter sinais e sintomas de infecção. A **bacteriúria**, ou a presença de bactérias na urina, nem sempre significa que há uma ITU. A presença de bactérias na urina na ausência de sintomas, tal como encontrado numa cultura de urina, é designada como *bacteriúria assintomática* e não é considerada como infecção nem deve ser tratada por antibióticos (Mody e Juthani-Mehta, 2014). Uma infecção sintomática da bexiga pode levar a uma grave ITU superior (**pielonefrite**) e deve ser tratada por antibióticos. Os sintomas de uma ITU inferior (vesical) podem incluir ardência ou dor ao urinar (**disúria**); irritação da bexiga (**cistite**), caracterizada por urgência, frequência, incontinência, hipersensibilidade suprapúbica e urina turva e de odor fétido. Os idosos podem apresentar uma alteração do estado mental denominada *delirium*. Em alguns casos vai haver a presença óbvia de sangue na urina (hematúria). Quando a infecção se dissemina ao trato urinário superior (pielonefrite) os pacientes podem vir a apresentar igualmente febre, calafrios, diaforese e dores no flanco (Schaeffer e Schaeffer, 2012).

As **ITU Associadas a Cateteres (ITUAC)** são um problema contínuo para os hospitais, porque se associam a um aumento nas hospitalizações, a maior morbidade e mortalidade, a estadias

hospitalares mais longas e a custos hospitalares aumentados (Gould et al., 2009; Hooton e Bradley, 2010). Como uma ITUAC é comum, dispendiosa e considerada como sendo razoavelmente passível de prevenção, desde 1° de outubro de 2008 os Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) dos Estados Unidos a elegeram como uma das complicações para as quais os hospitais não devem mais receber pagamento adicional para compensar o custo extra do tratamento. Em consequência disso, houve uma mudança nas práticas de cuidado clínico, do foco tradicional no reconhecimento precoce e no tratamento imediato para aquele da prevenção. É preciso ter alguma cautela para se definir uma ITUAC. A coleta de amostras de urina para uma investigação microbiológica precisa ser feita cuidadosamente para se evitar a contaminação. Em pacientes em estado crítico a coleta de amostras de urina deve ser feita de rotina uma vez por semana ou ao início de um novo episódio de sepse. A ITUAC é geralmente considerada como presente quando são identificadas pelo menos 10^3 unidades formadoras de colônias (UFC)/mL de 1 ou 2 microrganismos por uma cultura de urina (Maki e Tambyah, 2011; Mnatzaganian et al., 2005).

Incontinência Urinária

A **incontinência urinária** (IU) foi definida como a "queixa de perda involuntária de urina" (Staskin et al., 2013) (Tabela 46-1). A IU é um problema comum, afetando 27% dos indivíduos masculinos e 43% das mulheres com idade acima de 40 anos (Coyne e Kvasz, 2012) e mais de 70% dos pacientes idosos em instituições asilares (Coyne e Wein, 2014). São formas comuns de IU a IU por urgência (vazamento involuntário associado à urgência) e a IU de estresse (vazamento involuntário associado ao esforço ao espirrar ou tossir) (Staskin et al., 2013). A IU mista ocorre quando estão presentes tanto sintomas do tipo de estresse como do tipo de urgência. A **bexiga hiper-reativa** foi definida como uma urgência urinária, acompanhada frequentemente de aumento da frequência urinária e noctúria, que pode ou não se associar à incontinência urinária e está presente sem uma patologia vesical óbvia (Staskin et al., 2013). A IU associada à

retenção crônica de urina (designada anteriormente como *IU por transbordamento*) é o vazamento de urina causado por uma bexiga excessivamente cheia (Staskin et al., 2013). A IU funcional é causada por fatores que proíbam o acesso de um paciente a um toalete ou a outro receptáculo aceitável para urina ou interfiram nesse acesso. Em muitos casos não há nenhuma patologia vesical. Este é um problema significativo em indivíduos idosos que apresentam problemas de mobilidade ou na destreza com que manejam suas roupas ou seus comportamentos de ir ao toalete. Pacientes com outros tipos de incontinência também podem ter um aspecto funcional em sua incontinência. Uma categoria de incontinência adicionada recentemente foi identificada como incontinência multifatorial. Essa categoria descreve a incontinência que tem múltiplos fatores de risco em interação, alguns no trato urinário e outros não, como múltiplas doenças crônicas, medicações, fatores relacionados à idade e fatores ambientais (Staskin et al., 2013).

Desvios Urinários

Pacientes que tiveram a bexiga removida devido a um câncer ou a uma disfunção vesical significativa relacionada a lesões por radiação ou uma disfunção neurogênica por ITU frequentes necessitam de procedimentos cirúrgicos que desviem a urina para fora do corpo por uma abertura na parede corporal denominada *estoma*. Os desvios urinários são construídos a partir de uma secção do intestino para criar um reservatório para armazenamento de urina ou um conduto para a urina. Os desvios podem ser temporários ou permanentes, continentes ou incontinentes.

Há dois tipos de desvios urinários continentes. O primeiro deles é designado como *reservatório urinário continente* (Fig. 46-2, *A*), criado de uma parte distal do íleo e da parte proximal do colo intestinal. Os ureteres são incrustados no reservatório. Esse reservatório se situa sob a parede abdominal e tem um segmento ileal estreito levado para fora através da parede abdominal, formando um pequeno estoma. A válvula ileocecal proporciona uma válvula unidirecional na bolsa, através da qual um cateter é inserido pelo estoma para esvaziar a

urina da bolsa. Os pacientes devem estar dispostos e ser capazes de cateterizar a bolsa de 4 a 6 vezes ao dia pelo resto de sua vida.

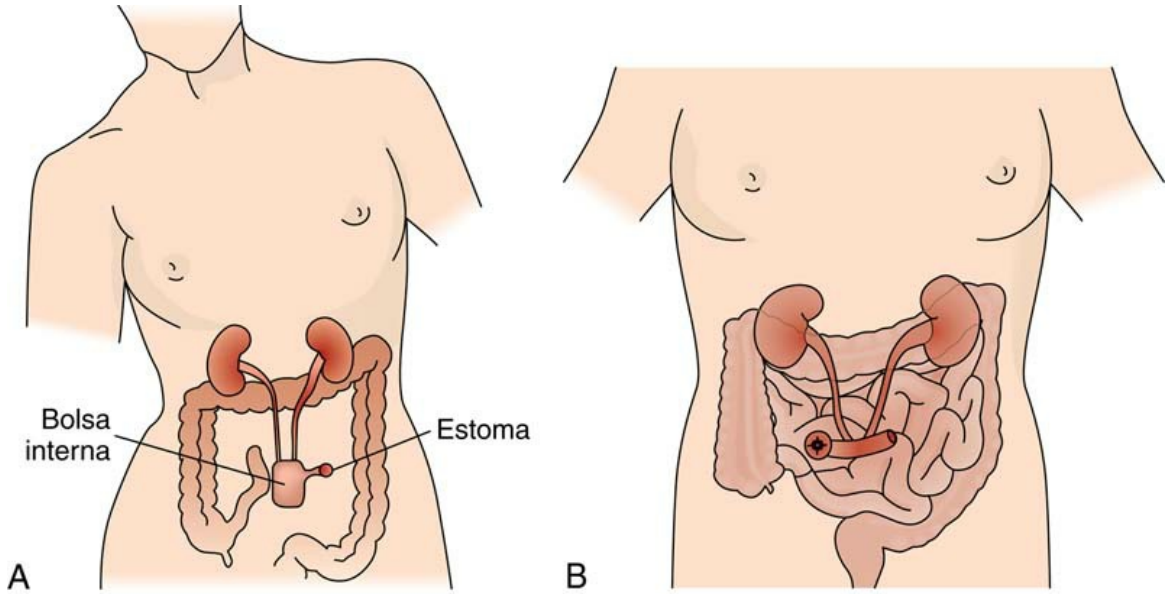


FIGURA 46-2 Tipos de desvios urinários. **A,** Reservatório urinário continente. **B,** Conduto de urostomia ileal.

O segundo tipo de desvio urinário continente é designado como *bexiga ortotópica,* usando uma bolsa ileal para substituir a bexiga. Anatomicamente a bolsa fica na mesma posição que a bexiga ocupava antes de ser removida, possibilitando ao paciente urinar pela uretra empregando uma manobra de Valsalva.

Uma **ureterostomia** ou conduto ileal é um desvio urinário incontinente permanente criado pelo transplante dos ureteres para uma parte fechada do íleo intestinal e por se levar a outra extremidade para fora da parede abdominal, formando um estoma (Fig. 46-2, *B*). O paciente não tem nenhuma sensação nem controle sobre o fluxo contínuo de urina através do conduto ileal, tornando necessária a coleta do efluente (drenagem) numa bolsa.

As sondas de **nefrostomia** são pequenos tubos como túneis através da pele até a pelve renal. Esses tubos são colocados para drenar a pelve renal quando o ureter está obstruído. Os pacientes efetivamente vão para casa com esses tubos e precisam de uma orientação

cuidadosa a respeito do cuidado do local e dos sinais de infecção (Fig. 46-3).

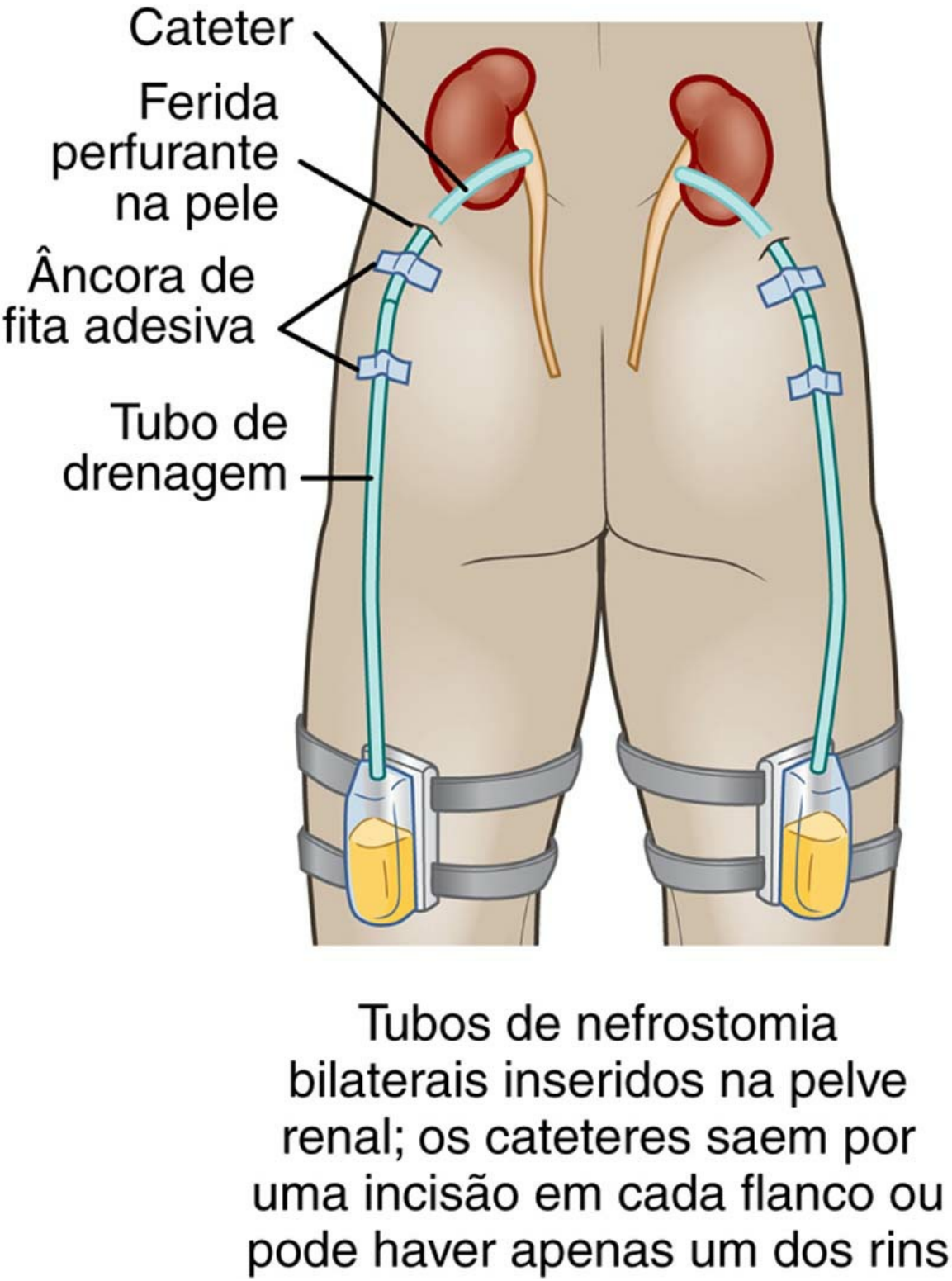


FIGURA 46-3 Tubos de nefrostomia. (De Lewis SL et al: *Medical-surgical nursing*, 9. ed., St Louis, 2014, Mosby.)

Base de conhecimento da enfermagem

A eliminação urinária é uma função corporal básica e se acompanha de diversas necessidades psicológicas e fisiológicas. Um cuidado de enfermagem abordando tanto o aspecto fisiológico quanto o psicológico se torna essencial quando uma doença ou uma incapacidade interfere no atendimento a essas necessidades.

Controle de Infecções e Higiene

O trato urinário é estéril. Utilize princípios do controle de infecções para ajudar na prevenção do desenvolvimento e da disseminação de ITU. É preciso que você obedeça aos princípios da assepsia ao executar procedimentos envolvendo o trato urinário ou a genitália externa. A higiene perineal é um componente essencial do cuidado (Cap. 40) nos casos em que há uma alteração do padrão habitual de eliminação urinária. O cuidado perineal ou o exame da genitália externa requer assepsia, incluindo a higiene correta das mãos. Todo e qualquer procedimento invasivo, como um cateterismo, exige uma técnica asséptica estéril.

Crescimento e Desenvolvimento

É importante se aplicar o conhecimento do crescimento e desenvolvimento normais ao se cuidar de pacientes com problemas urinários. A capacidade de controle da micção de um paciente se modifica durante o tempo de vida. O sistema neurológico não se encontra bem desenvolvido até a idade de 2 a 3 anos. Até esse estágio do desenvolvimento a criança pequena não é capaz de associar a sensação de enchimento e de urgência à micção. O treinamento excretor se torna eficaz quando a criança passa a reconhecer as sensações de urgência, consegue segurar a urina por 1 a 2 horas e é capaz de comunicar suas necessidades. A continência tem início durante o período diurno. Crianças que urinam na cama à noite sem despertar do sono têm o que é designado como *enurese noturna*. Em

alguns casos elas podem apresentar essa incontinência noturna até bem tardiamente na infância. Lactentes e crianças pequenas não conseguem concentrar efetivamente a urina. Sua urina parece amarelo-clara ou transparente. Lactentes e crianças excretam um grande volume de urina em relação a seu pequeno tamanho corporal. Como exemplo, um lactente de 6 meses que pese de 6 a 8 kg excreta de 400 a 500 mL de urina por dia.

A gravidez ocasiona muitas alterações no corpo, incluindo o trato urinário. A frequência urinária é comum ao início e ao final da gravidez. Alterações hormonais e a pressão do feto em crescimento sobre a bexiga causam um aumento da produção de urina e uma redução da capacidade vesical.

O envelhecimento normal causa alterações no trato urinário e no restante do corpo. Essas alterações não produzem disfunções vesicais, mas a idade aumenta efetivamente o risco e a incidência dessas disfunções (Quadro 46-3).

Quadro 46-2

Foco em idosos

Incontinência Urinária

Algumas das alterações normais do envelhecimento têm impacto sobre a continência urinária. O aumento da próstata em homens idosos pode causar a obstrução do fluxo de urina a partir da bexiga, ocasionando o esvaziamento vesical incompleto, urgência, frequência, infecções do trato urinário e danos ao trato urinário superior por retenção urinária. Os padrões de produção de urina podem se modificar em consequência de uma alteração no ritmo circadiano de retenção de água, causando o aumento da produção de urina à noite e noctúria (Varilla et al., 2011). A noctúria perturba o sono e aumenta o risco de quedas (Foley et al., 2012; Gomelsky e Dmochowski, 2011). Os idosos têm menor capacidade de retardar a micção, uma incidência aumentada de bexiga hiperativa e possivelmente uma perda da contratilidade vesical, aumentando o

risco de retenção urinária. As mulheres idosas têm uma diminuição da estrogenização dos tecidos perineais, o que aumenta o risco de infecção do trato urinário (Mody e Juthani-Mehta, 2014).

A idade avançada se associa a uma prevalência aumentada de doenças crônicas como acidente vascular encefálico, diabetes, doença degenerativa articular, doença de Parkinson, cardiopatias e disfunção miccional (Harris e Smith, 2010; Nobili et al., 2011). Essas doenças e os problemas associados a elas, tais como alterações cognitivas, limitações da mobilidade e outras alterações funcionais, podem ter impacto sobre a continência e aumentar o risco de incontinência urinária (Erikson et al., 2015; Gomelsky e Dmochowski, 2011). O uso de múltiplas medicações, designado como *polifarmacologia*, é mais comum em idosos (Touhy e Jett, 2014). Muitas dessas medicações têm o potencial de exercer impacto sobre a eliminação normal por afetar a capacidade da bexiga em segurar a urina ou em se esvaziar adequadamente (anti-hipertensivos, inibidores da colinesterase, antidepressivos, sedativos) (Burchum e Rosenthal, 2016).

Implicações para a Prática

- Idosos com alterações cognitivas podem ter de ser lembrados a urinar mais frequentemente para melhorar a continência.
- Avaliar todas as causas possíveis de incontinência de início recente, o que deve incluir tomar nota de quaisquer novas medicações que possam afetar a cognição, a lucidez, a mobilidade ou a micção.
- Idosos que tenham iniciado recentemente o uso de uma medicação antimuscarínica devem ser avaliados cuidadosamente quanto a alterações do estado mental. Essa classe de medicações tem o potencial de causar alterações cognitivas em adultos idosos (American Geriatrics Society, 2012).
- Idosos com mobilidade alterada e incontinência devem ser alvo de intervenções visando aumentar ao máximo o autocuidado e a continência (p. ex., programa de uso do banheiro, auxiliares à mobilidade, ajuda na higiene).

- Orientar mulheres idosas com incontinência de estresse quanto a exercícios dos músculos pélvicos. Não há um limite de idade para sua eficácia.
- A sensação de sede diminui com o envelhecimento. A hidratação adequada promove a saúde vesical. Pode-se ter de lembrar aos adultos idosos de ingerir uma quantidade adequada de água (Touhy e Jett, 2014).
- Para diminuir a noctúria, instruir os pacientes a restringir a ingestão de líquido nas 2 horas antes de se recolher.
- Homens idosos com alterações do padrão miccional (p. ex., urgência, frequência, jato lento, débito diminuído, gotejamento) devem ser avaliados quanto à retenção urinária devido ao aumento da próstata relacionado à idade.

Implicações Psicossociais

O conceito da própria pessoa, a cultura e a sexualidade são todos eles conceitos intimamente relacionados que são afetados quando os pacientes apresentam problemas de eliminação. O conceito da própria pessoa se modifica ao longo de sua vida e inclui a imagem corporal, a autoestima, os papéis e a identidade (Caps. 34 e 35). Crianças que começam a obter o controle vesical e a aprender as habilidades excretoras apropriadas por vezes resistem a urinar no banheiro e associam sua urina e suas fezes como extensões de si próprias, razão pela qual não se mostram dispostas a eliminá-las. O processo de micção é com frequência um evento culturalmente privado e requer sensibilidade quanto à necessidade de privacidade. A incontinência pode ser devastadora para a autoimagem e a autoestima. Quando seu paciente pede ajuda numa atividade tão pessoal e privada, isso pode ser percebido como constrangedor ou como ser tratado como criança, ou pode colocar em risco a autodeterminação do paciente. Num paciente que tenha um desvio urinário isso vai influenciar sua percepção da imagem corporal, ocasionando a percepção de uma ameaça a sua capacidade de manter uma relação sexual saudável com um parceiro. Como enfermeira fique atenta de como os transtornos da

eliminação afetam os pacientes do ponto de vista psicossocial para poder compreender o impacto total do problema de eliminação do paciente.

Pensamento crítico

Um pensamento crítico bem-sucedido requer a síntese do conhecimento, da experiência, das informações colhidas com os pacientes, das atitudes de pensamento crítico e dos padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos requerem que você preveja e recolha as informações necessárias, analise os dados e tome decisões relativamente ao cuidado de seu paciente.

Ao aplicar o processo de enfermagem, leve em consideração o conhecimento que você adquiriu em relação ao sistema urinário. Integre o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas, de suas experiências anteriores e dos pacientes para compreender o processo de eliminação urinária e seu impacto sobre um paciente e seus familiares. O sistema urinário é afetado por muitos fatores, tanto como parte do trato urinário como de fora dele. Em consequência disso, você pode identificar o impacto específico desses problemas sobre os pacientes e seus familiares. Como exemplo, homens após uma cirurgia de próstata podem vir a apresentar uma IU de estresse devido ao trauma aos esfíncteres urinários, pessoas com ingestão elevada de cafeína ou aquelas que fazem uso de um diurético podem apresentar urgência e frequência urinárias aumentadas e pacientes que se mostram normalmente continentes e são imobilizados podem vir a apresentar incontinência.

Problemas da eliminação urinária são comuns em todos os contextos de cuidado de saúde. Reflita sobre suas experiências anteriores e pessoais para ajudá-la a determinar as necessidades de eliminação de um paciente. Se você própria já teve uma ITU, a experiência vai ajudá-la a compreender a frustração do paciente e seu constrangimento em decorrência da frequência, da urgência e da disúria. Cuidar de outros idosos com problemas funcionais ajuda você a prever as necessidades dos pacientes em relação à ida ao banheiro.

Além disso, utilize atitudes de pensamento crítico como perseverança para encontrar um plano de cuidado para proporcionar o tratamento eficaz dos problemas da eliminação urinária. Os padrões

profissionais também proporcionam orientações valiosas. Você está numa posição-chave para atuar como defensor do paciente pela sugestão de alternativas não invasivas à cateterização (p. ex., o uso da ultrassonografia vesical para se avaliar o volume da urina sem uma instrumentação invasiva ou a implantação de um esquema horário miccional para pacientes incontinentes).

Padrões e diretrizes de prática preparados por organizações especializadas de enfermagem e aqueles elaborados por organizações profissionais nacionais e internacionais são recursos valiosos a serem usados na avaliação crítica de problemas de pacientes e na elaboração de um plano de cuidado. O Quadro 46-3 cita alguns desses recursos. A enfermeira profissional incorpora ao plano de cuidado essas diretrizes baseadas em evidências. Há nos Estados Unidos duas organizações de enfermagem, a Society for Urological Nurses and Associates (http://www.suna.org) e a Wound, Ostomy, Continence Nurses Society (http://www.wocn.org), que oferecem muitos recursos relacionados ao cuidado da continência. Ambas as organizações têm agências de certificação especializadas oferecendo a certificação e especialização ao nível inicial e de prática avançada.

Quadro 46-3 Recursos para Enfermeiras de Urologia/Continência

1. Association of Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC): *Guide to preventing catheter-associated urinary tract infections.* http://www.apic.org/Professional-Practice/Implementation-guides
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Health care-associated infections (HAIs): catheter-associated urinary tract infections (CAUTI).* http://www.cdc.gov/HAI/ca_uti/uti.html
3. European Association of Urology Nurses (EAUN): http://www.uroweb.org/nurses/nursing-guidelines/
4. International Continence Society (ICS): http://www.ics.org/
5. National Association for Continence (NAFC): http://wwwnafc.org/

6. Society of Urologic Nurses and Associates (SUNA): http://www.suna.org/
7. The Simon Foundation for Continence: http://www.simonfoundation.org/index.html
8. The Wound Ostomy and Continence Nurses Society™ (WOCN): http://www.wocn.org/

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e empregue uma abordagem de pensamento crítico no cuidado dos pacientes. O processo de enfermagem proporciona uma abordagem à tomada de decisões clínicas para que você elabore e implemente um plano de cuidado individualizado.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem, analise criticamente os achados para se assegurar de que você tome decisões clínicas centradas no paciente necessárias para um cuidado de enfermagem seguro (Fig. 46-4).

Conhecimento

- Fisiologia do equilíbrio hídrico
- Anatomia e fisiologia da produção normal de urina e da micção normal
- Fisiopatologia de alterações urinárias selecionadas
- Fatores afetando o ato de urinar
- Princípios de comunicação utilizados para se abordar questões relacionadas ao autoconceito e à sexualidade

Experiência

- Cuidar de pacientes com alterações na eliminação urinária
- Cuidar de pacientes em risco de infecção urinária
- Experiência pessoal com alterações na eliminação urinária

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Colher a história de enfermagem do padrão de micção do paciente, seus sintomas e os fatores afetando a micção
- Proceder à avaliação física dos sistemas corporais do paciente potencialmente afetados pela alteração urinária
- Avaliar as características da urina
- Avaliar a percepção do paciente dos problemas urinários na medida em que afetam o autoconceito e a sexualidade
- Colher dados de testes laboratoriais e diagnósticos relevantes

Padrões

- Manter a privacidade e a dignidade do paciente
- Aplicar padrões intelectuais para assegurar que a história do paciente e a avaliação sejam completas e efetuadas em profundidade
- Aplicar padrões profissionais de cuidado de organizações profissionais como a ANA, a International Continence Society (ICS) e a United Ostomy Associations of America

Atitudes

- Demonstrar humildade no reconhecimento das limitações do conhecimento
- Estabelecer confiança no paciente para revelar o quadro total dessa área de avaliação potencialmente sensível

FIGURA 46-4 Modelo de pensamento crítico para o Histórico de Enfermagem da eliminação urinária. *ANA*, American Nurses Association.

Pela Ótica do Paciente

Durante todo o histórico de enfermagem é importante que você considere a perspectiva do paciente em relação a sua doença ou a seu problema urinário. Avalie a compreensão do paciente quanto ao problema urinário e suas expectativas quanto ao tratamento. Alguns pacientes acham difícil falar sobre seus hábitos miccionais por causa da privacidade associada ao urinar. Aborde os pacientes de forma profissional e assegure a eles que seus problemas vão permanecer confidenciais. Pacientes pós-operatórios ou pacientes fazendo uso de medicações que afetem a função vesical podem ficar preocupados em haver alguma coisa de errado quando você investiga a quantidade e a frequência da micção. Pacientes recebendo hidratação intravenosa (IV) nem sempre percebem que têm necessidade aumentada de urinar. A sensibilidade às concepções errôneas dos pacientes vai lhe possibilitar identificar rapidamente áreas para orientação do paciente. Pergunte sempre o que ele espera do cuidado. Por exemplo, o paciente espera que a ITU venha a remitir? O paciente espera que a colostomia seja apenas temporária?

Capacidade do Autocuidado

É muito importante avaliar meticulosamente a capacidade do paciente em executar os comportamentos necessários associados ao urinar. Investigue suas expectativas quanto ao que as enfermeiras vão fazer e o que eles podem fazer independentemente. Não suponha que um paciente que tem um diagnóstico de alteração cognitiva não consegue compreender o cuidado ou participar dele. Equilibrar a segurança do paciente e apoiar seu autocuidado constituem por vezes desafios e devem ser discutidos com o paciente. Como exemplo, um paciente com equilíbrio deficiente vai necessitar de assistência de enfermagem nas transferências para um sanitário e pode necessitar de supervisão

continuada da enfermagem enquanto no sanitário, algo que o paciente pode considerar constrangedor ou humilhante.

Considerações Culturais

Esteja ciente das diferenças culturais e sexuais relacionadas ao ato muito privado de urinar e de como elas afetam a avaliação e o cuidado de enfermagem. Seja sensível e faça perguntas de forma franca. Esteja ciente das preferências sexuais ao posicionar para urinar: muitos homens ficam de pé para urinar, enquanto as mulheres se sentam. Há alterações urinárias ligadas ao sexo, como o aumento da próstata em homens e o prolapso de órgãos pélvicos em mulheres. A cultura dita frequentemente os papéis específicos do sexo no que concerne ao cuidado de problemas da eliminação. Pode ser inadequado para um homem tocar em problemas de eliminação ou até mesmo falar disso com uma mulher (Quadro 46-4).

Quadro 46-4

Aspectos culturais do cuidado

Eliminação Urinária

A eliminação urinária é uma atividade humana privada. Ao se cuidar de pacientes de culturas e religiões diversas, é importante incorporar ao plano de cuidado a sensibilidade e o reconhecimento de fatores que podem afetar o cuidado ao se lidar com problemas da eliminação urinária. Muitas culturas têm crenças e práticas específicas em relação à eliminação, à privacidade e ao cuidado específico do sexo. Devido à natureza pessoal do problema e às práticas culturais relativas à eliminação, problemas urinários como a incontinência frequentemente não são discutidos com os profissionais médicos (Bej et al., 2010; Gemmill e Wells, 2010). São comuns as variações num grupo cultural; por esta razão, cada paciente deve ser avaliado e cuidado como um indivíduo.

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Cada paciente é único. Como enfermeira profissional você deve determinar em que grau a base cultural do paciente, como o grupo etário, a localização geográfica, a etnia ou a raça, afeta seus problemas de eliminação.
- Sempre que possível, designe um provedor de cuidados do mesmo sexo para indivíduos cujas preferências culturais enfatizam o recato feminino e proíbem homens e mulheres sem relações de parentesco de se tocarem (Bej et al. 2010). Pacientes das culturas iraniana, judia ortodoxa, coreana, hindu e vietnamita podem preferir o cuidado por profissionais do mesmo sexo.
- A privacidade é importante em muitas culturas; por isso é importante uma atenção cuidadosa a fechar portas, cortinas junto ao leito e à cobertura do paciente por campos.
- Dar uma atenção especial a que o paciente compreenda as instruções e a orientação ao paciente quando ele fala outra língua que não a sua (Cap. 10). Caso disponíveis, forrneça materiais escritos na língua original do paciente. Consiga um intérprete profissional quando necessário.
- Algumas culturas, como hindus e muçulmanos, seguem práticas de higiene meticulosas, que designam a mão esquerda para executar procedimentos não limpos como a higiene geniturinária. Efetue a higiene das mãos antes de tocar o paciente e use sua mão direita quando possível. Use a mão esquerda para manipular o urinol e as secreções.
- Algumas culturas (p. ex., africana, Ásia Oriental e Sudeste Asiático) continuam a praticar o corte genital feminino ou circuncisão genital feminina, que pode incluir a remoção de todo o clitóris ou parte dele e a remoção parcial ou completa dos lábios menores ou, em sua forma mais extrema, a remoção total do clitóris e dos lábios vaginais e a sutura dos grandes lábios, deixando apenas uma pequena abertura para a urina e as menstruações (American Academy of Pediatrics, 2010). Algumas das consequências de longo prazo incluem infecções recorrentes

do trato urinário, incontinência, infecções pélvicas, fístulas, formação de cicatrizes e disfunção sexual (Odemerho e Baier, 2012).

- As práticas culturais ditam o nível de envolvimento da família no cuidado de um paciente. Essa fonte de força é importante para a saúde do paciente e a família deve ser incluída no plano de cuidado.

Instrução Quanto à Saúde

Ao colher uma história de enfermagem você deve ter cuidado ao avaliar a compreensão do problema urinário por parte de um paciente. Os problemas do trato urinário não são tópicos comuns de conversa em contextos familiares e outros contextos. Um conhecimento limitado da anatomia básica e de como funciona o trato urinário pode contribuir para uma compreensão deficiente e para resultados deficientes do tratamento (Anger et al., 2012). Avalie o nível de instrução do paciente quanto à saúde antes de começar a orientá-lo (Cap. 25).

História de Enfermagem

A história de enfermagem inclui uma revisão dos padrões de eliminação do paciente, seus sintomas de alterações urinárias e a avaliação dos fatores que estão afetando a capacidade de urinar normalmente. O Quadro 46-5 relaciona questões da história de enfermagem que vão ajudar a dirigir o paciente a um foco nos problemas urinários.

Quadro 46-5 Questões para o Histórico de Enfermagem

Natureza do Problema

- Que problemas você está tendo para eliminar urina?

Sinais e Sintomas

- Você sente dor ou ardência ao urinar?
- Você está tendo dores abdominais/dores nos flancos/febre/calafrios?
- Houve alguma alteração na cor ou no odor de sua urina? Por favor, descreva essa alteração.
- Você acha que está esvaziando completamente sua bexiga?
- Você está urinando mais frequentemente que o normal durante o dia?
- Você precisa fazer um esforço e/ou esperar para que seu jato de urina comece a sair?
- Você precisa se levantar à noite para urinar?
- Você vaza urina quando sente uma forte vontade de urinar?
- Você alguma vez vaza urina ao tossir, espirrar e/ou se exercitar?
- Você alguma vez se molhou com urina sem saber o que havia acontecido?
- Você pinga urina antes de urinar, depois de urinar ou em algum outro momento?

Início e Duração

- Quando foi a primeira vez que você percebeu um problema?
- Há quanto tempo esse problema ocorre?

Gravidade

- Quantas vezes por dia você urina?
- Quantas vezes por dia e quantas vezes à noite sua urina vaza?
- Quantas vezes você fica molhado/precisa trocar o absorvente de dia e de noite?
- Com que frequência você é despertado pela vontade de urinar e se levanta para ir ao banheiro?
- Até que ponto esse padrão se compara com o último padrão de que você se recorda?

Fatores Predisponentes

- Você percebeu algum padrão em seu problema urinário?
- Diga-me o que você come/bebe habitualmente num dia. Isso inclui coisas tais como bebidas cafeinadas, chocolate, frutas cítricas ou álcool?
- Que medicamentos você toma de rotina, e algum deles foi mudado recentemente?
- Você já foi hospitalizado ou diagnosticado como tendo um novo problema médico recentemente?

Efeito sobre o Paciente

- Como esses sintomas afetaram sua vida?
- Seu problema urinário interfere em alguma de suas atividades habituais?
- Você já tentou algum tratamento para esse problema (autoajuda, terapias complementares, remédios vendidos sem receita médica, profissional médico e especialista)?

Padrões de Micção

Pergunte ao paciente quanto a padrões diários de micção, incluindo frequência e horários do dia, volume normal em cada micção e história de alterações recentes. A frequência da micção varia entre os indivíduos dependendo da ingestão líquida, de medicações tais como diuréticos e da ingestão de irritantes vesicais como cafeína ou outras bebidas contendo cafeína. Os horários comuns da micção são ao despertar, após as refeições e antes de se deitar. Muitas pessoas urinam em média 5 vezes por dia ou mais. Certifique-se de perguntar se o paciente é despertado do sono por um impulso a urinar e quantas vezes isso ocorre. É normal que os pacientes despertem à noite devido a ruídos, dor ou tratamentos noturnos e apresentem uma necessidade de urinar. As informações sobre o padrão de micção são necessárias para se estabelecer uma medida basal para comparação

Sintomas de Alterações Urinárias

Alguns sintomas específicos de alterações urinárias podem ocorrer em mais de um tipo de transtorno. Durante o histórico de enfermagem pergunte ao paciente quanto à presença de sintomas relacionados à micção (Tabela 46-2). Determine igualmente se o paciente tem conhecimento de condições ou de fatores que precipitam ou agravam os sintomas e determine o que ele faz caso qualquer um desses sintomas venha a ocorrer.

Tabela 46-2
Sintomas Comuns de Alterações Urinárias

Descrição	Causas Comuns
Urgência	
Um desejo de urinar imediato e forte, que não é adiado facilmente	Bexiga cheia Infecção do trato urinário Inflamação ou irritação da bexiga Bexiga hiperativa
Disúria	
Dor ou desconforto em associação à micção	Infecção do trato urinário Inflamação da próstata Uretrite Trauma ao trato urinário inferior Tumores do trato urinário
Frequência	
Urinar mais de 8 vezes durante o período de vigília e/ou a intervalos reduzidos, como menos que a cada 2 horas	Volumes elevados de ingestão de líquido Irritantes vesicais (p. ex., cafeína) Infecção do trato urinário Pressão aumentada sobre a bexiga (p. ex., gravidez) Obstrução da vazão vesical (p. ex., aumento da próstata, prolapso de órgãos pélvicos) Bexiga hiperativa
Hesitação	
Demora no início do jato urinário ao urinar	Ansiedade (p. ex., urinar em banheiros públicos) Obstrução da vazão vesical (p. ex., aumento da próstata, estreitamento uretral)
Poliúria	

Eliminação de quantidades excessivas de urina	Altos volumes de ingestão de líquido Diabetes melito não controlado Diabetes insípido Terapia diurética
Oligúria	
Débito urinário diminuído em relação à ingestão de líquido	Distúrbios do equilíbrio hídrico e eletrolítico (p. ex., desidratação) Disfunção ou insuficiência renal Secreção aumentada do hormônio antidiurético (ADH) Obstrução do trato urinário
Noctúria	
Despertado do sono devido ao impulso a urinar	Ingestão excessiva de líquido (especialmente café ou álcool antes de ir se deitar) Obstrução da vazão vesical (p. ex., aumento da próstata) Bexiga hiperativa Medicações (p. ex., diuréticos tomados à noite) Doenças cardiovasculares (p. ex., hipertensão) Infecção do trato urinário
Gotejamento	
Vazamento de pequenas quantidades de urina apesar do controle voluntário da micção	Obstrução da vazão vesical (p. ex., aumento prostático) Esvaziamento vesical incompleto Incontinência de estresse
Hematúria	
Presença de sangue na urina Hematúria macroscópica (sangue é visto facilmente na urina) Hematúria microscópica (sangue não visualizado, porém medido ao exame de urina de rotina)	Tumores (p. ex., rim, bexiga) Infecções (p. ex., nefrite glomerular, cistite) Cálculos do trato urinário Trauma ao trato urinário
Retenção	
Retenção aguda: Subitamente incapaz de urinar com a bexiga adequada ou excessivamente cheia Retenção crônica: Bexiga não se esvazia totalmente à micção e a urina é retida na bexiga	Obstrução da vazão vesical (p. ex., aumento prostático, obstrução uretral) Contratilidade vesical ausente ou fraca (p. ex., disfunção neurológica como a causada por diabetes, esclerose, lesão da medula espinhal inferior) Efeitos colaterais de algumas medicações (p. ex., anestesia, anticolinérgicos, antiespasmódicos, antidepressivos)

Exame Físico

Um exame físico (Cap. 31) lhe fornece dados para determinar a presença e a gravidade dos problemas da eliminação urinária. As

principais áreas a serem avaliadas incluem os rins, a bexiga, a genitália externa, o meato uretral e a pele do períneo. A ingestão de líquido e o padrão e as quantidades fornecem dados subjetivos adicionais.

Rins

Os rins podem se mostrar hipersensíveis se se tornarem infectados ou inflamados, ocasionando dores nos flancos. Avalia-se quanto à hipersensibilidade percutindo-se delicadamente o ângulo costovertebral (o ângulo formado pela coluna e a décima segunda costela). A ausculta é por vezes realizada para se detectar a presença de um ruído da artéria renal (som decorrente do fluxo sanguíneo turbulento por uma artéria estreitada), mas esse procedimento é geralmente executado por uma enfermeira de prática avançada.

Bexiga

Em adultos a bexiga se situa abaixo da sínfise pubiana. Quando distendida por urina a bexiga vai se elevar acima da sínfise pubiana ao longo da linha média do abdômen. Uma bexiga muito cheia pode se estender até o umbigo. À inspeção pode-se observar uma tumefação ou uma curvatura convexa no abdômen inferior. À apalpação cuidadosa do abdômen inferior uma bexiga cheia pode ser percebida como uma massa uniforme e arredondada. Ao se apalpar uma bexiga cheia os pacientes têm uma sensação de urgência urinária, hipersensibilidade ou até mesmo dor. Caso se suspeite de uma bexiga excessivamente cheia, recomenda-se uma avaliação mais a fundo por um aparelho de ultrassonografia ou de ultrassonografia vesical.

Genitália Externa e Meato Uretral

A inspeção cuidadosa e sensível da genitália externa e do meato uretral fornece dados importantes que podem indicar inflamações e infecções. Normalmente não deve haver nenhuma drenagem de secreções nem inflamação. Para serem mais bem examinadas, deve-se colocar as pacientes do sexo feminino na posição supina para proporcionar a exposição plena da genitália. Observam-se os grandes

lábios quanto a tumefação, eritema, hipersensibilidade, erupções, lesões ou evidências de coçar. As pregas labiais são retraídas com o uso de uma das mãos enluvada. Os lábios menores se mostram normalmente rosados e úmidos. O meato uretral vai aparecer como uma abertura irregular ou em forma de fenda abaixo do clitóris e acima do orifício vaginal. Procure secreções drenando e lesões e pergunte à paciente se há desconforto. Se houver alguma secreção sendo eliminada, anote sua cor e sua consistência e todo e qualquer odor. O tecido vaginal de mulheres pós-menopausa pode se mostrar mais seco e menos rosado que aquele de mulheres mais jovens.

Examine o pênis. Procure qualquer eritema ou irritação. Se o indivíduo não tiver sido circuncidado, retraia o prepúcio ou peça a ele para fazê-lo. O prepúcio deve se mover para trás com facilidade para expor a glande peniana. Em alguns casos o prepúcio se torna rígido e não pode ser retraído (fimose), aumentando o risco de inflamação e de infecção. O meato uretral é uma abertura em forma de fenda logo abaixo da extremidade do pênis. Inspecione a glande peniana e o meato quanto a secreções, lesões e inflamação. Após a inspeção faça o prepúcio retornar à posição não retraída. Prepúcios retraídos podem causar uma tumefação perigosa (parafimose) do pênis (Ball e Dains, 2015).

Todos os pacientes com um cateter de demora devem ter o meato uretral avaliado quanto à drenagem de secreções relacionada ao cateter e quanto à presença de inflamação e de um corrimento que pode indicar uma infecção. Puxar e tracionar cateteres pode causar danos ao meato uretral por criar uma pressão sobre a uretra e sobre o meato. Em alguns casos graves o cateter vai ocasionar a erosão através do meato até a vagina ou, em indivíduos masculinos, através da glande e do corpo do pênis. A detecção precoce de um trauma significa que pode ser implementado um plano para a prevenção de dados ainda maiores.

Pele do Períneo

A avaliação da pele exposta à umidade, especialmente à urina, deve ser efetuada pelo menos uma vez por dia (e em frequência maior se

estiver havendo incontinência continuamente) para se captar os primeiros sinais de danos à pele relacionados à umidade. Observe quanto ao eritema em áreas expostas a umidade, erosões da pele e queixas do paciente de dores em ardência e com prurido (Gray et al., 2012).

Avaliação da Urina

A avaliação da urina inclui a medida da ingestão de líquido e da excreção urinária (I&E) do paciente e a observação das características da urina.

Ingestão e Excreção

A avaliação da I&E é uma forma de se investigar o esvaziamento vesical, a função renal e o equilíbrio hídrico e eletrolítico. Embora frequentemente colocada como parte da prescrição de um provedor de cuidados de saúde, a solicitação da avaliação da I&E de um paciente é também um julgamento de enfermagem. A obtenção de medidas precisas de I&E requer frequentemente a cooperação e o auxílio do paciente e de seus familiares. As medidas da ingestão precisam incluir todos os líquidos e semilíquidos orais, alimentações enterais e quaisquer líquidos parenterais (Cap. 42). As medidas da excreção incluem não apenas a urina como também qualquer líquido que saia do corpo e que possa ser medido, como vômitos, secreções por sondas gástricas e drenos de feridas.

O débito urinário é um indicador-chave da função renal e vesical. Uma alteração no volume urinário pode ser uma indicação significativa de um distúrbio do equilíbrio hídrico, uma disfunção do rim ou uma diminuição do volume sanguíneo. Como exemplo, o débito urinário horário de um paciente pós-operatório cateterizado proporciona uma medida indireta do volume sanguíneo circulante. Se o débito urinário se reduzir abaixo de 30 mL/h a enfermeira deve avaliar imediatamente quanto a sinais de perda de sangue e notificar ao provedor de cuidados de saúde. O débito urinário é também um indicador da função vesical. Pacientes que não urinem por mais de 3 a 6 horas e tenham tido sua ingestão líquida registrada devem ser

avaliados quanto à retenção urinária. Ajudar tão somente alguns pacientes a assumir uma posição normal para urinar leva à micção. Deve-se avaliar quanto a qualquer extremo de aumento ou redução no volume urinário. Um débito urinário inferior a 30 mL por mais de duas horas ou um débito urinário excessivo (poliuria) é uma causa de preocupação e deve motivar uma avaliação mais a fundo e a notificação ao provedor de cuidados de saúde.

O volume urinário é medido usando-se receptáculos com marcações de medidas de volume. A urina pode ser medida usando-se um recipiente de medida graduado depois de o paciente urinar numa cadeira higiênica, uma comadre ou um urinol ou nos casos em que a urina é retirada de uma bolsa de drenagem por cateter. Em pacientes que urinem num vaso sanitário, um "chapéu" para urina (Fig. 46-5) recolhe a urina, possibilitando privacidade ao paciente no banheiro. Os pacientes cateterizados podem ter uma bolsa de drenagem especializada com um urômetro (Fig. 46-6) fixada entre os tubos e a bolsa de drenagem, possibilitando a medida precisa da urina de hora em hora. Siga as Precauções Padrão (Cap. 29) ao esvaziar as bolsas de drenagem por cateter e certifique-se de que o tubo de drenagem seja novamente garroteado e fixado. Todos os pacientes precisam ter um receptáculo graduado para uso individual, para evitar a contaminação cruzada potencial. Marque cada recipiente com o nome do paciente. O recipiente deve ser lavado após cada uso para se reduzir ao máximo o odor e o crescimento de bactérias.

FIGURA 46-5 “Chapéu” de urina.

FIGURA 46-6 Urômetro. (Cortesia de Michael Gallager, RN, BSN, OSF Saint Francis Medical Center, Peoria, IL., EUA.)

Características da Urina

Inspecione a urina do paciente quanto à cor, à transparência e ao odor. Monitore e documente quaisquer alterações.

Cor

A urina normal varia quanto à cor de uma cor de palha clara ao âmbar, dependendo de sua concentração. A urina se mostra geralmente mais concentrada pela manhã ou em associação a deficits do volume líquido. Quando o paciente ingere mais líquidos a urina se torna menos concentrada e a cor se torna mais clara. Pacientes fazendo uso de diuréticos comumente eliminam uma urina diluída enquanto a medicação está ativa.

A presença de sangue na urina (hematúria) nunca é um achado normal. O sangramento pelos rins ou pelos ureteres geralmente faz com que a urina fique vermelho escuro; um sangramento proveniente da bexiga ou da uretra ocasiona geralmente uma urina vermelho vivo. Hematúria e coágulos sanguíneos constituem causas comuns de bloqueio de cateteres urinários.

Medicamentos e alimentos diversos alteram a cor da urina. Como exemplo, pacientes fazendo uso de fenazopiridina, um analgésico urinário, apresentam urina de cor laranja vivo. A ingestão de beterraba, ruibarbo e amora causa uma urina avermelhada. Os rins excretam corantes especiais utilizados em estudos diagnósticos IV e isso altera a cor da urina. Uma urina cor âmbar escuro é decorrente de concentrações elevadas de bilirrubina (urobilinogênio) em pacientes portadores de hepatopatias. Alterações de cor inesperadas devem ser relatadas ao provedor de cuidados de saúde.

Transparência

A urina normal tem aparência transparente no momento da micção. Uma urina que permanece por alguns minutos num recipiente se torna turva. Em pacientes portadores de uma patologia renal a urina recém-eliminada tem aparência turva devido à concentração de proteínas. A urina também pode ter aparência espessa e turva em consequência de bactérias e de leucócitos. A urina obtida no período matinal pode se mostrar turva devido a ter sido mantida na bexiga durante a noite, mas vai ter aparência transparente à próxima micção.

Odor

A urina tem um odor característico de amônia. Quanto mais concentrada estiver a urina, mais forte vai ser o odor. Se a urina permanecer recolhida (num recipiente de coleta, por exemplo), há maior decomposição da amônia e o odor se torna mais forte. Um odor fétido pode indicar uma ITU. Alguns alimentos, tal como aspargos e alho, podem alterar o odor da urina.

Testes Laboratoriais e Diagnósticos

A enfermagem é frequentemente responsável pela coleta de amostras de urina para testes laboratoriais. O tipo de teste determina o método de coleta. Marque todas as amostras com o nome do paciente, a data, o horário e o tipo de coleta. Muitos espécimes de urina precisam chegar ao laboratório dentro de 2 horas da coleta ou devem ser preservados de acordo com o protocolo do laboratório (Pagana e Pagana, 2013). Uma urina que permaneça num recipiente à temperatura ambiente sem o preservativo exigido vai apresentar o crescimento de bactérias, acarretando alterações que vão afetar a precisão do teste. As orientações institucionais para o controle de infecções requerem a aderência a precauções padrão durante o manejo de espécimes de urina (Cap. 29). Para se obter uma urina que seja fresca ou nova, deve-se solicitar ao paciente para urinar duas vezes. A segunda amostra de urina é aquela a ser enviado ao laboratório. Um espécime de urina de coleta limpa do jato médio pode ser necessário para se conseguir obter uma urina o mais livre possível de contaminação bacteriana. A Tabela 46-3 descreve as considerações de enfermagem em relação a diversos testes comuns. A Tabela 46-4 descreve os componentes do mais comum dos testes urinários, o exame de urina de rotina.

Tabela 46-3
Testes de Urina

Tipo de Coleta/Uso da amostra	Considerações de Enfermagem
Randômica (exame de urina de rotina)	Coletar durante a micção normal ou da bolsa de coleta de um cateter de demora ou de um desvio urinário.

Inclui alguns testes que são usados para a avaliação de triagem e são diagnósticos para distúrbios hídricos e eletrolíticos, infecções do trato urinário, presença de sangue e outros problemas metabólicos	Não coletar da bolsa de drenagem de um cateter de demora (a urina não é fresca). Usar um recipiente limpo para a amostra Em alguns contextos de cuidado de saúde você pode ser responsável por testar a urina com tiras reagentes. Seguir as instruções do fabricante ao executar o teste e ler as tiras. Mergulhar a tira reagente em urina fresca e em seguida observar as mudanças de cor na tira. Comparar a cor na tira ao gráfico de cores no recipiente da tira reagente. Cada cor é examinada no horário exato indicado no recipiente.
Urina limpa ou do jato médio (cultura e sensibilidade)	A urina pode ser colhida pelo paciente após instruções detalhadas quanto à técnica correta de limpeza e de coleta (Procedimento 46-1 mais adiante). Usar sempre um recipiente estéril para a amostra
Amostra estéril para cultura e sensibilidade Determina a presença de bactérias e a quais antibióticos as bactérias são sensíveis	Se o paciente tiver um cateter de demora, colher uma amostra usando a técnica asséptica estéril pela escotilha especial de coleta de amostras (Fig. 46-12) na lateral do cateter. Não colher nunca a amostra da bolsa de drenagem. Fechar a braçadeira do tubo abaixo da escotilha, deixando a urina fresca não contaminada se acumular no tubo. Depois de limpar a escotilha com uma haste embebida em drogas antimicrobianas, inserir uma seringa estéril e retirar pelo menos 3 a 5 mL de urina (verificar a orientação da instituição). Usando uma técnica asséptica estéril, transferir a urina para um recipiente estéril (Cap. 28). Pacientes com um desvio urinário precisam ter o estoma cateterizado para se obter uma amostra correta. Um relatório preliminar vai estar disponível em 24 horas; no entanto, geralmente são necessárias 48 a 72 horas para o crescimento bacteriano e o teste de sensibilidade.
Amostras de urina com horário marcado Mede substâncias corporais que podem ser excretadas em níveis mais elevados em horários específicos ou num período de tempo específico	Requer a coleta e o teste de urina num horário específico ou a urina colhida num período específico (p. ex., coletas de 2, 12 ou 24 horas). O período marcado começa depois de o paciente urinar e termina por uma última micção ao final do período. Em muitas coletas de amostras de 24 horas se descarta a primeira amostra e se começa então a coletar a urina. O paciente deve urinar num receptáculo limpo e a urina é transferida para o recipiente especial de coleta, que com frequência contém preservativos especiais. Dependendo do teste, pode-se ter de manter refrigerado o recipiente para urina colocando-o num recipiente com gelo. Todas as amostras devem estar desprovidas de fezes e de papel higiênico. A mistura de amostras tornam toda a coleta inadequada. Verificar a orientação da instituição e o laboratório quanto a instruções específicas. A orientação dos pacientes deve incluir uma explicação do teste, uma ênfase na necessidade de se colher toda a urina eliminada durante o período especificado e o procedimento de coleta de urina.

Tabela 46-4

Exame de Urina de Rotina

Medida (Valor Normal)	Interpretação
pH (4,6 a 8,0)	O nível do pH indica o equilíbrio ácido-base. Um pH ácido ajuda a proteger em relação ao crescimento bacteriano. Uma urina que fica parada por várias horas se torna alcalina pelo crescimento bacteriano.
Proteínas (até 8 mg/100 mL)	As proteínas normalmente não estão presentes na urina. A presença de proteínas é um indicador muito sensível da função renal. Danos à membrana glomerular (tal como na glomerulonefrite) possibilitam a filtragem de moléculas maiores, com a passagem de proteínas.
Glicose (normalmente não presente)	Pacientes com um diabetes mal controlado apresentam glicose na urina devido à incapacidade dos túbulos em reabsorver elevadas concentrações séricas de glicose (> 180 mg/100 mL). A ingestão de altas concentrações de glicose contribui para ela aparecer na urina de pessoas saudáveis.
Cetonas (normalmente não presentes)	Na presença de um controle deficiente do diabetes os pacientes apresentam a decomposição dos ácidos graxos. Os produtos finais do metabolismo dos ácidos graxos são as cetonas. Pacientes com desidratação, inanição ou ingestão excessiva de aspirina também apresentam cetonúria.
Sangue	Um teste positivo para sangue oculto ocorre na presença de eritrócitos intactos, hemoglobina ou mioglobina. Danos ao glomérulo ou aos túbulos causam a passagem de células sanguíneas à urina. Traumas ou doenças do trato urinário inferior também causam hematúria.
Densidade (1,0053 a 1,030)	Os testes da densidade medem a concentração de partículas na urina. Uma densidade elevada reflete uma urina concentrada, e uma gravidade baixa reflete uma urina diluída. Desidratação, redução do fluxo sanguíneo renal e aumento da secreção do ADH elevam a densidade. Hiperidratação, doenças renais ao início da evolução e uma secreção inadequada de ADH reduzem a densidade.
Exame microscópico Eritrócitos (até 2)	Danos a glomérulos ou a túbulos possibilitam a passagem de eritrócitos para a urina. Traumas, doenças, presença de cateteres uretrais ou cirurgias do trato urinário inferior também causam a presença de eritrócitos.
Leucócitos (0-4 por campo de pequeno aumento)	Números elevados indicam uma inflamação ou infecção.
Bactérias (normalmente não presentes)	Bactérias na urina podem indicar uma infecção ou colonização (se o paciente não apresentar sintomas).
Cilindros (corpos cilíndricos não presentes normalmente, cuja forma se assemelha à de objetos no túbulo renal)	Os tipos incluem os hialinos, leucocitários, eritrocitários, células granulares e células epiteliais. Sua presença indica uma patologia renal.
Cristais (normalmente não presentes)	Os cristais indicam um risco aumentado de formação de cálculos renais (pedra). Os pacientes com níveis elevados de ácido úrico (gota) podem vir a apresentar cristais de ácido úrico.

Dados de Pagana KD, Pagana TJ. *Mosby's diagnostic and laboratory teste reference*, 11. ed., St Louis, 2013, Mosby.

ADH, Hormônio antidiurético; *RBC*, eritrócitos; *WBC*, leucócitos.

Exames Diagnósticos

O sistema urinário é um dos poucos órgãos e sistemas acessíveis a um estudo diagnóstico preciso por técnicas radiográficas. Os estudos podem ser simples e não invasivos ou complexos e invasivos. Consultar a Tabela 46-5 para uma revisão dos mais comuns testes diagnósticos do trato urinário.

Tabela 46-5

Testes Diagnósticos Comuns do Trato Urinário

Procedimento	Descrição	Considerações Especiais de Enfermagem
Procedimentos não Invasivos		
RX abdominal (chapa simples; chapa de rim, ureter, bexiga [RUB] ou plana)	Raio X do abdômen para se determinar o tamanho, a forma, a simetria e a localização das estruturas do trato urinário inferior Usos comuns: Detecção e medida de cálculos urinários	Nenhum preparo especial
Exame tomográfico axial computadorizado (TC)	Aquisição de imagens detalhadas das estruturas abdominais proporcionadas pela reconstrução computadorizada de imagens em corte transversal Usos comuns: Identificação de anormalidades anatômicas, tumores e cistos renais, cálculos e obstrução dos ureteres	Preparo: Limpeza intestinal (ver protocolo da instituição ou do provedor de cuidados de saúde). Avalia quanto à presença de quaisquer alergias e de uma reação anterior a meios de contraste. Todos os pacientes com alergias têm um risco aumentado de reações anafilactoides a contrastes radiológicos. As reações adversas aos meios de contraste são anafilactoides e não alergias efetivas (Kaufman et al., 2013). **NOTA:** O mito de que toda e qualquer pessoa alérgica a meios de contraste é alérgica a mariscos ou a iodo não é válido. O iodo é um oligoelemento essencial e não um alérgeno (Schabelman e

		Witting, 2010). Os alérgenos nos mariscos são proteínas cujo conteúdo não inclui iodo. Restringir alimentos sólidos e líquidos por até 4 horas antes do teste (ver o protocolo da instituição ou do provedor de cuidados de saúde). Após o procedimento: Encorajar líquidos para promover a excreção do contraste. Avaliar quanto à reação de hipersensibilidade retardada ao meio de contraste. Orientação do paciente: Explicar que ele vai ser colocado numa mesa especial que vai passar por uma câmara de aquisição de imagens semelhante a um túnel. Ele vai ter de ficar imóvel quando solicitado pelo técnico; alguns pacientes podem sentir claustrofobia.
Pielograma intravenoso (PIV)	Aquisição de imagens do trato urinário que visualiza os dutos coletores e a pelve renal e delineia os ureteres, a bexiga e a uretra (Após a injeção intravenosa do meio de contraste [à base de iodo que se converte num corante], é obtida uma série de chapas radiográficas para se observar a passagem da urina a partir da pelve renal até a bexiga.) Usos comuns: Detecção e medida de cálculos urinários, tumores, hematúria, obstrução do trato urinário	Preparo: Avaliar quanto a alergias. Avaliar quanto à desidratação. Limpar o intestino (ver protocolo da instituição ou do provedor de cuidados de saúde). Restringir alimentos sólidos e líquidos por até 4 horas antes do teste (ver protocolo da instituição ou do provedor de cuidados de saúde). Após o procedimento: Avaliar quanto à hipersensibilidade retarda ao meio de contraste. Encorajar líquidos após o teste para diluir o contraste e eliminá-lo do paciente. Avaliar o débito urinário. Menos de 30 mL/h aumentam o risco de nefropatia induzida pelo contraste. Orientação do paciente: O rubor facial é uma resposta normal durante a injeção do contraste e os pacientes podem ter tonteiras ou calor ou sentir alguma náusea.
Ultrassonografia: Renal e vesical	A aquisição de imagens dos rins, ureteres e bexiga usando ondas sonoras identifica anormalidades estruturais macroscópicas e estima o volume de urina na bexiga Usos comuns: Detecção de massas, obstruções, presença de hidronefrose ou hidroureter, anormalidades da parede vesical e cálculos; medida do resíduo pós-miccional	Os pacientes precisam vir com a bexiga cheia

Procedimentos Invasivos		
Endoscopia-cistoscopia	Introdução de um cistoscópio até a bexiga através da uretra para proporcionar a visualização direta, a coleta de amostras e/ou o tratamento da bexiga e da uretra (Em muitos casos o procedimento é efetuado com o uso de anestesia local, mas em algumas circunstâncias pode-se recorrer à anestesia geral ou à sedação consciente.) Usos comuns: Hematúria microscópica, detecção de tumores vesicais e de uma obstrução da vazão vesical e da uretra	Quando aplicável, seguir o protocolo da instituição quanto à preparação pré-operatória (Cap. 39). Orientação do paciente: A urina pode ficar tingida de rosa após o teste; sinais e sintomas de infecção do trato urinário.

Dados de Pagana KD, Pagana TJ: *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*, 11. ed., St Louis, 2013, Mosby.

Muitas das responsabilidades da enfermagem relacionadas aos testes diagnósticos do trato urinário são comuns à maioria dos estudos. As responsabilidades antes do teste incluem as seguintes:

- Assegurar que seja preenchido um consentimento informado (verificar a orientação da instituição).
- Avaliar o paciente quanto a quaisquer alergias e se ele apresentou uma reação anterior a um meio de contraste (Pagana e Pagana, 2013).
- Administrar drogas para a limpeza do intestino quando prescritas (verificar a orientação da instituição).
- Assegurar que o paciente venha a aderir à dieta pré-teste apropriada (líquidos claros) ou em jejum
- As responsabilidades após o teste incluem:
  - Avaliar a I&E.
  - Avaliar a micção e a urina (cor, transparência, presença de sangue, disúria, problemas de esvaziamento.)
  - Encorajar a ingestão de líquido, especialmente no caso de uso de corantes radiopacos.

Diagnóstico de Enfermagem

Uma avaliação meticulosa da função de eliminação urinária de um paciente revela padrões de dados que possibilitam a uma enfermeira

fazer diagnósticos de enfermagem relevantes e precisos. Use o pensamento crítico para refletir sobre o conhecimento de pacientes anteriores, aplicar o conhecimento da função urinária e dos efeitos dos transtornos, rever as características definidoras e fazer um diagnóstico de enfermagem específico. Os dados de questões referentes ao sistema urinário são importantes para a identificação de diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico focaliza uma alteração específica da eliminação urinária ou um problema associado como *Integridade da Pele Prejudicada relacionada a uma IU.* A identificação das características definidoras leva à seleção de um diagnóstico apropriado focalizado no problema. A identificação dos fatores de risco leva à seleção de um diagnóstico em risco (Cap. 17).

Uma parte importante da formulação de diagnósticos de enfermagem focalizados no problema consiste na identificação do fator causal ou relacionado relevante. No caso de diagnósticos de risco deve-se selecionar os fatores de risco corretos. Você vai escolher intervenções que tratem ou modifiquem o fator ou fatores de risco relacionados ao diagnóstico a serem resolvidos. A especificação dos fatores relacionados a um diagnóstico permite a seleção de intervenções de enfermagem individualizadas (Ackley e Ladwig, 2011). Como exemplo, o *Deficit do Autocuidado no Uso do Banheiro relacionado à alteração da capacidade de transferência* ou ao estado de mobilidade alterada prejudicada orienta a seleção de intervenções de enfermagem que removam barreiras ao acesso ao banheiro. O *Deficit do Autocuidado relacionado a alterações cognitivas* orienta a seleção de intervenções de enfermagem tais como um programa de micção estimulada ou um programa de treinamento do hábito de urinar. O Quadro 46-6 apresenta um exemplo de raciocínio diagnóstico. Alguns diagnósticos de enfermagem comuns em pacientes apresentando problemas da eliminação urinária incluem os seguintes:

- *Incontinência Urinária Funcional*

Quadro 46-6

Processo Diagnóstico de Enfermagem

Incontinência Urinária por Urgência Relacionada a uma Infecção Vesical

Atividades de Histórico de Enfermagem	Características Definidoras
Pedir ao paciente para descrever os problemas miccionais/a incontinência.	Paciente se queixa de vazamento de urina em associação a uma forte vontade de urinar.
Avaliar o padrão miccional do paciente.	Registro vesical mostra episódios de incontinência urinária.
	Paciente descreve ou é observado como vazando urina a caminho da privada ou já na mesma.
	Paciente descreve ou é observado como correndo ou se apressando para chegar ao banheiro.

- *Incontinência Urinária de Estresse*
- *Incontinência Urinária por Urgência*
- *Incontinência Reflexa*
- *Risco de Infecção*
- *Deficit do Autocuidado no Uso do Banheiro*
- *Integridade da Pele Prejudicada*
- *Eliminação Urinária Prejudicada*
- *Retenção Urinária*

Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento de enfermagem integram-se as informações do histórico de enfermagem e as informações relativas a recursos disponíveis e terapias para se elaborar um plano de cuidado individualizado (Plano de Cuidado de Enfermagem). Faça a correspondência entre as necessidades do paciente e padrões profissionais recomendados na literatura (Fig. 46-7). É importante estabelecer com os pacientes uma relação de confiança, porque a implementação do cuidado envolve interações de natureza muito pessoal.

Conhecimento

- Importância do carinho na manutenção da autoestima do paciente
- Papel que outros profissionais de saúde podem ter no cuidado de pacientes com alterações da eliminação urinária
- Princípios de aprendizado de adultos a serem aplicados ao instruir o paciente e seus familiares
- Serviços de recursos com base na comunidade
- Intervenções de enfermagem eficazes para a manutenção da eliminação urinária normal

Experiência

- Respostas anteriores do paciente a intervenções de enfermagem planejadas para promover a eliminação urinária

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Reforçar a aderência a boas práticas de higiene
- Escolher intervenções que promovam a fisiologia normal da micção
- Envolver os familiares no aprendizado e nos procedimentos para o cuidado do paciente no domicílio
- Encaminhar o paciente a profissionais de cuidados de saúde e/ou instituições comunitárias que sejam apropriados

Padrões

- Individualizar as intervenções para se adaptar a um padrão miccional normal
- Aplicar no planejamento do cuidado padrões de cuidado da instituição e de organizações profissionais como ANA, ICS e a United Ostomy Associations of America

Atitudes

- Utilizar o correr riscos e a criatividade ao tentar alternativas no cuidado (p. ex., cuidado da pele, controle de ostomias

FIGURA 46-7 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem da eliminação urinária. *ANA*, American Nurses Association; *ICS*, International Continence Society.

Objetivos e Resultados

O plano de cuidado em casos de alteração da eliminação urinária deve incluir objetivos realistas e individualizados, juntamente com resultados relevantes. É preciso que enfermeira e paciente colaborem no estabelecimento de objetivos e de resultados e finalmente na escolha das intervenções de enfermagem. Um objetivo geral é com frequência o de uma eliminação urinária normal, porém por vezes o objetivo individual difere, dependendo do problema. Os objetivos são imediatos e de longo prazo.

Como exemplo, um objetivo imediato realista num paciente com *Deficit do Autocuidado no Uso do Banheiro relacionado ao estado de mobilidade prejudicada* seria de que o paciente vai ser capaz de usar o banheiro de maneira independente. Um resultado apropriado seria de que o "paciente é observado se transferindo com segurança para o vaso sanitário". Para atingir esse objetivo você identifica algumas intervenções, tais como assegurar que a campainha de chamada esteja ao alcance do paciente, fornecer dispositivos auxiliares como um assento de vaso sanitário elevado e proporcionar acesso fácil ao urinol quando no leito. Reciprocamente, o paciente com incontinência de estresse tem com frequência um objetivo de longo prazo que depende de semanas de exercício dos músculos do assoalho pélvico para a melhora do controle urinário: O paciente vai apresentar continência normal. Um resultado para esse objetivo seria "diminuir o número de absorventes para incontinência em 1 a 2 dentro de 8 semanas do início do programa de exercícios de Kegel". As intervenções incluiriam exercícios de Kegel diários. Certifique-se de que os objetivos e os resultados sejam razoavelmente passíveis de serem alcançados e que eles sejam relevantes para a situação do paciente (Quadro 46-8).

Estabelecendo Prioridades

É importante estabelecer prioridades para o cuidado com base nas necessidades físicas e de segurança imediatas do paciente, nas expectativas do paciente e na disposição deste a executar algumas das atividades de autocuidado. Estabeleça com o paciente uma relação que possibilite a discussão e as intervenções. As prioridades se evidenciam na medida em que você colabora com o paciente, aumentando a compreensão de todos os objetivos por parte do paciente. No caso de um paciente que tenha múltiplos diagnósticos (Fig. 46-8), é importante reconhecer o problema principal de saúde e sua influência sobre os outros problemas. Como exemplo, um paciente com um cateter de demora por um período prolongado é admitido para cuidados agudos com uma ITU grave. O paciente tem a expectativa de retomar o autocuidado do cateter. Devido à gravidade da infecção e à condição do paciente, porém, a enfermeira precisa executar todo o cuidado do cateter do paciente. As prioridades nesse caso são tratar a infecção, impedir reinfecções e instruir o paciente quanto à maneira de retomar o cuidado do cateter utilizando técnicas para a prevenção de infecções.

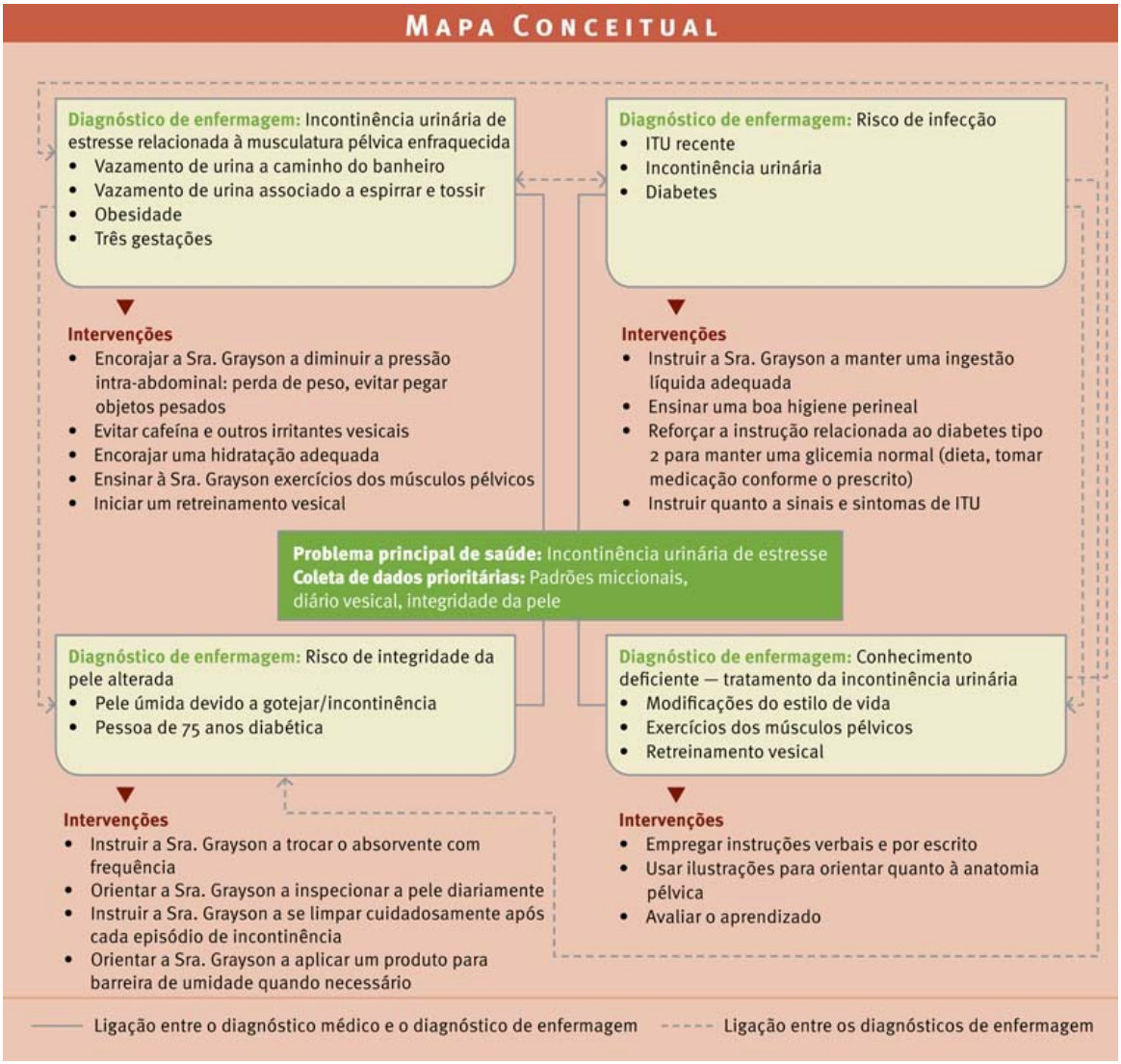


FIGURA 46-8 Mapa conceitual para a Sra. Grayson.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Ao se planejar um cuidado individualizado é essencial usar a perícia da equipe de cuidado de saúde e incorporá-los ao plano. Ao planejar o cuidado de um paciente com IU por urgência, por exemplo, incorpore a perícia de uma enfermeira especialista em continência para ajudar o paciente a aprender técnicas para inibir a urgência urinária, fortalecer os músculos do assoalho pélvico e aprender modificações de alimentos líquidos e sólidos; do terapeuta ocupacional para ajudar o paciente a aprender transferências eficientes e seguras para o

sanitário; do fisioterapeuta para ajudar nos exercícios de fortalecimento dos membros inferiores; e do assistente social para facilitar a obtenção de dispositivos auxiliares no domicílio que sejam cobertos pelo seguro. O familiar provedor de cuidados é incluído no planejamento quando aplicável. No caso de um paciente que necessite de um cateter urinário de demora devido a uma patologia aguda e de uma necessidade de se medir com precisão o débito urinário, a enfermeira é um membro- chave da equipe por monitorar a evolução do paciente e assegurar que o cateter seja removido na ocasião oportuna. Sua participação ativa e previdente no planejamento dessas intervenções vai fazer com que o paciente venha a progredir no sentido da melhora da eliminação urinária.

Plano de cuidado de enfermagem

Incontinência Urinária de Estresse

Histórico de enfermagem

A Sra. Kay, a enfermeira, está cuidando da Sra. Grayson, uma mulher de 75 anos que foi atendida recentemente na emergência devido a uma infecção do trato urinário. A Sra. Grayson comunica à Sra. Kay as suas preocupações quanto a sua incontinência. A história médica inclui: estar no período pós-menopausa, ter uma história de três partos vaginais, estar com "excesso de peso" e ter diabetes tipo 2, bem controlada por medicações orais e dieta. Ela mora com o marido e seus três filhos crescidos moram próximo. A Sra. Grayson é voluntária num banco de alimentos local, mas não tem comparecido recentemente devido a sua incontinência. Ela diz à enfermeira que seu vazamento de urina incontrolável tem afetado sua vida. O provedor de cuidados primários da Sra. Grayson prescreveu para ela exercícios de músculos pélvicos e modificações do estilo de vida para tratar sua incontinência. A avaliação da Sra. Grayson inclui uma discussão de seu estado de saúde atual, com ênfase em seus problemas urinários.

Atividades do	

Histórico de Enfermagem	*Achados/Características Definidoras*[*]
Perguntar à Sra. Grayson a respeito dos efeitos de seus sintomas urinários sobre sua vida diária.	Ela respondeu, "eu fico constrangida e humilhada por **perder o controle**. Eu **começo a pingar** a caminho do banheiro. Tenho medo de tossir, espirrar ou dar uma gargalhada porque **perco urina**. Não vou a lugar algum e tento evitar me aproximar de outras pessoas porque tenho medo de estar cheirando a urina.".
Perguntar o que ela tem feito em relação a sua condição.	Ela disse, "Passei a usar absorventes e vou ao banheiro de hora em hora de qualquer maneira. Tento limitar a quantidade de água que eu bebo para não ter de ir ao banheiro.".
Perguntar à Sra. Grayson sobre quaisquer outros efeitos causados por seus vazamentos de urina.	Ela começou a chorar e disse, "Eu nem gosto mais de ir ao cinema nem visitar meus netos. É mais seguro ficar em casa".
Observar o comportamento da Sra. Grayson.	Ela parece ansiosa e triste.
Colher uma história de enfermagem focalizada abordando os vazamentos de urina e outros sintomas do trato urinário inferior.	O relato da Sra. Grayson de **vazamento de urina ao esforço físico, ao espirrar e ao dar uma gargalhada** e o vazamento a caminho do banheiro aumentam a probabilidade de um diagnóstico de incontinência mista. Os fatores de risco dela quanto a essa condição incluem uma **história de diabetes tipo 2, três gestações,** estar no período **pós-menopausa** e estar com **excesso de peso**. A história ajuda a definir as intervenções apropriadas.
Fazer a Sra. Grayson completar um diário vesical por 3 dias.	O diário vesical proporciona a verificação objetiva da ingestão líquida, do padrão de eliminação urinária e dos padrões de vazamento de urina. O registro também constitui uma avaliação basal para a análise da eficácia do plano de tratamento.

[*] As **características definidoras** são mostradas em negrito.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Incontinência urinária de estresse relacionada a uma musculatura pélvica enfraquecida

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	*Resultados Esperados (NOC)*[†]
	Continência Urinária
A Sra. Grayson vai ter uma redução dos episódios de vazamento de urina (incontinência) entre as micções dentro de 6 a 8 semanas.	Paciente relata menos de dois episódios de incontinência por dia após o início de exercícios diários para o fortalecimento dos músculos pélvicos (Kegel) e das estratégias para supressão da urgência.
	Paciente refere diminuição de sua ansiedade quanto à

	incontinência.
	Eliminação Urinária
A Sra. Grayson vai ter melhorado o padrão de eliminação urinária dentro de 2 meses.	Paciente permanece livre de infecções do trato urinário. Paciente é capaz de resistir ao impulso a urinar por 15 minutos ou mais sem vazamento.

† Rótulos da classificação dos resultados de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St Louis, 2011, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	**JUSTIFICATIVA**
Cuidado da Incontinência Urinária	
Ajudar a Sra. Grayson por meio de medidas de apoio a reduzir a pressão intra-abdominal por: • Perder peso. • Evitar levantar objetos pesados.	Essas medidas reduzem a pressão intra-abdominal e a vesical, que aumentam o vazamento.
Orientar a Sra. Grayson quanto à maneira de manter sua bexiga saudável (Quadro 46-7): • Evitar irritantes vesicais. • Manter a glicemia controlada por aderência a sua dieta diabética. • Ingerir uma quantidade adequada de água; evitar tomar uma quantidade grande de uma só vez.	Líquidos que contenham cafeína e outros irritantes podem ocasionar contrações vesicais indesejadas, acarretando frequência, urgência e incontinência.
Exercícios dos Músculos Pélvicos	
Ensinar a Sra. Grayson como executar exercícios dos músculos pélvicos (Quadro 46-8): • Instruí-la a identificar e contrair o músculo. • Ajudá-la a elaborar um horário diário para a realização dos exercícios. • Instruí-la a comprimir o músculo imediatamente antes de tossir e espirrar.	O treinamento dos músculos pélvicos se mostra eficaz no tratamento da incontinência urinária de estresse (Dumoulin et al., 2011).
Retreinamento da bexiga (terapia comportamental) • Ensinar a ela como inibir sensações fortes de urgência urinária respirando lenta e profundamente para relaxar e executando 5 a 6 exercícios fortes e rápidos dos músculos pélvicos (relâmpagos) em rápida sucessão, seguidos de desviar o foco da atenção das sensações vesicais. • Depois do êxito na inibição do impulso a urinar e no evitar a incontinência, instrua-a a aumentar gradativamente o tempo entre as idas ao banheiro.	Uma terapia comportamental que inclua o treinamento dos músculos pélvicos deve ser oferecida como tratamento de primeira linha a casos de incontinência de estresse, por urgência e mista em mulheres de todas as faixas etárias (Moore et al., 2013).

‡ Rótulos para a classificação das intervenções de Bulechek et al: *Nursing interventions classifications (NIC)*, 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO E ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta/Achado da Paciente***	***Obtenção de Resultados***

Perguntar à Sra. Grayson sobre a frequência da incontinência desde o início dos exercícios dos músculos pélvicos e das estratégias para supressão da urgência urinária.	Ela respondeu, "Agora eu fico seca a maior parte do tempo, estou sendo babá para meus netos e retornei a meu trabalho voluntário".	A Sra. Grayson relata um sucesso crescente no controle vesical e por essa sensação de controle aumentado se mostra menos ansiosa e socialmente mais ativa.
Pedir à Sra. Grayson para fazer um diário vesical por 3 dias.	O diário vesical revelou uma perda de um pequeno volume de urina a um forte acesso de tosse e micções a cada 3 a 4 horas.	A Sra. Grayson está livre de infecções urinárias.
		A Sra. Grayson é capaz de resistir ao impulso a urinar por 15 minutos ou mais sem vazamento, como se vê por sua capacidade de urinar a cada 3 a 4 horas.

Implementação

Completar intervenções independentes e colaborativas visando ajudar o paciente a atingir os resultados e objetivos desejados. As atividades independentes são aquelas em que as enfermeiras usam seu próprio julgamento. Um exemplo disso é ensinar ao paciente atividades de autocuidado. As atividades colaborativas são aquelas prescritas pelo provedor de cuidados de saúde e executadas pela enfermeira, como a administração de medicações.

Promoção da Saúde

A promoção da saúde ajuda o paciente a compreender as práticas de autocuidado e a participar de sua realização para preservar e proteger a função sadia do sistema urinário (Quadro 46-7). Esse foco pode ser obtido com o uso de diversos meios.

Quadro 46-7 Promoção/Restauração da Saúde: Orientação ao Paciente para uma Bexiga Sadia

1. Manter uma hidratação adequada.
   - Tomar de seis a oito copos d'água por dia. Espaçá-los de maneira uniforme durante todo o dia.

- Evitar ou limitar a ingestão de bebidas que contenham cafeína (café, chá, bebidas à base de chocolate, refrigerantes).
- Para diminuir a noctúria, evitar ingerir líquidos 2 horas antes de se recolher.
- Não limitar os líquidos se você tiver incontinência. A urina concentrada pode irritar a bexiga e aumentar os sintomas vesicais.

2. Manter bons hábitos miccionais.
   - Mulheres: sentar-se bem para trás no assento da privada, evitar "se inclinar sobre a privada" e certificar-se de que os pés estão bem apoiados no solo.
   - Urinar a intervalos regulares, geralmente a cada 3 a 4 horas, dependendo da ingestão líquida.
   - Evitar fazer força ao urinar ou evacuar.
   - Gastar o tempo suficiente para esvaziar completamente a bexiga.
3. Manter o intestino funcionando regularmente. Um reto cheio de fezes pode irritar a bexiga, causando urgência e frequência.
4. Evitar infecções do trato urinário.
   - Mulheres: Limpar o períneo da frente para as costas após cada micção e cada evacuação; usar roupas de baixo de algodão.
   - Tomar água suficiente para eliminar uma urina amarela.
   - Tomar banho de chuveiro ou de banheira regularmente.
5. Parar de fumar para reduzir seu risco de câncer de bexiga e para reduzir o risco de apresentar uma tosse que pode contribuir para a incontinência urinária de estresse.
6. Relatar a seu provedor de cuidados de saúde quaisquer alterações nos hábitos miccionais, frequência, urgência, dor ao urinar ou sangue na urina.

Orientação do Paciente

As terapias visando eliminar ou reduzir a um mínimo os problemas da eliminação urinária têm seu sucesso dependente em parte de uma orientação bem conduzida do paciente (Quadro 46-7). Embora muitos

pacientes precisem aprender a respeito de todos os aspectos da eliminação urinária saudável, é melhor se focalizar inicialmente um problema da eliminação específico. Um paciente que tenha uma ITU, por exemplo, se beneficiaria muito de aprender a respeito da significância de sintomas que poderiam indicar outra ITU e de aprender a procurar um tratamento imediato, que tem o potencial de evitar uma doença grave. É possível se incorporar a orientação ao administrar o cuidado de enfermagem. Como exemplo, oriente quanto a irritantes vesicais comuns, tais como cafeína, ao ajudar um paciente em sua refeição. Inclua em suas orientações a sensibilidade quanto à instrução de saúde do paciente. Ilustrações são úteis ao instruir quanto à anatomia do trato urinário e a relação com uma ITU. Envolva um intérprete profissional se o paciente falar uma língua diferente.

Promoção da Micção Normal

A manutenção da eliminação urinária normal ajuda a prevenir muitos problemas. Muitas das medidas que promovem a micção normal são intervenções de enfermagem independentes.

Manutenção dos Hábitos de Eliminação

Muitos pacientes seguem rotinas para promover a micção normal. Num paciente que esteja num hospital ou numa instituição de cuidados crônicos, as rotinas institucionais entram frequentemente em conflito com aquelas do paciente. Integrar os hábitos do paciente ao plano de cuidado estimula um padrão miccional mais normal. A eliminação é um ato muito privado. Crie tanta privacidade quanto possível fechando a porta e as cortinas junto ao leito; pedindo aos visitantes para sair do aposento enquanto estiver sendo usada uma cadeira higiênica, uma comadre ou um urinol; e mascarando os sons da micção por água corrente. Responda a solicitações de ajuda no uso do banheiro o mais rapidamente possível. Acidentes constrangedores são facilmente evitados quando a ajuda vem no momento oportuno. Evite o uso de produtos para a contenção da incontinência, a não ser quando necessários devido a um vazamento de urina não controlado.

Alguns produtos de contenção são de difícil remoção e interferem no acesso rápido ao sanitário.

Manutenção de uma Ingestão Líquida Adequada

Um método simples para promover a micção normal consiste em se manter uma ingestão hídrica ótima. Um paciente com função renal normal, que não apresente uma cardiopatia nem alterações tornando necessária a restrição de líquidos, deve ter uma ingestão de aproximadamente 30 mL/kg de peso corporal/dia (Gray, 2011). Uma ingestão líquida adequada vai ajudar a eliminar solutos ou partículas que se acumulem no sistema urinário e diminuir a irritabilidade da bexiga. Ajude os pacientes a modificar sua ingestão de líquido ensinando a importância da hidratação adequada. No caso de um paciente que necessite aumentar a ingestão de líquido, estabeleça um horário para a ingestão extra, identifique preferências de líquidos, aumente a ingestão de alimentos ricos em líquido, como as frutas, e encoraje a gestão frequente de pequenos volumes de líquido. Deve-se evitar a ingestão líquida excessiva. Para prevenir a noctúria, sugira que o paciente evite ingerir líquidos 2 horas antes de se recolher.

Promovendo o Esvaziamento Completo da Bexiga

É normal que um pequeno volume de urina permaneça na bexiga após a micção. Há um risco de incontinência e de uma retenção de urina perigosa quando a bexiga não se esvazia totalmente e os volumes urinários residuais são elevados. A retenção urinária aumenta o risco de ITU e de danos aos rins. O esvaziamento adequado da bexiga depende de se sentir um impulso a urinar, da contração da bexiga e da capacidade de relaxar o esfíncter uretral. Uma estratégia para promover o relaxamento e estimular as contrações vesicais consiste em ajudar os pacientes a assumir a posição normal para urinar. A posição anatômica normal para a micção no sexo feminino é a posição agachada. As mulheres esvaziam melhor a bexiga quando sentadas na privada ou numa cadeira higiênica, com os pés no solo. No caso de uma paciente que não consiga usar o vaso sanitário, posicione-a sobre uma comadre

(Cap. 47). Ajude a paciente a efetuar a higiene perineal após o uso da comadre (Cap. 40). Um homem tem maior facilidade para urinar na posição de pé. Se o paciente não puder chegar ao vaso sanitário, faça-o ficar de pé junto ao leito e urinar num urinol (um receptáculo plástico ou metálico para urina) (Fig. 46-9, *A*). Avalie sempre o estado da mobilidade e determine se ele consegue ficar de pé com segurança. Por vezes há necessidade de uma ou mais enfermeiras para ajudar um paciente do sexo masculino a ficar de pé. Se o paciente não for capaz de ficar de pé junto ao leito, você vai precisar ajudá-lo a usar o urinol no leito. Alguns pacientes precisam que a enfermeira posicione o pênis inteiramente dentro do urinol e segure o urinol ou os ajude a segurá-lo. Remova cuidadosamente o urinol e execute a higiene perineal (Cap. 40) depois que o paciente acabar de urinar. Muitos urinóis são utilizados por homens, mas há urinóis especialmente elaborados para mulheres (Fig. 46-9, *B*). O urinol feminino tem uma abertura maior na parte superior, com uma orla bem definida, o que ajuda a paciente a colocar o urinol bem junto à genitália.

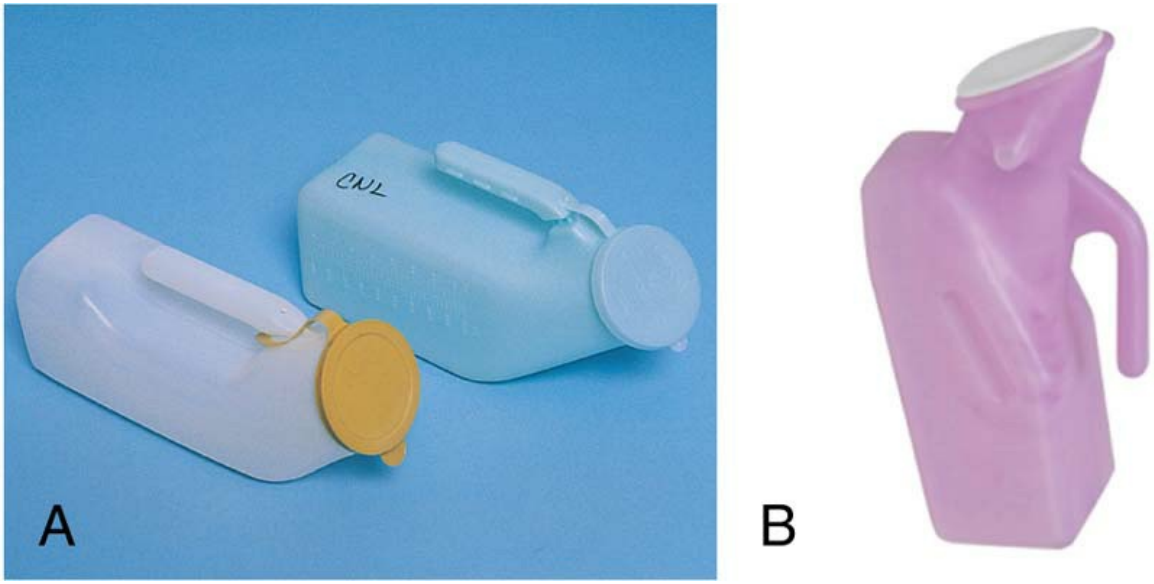


FIGURA 46-9 Tipos de urinóis masculinos **(A)** e femininos **(B)**. (**B** por cortesia da Briggs Medical Service Co.)

Há outras medidas que melhoram o esvaziamento da bexiga. Para

promover o relaxamento e estimular as contrações da bexiga, utilize estímulos sensoriais (p. ex., abrir uma torneira, colocar uma das mãos do paciente num recipiente com água morna) e proporcione privacidade. Além disso, os exercícios vesicais ajudam a melhorar os músculos pélvicos, o que reduz a incontinência de estresse e melhora o esvaziamento da bexiga (Quadro 46-8). Para melhorar o esvaziamento vesical, encoraje os pacientes a esperar até que o fluxo de urina cesse totalmente ao urinar e encoraje-os a tentar uma segunda micção (micção dupla). A micção com horário marcado é a micção de acordo com o relógio e não a vontade de urinar e constitui uma estratégia útil nos casos em que a bexiga não se esvazia totalmente. O método Credé ou de compressão manual da bexiga (i.e., colocar-se as mãos sobre a bexiga e comprimi-la para ajudar no esvaziamento) não deve ser implementado sem se consultar o provedor de cuidados de saúde. Na presença de VPM elevados ou de uma incapacidade total de esvaziamento da bexiga se faz necessária a cateterização urinária, quer intermitente quer fixa.

Quadro 46-8

Educação em saúde do paciente

Orientando os Pacientes quanto a Exercícios dos Músculos Pélvicos (Exercícios de Kegel)

Objetivo

- Paciente vai verbalizar e/ou demonstrar como executar os exercícios dos músculos pélvicos (exercícios de Kegel).

Estratégias de Orientação

- Usar figuras e uma linguagem simples para ensinar ao paciente a anatomia pélvica e a localização dos músculos pélvicos (Fig. 46-16).
- Orientar o paciente a identificar e contrair o músculo correto.

- Mulheres: Instruir a paciente a comprimir o ânus como para prender gases ou a inserir um dedo na vagina e sentir o músculo pressionar o dedo. A mulher também pode observar o períneo sendo puxado para dentro com o uso de um espelho.
- Homens: Instruir o paciente a ficar de pé em frente a um espelho, comprimir o ânus como para prender gases e observar para ver o pênis se mover para cima e para baixo quando ele contrai os músculos do assoalho pélvico.
- Instruir a não contrair o abdômen, as nádegas ou as coxas ao contrair os músculos pélvicos.

- Instruir os pacientes quanto aos exercícios de contração dos músculos pélvicos.
  - Lances rápidos: Comprimir o músculo por 2 a 3 segundos e então relaxar.
  - Contrações prolongadas: Comprimir o músculo por 10 segundos e relaxar após cada contração por 10 segundos.
  - Contar em voz alta evita que se prenda a respiração durante os exercícios.
- Orientar o paciente a manter um esquema horário de exercícios diários.
  - Executar três a cinco lances rápidos seguidos de 10 contrações prolongadas.
  - Fazer esses exercícios 3 a 4 vezes ao dia.

Avaliação de Enfermagem

- Usar perguntas abertas para determinar o nível de aprendizado.
- Pedir ao paciente para descrever a maneira correta de se identificar os músculos do assoalho pélvico.
- Pedir ao paciente para demonstrar e/ou explicar como executar os exercícios dos músculos pélvicos.

Prevenindo Infecções

As ITU são uma das infecções bacterianas mais comumente encontradas por provedores de cuidados de saúde (Gupta e Hooton,

2011; Schaeffer e Schaeffer, 2012). As enfermeiras desempenham um papel-chave na implementação de práticas baseadas em evidências visando evitar esse problema comum e potencialmente perigoso. Algumas intervenções-chave incluem promover uma ingestão líquida adequada, promover a higiene perineal e fazer os pacientes urinar a intervalos regulares. Encoraje as mulheres a se limpar da frente para trás após a micção e a defecação e oriente-as a evitar enxaguatórios e aerossóis perineais perfumados, banhos de espuma e roupas apertadas. A higiene deve ser particularmente enfatizada no caso de pacientes com um problema de vazamento de urina. As pacientes devem usar produtos de contenção que tenham sido planejados para urina e que afastem a umidade do corpo. Deve-se evitar períodos prolongados de umidade urinária.

Cuidados Agudos

Pacientes com uma doença aguda, cirurgia ou alteração da função do trato urinário podem tornar necessárias intervenções mais invasivas para o apoio à eliminação urinária.

Cateterização

A **cateterização** urinária é a colocação de um tubo através da uretra até a bexiga para a drenagem da urina. Este é um procedimento invasivo que requer uma prescrição médica e, em contextos institucionais, uma técnica asséptica (Gould et al., 2009; Lo et al., 2014). O Procedimento 46-2, mais adiante, relaciona os passos para a realização da cateterização uretral feminina e masculina.

A cateterização urinária pode ser intermitente (cateterização única para o esvaziamento da bexiga) ou de demora (permanece colocada por um determinado período). A cateterização de demora pode ser de curto prazo (2 semanas ou menos) ou de longo prazo (mais de 1 mês) (Cottenden et al., 2013). As condições que tornam necessário o uso de um cateter urinário por um período curto ou longo incluem a necessidade de um monitoramento preciso do débito urinário, perioperatório ou pós--operatório após procedimentos urológicos ou ginecológicos e nos casos em que a bexiga se esvazia de maneira

inadequada devido a uma obstrução ou a uma condição neurológica. O acúmulo excessivo de urina na bexiga é doloroso para o paciente; aumenta o risco de ITU; e pode causar um refluxo de urina pelos ureteres, aumentando o risco de danos renais. A IU pode tornar necessária a cateterização de demora se o vazamento de urina interferir na consolidação das feridas ou na presença de uma doença terminal, em que o cuidado da incontinência sobrecarrega excessivamente o paciente (Cottenden et al., 2013). A cateterização intermitente é usada para a medida do VRP caso não se disponha de ultrassonografia abdominal ou da ultrassonografia vesical ou como um meio de se controlar uma retenção urinária crônica.

Tipos de Cateteres

A diferença entre os cateteres urinários está relacionada ao número de luzes do cateter, à presença de um balão para se manter o cateter fixo no lugar, à forma do cateter e a um sistema de drenagem fechado. Os cateteres urinários são produzidos com uma a três luzes (Fig. 46-10). Os cateteres de luz única (Fig. 46-10, *A*) são usados para a cateterização intermitente/direta. Os cateteres de luz dupla, planejados para a cateterização de demora, têm uma luz para a drenagem urinária, ao passo que uma segunda luz é utilizada para se inflar um balão que mantém o cateter no lugar (Fig. 46-10, *B*). Os cateteres de luz tripla (Fig. 46-10, *C*) são usados para a irrigação vesical contínua (IVC) ou nos casos em que se torna necessário instilar medicações na bexiga. Uma luz drena a bexiga, uma segunda luz é usada para se inflar o balão e a terceira luz administra no interior da bexiga o líquido de irrigação.

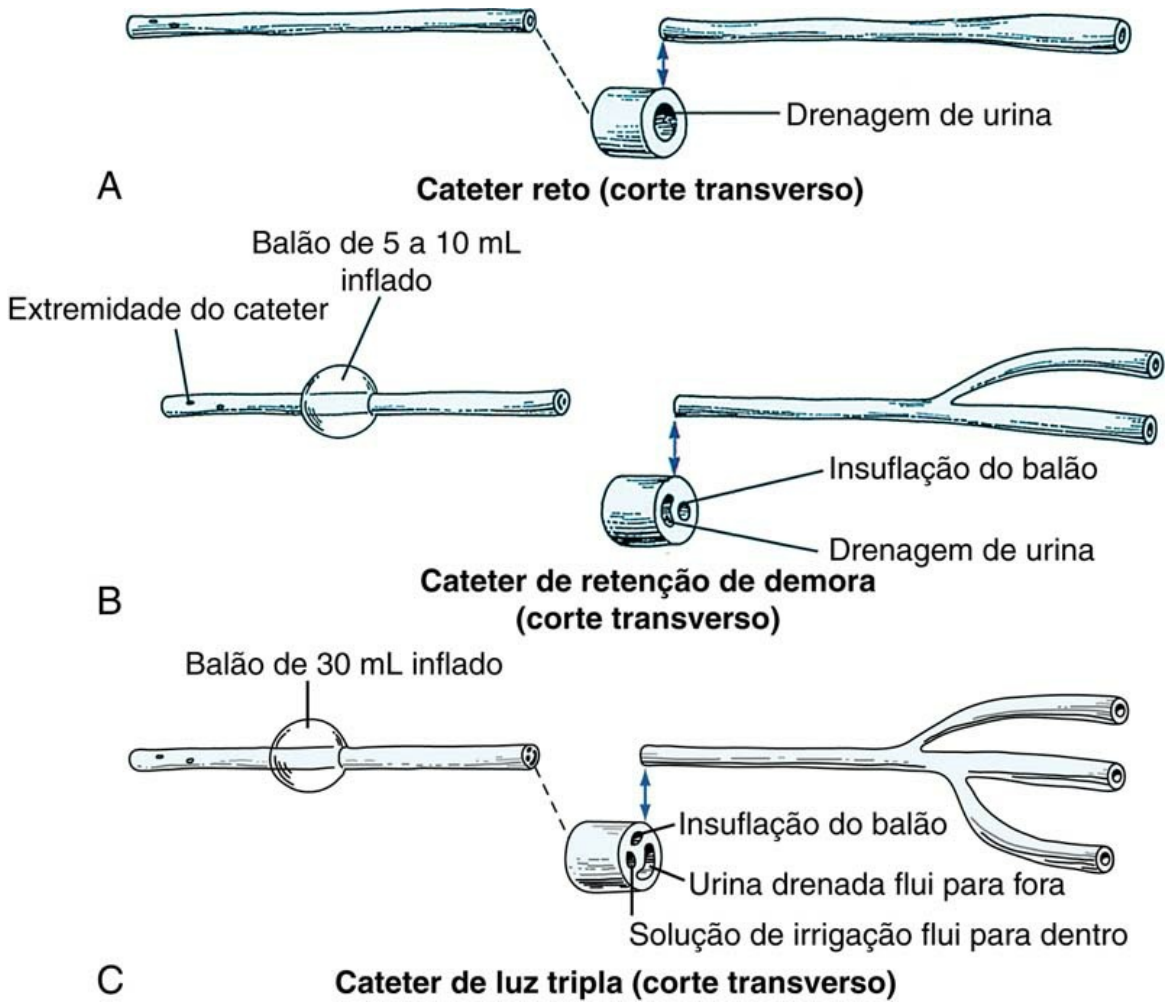


FIGURA 46-10 **A,** Cateter reto (corte transverso). **B,** Cateter de retenção de demora (Foley) (corte transverso). **C,** Cateter de luz tripla (corte transverso).

Um provedor de cuidados de saúde escolhe um cateter com base em fatores tais como alergia ao látex, história de incrustação do cateter, fatores anatômicos e suscetibilidade a infecções. Os cateteres de demora são constituídos de látex ou de silicone. Cateteres de látex com um revestimento especial reduzem a irritação uretral (Cottenden et al., 2013). Todos os cateteres de silicone têm um diâmetro interno maior e podem ser úteis em pacientes que necessitam de trocas frequentes do cateter devido à incrustação. Os cateteres intermitentes/retos são constituídos de borracha (mais macia e mais flexível) ou de polivinil cloreto (PVC). Os pacientes que se autocateterizam têm uma grande variedade de opções de cateter,

alguns com revestimentos especiais que não requerem lubrificação e outros que são sistemas autocontidos consistindo em um cateter previamente lubrificado e embalados juntamente com uma bolsa de drenagem já conectada. A forma dos cateteres pode diferir; a forma escolhida se baseia nas diferenças anatômicas entre os pacientes. Um desses cateteres é um cateter com extremidade em coudé. Esse cateter tem uma curvatura na extremidade que o ajuda a manobrar através da uretra prostática na presença de uma próstata grande. As enfermeiras precisam de um treinamento especial para usar esse tipo de cateter.

Tamanhos de Cateteres

O tamanho de um cateter urinário se baseia na escala French (FR), que reflete o diâmetro interno do cateter. Muitos adultos com um cateter de demora devem usar um calibre Fr 14 a 16 para reduzir a um mínimo o trauma e o risco de infecção. Cateteres de diâmetro maior aumentam o risco de trauma uretral (Cottenden et al., 2013). Os calibres maiores, porém, são utilizados em circunstâncias especiais, como após uma cirurgia urológica ou na presença de uma hematúria macroscopicamente evidente. Calibres menores são necessários para crianças, como Fr 5 a 6 em lactentes, Fr 8 a 10 em crianças e Fr 12 em meninas menores.

Os cateteres de demora vêm com diversos tamanhos de balão, de 3 mL (para crianças) a 30 mL para a IVC. O tamanho do balão está geralmente impresso na escotilha do cateter (Fig. 46-11). O tamanho de balão recomendado para um adulto é um balão de 10 mL (o balão tem 5 mL e requer 10 mL para se encher totalmente). O uso prolongado de balões maiores (30 mL) foi associado a um maior desconforto do paciente, à irritação e ao trauma à uretra, a um risco aumentado de expulsão do cateter e ao esvaziamento incompleto da bexiga em consequência da urina que se acumula abaixo do nível dos olhos de drenagem do cateter (Cottenden et al., 2013).

FIGURA 46-11 Calibre do cateter e do balão impresso no cateter.

Sistemas de Drenagem dos Cateteres

Um cateter de demora está conectado a uma bolsa de drenagem para a coleta do fluxo contínuo de urina. O sistema de drenagem não deve ser separado, a não ser que isso seja absolutamente necessário, para se evitar a introdução de patógenos. Em pacientes com cateteres de demora as amostras de urina são colhidas sem se abrir o sistema de drenagem, usando-se uma escotilha especial no tubo (Fig.46-12). Pendure sempre a bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga, na armação da cama ou numa cadeira, de modo que a urina drene em sentido descendente para fora da bexiga. A bolsa não deve nunca tocar o solo, para evitar a contaminação acidental durante o esvaziamento. No caso de um paciente que deambule, a bolsa deve ser levada abaixo do nível da bexiga do paciente. Pacientes que deambulem podem usar uma bolsa na perna. Essa é uma bolsa que é

fixada à perna por tiras. As bolsas na perna são geralmente usadas durante o dia e substituídas à noite por uma bolsa de drenagem padrão. A única bolsa de drenagem que não precisa ser mantida pendente em relação à bexiga é uma bolsa de drenagem especialmente desenhada (bolsa de barriga), que é usada sobre o abdômen. Uma válvula unidirecional impede o refluxo de urina para a bexiga. Para manter permeável o sistema de drenagem, verifique quanto a dobras ou nós nos tubos, evite posicionar o paciente sobre os tubos de drenagem, impeça que o tubo fique pendente e observe quanto a coágulos ou sedimentos que possam bloquear o cateter ou o tubo de drenagem.

FIGURA 46-12 Coleta de amostra de urina: aspiração por uma escotilha de coleta em tubos de drenagem do cateter de demora (técnica sem agulha). (Cortesia e © Becton, Dickinson and Company.)

Cuidado de Rotina do Cateter

Os pacientes com cateteres de demora necessitam de uma higiene perineal regular, especialmente após uma evacuação, para se reduzir o risco de uma ITU associada ao cateter (ITUAC) (Gould et al., 2009; Lo et al., 2014). Em muitas instituições os pacientes recebem o cuidado dos cateteres a cada 8 horas como o padrão de cuidado mínimo. Consulte o Capítulo 40 quanto ao cuidado perineal de rotina e o Procedimento 46-3, mais adiante, quanto ao cuidado de cateteres. É necessário esvaziar as bolsas de drenagem quando elas estiverem cheias até a metade (Fig. 46-13). Uma bolsa de drenagem excessivamente cheia pode ocasionar tensão e tração sobre o cateter acarretando trauma à uretra e/ou ao meato urinário e aumentar o risco de ITUAC (Cipa-Tatum e Kelly-Signs, 2011; Rassin e Markowski, 2013). Espere uma drenagem contínua de urina para a bolsa de drenagem. Caso não haja nenhuma drenagem de urina, verifique primeiramente para se certificar de que não haja nós ou uma oclusão óbvia dos tubos ou do cateter de drenagem.

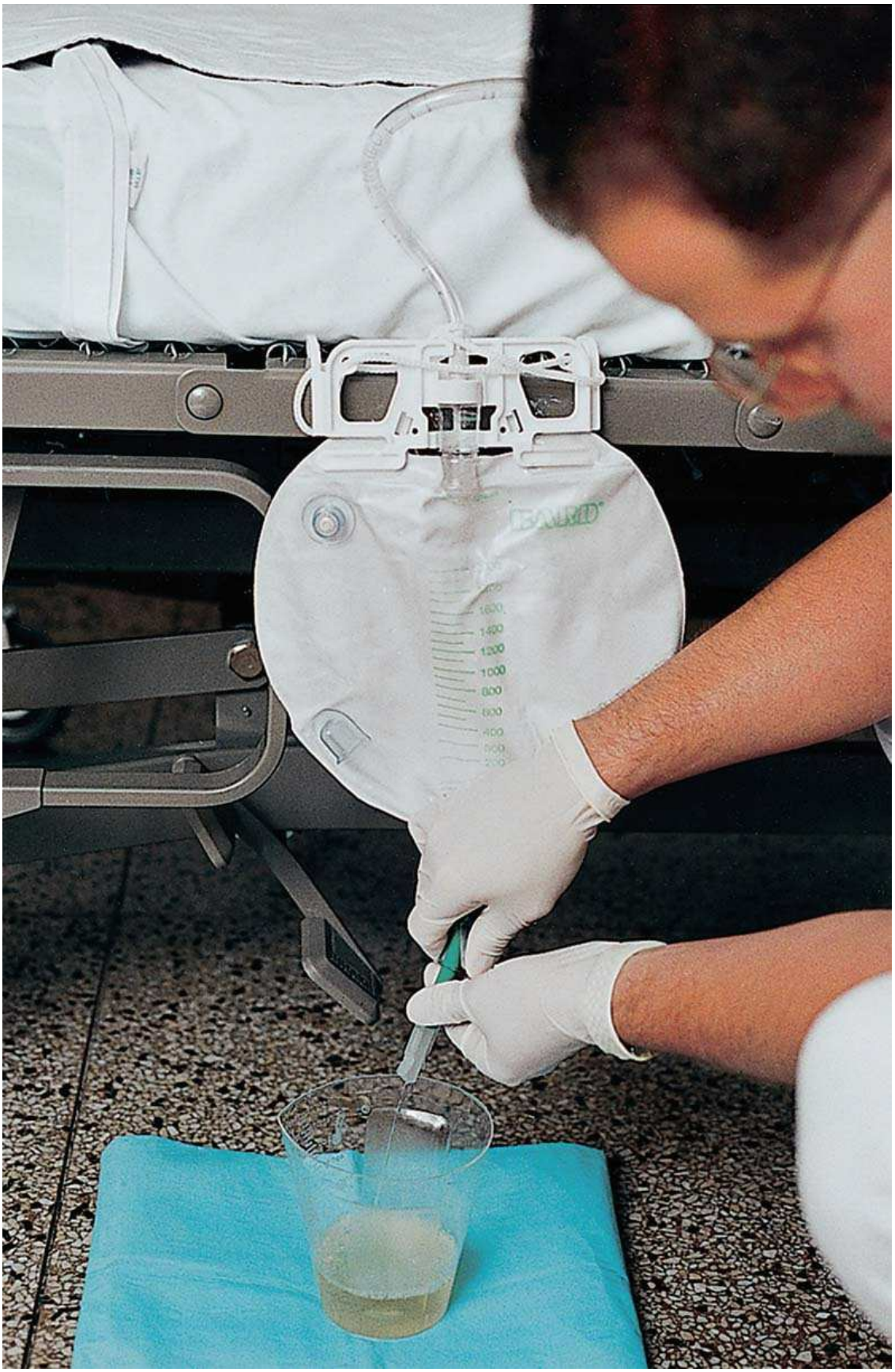

BARD
1800
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200

FIGURA 46-13 Bolsa para drenagem de urina.

Prevenção de Infecções Associadas ao Cateter

Uma parte criticamente importante do cuidado de rotina do cateter consiste na redução do risco de ITUAC (Quadro 46-9). O Quadro 46-10 inclui algumas intervenções importantes contidas na *Guideline for the Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections* (Diretriz para a Prevenção de Infecções do Trato Urinário Associadas a Cateteres) dos CDC dos Estados Unidos (Gould et al., 2009; Lo et al., 2014). Uma intervenção-chave para a prevenção de infecções é a manutenção de um sistema de drenagem urinária fechado. As portas de entrada de bactérias no sistema estão ilustradas na Figura 46-14. Outra intervenção-chave é a prevenção do refluxo de urina dos tubos e da bolsa para a bexiga. Muitos sistemas de drenagem urinária estão equipados com uma válvula antirrefluxo, mas a enfermeira deve monitorar o sistema para evitar o acúmulo de urina nos tubos e para manter a bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga.

Quadro 46-9

Prática baseada em evidências

Fatores para Diminuir as Infecções do Trato Urinário

Questão PICO: Que fatores diminuem o riso de infecções do trato urinário (ITU) em pacientes hospitalizados com cateteres urinários fixos?

Resumo das Evidências

A ITU associada a cateteres (ITUAC) é responsável por 30% ou mais das infecções no contexto de cuidados agudos, com aumento da estadia hospitalar, da morbidade, da mortalidade e do custo (Bernard et al., 2012). Em 2009 os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos publicaram uma atualização

há muito aguardada de sua Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (Diretriz para a Prevenção de Infecções do Trato Urinário Associadas a Cateteres (Gould et al., 2009). As medidas para a prevenção de ITUAC foram organizadas em critérios para uso apropriado, técnicas de inserção e manutenção correta, programas de melhora da qualidade e vigilância contínua para ITUAC e fatores causais relacionados. As pesquisas em andamento continuam a reforçar a validade dessas diretrizes e a redução efetiva das ITUAC quando implementadas no contexto de cuidados agudos. Uma revisão das evidências correntes verificou que as intervenções lideradas por enfermeiras reduziram a duração do uso de cateteres fixos e incidência das ITUAC (Bernard et al., 2012). Oman et al. (2012) demonstraram como uma estratégia de âmbito hospitalar que incluía a reeducação das enfermeiras em relação à prevenção de ITUAC e a infusão da melhor prática no cuidado de enfermagem da prática corrente também diminuiu a frequência das ITUAC. Purvis et al. (2014) mostraram que um programa administrado por enfermeiras que incluía as melhores práticas baseadas em evidências, a orientação da equipe, o relato dos dados e o uso de um ícone no prontuário eletrônico como lembrete de cateteres diminuiu a frequência de ITUAC num centro médico acadêmico. Uma revisão e meta-análise sistemática de estudos referentes a medidas a serem empregadas para se reduzir o uso de cateteres e diminuir as ITUAC mostrou que a frequência de ITUAC pode ser reduzida quando se colocam lembretes para se avaliar a necessidade de cateteres e as prescrições de suspensão (Meddings et al., 2014). As enfermeiras desempenham um papel-chave nessa estratégia de atenção aos cateteres.

Aplicação à Prática de Enfermagem

- Familiarizar-se com as diretrizes relacionadas à prevenção e ao cuidado de ITUAC.
- Estar ciente das indicações para a inserção de cateteres e estar preparada para defender o paciente se as indicações não satisfizerem as diretrizes aceitas.

- Colaborar com os provedores de cuidados de saúde para remover logo os cateteres quando as indicações médicas não mais existirem.
- Tornar-se um defensor do paciente em sua instituição pela aderência cuidadosa às práticas de prevenção de ITUAC.

Quadro 46-10 Prevenção de Infecções do Trato Urinário Associadas a Cateteres (ITUAC)

- A prevenção de ITUAC requer com frequência o uso de um "feixe" baseado em evidências para a realização de todos os elementos do cuidado de uma só vez, juntamente com o preenchimento de um inventário para assegurar que cada elemento seja incluído nesse cuidado. Conheça as orientações de sua instituição para determinar os componentes que estão no feixe de cuidados.
- Pacientes em hospitais de cuidados agudos devem ter os cateteres urinários inseridos usando-se uma técnica asséptica e um equipamento estéril.
- Prender os cateteres fixos para impedir o movimento e a tração sobre o cateter.
- Manter um sistema de drenagem urinária fechado.
- Manter um fluxo de urina desobstruído pelo cateter, o tubo e a bolsa de drenagem.
- Manter a bolsa de drenagem urinária abaixo do nível da bexiga o tempo todo.
- Evitar alças pendentes no tubo de drenagem urinária.
- Evitar que a bolsa de drenagem urinária toque o solo ou se arraste nele.
- Ao esvaziar a bolsa de drenagem urinária, utilizar um receptáculo medidor separado para cada paciente. Não deixar a torneira de drenagem tocar o receptáculo.

- Antes de transferências ou de atividades, drenar toda a urina do tubo para a bolsa e esvaziar a bolsa de drenagem.
- Esvaziar a bolsa de drenagem quando estiver cheia pela metade.
- Efetuar a higiene perineal de rotina diariamente usando lenços antissépticos. Certifique-se de usar um lenço para limpar toda a extensão do cateter exposto.
- Obter as amostras de urina usando a escotilha de coleta de amostras. Limpar a escotilha com desinfetante. Usar uma seringa/cânula estéril.
- Devem estar ativos programas para a melhora da qualidade que alertem os provedores quanto a um cateter colocado e incluam uma orientação educacional regular quanto ao cuidado do cateter.

Dados de Gould CV et al: *Guideline for the prevention of catheter-associated urinary tract infections*, 2009, http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html. Acessado em 4 de outubro de 2014.

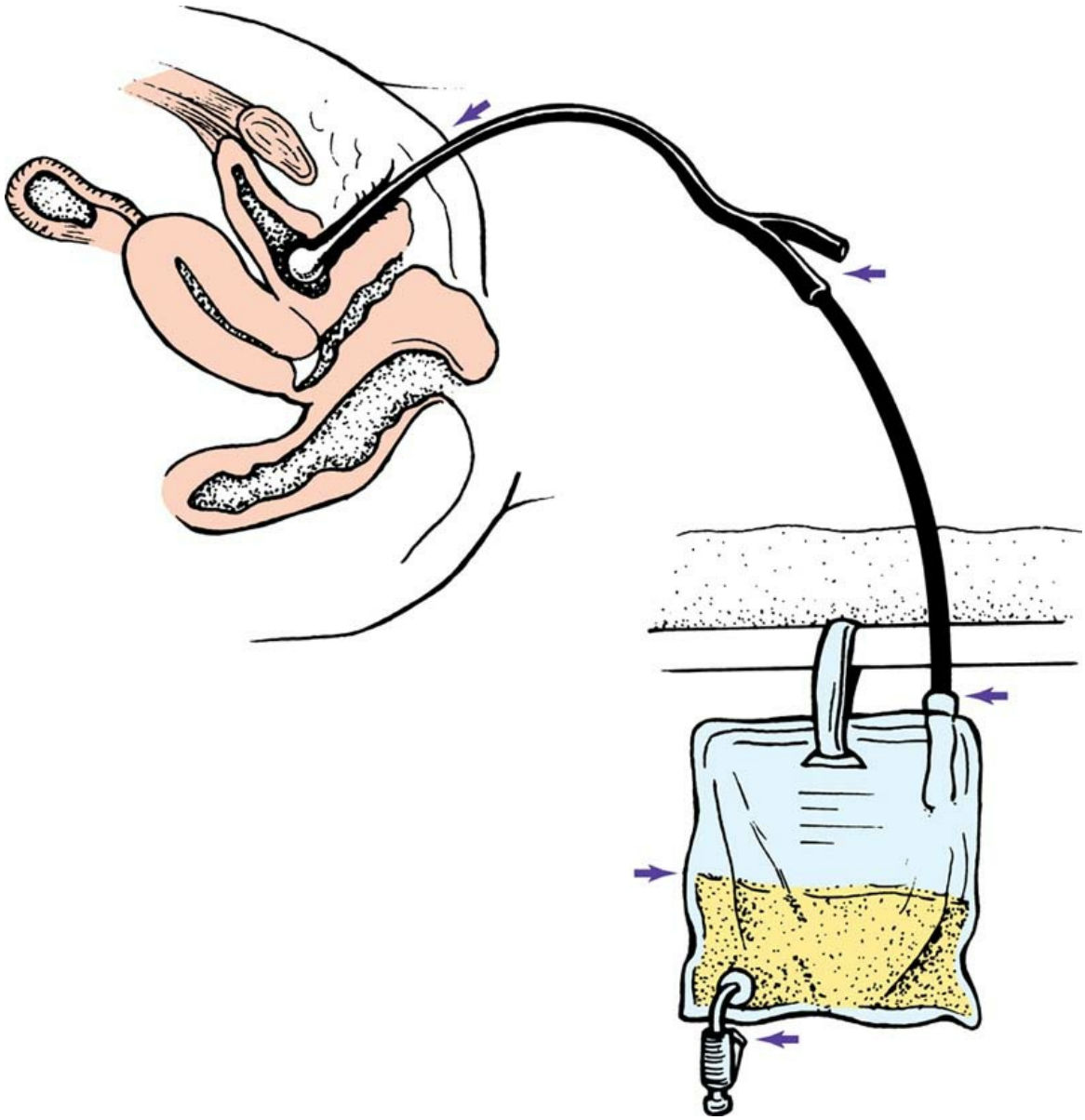


FIGURA 46-14 Locais potenciais para a introdução de organismos infecciosos no sistema de drenagem urinária.

Irrigações e Instilações pelo Cateter

Para se manter a permeabilidade de cateteres urinários de demora torna-se necessário por vezes irrigar um cateter ou lavá-lo com uma solução estéril. Contudo, a irrigação acarreta o risco de causar uma ITU e por isso deve ser efetuada mantendo-se um sistema de drenagem urinária fechado. Em geral, no caso da oclusão de um cateter é melhor trocá-lo em vez de arriscar lançar detritos no interior

da bexiga. Em alguns casos o provedor de cuidados de saúde vai determinar que as irrigações sejam necessárias para se manter o cateter permeável, tal como após uma cirurgia geniturinária, em que há um alto risco de oclusão do cateter por coágulos sanguíneos. As instilações vesicais são utilizadas para se instilar medicações na bexiga. Consulte as instruções específicas para essas medicações em termos de quanto tempo a medicação precisa permanecer na bexiga.

A irrigação por um cateter fechado proporciona a irrigação intermitente ou contínua de um cateter urinário sem romper a conexão estéril entre o cateter e o sistema de drenagem (Procedimento 46-4 mais adiante). A IVC é um exemplo de uma infusão contínua de uma solução estéril na bexiga, utilizando comumente um sistema fechado de irrigação em três vias, com um cateter de luz tripla. A IVC é utilizada frequentemente após uma cirurgia geniturinária para se manter a bexiga limpa e livre de coágulos sanguíneos ou de sedimentos.

Remoção de um Cateter de Demora

A remoção imediata de um cateter de demora depois que ele deixa de ser necessário é uma intervenção-chave que foi comprovada como diminuindo a incidência e a prevalência de ITU adquiridas em hospitais (ITUAH), um dos "eventos nunca" identificados pelos Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) dos Estados Unidos (APIC, 2014) (Procedimento 46-2). Todos os pacientes devem ter sua micção monitorada por pelo menos 24 a 48 horas após a remoção do cateter pelo uso de um registro da micção ou de um diário vesical. O diário vesical deve registrar o horário e a quantidade de cada micção, incluindo toda e qualquer incontinência. O uso da ultrassonografia abdominal ou da ultrassonografia vesical pode monitorar a função vesical pela medida do VRP (Quadro 46-11). As primeiras vezes que o paciente vem a urinar após a remoção do cateter podem se acompanhar de algum desconforto, mas queixas continuadas de micção dolorosa indicam uma possível infecção. Dor e distensão abdominal, uma sensação de esvaziamento incompleto, incontinência, o gotejar contínuo de urina e a micção em quantidades

muito pequenas podem indicar um esvaziamento vesical inadequado, tornando necessária a intervenção.

Quadro 46-11

Diretrizes para o procedimento

Uso da Ultrassonografia Vesical para a Medida do Resíduo Pós-miccional

Considerações sobre a Delegação

O procedimento de medida do volume vesical por ultrassonografia vesical pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. Entretanto, é importante se estabelecer a competência em medidas ultrassonográficas vesicais, porque a fidedignidade entre as leituras de diferentes provedores de cuidados pode ser baixa. Uma enfermeira deve determinar inicialmente o momento de realização e a frequência das medidas ultrassonográficas vesicais e interpretar as medidas obtidas. A enfermeira é igualmente responsável pela avaliação da capacidade do paciente em usar o sanitário e antes da medida do resíduo pós-miccional (RPM) e pela avaliação do abdômen quanto a distensão caso se suspeite de retenção urinária. A enfermeira orienta o pessoal técnico de enfermagem a:

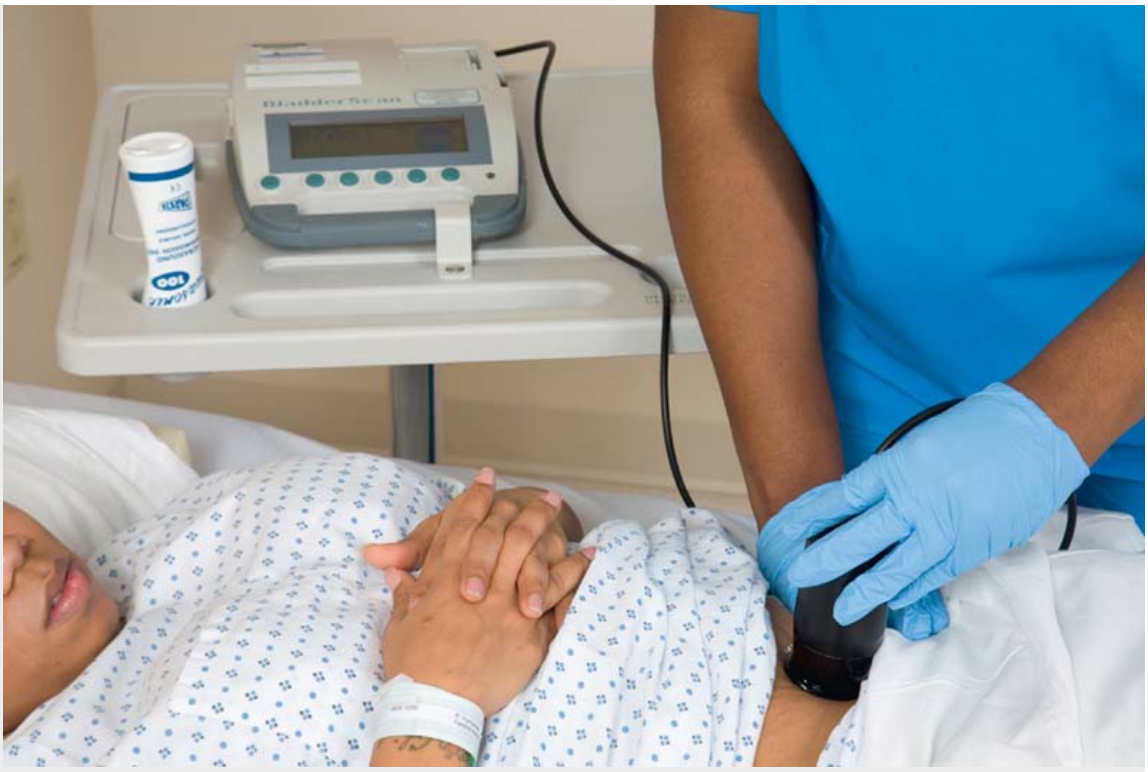
- Seguir as recomendações do fabricante quanto ao uso do dispositivo.
- Medir os volumes RPM 10 minutos após ajudar o paciente a urinar.
- Relatar e registrar os volumes da ultrassonografia vesical.

Material

Aparelho de ultrassonografia vesical, gel de ultrassonografia, agente de limpeza para a sonda do aparelho, como um absorvente com álcool, luvas de procedimento (opcionais)

Passos

1. Identificar o paciente empregando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico, de acordo com a orientação da instituição) (TJC, 2016).
2. Efetuar a higiene das mãos. Discutir o procedimento com o paciente. Se a medida for do VPM, pedir a ele para urinar e medir e registrar o volume de urina eliminado (colocar luvas se o paciente necessitar de auxílio para urinar). A medida ultrassonográfica deve ser feita dentro de 10 minutos da micção.
3. Ajudar o paciente a assumir a posição de decúbito dorsal com a cabeça em ligeira elevação. Elevar o leito até a altura operacional apropriada. Se as grades laterais estiverem levantadas, abaixar a grade do lado em que você estiver trabalhando.
4. Expor a região abdominal inferior do paciente.
5. Ligar o aparelho de ultrassonografia de acordo com as diretrizes do fabricante.
6. Ajustar a designação do sexo segundo as diretrizes do fabricante. Mulheres que tiverem sido submetidas a uma histerectomia devem ser designadas como pacientes masculinos.
7. Limpar a sonda do aparelho com um pano embebido em álcool ou outro agente de limpeza e deixá-la secar ao ar.
8. Apalpar a sínfise pubiana do paciente (osso do púbis). Aplicar uma quantidade generosa de gel de ultrassonografia (ou, caso disponível, um pano embebido em gel ultrassonográfico vesical) à linha média do abdômen de 2,5 a 4 cm acima da sínfise pubiana. O gel de ultrassonografia assegura a transmissão adequada e, portanto, uma medida precisa.
9. Colocar a sonda do aparelho sobre o gel, assegurando-se de que ela esteja orientada de acordo com as diretrizes do fabricante (ver ilustração).



PASSO 9 Apontar a sonda do aparelho ligeiramente para baixo em direção à bexiga.

10. Aplicar uma pressão leve, manter a sonda firme e apontá-la em sentido ligeiramente descendente em direção à bexiga. Aperte e solte o botão do aparelho de ultrassonografia.
11. Verifique a mira correta (consultar as diretrizes do fabricante). Completar o exame e imprimir a imagem (se necessário, ver ilustração).

PASSO 11 Imagem do aparelho de ultrassonografia vesical. Com permissão, extraído de Essentials, ed8, Step 10, p. 962 @Verathon Inc.

12. Remover o gel ultrassonográfico do abdômen do paciente

com uma toalha de papel.

13. Remover o gel ultrassonográfico da sonda ultrassonográfica e limpá-la com um pano com álcool ou outro agente de limpeza; deixar secar ao ar.
14. Ajudar o paciente a passar a uma posição confortável. Abaixar o leito e ajustar as grades laterais de acordo com isso.
15. Descartar as toalhas e os panos sujos. Efetuar a higiene das mãos.

O risco de ITU aumenta com o uso de um cateter de demora (APIC, 2014; Lo et al., 2014). Os sintomas de infecção podem se evidenciar de 2 a 3 ou mais dias após a retirada do cateter. Os pacientes devem ser informados quanto ao risco de infecção, às medidas de prevenção e aos sinais e sintomas que devem ser relatados à enfermeira e ao provedor de cuidados de saúde.

Alternativa à Cateterização

Dispõe-se de duas alternativas de drenagem urinária para se evitar os riscos associados aos cateteres urinários.

Cateterização Suprapúbica

Um **cateter suprapúbico** é um tubo de drenagem urinária inserido cirurgicamente na bexiga através da parede abdominal acima da sínfise pubiana (Fig. 46-15). O cateter pode ser suturado à pele, fixado com um material adesivo ou mantido na bexiga por um balão cheio de líquido, de maneira semelhante a um cateter de demora. Os cateteres suprapúbicos são inseridos quando há um bloqueio da uretra (p. ex., aumento da próstata, estreitamento uretral, após uma cirurgia urológica) e em situações em que um cateter uretral por um período prolongado cause irritação ou desconforto ou interfira no funcionamento sexual.

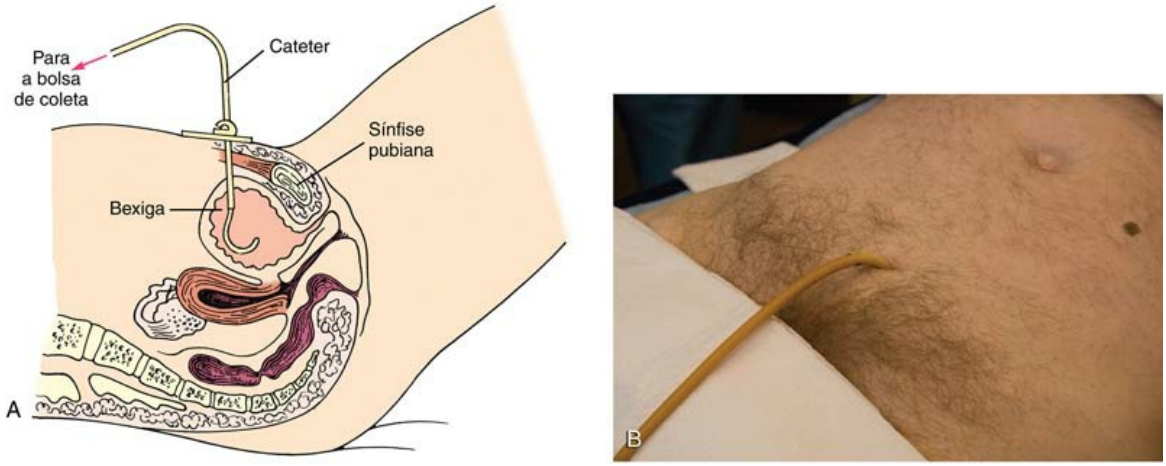


FIGURA 46-15 **A,** Colocação de um cateter suprapúbico acima da sínfise pubiana. **B,** Cateter suprapúbico sem um curativo.

O cuidado de um cateter suprapúbico envolve a limpeza diária do local de inserção e do cateter. Aplica-se a um cateter suprapúbico o mesmo cuidado dos tubos e da bolsa de drenagem de um cateter uretral. Deve-se avaliar o local de inserção quanto a sinais de inflamação e ao crescimento de um tecido de granulação excessiva. Uma inflamação leve pode ser esperada como parte da consolidação normal da ferida caso a inserção seja recente, mas ela também pode indicar uma infecção. O tecido de granulação excessiva pode se evidenciar no local de inserção como uma reação ao cateter. Em alguns casos pode ser necessária a intervenção. O cuidado do local emprega os princípios de aplicação de um curativo seco e a orientação institucional vai indicar se é necessária uma técnica asséptica ou uma técnica estéril (Cap. 48).

Cateter Externo

Também designado como *cateter em preservativo* ou *bainha peniana*, o cateter externo é uma bainha macia e flexível, semelhante a um preservativo, que se ajusta sobre o pênis proporcionando um meio seguro e não invasivo de se conter a urina. Muitos cateteres externos são constituídos de um silicone flexível, que ajuda a reduzir a fricção, e são transparentes para a visualização fácil da pele sob o cateter. Os cateteres de látex ainda estão disponíveis e são utilizados por alguns

pacientes. É importante verificar se o paciente não tem alergia ao látex antes de se aplicar esse tipo de cateter. Os cateteres externos do tipo preservativo são mantidos no lugar por uma camada adesiva no revestimento interno da bainha, uma tira adesiva de dupla face, um adesivo aspergido sobre o corpo peniano ou, em raros casos, uma fita ou alça externa. Eles podem ser conectados a uma bolsa de drenagem de pequeno volume (na perna) ou a uma bolsa de drenagem urinária de grande volume (presa ao leito), as quais precisam ser mantidas mais baixo que o nível da bexiga. O cateter externo do tipo preservativo é adequado para pacientes em incontinência que apresentam um esvaziamento total e espontâneo da bexiga. Os cateteres externos do tipo preservativo vêm em estilos e tamanhos diversos. É importante consultar as diretrizes do fabricante quanto ao melhor ajuste e à aplicação correta. Consulte o Quadro 46-12 quanto aos passos na aplicação de um cateter em preservativo. Os cateteres externos do tipo preservativo se associam a um risco menor de ITU que os cateteres de demora; por esta razão, eles constituem uma opção excelente em indivíduos masculinos com IU. No caso de homens em que não seja possível aplicar um cateter externo do tipo preservativo, há outros cateteres aplicados externamente. Um desses tipos se fixa à glande peniana usando tiras de hidrocoloide que permanecem no lugar por vários dias e que possibilitam a cateterização intermitente/direta (Kyle, 2011). Outra opção disponível é um dispositivo semelhante a um preservativo reutilizável que é mantido no lugar por roupas de baixo especialmente desenhadas.

Quadro 46-12

Diretrizes para o procedimento

Aplicando um Cateter em Preservativo

Considerações sobre a Delegação

O procedimento de aplicação de cateteres em preservativo pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. Antes da delegação,

instruir o pessoal técnico de enfermagem a:

- Informar à enfermeira se houver algum grau de eritema, tumefação ou irritações ou soluções de continuidade da pele da glande peniana ou do eixo do pênis.
- Mostrar-se sensível às necessidades de privacidade dos pacientes.
- Seguir as orientações do fabricante quanto à aplicação do cateter em preservativo e à fixação do dispositivo.

Material

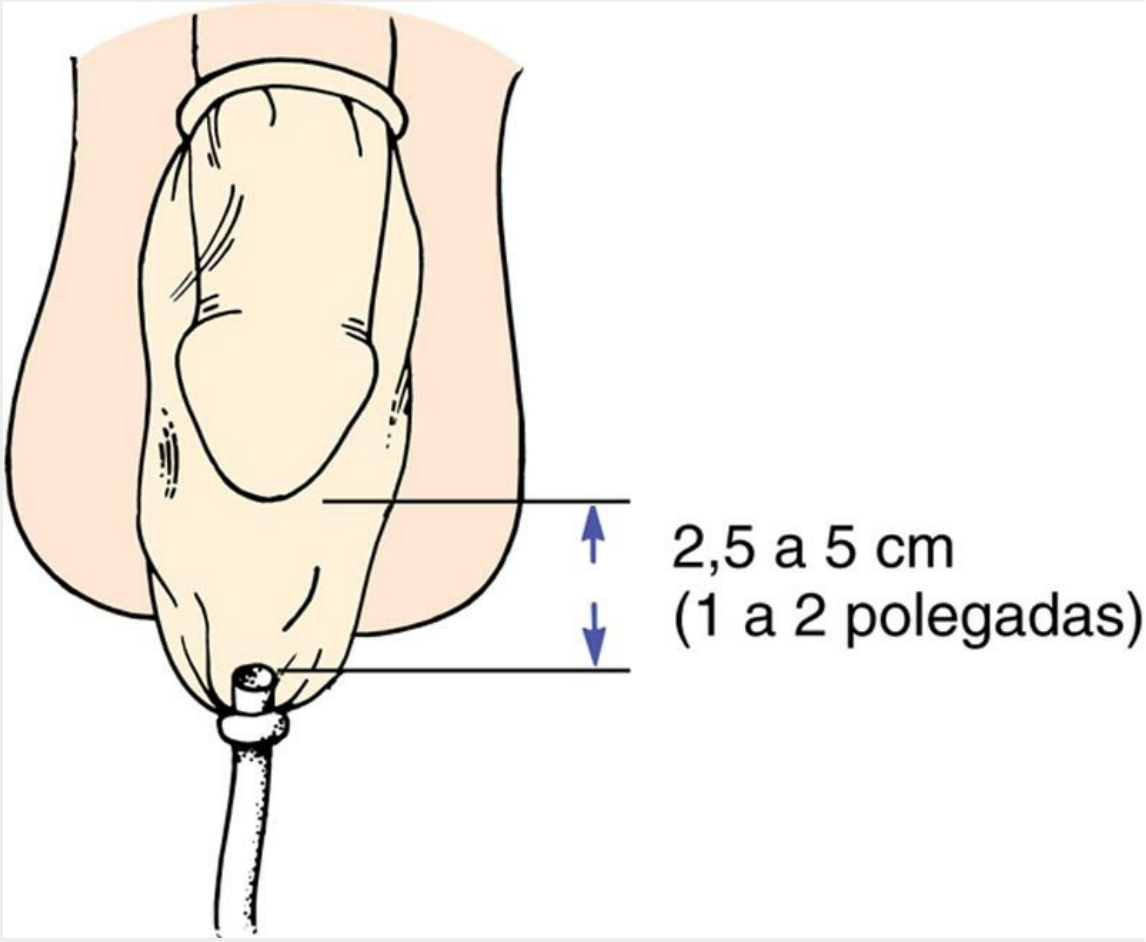
Cateter em preservativo (inclui dispositivos de fixação como adesivo interno, alça ou fita adesiva), bolsa de coleta, bacia com água morna, toalha e pano de limpeza, luvas de procedimento, tesoura, protetor de pelos ou toalha de papel, roupão de banho e lençol

Passos

1. Identificar o paciente empregando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico, de acordo com a orientação da instituição) (TJC, 2016).
2. Efetuar a higiene das mãos.
3. Avaliar os padrões de eliminação urinária, a capacidade do paciente em esvaziar efetivamente a bexiga e o grau de continência.
4. Avaliar o estado mental do paciente, seu conhecimento em relação ao procedimento e sua capacidade de se autoaplicar o dispositivo. Explicar o procedimento.
5. Proporcionar privacidade fechando a porta ou as cortinas junto ao leito. Elevar o leito para uma altura operacional e abaixar a grade do lado em que você vai trabalhar.
6. Preparar o cateter em preservativo (do calibre e do tipo prescrito), a bolsa de drenagem e o tubo de drenagem (ver as orientações do fabricante). Muitos fabricantes fornecem um guia de medida e instruções.
7. Ajudar o paciente a passar a uma posição de decúbito dorsal ou assentada. Colocar o roupão sobre a parte superior do

tronco, dobrar um lençol sobre a parte inferior do tronco de modo que somente o pênis fique exposto.

8. Colocar luvas de procedimento; efetuar o cuidado perineal (Cap. 40) e secar bem a área. Se o paciente não tiver sido circuncidado, assegurar que o prepúcio esteja na posição não retraída normal. Não aplicar creme de barreira e certificar-se de que todo e qualquer adesivo remanescente seja removido (Cottenden et al., 2013).
9. Avaliar o pênis quanto a eritema, erupções cutâneas e/ou áreas abertas. Os cateteres em preservativo podem ser aplicados unicamente à pele intacta.
10. Raspar os pelos na base do eixo do pênis caso necessário. Não raspar a área pubiana. Alguns fabricantes fornecem um protetor para os pelos, que é colocado sobre o pênis antes de se aplicar o dispositivo. Uma alternativa a esse protetor é se fazer um orifício numa toalha de papel, colocá-la sobre o pênis e removê-la após a aplicação do dispositivo (Cottenden et al., 2013; Kyle, 2011).
11. Aplicar o cateter em preservativo. Com a mão não dominante, segurar o pênis ao longo do eixo. Com a mão dominante segurar a bainha do preservativo na extremidade do pênis e desenrolar suavemente a bainha sobre o pênis. Deixar um espaço de 2,5 a 5 cm entre a extremidade do pênis e aquela do cateter (ver ilustração).



PASSO 11 Distância entre a extremidade do pênis e a ponta do preservativo.

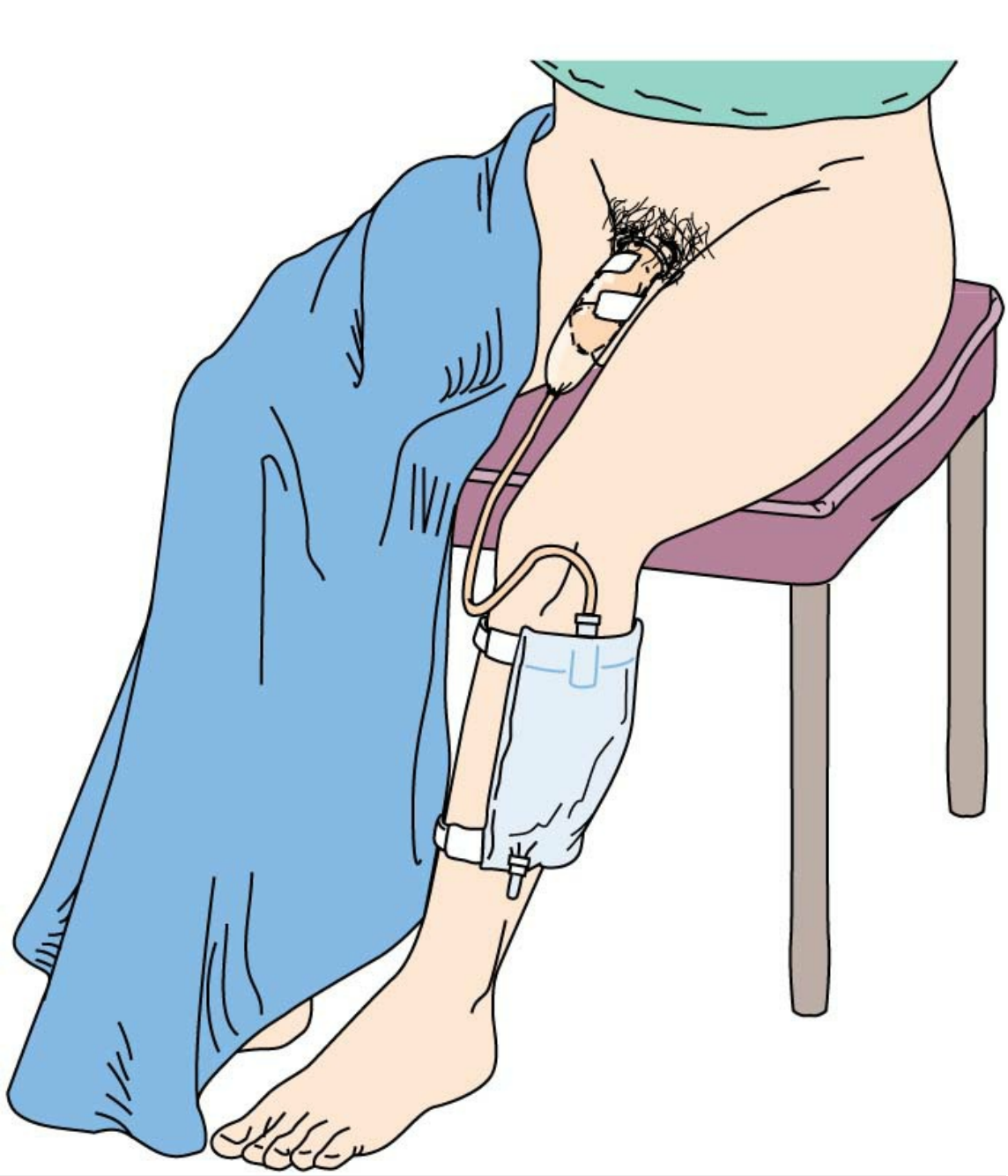
12. Prender o cateter em preservativo de acordo com as instruções do fabricante.
    a. Cateter do tipo tira com fixação externa: Enrolar o eixo peniano em espiral com o adesivo elástico suprido. A tira deve ficar confortável, não apertada (ver ilustração).
    NOTA: Nunca usar fita adesiva.

PASSO 12A Aplicar o adesivo elástico de forma espiral para fixar o cateter em preservativo ao pênis.

b. No caso do cateter autoadesivo, aplicar uma pressão leve ao eixo peniano por 10 a 15 segundos para fixá-lo.

13. Conectar o tubo de drenagem à extremidade do cateter em

preservativo. Certificar-se de que o preservativo não está retorcido. Conectar o cateter a uma bolsa de drenagem de grande volume ou a uma bolsa na perna (ver ilustração).



PASSO 13 Conectar o cateter em preservativo à bolsa da perna.

14. Ajudar o paciente a passar a uma posição segura e confortável e ajustar as grades laterais de acordo com isso.
15. Descartar os suprimentos contaminados, retirar as luvas e efetuar a higiene das mãos.
16. Inspecionar o pênis com o cateter em preservativo colocado, de 15 a 30 minutos após a aplicação, quanto a qualquer tumefação, mudança de cor ou desconforto. Observar a permeabilidade do sistema de drenagem urinária, as características da urina, a condição do pênis e a colocação correta do cateter em preservativo.
17. Remover e reaplicar o cateter diariamente seguindo os passos anteriores, a não ser que seja empregado um dispositivo de uso prolongado. Para a remoção, lavar o pênis com água morna com sabão e desenrolar cuidadosamente a bainha e o adesivo do eixo peniano (Kyle, 2011).
18. Realizar o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente relativamente ao cateter. Diga, "Nós conversamos sobre o que você precisa fazer para impedir que o tubo de drenagem venha a bloquear o fluxo de urina. Você pode me dizer o que você tem de fazer?"

Desvios Urinários

Imediatamente após a cirurgia o paciente com um desvio urinário incontinente precisa usar uma bolsa para a coleta do efluente (drenagem). A bolsa vai manter o paciente limpo e seco, proteger a pele relativamente ao material drenado e proporcionar uma barreira para o odor. As bolsas urinárias com uma aba antirrefluxo podem ser opacas ou transparentes, de uma ou de duas peças, com fechos em velcro ajustáveis ou cortados previamente. Cada bolsa pode ser conectada a uma bolsa de drenagem na armação do leito para uso à noite.

Ao trocar uma bolsa, limpe cuidadosamente a pele em torno do estoma com um pano embebido em água morna e seque o local. Não use sabão, porque ele pode deixar resíduos na pele. Meça o estoma e corte a abertura na bolsa. Depois de remover a cobertura protetora da

superfície adesiva, aplique então a bolsa. Pressione-a firmemente no lugar sobre o estoma. Observe a aparência do estoma e da pele circundante. O estoma se mostra normalmente vermelho e úmido e está localizado no quadrante inferior direito do abdômen. É importante para o paciente que a bolsa de ostomia tenha o tipo e o ajuste corretos. Uma enfermeira especializada em ostomias é um recurso essencial ao se selecionar o dispositivo correto, para que a bolsa se ajuste bem à superfície da pele em torno do estoma, evitando-se um vazamento de urina nocivo (Cap. 47).

Os pacientes com desvios urinários continentes não têm de usar uma bolsa externa. Entretanto, um paciente que tenha um reservatório urinário continente tem de ser instruído quanto à cateterização intermitente da bolsa. Os pacientes precisam ser capazes disso e estar dispostos a fazê-lo de 4 a 6 vezes por dia pelo resto de sua vida. Após a criação de uma neobexiga ortotópica os pacientes vão ter episódios frequentes de incontinência até que a neobexiga se distenda lentamente e o esfíncter urinário esteja forte o suficiente para conter a urina. Para obter a continência o paciente vai ter de seguir um esquema de treinamento da bexiga e executar exercícios dos músculos pélvicos (Geng et al., 2010). O cuidado pós-operatório de pacientes tendo desvios urinários continentes varia amplamente com as técnicas cirúrgicas empregadas e é importante se conhecer a rotina preferida do cirurgião ou os procedimentos da instituição de cuidado de saúde antes de cuidar desses pacientes.

Medicações

Um número reduzido de medicações é usado para o tratamento da urgência, frequência, noctúria e IU por urgência. Os antimuscarínicos incluem darifenacina, oxibutinina, solifenacina, fesoterodina, tolterodina e tropsium, e uma droga que não é antimuscarínica, mirabegron (Qaseem e Dallas, 2014). Os mais comuns efeitos adversos dos antimuscarínicos são boca seca, constipação intestinal e vista turva. Em alguns casos essas medicações podem causar alterações do estado mental em idosos (Burchum e Rosenthal, 2016). Os pacientes fazendo uso de mirabegron devem ter sua pressão arterial monitorada

devido a possíveis aumentos. Não há medicações para tratar a IU de estresse além do uso fora da bula de estrógenos vaginais em mulheres pós-menopausa (Shamliyan et al., 2012). A retenção urinária é por vezes tratada por betanecol e indivíduos masculinos com obstrução da vazão causada por uma próstata aumentada são tratados por drogas que relaxam o músculo liso da uretra prostática, como tansulosina e silodosin, e por drogas que reduzam o volume da próstata, como finasterida e dutasterida. Esteja ciente das medicações e das indicações de todas as medicações que seu paciente estiver tomando.

Num paciente que tenha iniciado recentemente o uso de um antimuscarínico, monitore quanto à eficácia, ficando atento a uma diminuição dos sintomas, como urgência, frequência e episódios de IU por urgência. Um diário vesical é uma das melhores maneiras de se fazer isso. Além disso, avalie regularmente o paciente quanto a efeitos colaterais como constipação intestinal pelo monitoramento do registro de evacuações. Fique atento a uma redução na frequência das evacuações, ao esforço ao evacuar e a alterações na consistência das fezes.

As ITU são tratadas com antibióticos. Por vezes se prescreve a pacientes com micção dolorosa analgésicos urinários que agem sobre a mucosa uretral e vesical (p. ex., fenazopiridina). Os pacientes em uso de drogas contendo fenazopiridina precisam saber que sua urina vai ficar de cor laranja. Eles devem ingerir uma grande quantidade de líquido para evitar a toxicidade das sulfonamidas e para manter um fluxo ótimo pelo sistema urinário (Burchum e Rosenthal, 2016).

Cuidado Contínuo e Restaurador

Dispõe-se de técnicas que podem melhorar o controle sobre o esvaziamento vesical e restaurar algum grau de continência urinária. Essas técnicas são comumente designadas como terapia comportamental e são consideradas como a primeira linha de tratamento para a incontinência de estresse, de urgência e mista (Gurmley e Lightner, 2012). Elas incluem alterações do estilo de vida, **treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP)**, retreinamento vesical e vários esquemas de uso do banheiro

(Tabela 46-1). Em alguns casos em que a bexiga não se esvazia, pacientes ou cuidadores aprendem a executar a cateterização intermitente. O cuidado da pele é um componente essencial do plano de cuidado sempre que houver um risco de vazamento de urina. A contenção adequada da urina e a proteção da pele promovem o conforto e a dignidade do paciente.

Alterações do Estilo de Vida

Algumas modificações do estilo de vida podem melhorar a função vesical e diminuir a incontinência. Além das intervenções citadas anteriormente nesse capítulo na promoção da saúde e no Quadro 46-7, pode-se instruir aos pacientes quanto a alimentos sólidos e líquidos que causam irritação vesical e aumentam sintomas tais como frequência, urgência e incontinência. Oriente os pacientes a evitar irritantes comuns como adoçantes artificiais, alimentos condimentados, produtos cítricos e especialmente cafeína (Jura et al., 2011; Lohsiriwat, 2011). Desencoraje a ingestão de um grande volume de líquido de uma só vez pelos pacientes. A constipação intestinal também pode ter impacto sobre os sintomas vesicais e devem ser implementadas medidas visando promover a regularidade intestinal (Cap. 47). Encoraje os pacientes com edema a elevar os pés por um mínimo de algumas horas à tarde para ajudar a diminuir a frequência da micção noturna.

Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico

As evidências mostraram que pacientes com IU de urgência, de estresse e mista apresentam melhoras e podem acabar por obter a continência quando tratados pelo treinamento dos músculos do assoalho pélvico (Bettez et al., 2012; Lucas et al., 2013; Shamliyan et al., 2012). O treinamento dos músculos do assoalho pélvico envolve ensinar os pacientes a identificar e contrair os músculos do assoalho pélvico num programa de exercícios estruturado. Esse programa de exercícios é comumente denominado *exercícios de Kegel* e se baseia na terapia desenvolvida originalmente pelo ginecologista e obstetra Dr. Arnold Kegel na década de 1940. Os exercícios agem aumentando a

pressão na uretra pelo fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e a inibição de contrações pélvicas indesejadas (Fig. 46-16). Muitos pacientes se beneficiam de instruções verbais quanto a como executar os exercícios (Quadro 46-8). Pacientes que tenham dificuldade em identificar corretamente e contrair os músculos do assoalho pélvico podem ser enviados a um especialista em continência para biofeedback. O biofeedback envolve uma instrução intensiva ampliada pela medida computadorizada da atividade muscular, que é apresentada num monitor. O feedback visual ajuda o paciente a aprender a contrair corretamente os músculos.

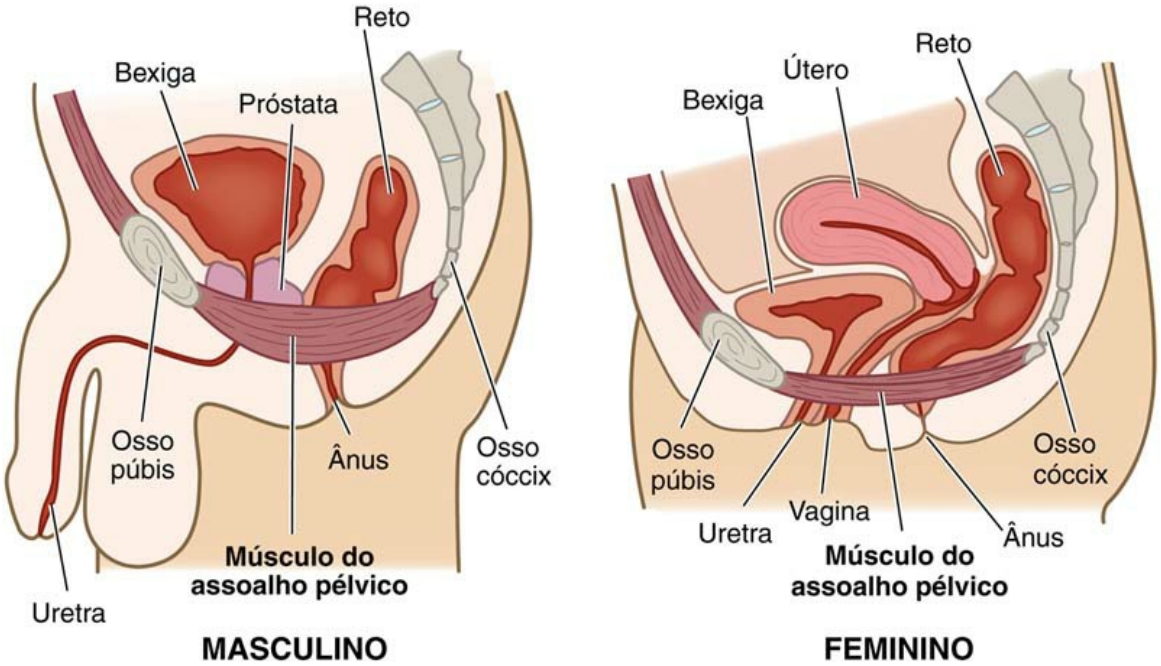


FIGURA 46-16 Músculos do assoalho pélvico. (De Lewis S et al: *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*, 9. ed., St Louis, 2014, Mosby.)

Retreinamento da Bexiga

O retreinamento da bexiga é uma terapia comportamental que visa ajudar os pacientes a controlar a urgência e a frequência urinárias incômodas. Os pacientes são instruídos quanto a sua bexiga e às técnicas para a supressão da urgência. Eles recebem um esquema de

horários para o uso do banheiro com base em seu diário de micção e de vazamentos e o esquema visa aumentar lentamente o intervalo entre as micções. O êxito do retreinamento da bexiga exige que os pacientes obtenham um apoio regular e um reforço positivo. Os pacientes são instruídos a inibir o impulso a urinar respirando lenta e profundamente para relaxar, executando cinco a seis fortes exercícios dos músculos pélvicos (lances) em rápida sucessão, seguidos por se distrair a atenção relativamente às sensações vesicais. O paciente deve se dirigir ao banheiro somente quando o impulso a urinar se torna menos intenso ou desaparece. São candidatos a essa terapia unicamente pacientes muito motivados e cognitivamente intactos. No caso de um paciente que se enquadre nesse perfil pode-se dar--lhe apoio reforçando o esquema horário e proporcionando encorajamento emocional.

Esquemas de Horário de Uso do Banheiro

Um componente-chave de qualquer plano de tratamento da IU é o acesso regular ao banheiro. Os esquemas de horário de uso do banheiro devem ser individualizados de acordo com o tipo de incontinência e a incapacidade funcional (p. ex., alteração cognitiva). O uso do banheiro pode ser implementado em qualquer contexto de cuidado e deve ser o primeiro plano de ação ao se avaliar um paciente apresentando incontinência. A micção com hora marcada ou o uso do banheiro com horário é o uso do banheiro com base num horário fixo e não no impulso do paciente a urinar. O esquema pode ser estabelecido por um intervalo de tempo, a cada 2 a 3 horas ou em determinadas ocasiões do dia, como antes e depois das refeições. É muito eficaz em adultos com alterações cognitivas e da mobilidade moderadas a graves. O treinamento do hábito é um esquema de uso do banheiro com base no padrão miccional habitual do paciente. Os horários habituais em que o paciente costuma urinar são identificados com o uso de um diário vesical. A micção estimulada é um programa de uso do banheiro destinado a pacientes com alterações cognitivas leves a moderadas. Os pacientes usam o banheiro com base em seu padrão miccional habitual. Os cuidadores perguntam ao paciente se

ele está molhado ou seco, dão um feedback positivo no caso de ele estar seco, estimulam-no a usar o banheiro e o recompensam pelo comportamento desejado. Esse é um programa de uso do banheiro muito eficaz; contudo, requer efetivamente um provedor de cuidados consistentemente motivado, um paciente cooperativo e evidências de que o paciente vai urinar ao usar o banheiro pelo menos 50% das vezes ou mais.

Cateterização Intermitente

Alguns pacientes apresentam uma incapacidade crônica de esvaziar totalmente a bexiga em consequência de danos neuromusculares relacionados a esclerose múltipla, diabetes, lesões da medula espinhal e retenção urinária causada pela obstrução da vazão. Para se reduzir a um mínimo o risco de ITU ensinam-se os pacientes ou seus provedores de cuidados a cateterizar a bexiga. É importante seguir os princípios da assepsia, conforme discutido anteriormente no capítulo. Instrua pacientes e provedores de cuidados quanto à importância da ingestão líquida adequada, aos sinais de infecção e a seu esquema individualizado de cateterização. O objetivo da cateterização intermitente é uma drenagem de 400 mL de urina, com o horário individualizado para atingir esse objetivo.

Cuidado da Pele

A dermatite associada à incontinência (DAI) foi definida como "eritema e edema da superfície da pele, acompanhados por vezes de bolhas com exsudatos serosos, erosão ou infecção cutânea secundária" (Gray et al., 2012). É causada pela hidratação excessiva da pele, o aumento do pH e a lesão por fricção durante o movimento (Gray et al., 2012). A exposição a fezes e à urina aumenta o risco de lesões da pele. Os componentes-chave para a prevenção e o tratamento da DAI incluem a limpeza cuidadosa da pele com um agente de limpeza de pH balanceado sem enxágue, o uso de um umidificador da pele e a aplicação de um produto de barreira para umidade (Doughty et al., 2012). Em alguns casos os pacientes podem apresentar uma infecção tópica por fungos que torna necessário o tratamento por um

creme ou unguento esteroide/antifúngico. Esses pacientes apresentam tipicamente ao início um eritema com manchas vermelhas elevadas localizadas próximo à margem. Os pacientes podem se queixar de um prurido intenso.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pela Ótica do Paciente

O paciente é a melhor fonte para a avaliação dos resultados e das respostas ao cuidado de enfermagem. Inclua os pacientes no planejamento do cuidado de enfermagem e na revisão do plano com base em sua percepção do sucesso do mesmo. É importante recordar que os problemas urinários têm impacto sobre o paciente não apenas fisicamente como também do ponto de vista emocional, psicológico, espiritual e social. Avalie cuidadosamente a autoimagem do paciente, suas interações sociais, sua sexualidade e seu estado emocional conforme o impacto do problema urinário (Fig. 46-17).

Conhecimento

- Sinais clínicos de micção normal
- Características da urina normal
- Comportamentos que demonstram aprendizado

Experiência

- Respostas anteriores do paciente a intervenções de enfermagem planejadas para promover a eliminação urinária

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Reavaliar o padrão miccional do paciente e os sinais e sintomas de alterações
- Inspecionar as características da urina do paciente
- Fazer o paciente e seus familiares demonstrarem quaisquer procedimentos de autocuidado
- Fazer o paciente discutir os sentimentos relativos a quaisquer alterações permanentes na eliminação
- Perguntar ao paciente se suas expectativas estão sendo atendidas

Padrões

- Usar resultados esperados estabelecidos no plano de cuidado do paciente
- Usar resultados esperados estabelecidos por organizações profissionais como a ANA e a AHCPR para avaliar as respostas do paciente ao cuidado

Atitudes

- Assumir a responsabilidade pelo aparecimento de quaisquer complicações relacionadas ao cuidado
- Demonstrar perseverança quando necessário, porque algumas intervenções (p. ex., exercícios do assoalho pélvico) podem levar semanas a meses para efetuar alguma alteração
- Adaptar e rever as abordagens caso as intervenções se mostrem ineficazes

FIGURA 46-17 Modelo de pensamento crítico para a avaliação de enfermagem da eliminação urinária. *AHCPR*, Agency for Health Care Policy and Research; *ANA*, American Nurses Association.

Resultados dos Pacientes

Para avaliar o plano de cuidado, utilize os resultados esperados elaborados durante o planejamento para determinar se as intervenções foram eficazes. Esse processo de avaliação é dinâmico. As informações colhidas são utilizadas para se modificar o plano de cuidado de modo a atingir os resultados esperados. Avalie quanto a alterações no padrão miccional do paciente e/ou à presença de sintomas tais como disúria, retenção urinária e IU. Caso haja um plano comportamental em atividade, avalie a aderência do paciente/provedor de cuidados ao plano, tal como usar o banheiro de acordo com o esquema horário ou o número de episódios de incontinência. Os resultados efetivos são comparados a resultados esperados para se determinar o sucesso integral ou parcial na obtenção desses resultados. Os exemplos de perguntas a serem feitas para a avaliação incluem:

- "Diga-me, com que frequência você está urinando agora?"
- "Quantas vezes você é despertado do sono por um forte impulso a urinar?"
- "Você continua a apresentar aquela sensação de urgência ou de necessidade de correr para o banheiro?"
- "Quantos episódios de vazamento de urina você teve na última semana?"
- "Você sente dor ou ardência ao urinar?"

A avaliação de enfermagem de uma intervenção pode ocorrer em um ou dois dias ou pode levar semanas ou meses para se avaliar plenamente a eficácia. Avalie a aderência inicial às alterações da dieta, a compreensão das instruções quanto aos exercícios dos músculos pélvicos ou a eficácia do tratamento antibiótico da ITU em 1 a 2 dias. A avaliação da eficácia dos exercícios dos músculos pélvicos na redução da urgência e da incontinência vai ter de ser efetuada semanas ou meses após o início da terapia. A avaliação contínua, quando possível, possibilita que se determine o progresso em direção aos objetivos, encoraje a aderência e revise o diagnóstico e/ou o plano quando necessário.

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

Assegurar a segurança dos pacientes é um papel essencial dos profissionais de enfermagem. Para assegurar a segurança dos pacientes, comunique-se claramente com os membros da equipe de cuidado de saúde, avalie e incorpore as prioridades de cuidado e as preferências do paciente e use as melhores evidências ao tomar decisões em relação ao cuidado de seu paciente. Ao executar os procedimentos nesse capítulo, lembre-se de seguir esses pontos para assegurar um cuidado seguro e individualizado:

- Siga os princípios da assepsia médica e cirúrgica quando indicado ao efetuar cateterizações, manipular amostras de urina ou ajudar pacientes em suas necessidades excretoras.
- Identifique os pacientes em risco de alergias ao látex (i.e., história do paciente de febre do feno; asma; e alergias a determinados alimentos, como bananas, uvas, damasco, kiwi e amêndoas).
- Identifique os pacientes com alergias a povidona-iodo (Betadine®). Forneça alternativas como clorexidina.

Procedimento 46-1 Coleta de amostra de urina do jato médio (urina limpa)

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de coleta de amostras de urina do jato médio (urina limpa) pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. Quando apropriado você pode instruir um paciente lúcido que seja fisicamente capaz a colher a amostra. É responsabilidade da enfermeira assegurar que essa amostra seja obtida corretamente e de forma oportuna. Esteja ciente da orientação da instituição quanto à coleta de amostras. Instrua o técnico de enfermagem a:

- Considerar as restrições à mobilidade do paciente e informar à enfermeira quando a amostra for obtida
- Informar à enfermeira se o paciente não conseguir iniciar um jato

ou tiver dor ou ardência ao urinar.

- Informar à enfermeira se a amostra coleta estiver escura com sangue, turvo ou fétido, ou contiver muco.

Material

- Sabão ou solução de limpeza, pano de limpeza e toalha
- Kit comercial para amostra de urina limpa (Fig. 46-18) ou suprimentos individuais conforme a lista
  - Toalhinhas antissépticas ou
  - Solução antisséptica (p. ex., clorexidina [Hibiclens®] ou povidona-iodo [Betadine®] e bolinhas de algodão estéril ou gaze 2 x 2 ou 4 x 4
  - Recipiente estéril para amostra
- Luvas de procedimento
- Comadre, cadeira higiênica ou urinol
- Rótulo da amostra e formulário de solicitação laboratorial completados com identificadores corretos do paciente

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número d prontuário médico) de acordo com a orientação da instituição.
2. Avaliar quanto a alergia do paciente ao agente de limpeza.
3. Avaliar o estado cognitivo, o nível de desenvolvimento, a mobilidade, a coordenação e as limitações físicas paciente.
4. Avaliar a compreensão pelo paciente do propósito do teste e do método de coleta.
5. Avaliar a área perineal quanto a sujeira.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Forneça líquidos para beber ½ hora antes da coleta, a não ser quando contraindicado (p. ex., restrição líqui o paciente não sinta vontade de urinar.
2. Explicar o procedimento ao paciente:
a. Razão pela qual é necessário a amostra do jato médio
b. Maneiras de o paciente e seus familiares ajudarem
c. Maneiras de se obter de fezes
d. Usar uma linguagem simples e auxiliares visuais caso aplicáveis para explicar o procedimento

3. Em caso de paciente do sexo feminino que esteja menstruando, registre isso no formulário de requisição laboratorial.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Efetuar a higiene das mãos e colocar luvas.

2. Proporcionar privacidade ao paciente fechando a porta ou as cortinas do leito.

3. Ajudar o paciente quando necessário a chegar ao vaso sanitário ou a colocar comadre ou posicionar o urin caso do uso da comadre, elevar a cabeceira do leito.

4. Preparar um recipiente estéril para a amostra

   a. Remover a tampa do recipiente estéril para urina e colocar a tampa com a superfície estéril para cima be próximo. Não tocar o interior do recipiente.

   b. Abrir o pacote de toalhinhas antissépticas ou preparar bolinhas de algodão/esponjas de gaze com soluçã antisséptica.

   c. Colocar um par de luvas de procedimento caso vá ajudar o paciente.

5. Colher a amostra

   a. **Sexo feminino**

      (1) Separar os lábios vaginais com o polegar e o indicador da mão não dominante.

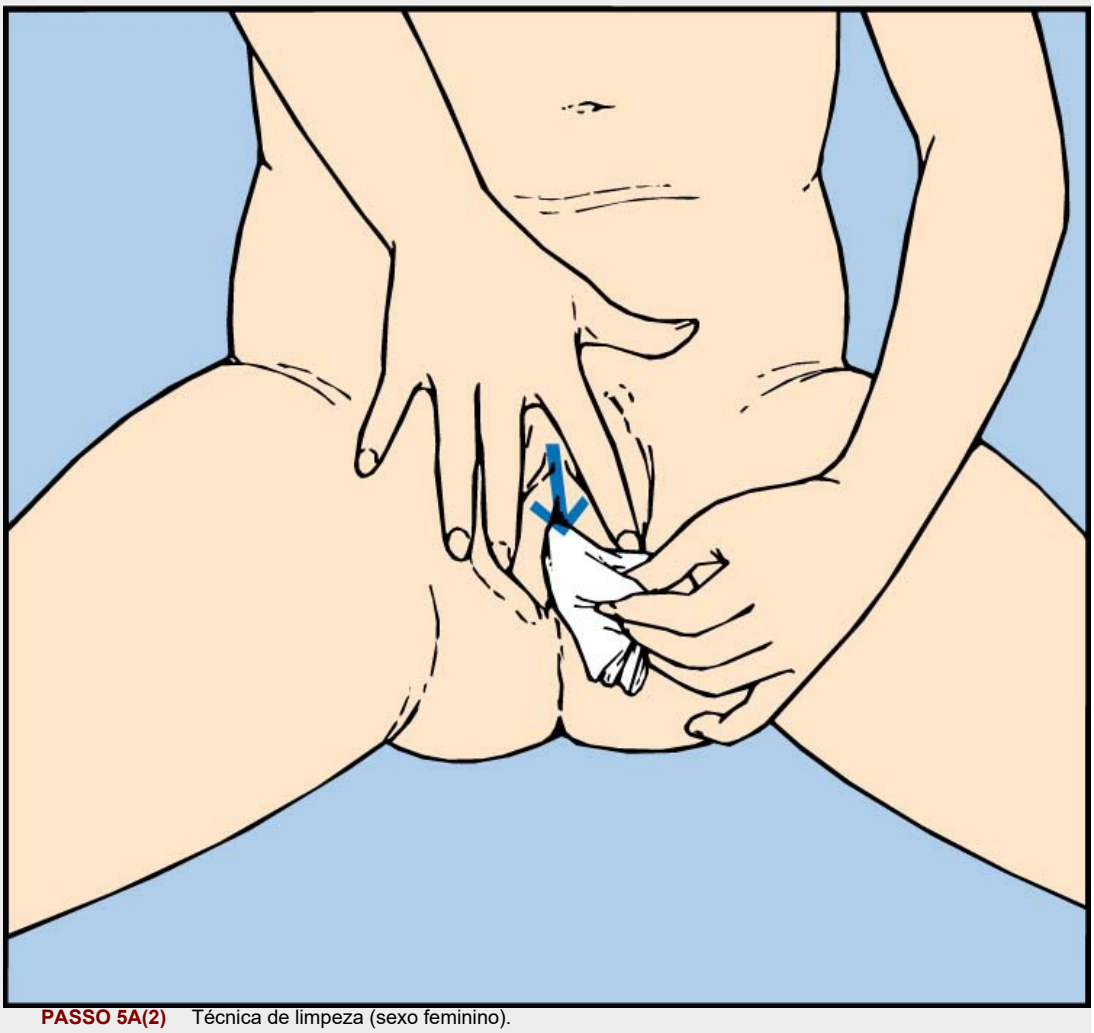
      (2) Limpar a área com toalhinha/bolinha de algodão/esponja, movendo-se da parte anterior (acima do o uretral) para a posterior (em direção ao ânus). Usar uma nova tolha/bola de algodão/esponja de cada repetir o movimento de anterior para posterior 3 vezes (começar do lado esquerdo, em seguida o dire depois o centro) (ver ilustração).

      (3) Fazer a paciente iniciar o jato enquanto continua a manter os lábios separados. Após a paciente inicia de urina, levar o recipiente até o jato e colher de 30 a 60 mL (ver ilustração).

   b. **Sexo masculino**

      (1) Segurar o pênis com uma das mãos e limpar a glande peniana usando um movimento circular com toalhinha antisséptica/bolinha de algodão/gaze; limpar movendo-se do centro para a parte externa (ve ilustração). No caso de indivíduos não circuncidados, retrair o prepúcio antes da limpeza.

      (2) Após o paciente iniciar o jato de urina, colocar o recipiente para coleta das amostras sob o jato e colhe a 60 mL (ver ilustração).



PASSO 5A(2) Técnica de limpeza (sexo feminino).

6. Remover o recipiente da amostra antes de o fluxo de urina cessar e antes da liberação dos lábios ou do pên
paciente termina de urinar na comadre/vaso sanitário/urinol.

DECISÃO CLÍNICA: *Se o prepúcio tiver sido retraído para a coleta da amostra, recoloque-o sobre a glande. C*
dor e a possível obstrução do fluxo de urina.

7. Recolocar a tampa firmemente no recipiente da amostra (tocar apenas a parte externa).

8. Limpar qualquer urina da superfície exterior do recipiente. Fixar o rótulo na lateral do recipiente (não na t
na frente do paciente. Certificar-se de que o rótulo esteja completo, com dois identificadores, origem da ar
data e horário. Colocar em bolsa plástica para espécimes com risco biológico, conforme exigido pela instit

9. Remover e esvaziar a comadre/urinol (se aplicável) e ajudar o paciente a assumir uma posição confortável.

10. Anexar à bolsa da amostra a requisição laboratorial.

11. Remover as luvas, descartá-las no recipiente apropriado e efetuar a higiene das mãos.

12. Transportar o espécime para o laboratório dentro de 15 a 30 minutos ou refrigerá-lo imediatamente.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

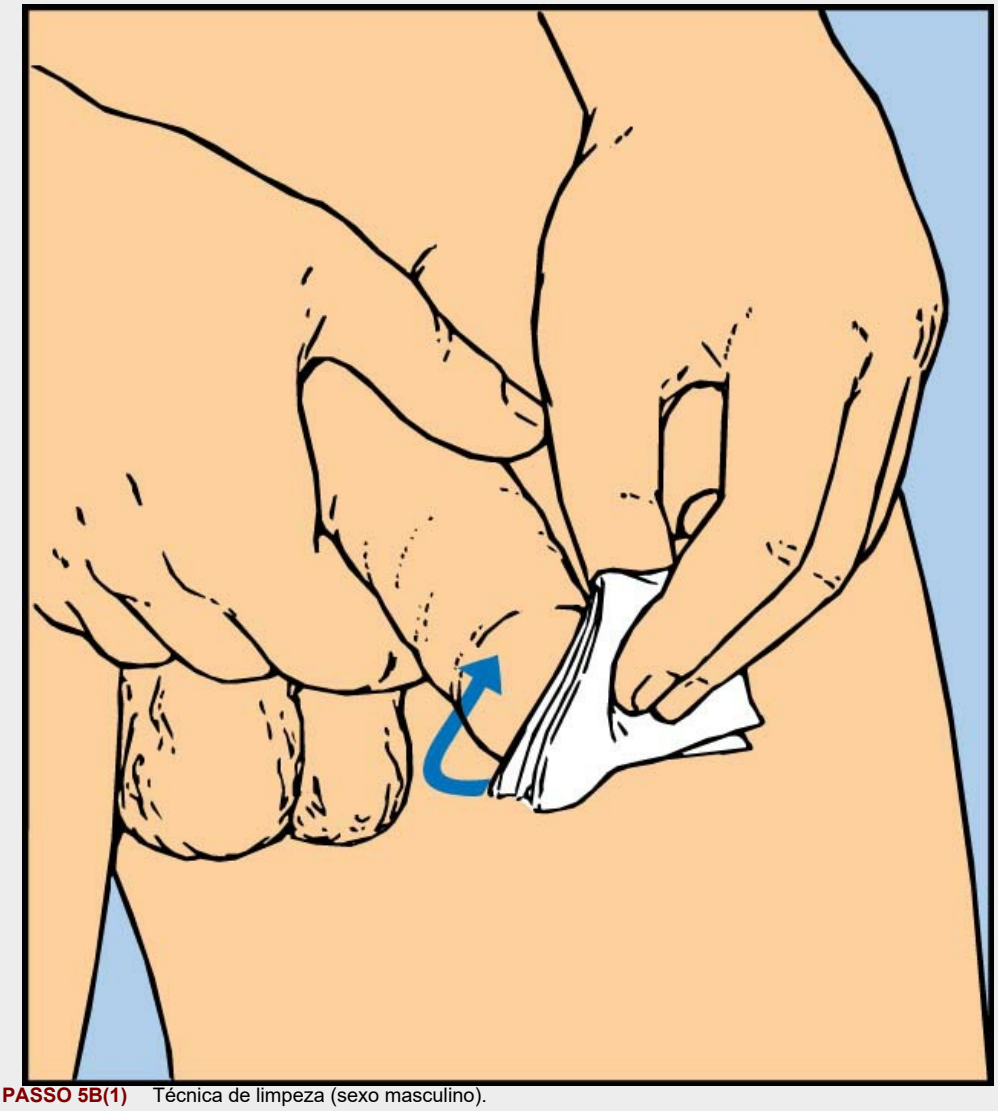
1. Observar as características da urina e procurar quaisquer contaminantes, tal como fezes.

2. Avaliar os resultados laboratoriais do teste de urina.

3. Usar o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e seus familiares quanto às etapas c da obtenção de um espécime de urina de coleta limpa. Dizer, "Quero ter certeza de que expliquei as etapa obtenção da amostra de urina. Você pode repetir para mim essas etapas?" Revise suas instruções na hora e elabore um plano para a revisão da instrução ao paciente se este não conseguir efetuar o ensino de retorno corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. O espécime de urina está contaminado por fezes ou por papel higiênico.
   - Repetir a instrução para o paciente ou ajude-o a obter o espécime.
   - Obter um novo espécime.
   - Solicitar uma prescrição para a obtenção de uma cateterização direta para obter o espécime.
2. O espécime derramou ou foi descartado acidentalmente.
   - Repetir a coleta



PASSO 5B(1) Técnica de limpeza (sexo masculino).

REGISTRO E RELATO

- Registrar nas notas da enfermagem a data e o horário em que o espécime de urina foi obtido.
- Notificar ao provedor de cuidados de saúde quanto a quaisquer anormalidades significativas.
- Documentar sua avaliação do aprendizado do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Uma técnica limpa pode ser usada se o paciente for colher o espécime em regime ambulatorial. Fornecer ins
- Fornecer informações a respeito do armazenamento da amostra e do horário para entrega ao laboratório do

FIGURA 46-18 Kit comercial para a coleta do jato médio.

Procedimento 46-2 Inserção e remoção de um cateter direito (intermitente) ou de demora

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de inserção de um cateter direto ou de demora não pode ser delegado; a enfermeira é responsável por avaliar a necessidade da cateterização e pela análise desta. A enfermeira orienta o pessoal técnico de enfermagem a:

- Ajudar no posicionamento do paciente, focalizar a luz para o procedimento, esvaziar a urina da bolsa de coleta e ajudar no cuidado perineal.
- Relatar à enfermeira desconforto do paciente, febre ou vazamento pelo cateter pós--procedimento.
- Relatar à enfermeira cor, odor ou quantidade de urina anormal.

Material

Inserção do cateter

- Tubos e bolsa para drenagem estéril (caso não incluídos no kit)
- Dispositivo para fixar o cateter (alça do cateter ou outro meio)
- Luvas estéreis e cateteres extras (opcionais)
- Roupão de banho
- Absorvente impermeável
- Luvas de procedimento, bacia com água morna, sabão ou agente de limpeza perineal, pano e toalha para cuidado perineal
- Iluminação adicional quando necessário (como luz de lanterna ou para procedimento)
- Recipiente para urina com medidor
- Cintilografia vesical (se disponível)
- Kit de cateter contendo os seguintes itens estéreis: (Os kits de cateter variam; por isso é importante verificar a lista do conteúdo na embalagem.)

Kit para cateterização direta/ intermitente

- Cateter de uma só luz (comumente 12-14 Fr)
- Campos (um fenestrado – tem uma abertura no meio)
- Luvas estéreis
- Lubrificante
- Solução de limpeza incorporada a um aplicador ou a ser adicionada a bolas de algodão (fórceps para pegar as bolas de algodão)
- Recipiente para espécime

Kit para cateterização de demora

- Cateter de luz dupla (Alguns kits incluem um cateter com bolsa de drenagem anexa; outros têm apenas um cateter; outros não têm nenhum cateter.)
- Campos (um fenestrado – tem uma abertura no meio)
- Lubrificante
- Solução de limpeza incorporada a um aplicador ou a ser adicionada a bolas de algodão (fórceps para pegar as bolas de algodão)

- Seringa previamente cheia com água estéril para insuflação do balão
- Tubos e bolsa de drenagem estéreis (alguns kits já vêm conectados; outros no, e há necessidade de uma embalagem separada)
- Luvas estéreis
- Recipiente para espécime

Remoção do cateter

- Luvas de procedimento
- Absorvente impermeável
- Roupão de banho
- Sabão, pano, toalha e bacia cheia de água morna
- Seringa de 10 mL ou mais sem agulha — informações sobre o tamanho (mL) do balão estão impressas diretamente sobre a válvula de insuflação do balão (Fig. 46-11)
- Cilindro graduado para a medida da urina
- Vaso sanitário, cadeira urinária, "chapéu" para urina, urinol ou comadre
- Cintilografia urinária (caso indicada)

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Rever o prontuário médico do paciente, incluindo a prescrição do provedor de cuidados de saúde e as not enfermagem. Notar as cateterizações anteriores, incluindo o tamanho do cateter, a resposta do paciente e da cateterização.
2. Rever o prontuário médico quanto a qualquer condição que possa dificultar a introdução do cateter (p. ex. próstata aumentada de tamanho em homens, estreitamentos uretrais).
3. Identificar o paciente empregando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário médico) de acordo com a orientação da instituição.
4. Perguntar ao paciente e verificar o prontuário médico quanto a alergias.
5. Avaliar o peso, o nível de consciência, o nível de desenvolvimento, a capacidade de cooperação e a mobili paciente.

6. Rever o sexo e a idade do paciente.

DECISÃO CLÍNICA: *Cateteres de grande calibre podem danificar a uretra e o meato uretral, aumentar a irritab espasmo (Cottenden et al., 2013). Use o cateter do menor calibre possível para reduzir ao máximo o trauma e*

7. Avaliar se a bexiga está cheia pela apalpação da mesma acima da sínfise pubiana ou pelo uso da cintilogra urinária (caso disponível).

8. Efetuar a higiene perineal e colocar luvas de procedimento. Inspecionar a área perineal quanto a marcos anatômicos, eritema, drenagem de secreções ou corrimentos e odor. Remover as luvas e efetuar a higiene mãos.

9. Avaliar o conhecimento do paciente quanto à cateterização e sua experiência anterior com isso.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reunir o equipamento apropriado

2. Conseguir pessoal de enfermagem extra para ajuda caso necessário.

3. Explicar ao paciente o procedimento e a razão pela qual o procedimento é necessário. Descreva as sensaçõ paciente vai ter (p. ex., limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter)

IMPLEMENTAÇÃO

1. Efetuar a higiene das mãos.

2. Proporcionar privacidade fechando a porta do quarto e as cortinas junto ao leito.

3. Elevar o leito até a altura operacional apropriada. Se as grades laterais estiverem em uso, elevar a grade do oposto do leito e baixar a do lado operacional.

4. Colocar sob o paciente um plástico impermeável.

5. Fornecer a higiene perineal caso necessário (colocar luvas de procedimento, completar a limpeza, descarta luvas e efetuar a higiene das mãos).

DECISÃO CLÍNICA: *Obter ajuda para posicionar e sustentar pacientes fracos, frágeis ou mentalmente confuso*

6. Posicionar o paciente e cobri-lo com campos:

a. **Paciente do Sexo Feminino**

(1) Ajudar a assumir a posição de decúbito dorsal (supina com os joelhos flexionados). Pedir à paciente relaxar as coxas para efetuar a rotação externa das articulações do quadril (ver ilustração).

(2) Posição feminina alternativa: Colocar na posição de decúbito lateral (de Sims), com a parte superior flexionada no joelho e no quadril. Assegurar que a área retal seja coberta por um campo para reduzir de contaminação. Apoiar a paciente com travesseiros se necessário para manter a posição.

b. **Paciente do Sexo Masculino**

(1) Colocar em posição de decúbito dorsal com as pernas estendidas e as coxas em ligeira abdução.

c. **Cobrir o Paciente com Campos:** Cobrir a parte superior do corpo com um lenço pequeno ou uma cober Cobrir os membros inferiores com lençol ou coberta, expondo unicamente a genitália. Em mulheres, é ú colocar a coberta em forma de diamante sobre a paciente, com uma das pontas em seu pescoço, as ponta laterais sobre cada braço e lateral e a última ponta no períneo (ver ilustração).

7. Posicionar a luz de modo a iluminar os órgãos genitais ou ter um assistente disponível para segurar a font de modo a visualizar o meato urinário.

8. Efetuar a higiene das mãos.

9. Kit de cateterização aberta (alguns produtos têm um envoltório duplo, tornando necessária a remoção do envoltório externo ou da cobertura plástica; outros requerem a retirada de uma cobertura de papel). Coloc aberto numa mesa de cabeceira limpa ou, se possível, entre as pernas abertas do paciente. O tamanho e o posicionamento do paciente vão ditar a colocação exata.

10. Quando presente, abrir o envoltório interno estéril cobrindo a caixa com o uso da técnica estéril (Cap. 29)

a. Cateterização direta/intermitente: Todos os suprimentos necessários estão na bandeja estéril. A bandeja contém os suprimentos pode ser usada para a coleta de urina.

b. Sistema aberto de cateterização de demora: Abrir o pacote separado contendo bolsa de drenagem, verifi se certificar de que a braçadeira da escotilha de drenagem está fechada e colocar a bolsa e os tubos de dr bem à mão. Abrir a embalagem externa do cateter estéril, mantendo a esterilidade do envoltório interno

PASSO 6A(1) Cobrindo um paciente do sexo feminino com campos para a cateterização.

DECISÃO CLÍNICA: *Algumas companhias estão atualmente inserindo listas de diretrizes dos CDC dos Estado*
cateterização fixa. É só descartar depois de ler.

c. Sistema fechado de cateterização de demora: Todos os suprimentos estão numa bandeja estéril. Depois d colocar luvas estéreis, verificar para se certificar de que a braçadeira da bolsa de drenagem está fechada.

11. Colocar luvas estéreis. Cobrir com campos o períneo, mantendo estéreis as luvas e a superfície de operaçã campo.

a. **Cobertura com Campos Estéreis de Indivíduo do Sexo Feminino**

(1) Pegar um campo quadrado e desdobrá-lo sem tocar em superfícies não estéreis. Deixar a borda supe campo formar uma bainha sobre ambas as mãos. Colocar o campo com o lado brilhante para baixo no entre as coxas da paciente. Passar a borda em bainha sob as nádegas, pedindo à paciente para erguer quadris. Tomar cuidado para não tocar material contaminado com as luvas estéreis.

(2) Pegar campo estéril fenestrado. Deixar o campo se desdobrar sem tocar em superfícies não estéreis. D borda superior do campo formar uma bainha sobre ambas as mãos. Colocar o campo sobre o períneo, expondo os lábios vaginais (ver ilustração).

b. **Cobertura com Campos Estéreis de Indivíduo Masculino:** Pegar campo quadrado e deixá-lo se desdob tocar superfícies não estéreis. Colocar sobre as coxas com o lado brilhante para baixo, logo abaixo do pê Colocar o campo fenestrado com a abertura centrada sobre o pênis (ver ilustração).

c. Em alguns kits as luvas estéreis podem estar debaixo do campo quadrado estéril. Nesse caso, pegar o ca quadrado da bandeja pelas bordas e deixá-lo se desdobrar sem tocar em superfícies não estéreis. A bord superior é então dobrada em direção oposta à do paciente (lado estéril para cima, mãos sob o lado inferi brilhante) para formar uma bainha sobre as mãos e colocada cuidadosamente. Colocar então luvas estér campo fenestrado.

12. Dispor os suprimentos sobre o campo estéril, mantendo a esterilidade das luvas. Colocar bandeja estéril c meio de limpeza (hastes com algodão ou bolas de algodão previamente umedecidas, fórceps e solução), lubrificante, cateter e seringa para insuflação do balão previamente cheia (unicamente na cateterização de demora) sobre o campo estéril.

a. Abrir a embalagem da solução antisséptica. Abrir a extremidade da embalagem para acesso fácil. Despe solução sobre as bolas de algodão estéreis. Alguns kits podem conter uma embalagem de hastes com alg previamente umedecido ou hastes que vão estar na bandeja e nas quais você vai despejar o antisséptico.

b. Abrir recipiente estéril para espécimes caso seja necessário um espécime de urina.

PASSO 11A(2) Colocar o campo estéril fenestrado (com a abertura no centro) sobre o períneo com os lábios vaginais expostos.

c. Cateterização de demora: Abrir o envoltório interno estéril do cateter. Quando fizer parte do kit, remove bandeja com o cateter e a bolsa de drenagem conectada e colocar sobre o campo estéril. Certificar-se de braçadeira sobre a escotilha de drenagem da bolsa está fechada.

d. Abrir a embalagem do lubrificante (em alguns kits o lubrificante vem numa seringa) e colocá-lo sobre o estéril. Lubrificar o cateter mergulhando-o em gel hidrossolúvel de 2,5 cm a 5 cm para mulheres e de 12, 17,5 cm para homens.

DECISÃO CLÍNICA: *É essencial verificar as instruções do fabricante antes de inserir um cateter de demora. A teste por insuflação/deflação do balão pode levar à formação de vincos no balão, causando potencialmente um*

13. Limpar o meato uretral:

a. **Paciente do Sexo Feminino**

(1) Separar cuidadosamente os lábios vaginais com a mão não dominante (agora contaminada) para exp totalmente o meato urinário.

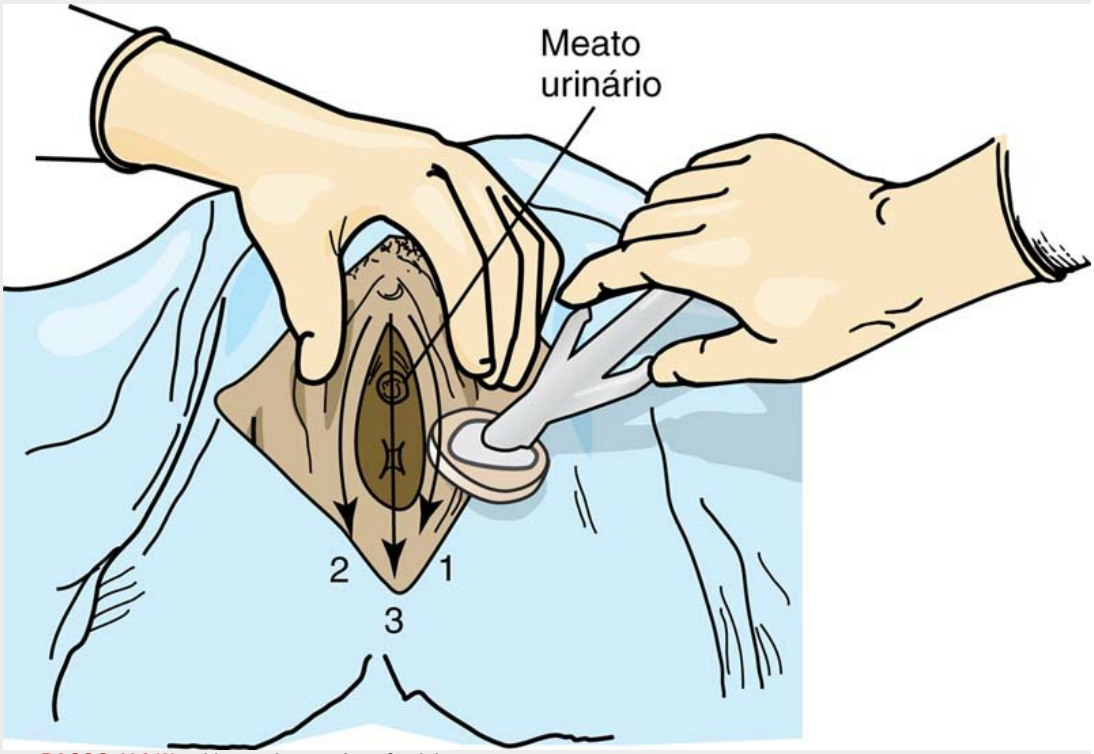
(2) Manter a posição da mão não dominante durante todo o restante do procedimento.

(3) Usar o fórceps para segurar uma bola de algodão ou segurar uma haste de cada vez. Limpar os lábio meato urinário do clitóris para o ânus. Usar uma nova bola de algodão ou haste para cada área que v limpar. Limpar esfregando a prega labial mais distante, a prega labial mais próxima e diretamente sob centro do meato uretral (ver ilustração).

b. **Paciente do Sexo Masculino**

(1) Com a mão não dominante (agora contaminada), retrair o prepúcio (caso não circuncidado) e segura cuidadosamente o pênis pelo eixo imediatamente abaixo da glande. Manter o eixo do pênis em ângul com o corpo. Essa mão permanece nesta posição pelo restante do procedimento.

(2) Com a mão dominante não contaminada, limpar o meato com bolas/hastes de algodão usando movi circulares, começando pelo meato e trabalhando em direção externa num movimento em espiral. Rep vezes usando uma bola/haste de algodão limpa de cada vez (ver ilustração).



PASSO 13A(3) Limpando o períneo feminino.

14. Pegar e segurar o cateter de 7,5 a 10 cm pela extremidade, com o cateter enrolado frouxamente na palma Se o cateter não estiver conectado à bolsa de drenagem, certificar-se de posicionar a bandeja de urina de ta que o cateter possa ser colocado aí assim que a inserção tiver início.

15. Inserir o cateter:

a. **Paciente do Sexo Feminino:**

(1) Pedir à paciente para fazer força para baixo de leve e inserir lentamente o cateter através do meato u (ver ilustração).

(2) Avançar o cateter ao todo de 5 a 7,5 cm num adulto **ou até que a urina flua pela extremidade do cat** Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro.

DECISÃO CLÍNICA: *O cateter pode estar na vagina se não aparecer nenhuma urina. Em caso de colocação i inserir outro cateter estéril.*

b. **Paciente do Sexo Masculino**

(1) Aplicar cuidadosamente uma tração ascendente ao pênis enquanto ele é mantido num ângulo de 90º
relação ao corpo (ver ilustração).

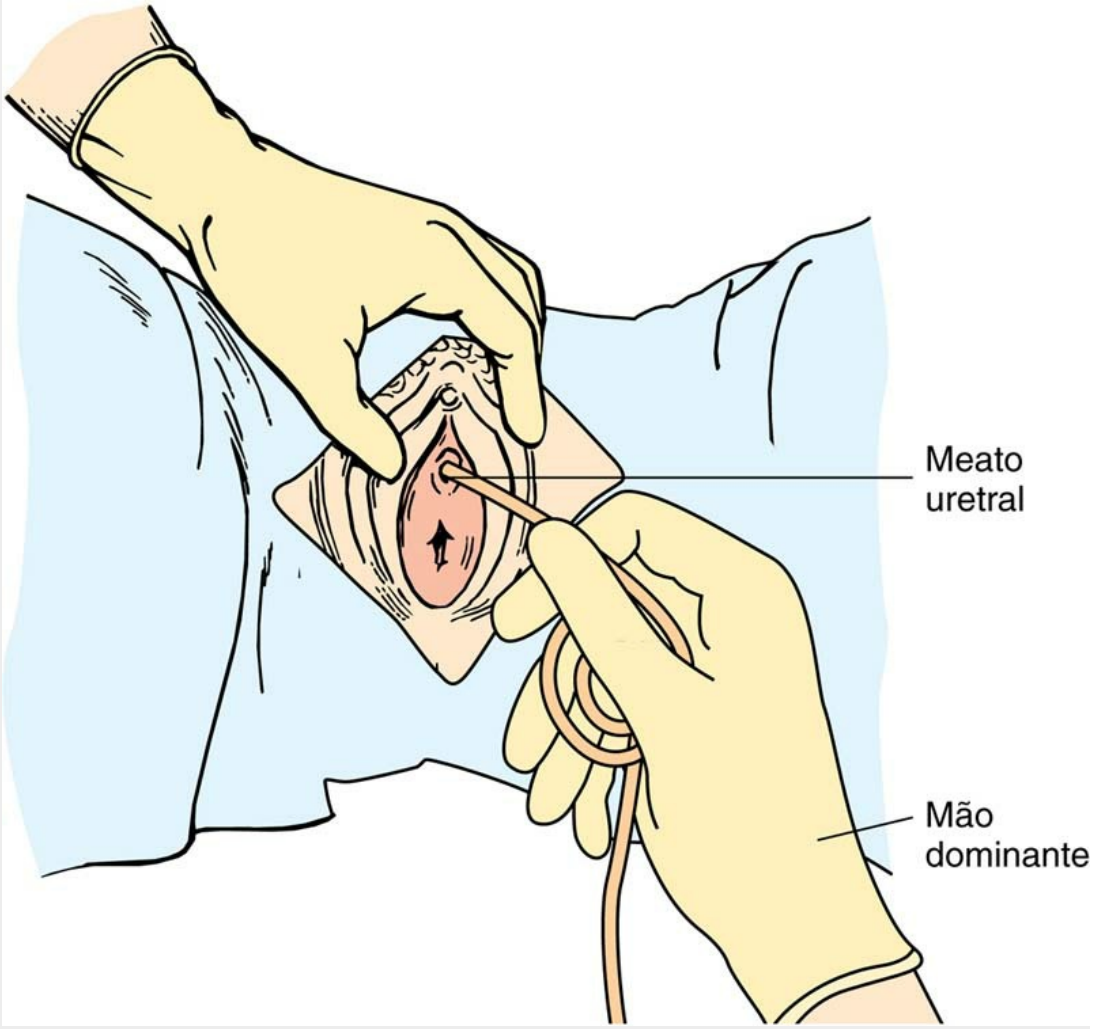
(2) Pedir ao paciente para fazer força para baixo como se fosse urinar e inserir lentamente o cateter pelo
uretral.

(3) Avance o cateter de 17 a 22,5 cm ou até que a urina flua pela extremidade do cateter.

DECISÃO CLÍNICA: *Se houver resistência ou dor ao avançar o cateter, NÃO USE FORÇA e pare o avanço do*
promover o relaxamento. Manter o cateter cuidadosamente no lugar sem forçar. Depois de alguns segundos o
fazer avançar um cateter pode indicar uma próstata aumentada ou alguma outra obstrução da uretra.

(4) Abaixar o pênis e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante.

16. Deixar a bexiga se esvaziar totalmente, a não ser que a orientação da instituição restrinja o volume máxim
urina drenado (ver a orientação da instituição).



PASSO 15A(1) Inserindo o cateter no meato urinário feminino.

DECISÃO CLÍNICA: *No caso de uma retenção urinária aguda (início rápido) em que o volume de urina seja re*
de saúde quanto a orientação relativa à descompressão gradual da bexiga para evitar uma possível hematúria

17. Colher o espécime de urina quando necessário segurando a extremidade do cateter sobre o recipiente. En o nível desejado. Rotular e embalar o espécime de acordo com a orientação institucional. Enviar o espécim laboratório o mais cedo possível.

18. Cateterização direta/intermitente: quando o fluxo de urina cessar, retrair o cateter lenta e suavemente até retirada total.

19. Cateterização de demora: inflar o balão do cateter.

a. **Paciente do Sexo Feminino**

(1) Assim que a urina aparecer, avançar o cateter mais 2,5 a 5 cm. Não forçar o cateter caso seja encontra resistência.

(2) Liberar os lábios vaginais, porém manter o cateter seguro na mão não dominante.

b. **Paciente do Sexo Masculino**

(1) Depois de inserir o cateter pelo meato e a urina aparecer, avançar o cateter até a bifurcação da escotil
drenagem e de insuflação do balão (ver ilustração).

(2) Abaixar o pênis e segurar o cateter firmemente com a mão não dominante.

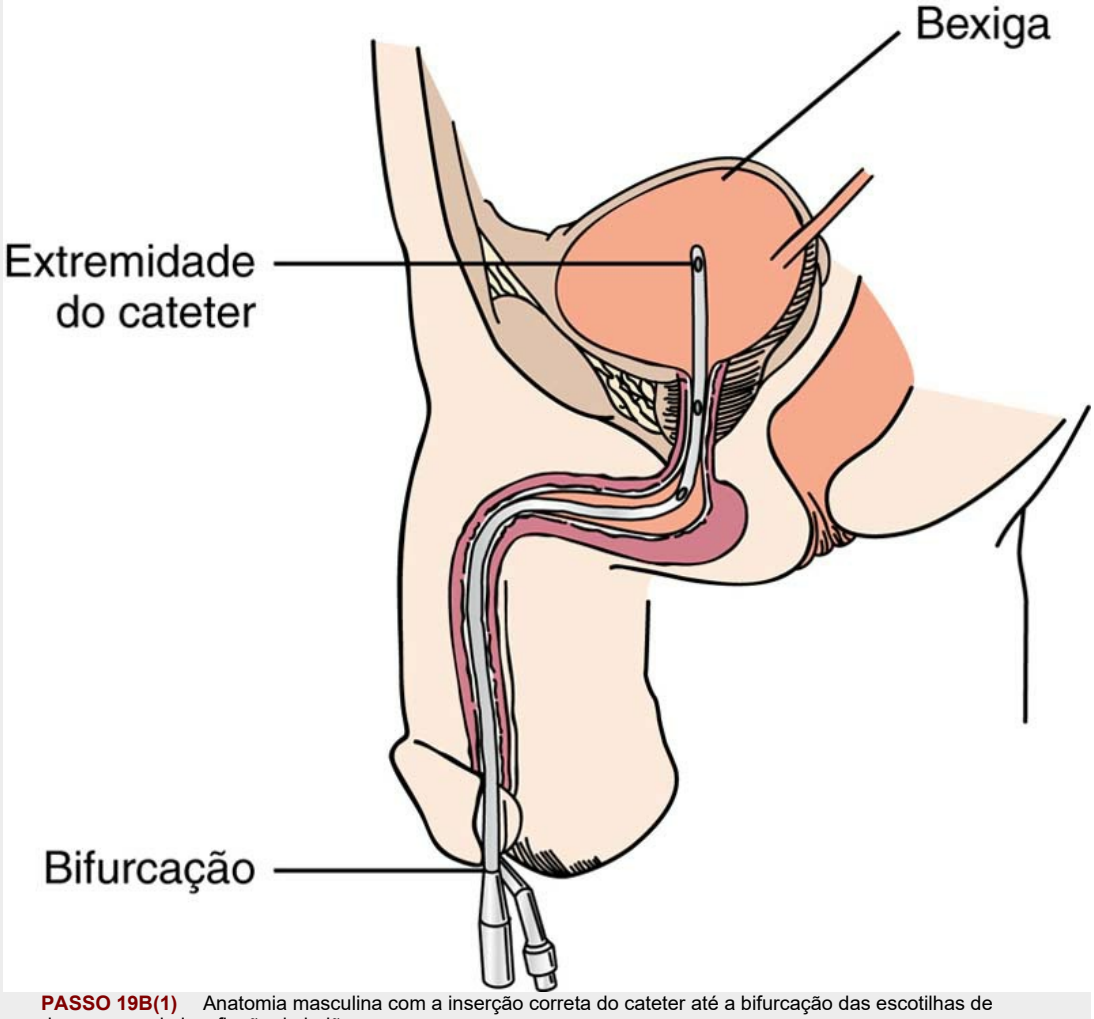
c. Com a mão dominante livre, conectar a seringa previamente cheia à escotilha de injeção na extremidade
cateter. Injetar lentamente a quantidade de solução necessária para encher o balão designada pelo fabric
(ver ilustração).

DECISÃO CLÍNICA: *Se o paciente se queixar de uma dor súbita durante a insuflação do balão de um cateter c*
líquido do balão fluir de volta para a seringa, avançar um pouco mais o cateter e reinflar o balão. O balão pode

d. Depois de inflar o balão do cateter, liberar o cateter da mão não dominante. Retrair cuidadosamente o ca
até sentir resistência. Em seguida avançar ligeiramente o cateter.

e. **Paciente do Sexo Masculino:** Caso retraído, recolocar o prepúcio sobre a glande peniana.

f. Conectar o tubo de drenagem ao cateter se ele não tiver sido previamente conectado.



PASSO 19B(1) Anatomia masculina com a inserção correta do cateter até a bifurcação das escotilhas de drenagem e de insuflação do balão.

20. Fixar o cateter por dispositivo para a fixação de cateteres ao nível da bifurcação deste (ver instruções do fabricante). Deixar uma folga suficiente para permitir o movimento da perna e evitar qualquer tração sobr cateter (ver ilustração).

a. **Paciente do Sexo Feminino:** Fixar o tubo do cateter no lado interno da coxa.
b. **Paciente do Sexo Masculino:** Fixar o tubo do cateter na parte superior da coxa ou na parte inferior do a (com o pênis voltado para o tórax).

21. Prender o tubo de drenagem com um clipe à borda do colchão. Posicionar a bolsa de drenagem abaixo da fixando-a à armação do leito. Não a prender nas grades laterais (ver ilustração).

22. Averiguar para se certificar de não haver nenhuma obstrução do fluxo de urina. Enrole o tubo em excess leito e prenda-o ao lençol inferior por meio de um clipe ou outro dispositivo de fixação.

23. Proporcionar a higiene quando necessário. Ajudar o paciente a assumir uma posição confortável.

24. Descartar o material usado em receptáculos apropriados.

25. Rotular o recipiente da amostra corretamente na presença do paciente, colocá-lo em recipiente de risco bi

e enviá-lo ao laboratório com a requisição preenchida.

26. Medir a urina e registrar a medida.

27. Remover as luvas e efetuar a higiene das mãos.

28. Remoção do cateter Foley fixo:

a. Rever a prescrição médica para a retirada do cateter. A obtenção de uma prescrição é particularmente importante em casos de cirurgia geniturinária

b. Efetuar a higiene das mãos, colocar luvas de procedimento e proporcionar privacidade.

c. Preparar o paciente:

(1) Proporcionar uma explicação do procedimento.

(2) Posicionar o paciente com uma cobertura impermeável sob as nádegas e cobri-lo com o roupão de ba expondo apenas a área genital e o cateter. Colocar pacientes do sexo feminino na posição supina e os pacientes masculinos em decúbito dorsal.

(3) Retirar o dispositivo de fixação do cateter e liberar o tubo de drenagem.

d. Efetuar a higiene da área genital com água e sabão se necessário.

e. Mover o êmbolo da seringa para cima e para baixo para afrouxá-la e retrair então o êbolo para 0,5 mL. In ponta da seringa na válvula de insuflação (escotilha do balão). Deixar o líquido do balão drenar para a s por gravidade. Certificar-se de que todo o líquido foi removido comparando a quantidade removida ao necessário para a insuflação.

f. Puxar o cateter para fora suave e lentamente. Examiná-lo para se certificar de que ele esteja inteiro. O cat deve deslizar para fora facilmente. Não usar força. Caso note alguma resistência, repita o Passo 28e para remover a água remanescente. Notificar ao provedor de cuidados de saúde caso o balão não seja totalm desinflado.

g. Enrolar o cateter contaminado num plástico impermeável. Desprender do leito a bolsa e os tubos de dre

PASSO 20 Dispositivo de fixação do cateter. (Copyright ©Mosby's Clinical Skills: Essentials Collection.)

h. Reposicionar o paciente caso necessário. Proporcionar higiene quando necessário. Abaixar o nível do lei posicionar as grades laterais de acordo com isso.

i. Esvaziar, medir e registrar a urina presente na bolsa de drenagem. Descartá-la num receptáculo apropria Retirar e descartar as luvas. Efetuar a higiene das mãos.

j. Encorajar o paciente a manter ou a aumentar a ingestão de líquido (a não ser quando contraindicado).

k. Iniciar o registro da micção ou o diário vesical. Instruir o paciente a relatar quando ocorrer o impulso a que toda e qualquer urina precisa ser medida. Certificar-se de que o paciente compreenda como usar o recipiente para coleta.

l. Assegurar o acesso fácil ao vaso sanitário, à cadeira higiênica ou ao urinol. Colocar o "chapéu" para urin o assento da privada caso o paciente esteja usando o sanitário. Colocar a campainha de chamada bem à

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. **Cateter intermitente:**

a. Apalpar a bexiga quanto a distensão.

b. Pedir ao paciente para descrever o nível de conforto.

2. **Cateter de demora:**

a. Observar as características e a quantidade de urina no sistema de drenagem.

b. Determinar se não há nenhuma urina vazando pelas conexões do cateter ou do tubo.

3. Observar o horário e medir a quantidade da primeira micção após a retirada do cateter.

4. Avaliar o paciente quanto a sinais e sintomas de infecção do trato urinário.

5. Empregar o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e de seus familiares quanto à cateterização. Diga, "Quero ter certeza de que expliquei para vocês como vocês podem ajudar a manter es cateter drenando corretamente. Vocês podem me explicar como podem manter o cateter drenando de mo urina possa sair pelo cateter?" Revise então suas instruções ou elabore planos para a revisão da orientação paciente caso este não consiga efetuar o ensino de retorno corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. Paciente se queixa de desconforto vesical e/ou vazamento pelo cateter.
   - Verificar o cateter quanto a nós ou dobras causando a oclusão do fluxo.
   - Verificar o cateter para se assegurar de que não haja nenhuma tração/força de arrasto sobre ele.
   - Avaliar quanto a sinais de infecção.
   - Notificar ao provedor de cuidados de saúde. O paciente pode estar apresentando espasmos vesicais ou si
2. Paciente adulto apresentando um dos seguintes: febre, calafrios, sensação de ardência, dores no flanco, do abdominal inferior, alterações no estado mental, letargia (Gupta e Hooton, 2011; Hooton e Bradley, 2010).
   - Monitorar os sinais vitais e o débito urinário.
   - Relatar os achados ao provedor de cuidados de saúde; os sinais e sintomas podem indicar uma infecção c
3. Idosos, especialmente aqueles com alterações cognitivas subjacentes, podem apresentar um ou mais dos se generalizados (Matthews e Lancaster, 2011).
   - Monitorar os sinais vitais e o débito urinário.
   - Relatar os achados ao provedor de cuidados de saúde; os sinais e sintomas podem indicar uma infecção c
4. O paciente não consegue urinar após a retirada do cateter, tem uma sensação de não esvaziar a bexiga, faz frequência progressivamente crescente.
   - Avaliar quanto a distensão vesical.
   - Ajudar o paciente a assumir uma posição normal para a micção.
   - Proporcionar privacidade para a micção.
   - Realizar uma cintilografia ou ultrassonografia vesical (caso disponível) para avaliar quanto a um volume
   - Notificar ao provedor de cuidados de saúde caso o paciente não consiga urinar dentro de 6 a 8 horas da r

REGISTRO E RELATO

- Relatar e registrar o tipo e o calibre do cateter inserido, a quantidade de líquido utilizada para a insuflação do cateterização e a coleta de espécimes, caso apropriado.
- Documentar sua avaliação do aprendizado do paciente.
- Iniciar o registro da ingestão e excreção (I&E).
- Relatar e registrar o horário da retirada do cateter e o horário, a quantidade e as características da primeira m
- Relatar hematúria, disúria, incapacidade ou dificuldade de urinar ou incontinência após a remoção do catete

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Pacientes que estejam em casa podem usar uma bolsa presa à perna durante o dia e passar para uma bolsa m para uma bolsa presa à perna, instrua-o quanto à importância de lavar as mãos e limpar as escotilhas de cone
- Orientar pacientes e cuidadores membros da família quanto à maneira de posicionar corretamente a bolsa de transparência, o odor e a quantidade da urina.
- Instruir os pacientes e/ou cuidadores quanto aos sinais de ITU e às técnicas de resolução de problemas de vaz
- Organizar o aporte domiciliar de suprimentos para o cateter, assegurando sempre que haja na casa pelo men

Procedimento 46-3 Cuidados quanto a um cateter de demora

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento do cuidado perineal faz parte frequentemente do cuidado de higiene de rotina, que pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. A avaliação e o cuidado apropriados da área perineal são de responsabilidade da enfermeira. Esse cuidado não deve ser delegado se o paciente tiver sofrido um trauma ou se submetido a procedimentos cirúrgicos envolvendo a área perineal.A enfermeira instrui o técnico de enfermagem a:

- Relatar o desconforto e dor perineal, corrimento, erupção perineal e/ou odor do paciente.
- Relatar a condição do cateter e dos tubos de drenagem (p. ex., vazamentos, incrustações).
- Relatar uma urina com cor alterada ou odor fétido.

Material

- Luvas de procedimento
- Pano de limpeza e toalha limpos
- Água morna e sabão
- Roupão de banho

- Cobertura absorvente impermeável
- Haste ou pano embebido em antisséptico (p. ex., clorexidina) (opcional)

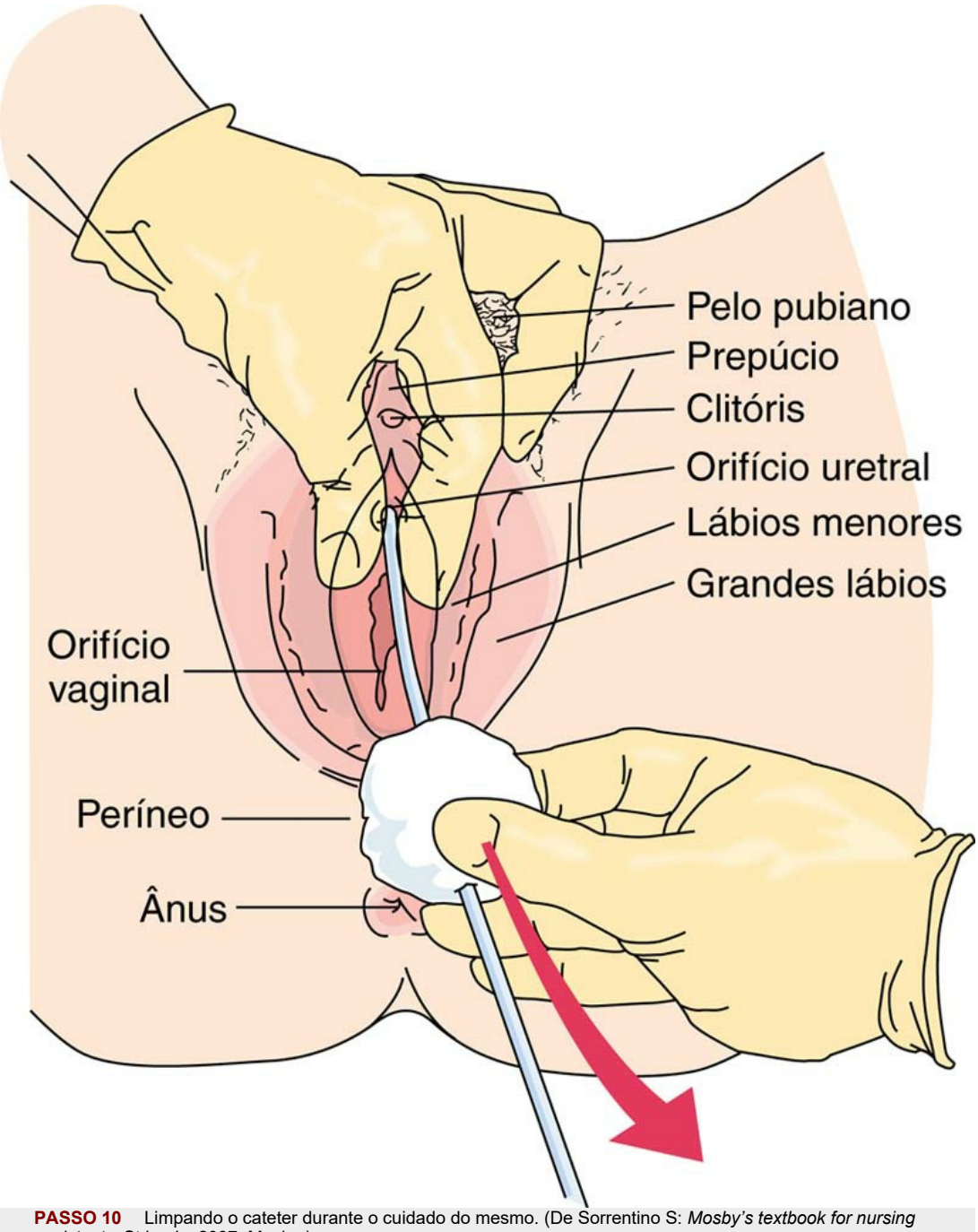
PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a orientação da instituição.	Assegura o paciente correto. Obedece aos padrões da Joint Commission dos Esta Unidos e melhora a segurança do paci (TJC, 2016).
2. Efetuar a higiene das mãos e colocar luvas. (**NOTA:** Essa avaliação pode ser completada imediatamente antes da limpeza). Avaliar o meato uretral e os tecidos circundantes quanto a inflamação, tumefação, secreções e trauma tecidual. Avaliar o cateter quanto à presença de detritos ou crostas. Retirar as luvas e efetuar a higiene das mãos.	Eritema, tumefação e inflamação podem i que há um vazamento de urina em tor cateter. Um trauma tecidual, especialm nas proximidades do meato, indica um trauma por tração e fricção do cateter. Detritos ou crostas sobre o cateter indi necessidade de uma higiene mais freq do cateter.
3. Avaliar a urina quanto à cor, transparência e odor.	Uma urina turva e de odor fétido pode in uma infecção.
4. Avaliar quanto à presença de febre, calafrios, ardência, dores nos flancos, dor lombar, sangue na urina, dores na região abdominal inferior, alterações do estado mental e/ou letargia (Gupta et al., 2011; Hooton et al., 2010).	Os sinais e sintomas indicam uma infecçã trato urinário associada ao cateter (ITU
5. Avaliar o conhecimento e a experiência do paciente quanto ao cuidado do cateter.	Pacientes que executam o cuidado de seu cateter podem se mostrar desconfortáv inseguros ao tocá-lo. Avalia a capacida conhecimento do paciente para se forn instrução caso necessário.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
1. Explicar o procedimento ao paciente. Dar ao paciente oportunidades para efetuar o autocuidado.	Reduz a ansiedade e promove a cooperaç
2. Reunir os suprimentos.	Assegura um procedimento organizado.
IMPLEMENTAÇÃO	
1. Efetuar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.	Reduz a transmissão de microrganismos.
2. Proporcionar privacidade fechando as cortinas em torno do leito e fechando a porta.	Reduz o constrangimento do paciente.
3. Posicionar o paciente:	Garante acesso fácil e visualização dos tec peritoneais.
a. **Do Sexo Feminino**	
(1) Posição de decúbito dorsal	
b. **Do Sexo Masculino**	
(2) Posição de decúbito dorsal ou de Fowler	

4. Colocar cobertura impermeável sob o paciente.	Impede que os lençóis se sujem.
5. Cobrir o paciente com um roupão de banho de modo que somente a área perineal seja exposta.	Evita a exposição desnecessária de partes corpo.
6. Proporcionar cuidado perineal (Cap. 40). Descartar as luvas e efetuar a higiene das mãos.	Limpa a área em torno do cateter de secre excretas.
7. Colocar luvas de procedimento.	Reduz a transmissão de microrganismos.
8. Liberar os tubos do cateter dos dispositivos de fixação.	Possibilita o acesso aos tubos para a limpe
9. Com a mão não dominante:	
a. **Paciente do Sexo Feminino**	
(1) Retrair cuidadosamente os lábios vaginais para expor totalmente o meato uretral e o cateter; manter a posição da mão durante todo o procedimento.	Proporciona a visualização integral do me uretral. A retração total dos lábios vag impede a contaminação do meato dura limpeza.
b. **Paciente do Sexo Masculino**	
(1) Retrair o prepúcio caso não circuncidado e segurar o pênis pelo eixo logo abaixo da glande; manter a posição durante todo o procedimento.	O relaxamento do prepúcio proporciona a visualização total do meato uretral.
c. Segurar o cateter com dois dedos para estabilizá-lo junto ao meato.	Mantém o cateter firme durante a limpeza
10. Usando um pano limpo, agua e sabão, empregar sua mão dominante para esfregar num movimento circular ao longo do cateter por cerca de 10 cm, começando pelo meato e se movendo em direção oposta (ver ilustração). Evitar colocar tensão sobre o tudo do cateter exposto ou puxá-lo. Certificar-se de remover todos os traços de sabão. Caso aplicável, retornar o prepúcio à posição abaixada.	Reduz a presença de secreções, de materia drenado e de bactérias sobre a superfíc externa do cateter. A formação de biopelículas por patógenos urinários é comum sobre as superfícies de catetere sistemas coletores (CDC, 2015).
DECISÃO CLÍNICA: *Alguns hospitais usam panos antissépticos ou absorventes contendo clorexidina para lim tubos de cateteres. Verificar a política da instituição.*	
11. Reaplicar o dispositivo de fixação do cateter à área de bifurcação do cateter (ver instruções do fabricante). O cateter não deve deslizar e deve estar com alguma folga.	O movimento e a tração (puxão) do catete aumentam o risco de trauma local à ur meato uretral e à bexiga (Cipa-Tatum e Sniggs, 2011; Geng et al., 2012; Gould e 2009). Em casos de uso prolongado do a tração sobre ele pode ocasionar a for de úlceras por pressão no meato urinár (Rassin e Markowski, 2013).
12. Colocar o paciente numa posição segura e confortável.	Promove o conforto.
13. Descartar o material contaminados, retirar as luvas e efetuar a higiene das mãos.	Evita a disseminação de infecções.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Verificar os tubos e a bolsa de drenagem para se assegurar de que a bolsa de drenagem está posicionada abaixo do nível da bexiga e que não haja nós nos tubos de drenagem.	Impede ITUAC (Cipa-Tatum e Kelly-Snig 2011).
2. Usar o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente em relação ao pericuidado. Diga, "Nós conversamos sobre a importância da prevenção de infecções enquanto você está com um cateter. Você pode me dizer de que maneira nós tentamos protegê-lo de pegar uma infecção urinária?" Rever então suas instruções ou elaborar um plano para a revisão da instrução do	Avalia o que o paciente é capaz de explica demonstrar.

paciente se este não conseguir efetuar o ensino de retorno corretamente.	



PASSO 10 Limpando o cateter durante o cuidado do mesmo. (De Sorrentino S: *Mosby's textbook for nursing assistants*, St Louis, 2007, Mosby.)

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. Está presente um corrimento uretral ou uma irritação perineal.
   - Observar quanto a vazamentos em torno cateter; o cateter pode necessitar de substituição.
   - Aumentar a frequência de cuidado do cateter fixo.
   - Notificar ao provedor de cuidados de saúde.
2. O cateter se desprendeu acidentalmente.
   - Notificar ao provedor de cuidados de saúde.

- Avaliar quanto a um trauma uretral.
- Monitorar o débito urinário.

REGISTRO E RELATO

- Registrar e relatar a presença e as características da drenagem, a condição dos tecidos perineais e qualquer desconforto relatado pelo paciente.
- Caso suspeite de uma infecção, relatar os achados ao provedor de cuidados de saúde.
- Documentar sua avaliação do aprendizado do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Caso o paciente tenha alta portando o cateter de demora, instruir o paciente e seus familiares quanto ao cuida cateter e aos sinais e sintomas a serem relatados à enfermeira ou ao provedor de cuidados de saúde.

Procedimento 46-4 Irrigação por um cateter fechado

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de irrigação ou instilação por cateter não pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. Instruir o pessoal técnico a:

- Relatar queixas do paciente de dor ou desconforto abdominal, febre, calafrios e vazamento de urina em torno do cateter.
- Relatar a presença de coágulos sanguíneos ou de alterações na cor da urina.
- Monitorar o registro de ingestão ou administração e eliminação (A&E); comunicar imediatamente qualquer diminuição do débito urinário.

Material

Irrigação fechada intermitente

- Hastes embebidas em antisséptico
- Solução de irrigação estéril à temperatura ambiente como prescrito
- Recipiente estéril
- Seringa para acessar o sistema: seringa Luer-Lok sem agulha para escotilha de acesso sem agulha (segundo instruções do fabricante)
- Apertar a braçadeira ou o anel de borracha (usado para ocluir

temporariamente o cateter enquanto se instila o irrigante)

Irrigação Fechada Contínua

- Hastes embebidas em antisséptico
- Solução de irrigação estéril (quando prescrita)
- Tubos de irrigação com braçadeira para regular a razão de fluxo da irrigação
- Conector em Y (opcional) para conectar o tubo ao cateter de luz dupla
- Equipo intravenoso (IV) (fechado contínuo ou intermitente)

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Rever o prontuário do paciente para determinar:	
a. Propósito da irrigação vesical. Consultar o provedor de cuidados de saúde caso necessário.	Possibilita que você preveja as observações a serem f (p. ex., sangue ou muco na urina).
DECISÃO CLÍNICA: *Recomenda-se evitar a irrigação por cateter nessas situações: Não realizar a irrigação co da bexiga com drogas antimicrobianas como medida de prevenção de infecções de rotina. Manter um sistema caso a irrigação contínua esteja sendo usada para prevenir obstruções (Lo et al., 2014).*	
b. A prescrição do responsável pelo caso quanto ao método (contínuo ou intermitente), o tipo e a quantidade do irrigante (p. ex., soro fisiológico, soluções com medicações).	A prescrição do provedor de cuidados de saúde é necessária para se iniciar a terapia. A frequência e volume da solução usada para a irrigação podem na prescrição ou ser padronizadas como parte da orientação institucional. Cada tipo de irrigação re um equipamento diferente. As etapas do procedi (frequência, dose e período de tempo permanece bexiga) para a instilação de medicações na bexiga específicas da medicação.
c. Tipo de cateter utilizado (Fig. 46-10).	Os cateteres de luz tripla são usados tanto para a irri fechada intermitente como para a contínua. Catet luz dupla são usados unicamente para a irrigação intermitente.
2. Identificar o paciente empregando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a orientação institucional.	Assegura o paciente correto. Ajusta-se aos padrões d Commission dos Estados Unidos e melhora a seg do paciente (TJC, 2016).
3. Avaliar o paciente:	
a. Efetuar a higiene das mãos e colocar luvas.	Reduz a transmissão de microrganismos.
b. Inspecionar a urina quanto à cor, à quantidade e transparência e à presença de muco, coágulos sanguíneos ou sedimento.	Indica se o paciente está sangrando ou desprendend tecidos, o que tornaria necessário aumentar-se a r de irrigação ou a frequência de irrigação por cate
c. Apalpar a bexiga quanto a distensão e	A distensão e a hipersensibilidade da bexiga podem

hipersensibilidade.	que a urina não está drenando livremente da bex Certifique-se de que haja um fluxo livre de urina tubo de drenagem do cateter (p. ex., tubo com nó oclusão por muco ou por coágulos sanguíneos).
d. Observar o paciente quanto a dores abdominais, espasmos, sensação de plenitude vesical ou desvio do cateter (vazamento).	Pode indicar uma distensão excessiva da bexiga caus pelo bloqueio do cateter. Proporciona uma avalia basal para se determinar se a terapia é bem-suced
4. Rever o registro de ingestão e de I&E.	Se estiver sendo usada a irrigação vesical contínua (I quantidade de líquido drenando pela bexiga dev superar aquela infundida na bexiga. Se a vazão n superar o irrigante infundido, deve-se suspeitar c obstrução do cateter (p. ex., coágulos sanguíneos, tubo), cessar a irrigação e notificar ao responsáve prescrição.
5. Retirar as luvas e efetuar a higiene das mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
6. Avaliar o conhecimento e a experiência do paciente relativamente ao propósito de se proceder à irrigação por cateter.	Revela o grau de instrução do paciente necessário.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Reunir o material necessário para a irrigação por cateter.	O tipo de irrigação indica o material necessário a ser para o quarto do paciente.
2. Explicar ao paciente o procedimento.	Reduz a ansiedade e promove a cooperação.

IMPLEMENTAÇÃO

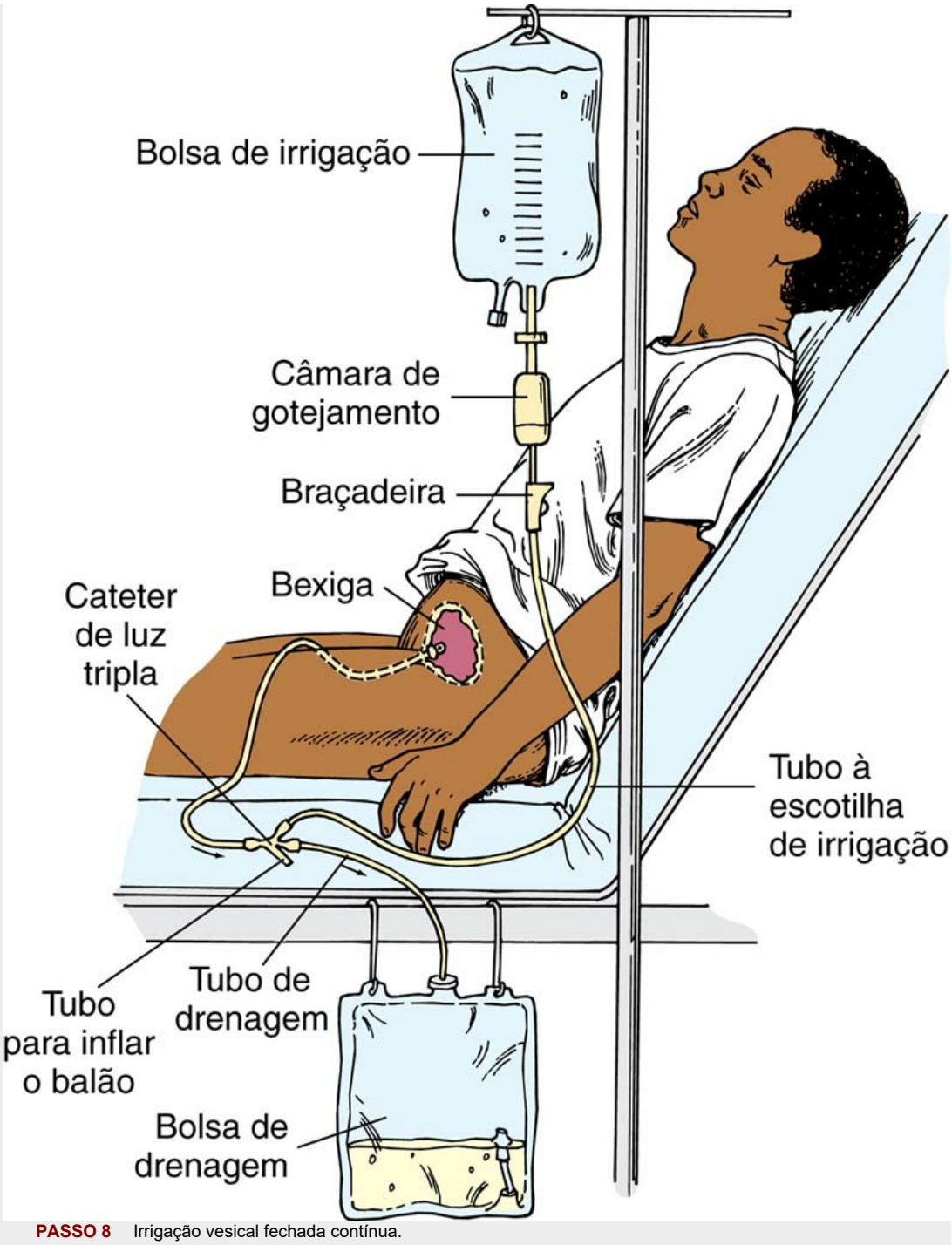
1. Efetuar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.	Reduz a transmissão de microrganismos.
2. Proporcionar privacidade fechando a porta do quarto e as cortinas do leito ou biombo.	Protege a privacidade do paciente.
3. Elevar o leito até uma altura operacional apropriada. Se as grades laterais estiverem elevadas, abaixar a grade do lado operacional.	Promove o uso de uma boa mecânica corporal e a segurança do paciente.
4. Colocar o paciente na posição de decúbito dorsal ou supina e expor a junção do cateter (cateter e tubos de drenagem).	A posição proporciona acesso ao cateter e promove a dignidade do paciente o máximo possível.
5. Retirar o dispositivo de fixação do cateter.	Facilita o acesso às escotilhas de irrigação do cateter.
6. Organizar o material de acordo com o tipo de irrigação prescrito.	Assegura o acesso fácil ao material durante o proced
7. Irrigação fechada intermitente ou instilação com cateter de luz dupla.	
DECISÃO CLÍNICA: *A irrigação fechada intermitente deve ser efetuada unicamente em casos em que o catete ocluído e o provedor de cuidados de saúde considera que a retirada do cateter pode causar lesões ao paciente*	
a. Aspirar para a seringa a quantidade prescrita da medicação ou da solução estéril. Colocar tampa estéril na ponta da seringa sem agulha.	Assegura que o líquido de irrigação ou instilação permaneça estéril.
b. Apertar a braçadeira do cateter de retenção logo abaixo da escotilha da amostra	A oclusão do cateter assegura que a solução de irriga para a bexiga e não para os tubos de drenagem.

DECISÃO CLÍNICA: *Evite a irrigação ou a instilação de uma solução fria, porque isso acarreta um espasmo ve*	
c. Usando um movimento circular, limpar a escotilha de injeção com uma haste embebida em antisséptico (mesma escotilha utilizada para a coleta de espécimes). Deixar secar.	Reduz a transmissão de infecções. A secagem acarre propriedades antimicrobianas integrais.
d. Inserir a ponta da seringa sem agulha na escotilha de irrigação com um movimento de torção (ver instruções do fabricante quanto a possíveis variações).	Assegura que o corpo da seringa penetre na luz do c e o fluxo seja dirigido à bexiga.
e. Injetar o líquido no cateter e na bexiga lenta e uniformemente.	A injeção lenta reduz ao máximo o trauma potencial mucosa vesical.
DECISÃO CLÍNICA: *Se o cateter não irrigar facilmente, faça cessar a irrigação. O cateter pode estar totalment ocluído ou a sua extremidade pode ter se deslocado para a uretra. Fazer contato com o responsável pela pres cateter pode ter de ser removido e substituído.*	
f. Retrair a seringa, limpar a escotilha com a haste embebida em antisséptico, remover a braçadeira e deixar a solução drenar para a bolsa de drenagem. Alguns irrigantes com medicações podem ter de permanecer na bexiga por um período prescrito, tornando necessário se apertar temporariamente a braçadeira do cateter.	Possibilita a drenagem por gravidade. Algumas solu irrigação precisam de tempo no cateter e na bexig exercer um efeito terapêutico. Cateteres com a braçadeira apertada não devem ser deixados sem cuidados.
8. Irrigação fechada contínua (ver ilustração).	
a. Fechar a braçadeira do tubo e pendurar a bolsa com solução no equipo intravenoso (IV). Inserir a extremidade (ponta) do tubo de irrigação estéril na escotilha designada da bolsa de solução de irrigação empregando a técnica asséptica.	O fechamento da braçadeira do tubo possibilita que câmara de gotejamento do tubo se encha depois c extremidade do tubo é inserida na escotilha da bo solução de irrigação.
b. Encher a câmara de gotejamento até a metade comprimindo a câmara; abrir então a braçadeira e deixar a solução fluir (preparação) pelo tubo, mantendo estéril a extremidade do tubo. Fechar a braçadeira e tampar novamente a extremidade do tubo assim que o líquido tiver enchido totalmente o tubo.	Preparar o tubo com líquido evita a introdução de ar tubo.
c. Empregar a técnica asséptica para limpar a escotilha de irrigação do cateter de luz tripla e fixá-la ao tubo de irrigação.	A luz tripla proporciona um meio da solução de irrig entrar na bexiga.
d. Certificar-se de que a bolsa e os tubos de drenagem estão firmemente conectados à escotilha de drenagem do cateter de luz tripla.	Assegura que a urina e a solução de irrigação drener bexiga sem vazamentos.
e. Calcular a razão de gotejamento e ajustá-la no controle em roda se a urina estiver de cor vermelho-viva ou apresentar coágulos, aumentar a razão de irrigação até que a drenagem apareça rosada (de acordo com a razão prescrita ou o protocolo da instituição).	É de esperar uma drenagem contínua. Isso ajuda na prevenção de coágulos na presença de um sangra ativo na bexiga e expulsa da bexiga os coágulos d sangue.
f. Observar a vazão do líquido para a bolsa de drenagem e esvaziar a bolsa de drenagem do	Pode haver desconforto, distensão e possivelmente u lesão da bexiga em consequência da distensão ex

cateter quando necessário.	da mesma caso o irrigante vesical não possa fluir adequadamente da bexiga. A bolsa vai se encher rapidamente e pode ter que ser esvaziada a cada horas.
g. Comparar o débito urinário à infusão da solução de irrigação de hora em hora.	Determina o débito urinário e assegura que a irrigaç esteja correndo livremente.
9. Ao término do procedimento, descartar os suprimentos contaminados num receptáculo apropriado, recolocar o dispositivo de fixação do cateter caso removido, retirar as luvas, ajudar o paciente a assumir uma posição segura e confortável com o leito em posição baixa e efetuar a higiene das mãos.	Promove o conforto e a segurança do paciente e redu transmissão de microrganismos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Medir o débito urinário efetivo subtraindo a quantidade total do líquido de irrigação infundido do volume total drenado.	Determina com precisão o débito urinário.
2. Rever o fluxograma de I&E para verificar se o débito horário à bolsa de drenagem está em proporção adequada em relação à solução de irrigação entrando na bexiga. Esperar um débito maior que o líquido instilado devido à produção de urina.	Determina o débito urinário em proporção à irrigaçã



PASSO 8 Irrigação vesical fechada contínua.

3. Observar quanto à permeabilidade do cateter, inspecionar a urina quanto a coágulos sanguíneos e a sedimento e assegurar que o tubo não tenha nós ou oclusões.	A diminuição dos coágulos sanguíneos indica que a teve êxito na manutenção da permeabilidade do Assegura que a bexiga esteja se esvaziando livrer
4. Avaliar o conforto do paciente.	Um indicador da permeabilidade do cateter pela aus de sintomas de distensão da bexiga.
5. Avaliar quanto a sinais e sintomas de infecção.	Avalia quanto à presença de uma infecção.

6. Usar o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente em relação à irrigação. Diga, "Quero examinar a razão que nós já discutimos quanto a por que estamos irrigando seu cateter urinário. Você pode me dizer por que razão nós precisamos irrigá-lo?"	Avalia o que o paciente seja capaz de explicar ou de demonstrar.
Rever então suas instruções ou elaborar um plano para a revisão da instrução ao paciente se este não conseguir efetuar o ensino de retorno corretamente.	

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. A solução de irrigação não retorna (irrigação intermitente); a drenagem é menor que a quantidade da solu irrigação infundida ou não está fluindo à razão prescrita (IVC).
   - Examinar o tubo quanto a coágulos, sedimento e nós.
   - Inspecionar a urina quanto à presença ou ao aumento de coágulos sanguíneos e de sedimento.
   - Avaliar o paciente quanto a dor e distensão da bexiga.
   - Notificar ao provedor de cuidados de saúde se o irrigante não fluir da bexiga, o paciente se queixar de do ocorrer a distensão da bexiga.
2. Sangramento vermelho-vivo quando o gotejamento da irrigação (IVC) está totalmente aberto.
   - Avaliar quanto a choque hipovolêmico (cor e umidade da pele, nível de ansiedade).
   - Deixar o gotejamento da irrigação bem aberto e notificar ao provedor de cuidados de saúde.
3. O paciente apresenta dor à irrigação.
   - Examinar o tubo de drenagem quanto a coágulos, sedimento ou nós.
   - Avaliar a urina quanto à presença ou ao aumento de coágulos sanguíneos e sedimento.
   - Avaliar quanto à distensão da bexiga.
   - Notificar ao provedor de cuidados de saúde.

REGISTRO E RELATO

- Registrar o método de irrigação, a quantidade e o tipo da solução de irrigação, a quantidade retornada com drenagem, as características da vazão e o débito urinário.
- Relatar a oclusão do cateter, um sangramento súbito, uma infecção ou uma dor aumentada.
- Registrar a I&E.
- Documentar sua avaliação do aprendizado do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Pacientes e/ou cuidadores membros da família podem ser instruídos para executar as irrigações por cateter apoio adequado, demonstração/demonstração de retorno e instruções por escrito.
- Orientar pacientes e/ou familiares cuidadores a observar a cor, a transparência, o odor e a quantidade da ur
- Organizar o aporte ao domicílio e o armazenamento do material de cateter/irrigação.
- Instruir os pacientes e/ou familiares cuidadores quanto aos sinais de obstrução do cateter ou de infecção do urinário.

Pontos-chave

- A micção envolve interações complexas entre o sistema nervoso central, a bexiga e o esfíncter urinário.
- Os sintomas comuns do trato urinário incluem urgência, disúria, frequência, hesitação, poliúria, oliguria, noctúria, gotejamento, hematúria e retenção urinária.

- O cuidado de enfermagem de pacientes com disfunção urinária deve levar em conta os múltiplos fatores que afetam a função urinária, tais como a ingestão líquida, medicações, a capacidade funcional, o ambiente, problemas médicos fora do trato urinário e uma disfunção no trato urinário.
- O tamanho mais comum de um cateter de demora em adultos é de 14-16 Fr e um balão de 10 mL.
- A presença de um cateter de demora ou uma história recente de uso de um cateter desse tipo aumenta o risco de uma ITU.
- A prevenção de uma infecção do trato urinário associada a cateteres (ITUAC) requer o uso de um "feixe" baseado em evidências para se executar todos os elementos do cuidado de uma só vez.
- Para se reduzir a um mínimo o risco de infecção ao se cuidar de um paciente com um sistema de drenagem vesical fechado, o cuidado de enfermagem deve incluir uma atenção cuidadosa à técnica asséptica.
- O planejamento de enfermagem do cuidado de um paciente em incontinência requer a seleção de intervenções específicas para o tipo de incontinência.
- Uma intervenção-chave ao se cuidar de um paciente em incontinência consiste em se assegurar o acesso regular ao sanitário.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Um paciente está agendado para se submeter a um pielograma intravenoso (PIV) na manhã seguinte. Quais medidas de enfermagem devem ser implementadas antes do teste? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Perguntar ao paciente sobre quaisquer alergias e reações.

    2. Instruir o paciente no sentido de que há necessidade da bexiga cheia para o teste.
    3. Instruir o paciente a armazenar a urina num recipiente especial.
    4. Assegurar que tenha sido obtido o consentimento informado.
    5. Explicar que o teste inclui a instrumentação do trato urinário.
2. Ao se avaliar a primeira urina eliminada por um paciente no dia, que achado deve ser relatado ao provedor de cuidados de saúde?
    1. Urina amarelo clara
    2. Urina ligeiramente turva
    3. Urina rosa-clara
    4. Urina âmbar-escura
3. Qual é um passo criticamente importante ao se inserir um cateter de demora num paciente masculino?
    1. Insuflar lentamente o balão do cateter com soro fisiológico estéril.
    2. Fixar o tubo de drenagem do cateter aos lençóis do leito.
    3. Fazer o cateter avançar até a bifurcação das escotilhas de drenagem e do balão.
    4. Fazer o cateter avançar até a urina fluir e então avançar mais 0,5 cm.
4. Qual intervenção de enfermagem reduz a um mínimo o risco de trauma e infecção ao se aplicar um cateter externo/em preservativo?
    1. Deixar uma lacuna de 7,5 a 12.5 cm entre a extremidade do pênis e o tubo de drenagem
    2. Raspar a área pubiana para não haver a aderência aos pelos
    3. Lavar com água e sabão antes de aplicar o cateter tipo preservativo
    4. Aplicar uma fita adesiva à bainha do preservativo para mantê-lo firmemente no lugars
5. Que instruções a enfermeira deve dar ao pessoal técnico de

enfermagem relativamente a um paciente que teve um cateter fixo removido naquele dia?

1. Limitar a ingestão líquida oral para evitar uma possível incontinência urinária.
2. Esperar queixas por parte do paciente de plenitude suprapúbica e desconforto.
3. Relatar o horário e a quantidade da primeira micção.
4. Instruir o paciente a permanecer no leito e a usar um urinol ou uma comadre.

6. Um paciente pós-operatório com um cateter urinário de demora de luz tripla e irrigação vesical contínua (IVC) se queixa de dores na região abdominal inferior e distensão abdominal. Qual deve ser a intervenção inicial da enfermeira?
   1. Aumentar a razão da IVC
   2. Avaliar a ingestão e o débito pelo sistema
   3. Diminuir a razão da IVC
   4. Avaliar os sinais vitais
7. Uma mulher idosa portadora de demência em condições de deambular apresenta incontinência urinária. Ela tem memória de curto prazo deficiente e não foi vista usando o sanitário independentemente. Qual é a *melhor* intervenção de enfermagem para essa paciente?
   1. Recomendar que ela seja avaliada quanto a uma medicação para bexiga excessivamente ativa
   2. Iniciar um programa de uso do sanitário com horário marcado
   3. Recomendar que ela seja avaliada para um cateter de demora
   4. Iniciar um programa de retreinamento vesical
8. Qual instrução a enfermeira deve dar a uma mulher jovem com história de infecções do trato urinário (ITU) a respeito da prevenção dessas infecções? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Manter o funcionamento regular do intestino.
   2. Limitar a ingestão de água a 1 a 2 copos por dia.
   3. Usar roupas de baixo de algodão.

4. Limpar o períneo da parte anterior para a posterior.
5. Praticar exercícios dos músculos pélvicos (Kegel) diariamente.

9. Qual questão do histórico de enfermagem indicaria *melhor* que um homem em incontinência com história de aumento da próstata pode não estar esvaziando a bexiga adequadamente?
   1. Sua urina vaza quando você tosse ou espirra?
   2. Você precisa de ajuda para chegar ao sanitário?
   3. Sua urina pinga constantemente?
   4. Você tem dor ao urinar?
10. Coloque na ordem correta os passos que se seguem para a inserção de um cateter fixo numa paciente do sexo feminino.
   1. Inserir o cateter e avançá-lo.
   2. Lubrificar o cateter.
   3. Inflar o balão do cateter.
   4. Limpar o meato uretral com uma solução antisséptica.
   5. Cobrir a paciente com um campo estéril quadrado e um fenestrado.
   6. Avançar o cateter mais 2,5 a 5 cm quando a urina aparecer.
   7. Preparar o campo estéril e o material.
   8. Puxar cuidadosamente o cateter até sentir uma resistência.
   9. Conectar o tubo de drenagem.
11. O pessoal técnico de enfermagem relatou à enfermeira que a bolsa de drenagem do cateter de um paciente está vazia há 4 horas. Qual é uma intervenção de enfermagem prioritária?
   1. Implementar a prescrição de irrigação do cateter "quando necessário"
   2. Avaliar o cateter e o tubo de drenagem quanto a uma oclusão óbvia
   3. Notificar imediatamente ao provedor de cuidados de saúde
   4. Avaliar os sinais vitais e o registro de ingestão e excreção
12. Que intervenções de enfermagem uma enfermeira deve implementar ao retirar um cateter urinário de demora de um paciente adulto? (Selecione tudo que se aplica.)
   1. Conectar uma seringa de 3 mL à escotilha de insuflação

2. Deixar o balão drenar para a seringa por gravidade
3. Iniciar um registro miccional/diário vesical
4. Puxar o cateter rapidamente
5. Apertar a braçadeira do cateter antes da retirada

13. O que descreve melhor a medida do resíduo pós-miccional (RPM)?
    1. Uma cintilografia urinária do paciente imediatamente após a micção.
    2. A cateterização do paciente 30 minutos após a micção.
    3. A cintilografia urinária do paciente efetuada quando ele relatar um forte impulso a urinar.
    4. A cateterização do paciente por um cateter 16-Fr/de 10 mL.
14. Qual intervenção de enfermagem diminui o risco de infecção do trato urinário associada a cateteres (ITUAC)?
    1. Limpar o meato urinário 3 a 4 vezes ao dia com uma solução antisséptica
    2. Pendurar a bolsa de drenagem urinária abaixo do nível da bexiga
    3. Esvaziar a bolsa de drenagem urinária diariamente
    4. Irrigar o cateter urinário com água estéril
15. Não há nenhuma urina ao se inserir um cateter 7,5 cm numa uretra feminina. O que a enfermeira deve fazer a seguir?
    1. Remover o cateter e começar tudo outra vez com um kit e um cateter novos
    2. Deixar o cateter colocado e recomeçar com um novo cateter
    3. Puxar o cateter de volta e reintroduzi-lo num ângulo diferente
    4. Pedir ao paciente para fazer força para baixo e inserir ainda mais o cateter

Respostas: 1. 1, 4; **2.** 3; **3.** 3; **4.** 3; **5.** 3; **6.** 2; **7.** 2; **8.** 1, 3, 4; **9.** 3; **10.** 5, 7, 2, 4, 1, 6, 3, 8, 9; **11.** 2; **12.** 2, 3; **13.** 1; **14.** 2; **15.** 2.

Referências

Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook: a guide for planning care*. ed 9 St Louis: Mosby; 2011.

American Academy of Pediatrics Ritual genital cutting of female minors. *Pediatrics*. 2010;125(5):1088.

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616.

Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC): *APIC Implementation Guide: Guide to preventing catheter-associated urinary tract infections*, 2014, http://apic.org/Resource_/EliminationGuideForm/6473ab9b-e75c-457a-8d0f-d57d32bc242b/File/APIC_CAUTI_web_0603.pdf. Accessed December 2015.

Ball JW, Dains J. *Seidel's Guide to physical examination*. ed 8 St Louis: Mosby; 2015.

Beji NK, et al. Overview of the social impact of urinary incontinence with a focus on Turkish women. *Urol Nurs*. 2010;30(6):327.

Bettez M, et al. 2012 Update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian urological association. *Can Urol Assoc J*. 2012;6(35):354.

Burchum JR, Rosenthal LD. *Lehne's Pharmacology for nursing care*. ed 9 St Louis: Elsevier; 2016.

Callan L, et al. *Indwelling urinary catheter securement: best practice for clinicians*. Mount Laurel, NJ: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; 2012.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) toolkit*, 2015 http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevention_tools.html. Accessed December 6, 2015.

Cipa-Tatum J, Kelly-Signs M. Urethral erosion: a case for prevention. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011;38(5):581.

Cottenden A, et al. Management using continence products. In: Abrams P, ed. *Incontinence, 2013*. ed 5 Paris, France: ICUD-EAU; 2013:1661.

Doughty D, et al. Incontinence-associated dermatitis: consensus statements, evidence-based guidelines for preventions and treatment, and current challenges. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012;39(3):303.

Dumoulin C, et al. Determining the optimal pelvic floor muscle training regimen for women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodynam*. 2011;30:746.

Elsamara SE, Ellsworth P. Effects of analgesic and anesthetic medications on lower urinary tract function. *Urol Nurs*. 2012;32(2):67.

Gemmill R, Wells A. Promotion of urinary continence worldwide. *Urol Nurs*. 2010;30(6):336.

Geng V, et al.: *Good practice in health care continent urinary diversion, European Association of Urology Nurses*, 2010, http://nurses.uroweb/wp-content/uploads/0628EAUN_Guideline_2010_HR.pdf. Accessed December 2015.

Geng V, et al.: *Catheterisation: indwelling catheters in adults: urethral and suprapubic*, Arnhern (The Netherlands): European Association of Urology Nurses (EAUN), 2012, http://www.guideline.gov/content.aspx?id=36631. Accessed December 2015.

Gomelsky A, Dmochowski RR. Urinary incontinence in the aging female. *Aging Health*. 2011;7(1):79.

Gormley EA, Lightner DJ. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU Guideline. *J Urol*. 2012;18:2455.

Gould CV, et al.: *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*, 2009, http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html. Accessed December 2015.

Gray M. Urinary retention. In: Ackley BJ, Ladwig GB, eds. *Nursing diagnosis handbook: a guide for planning care*. ed 9 St Louis: Mosby; 2011.

Gray M, et al. Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012;39(1):61.

Gupta K, Hooton TM. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the Infectious Disease Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis*. 2011;52(5):e103: http://cid.oxfordjournals.org/content/52/5/561.full. Accessed December 2015.

Harris C, Smith PP. Overactive bladder in the older woman. *Clin Geriatr*. 2010;18(9):41.

Hooton TM, Bradley SF. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50:625.

Huether SE, McCance KL. *Understanding pathophysiology*. ed 5 St Louis: Mosby; 2012.

Kaufman E, et al. Mythmaking in medical education and medical practice. *Eur J Int Med*. 2013;24:222–226.

Kyle G. The use of urinary sheaths in male incontinence. *Br J Nurs*. 2011;20(6):338.

Lucas MG, et al.: *Guidelines on urinary incontinence*, European Association of Urology, 2013, http://www.uroweb.org/gls/pdf/19_Urinary_Incontinence_LR.pdf. Accessed December 2015.

Matthews SJ, Lancaster JW. Urinary tract infections in the elderly population. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9:286.

Mendez-Probst C, et al. Fundamentals of instrumentation and urinary tract drainage. In: Wein A, ed. *Campbell-Walsh urology*. ed 10 Philadelphia: Elsevier; 2012.

Mody L, Juthani-Mehta M. Urinary tract infections in older women: a clinical review. *JAMA*. 2014;311(8):844.

Moore K, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, ed. *Incontinence, 2013*. ed 5 Paris, France: ICUD-EAU; 2013:1103.

Nicolle LE. Catheter-associated urinary tract infections. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2014;3(23).

Nobili A, et al. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J Comorbidity*. 2011;1:28.

Odemerho BI, Baier M. Female genital cutting and the need for culturally competent communication. *J Nurse Pract*. 2012;8(6):452.

Pagana KD, Pagana TJ. *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*. ed 11 St Louis: Mosby; 2013.

Qaseem A, Dallas P. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014;161:429.

Rassin M, Markovski I. Preventing pressure ulcers in the urinary meatus. *Dimens Crit Care Nurs*. 2013;32(2):95.

Schaeffer AJ, Schaeffer EM. Infections of the urinary tract. In: Wein A, ed. *Campbell-Walsh urology*. ed 10 Philadelphia: Elsevier; 2012.

Shamliyan T, et al.: *Nonsurgical treatments for urinary incontinence in adult women: diagnosis and comparative effectiveness*, Comparative Effectiveness Review No. 36, Prepared by the University of Minnesota Evidence-Based Practice Center under Contract No. HHSA 290-2007-10064-I, AHRQ Publication No. 11(12)-EHC074-EF, Rockville, MD, 2012, Agency for Healthcare Research and Quality.

Staskin D, et al. Initial assessment of urinary incontinence in adult male and female patients. In: Abrams P, ed. *Incontinence, 2013*. ed 5 Paris, France: ICUD-EAU; 2013:361.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess' Gerontological nursing and healthy aging*. ed 4 St Louis: Elsevier; 2014.

Varilla V, et al. Nocturia in the elderly: a wake-up call. *Cleve Clin J Med*.

2011;78(11):757.

Referências de pesquisa

Aguilar-Navarro S, et al. The severity of urinary incontinence decreases health-related quality of life among community-dwelling elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012;67(11):1266.

Anger JT, et al. Health literacy and disease understanding among aging women with pelvic floor disorders. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012;18(6):340.

Bernard MS, et al. A review of strategies to decrease the duration of indwelling urethral catheters and potentially reduce the incidence of catheter-associated urinary tract infections. *Urol Nurs*. 2012;32(1):29.

Coyne KS, Kvasz M. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol*. 2012;61(1):88.

Coyne KS, Wein A. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systemic review. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(2):130.

Erekson EA, et al. Functional disability and compromised mobility among older women with urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015;21(3):170.

Foley AL, et al. Association between the geriatric giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age Aging*. 2012;41:35.

Hall SA, et al. Associations of commonly used medications with urinary incontinence in a community-based sample. *J Urol*. 2012;188(1):183.

Jura YH, et al. Caffeine intake, and the risk of stress, urgency, and mixed urinary incontinence. *J Urol*. 2011;185(5):1775.

Lo E, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014;35(5):464.

Lohsiriwat S. Effect of caffeine on bladder function in patients with overactive bladder symptoms. *Urol Ann*. 2011;3(1):14.

Maki DG, Tambyah PA. Engineering out the risk for infection with urinary catheters. *Emerg Infect Dis*. 2001;7:342.

Meddings J, et al. Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:277.

Mnatzaganian G, et al. Increased risk of bloodstream and urinary infections in intensive care unit (ICU) patients compared with patients fitting ICU admission criteria treated in regular wards. *J Hosp Infect*. 2005;59:331.

Oman KS, et al. Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary

tract infections. *Am J Infect Control*. 2012;40:548.

Purvis S, et al. Catheter-associated urinary tract infection: a successful prevention effort employing a multipronged initiative at an academic medical center. *J Nurs Care Qual*. 2014;29(2):141.

Schabelman E, Witting M. The relationship of radiocontrast, iodine and seafood allergies, a medical myth exposed. *J Emerg Med*. 2010;39(5):701.

47

Eliminação Intestinal

OBJETIVOS

- Discutir o papel dos órgãos gastrointestinais na digestão e eliminação.
- Explicar os aspectos fisiológicos da defecação normal.
- Discutir os fatores fisiológicos e psicológicos que influenciam o processo de eliminação.
- Descrever as alterações fisiológicas comuns na eliminação.
- Avaliar um padrão de eliminação do paciente.
- Listar os diagnósticos de enfermagem relativos às alterações na eliminação.
- Descrever as implicações de enfermagem para os exames de diagnóstico comum do trato gastrointestinal.
- Listar as intervenções de enfermagem que promovem a eliminação normal.
- Listar as intervenções de enfermagem incluídas no treinamento intestinal.
- Discutir as medidas de cuidados de enfermagem necessárias para os pacientes com um desvio intestinal.
- Usar o pensamento crítico na prestação de cuidados aos pacientes com alterações na eliminação intestinal.

TERMOS-CHAVE

Catárticos, p. 1143
***Clostridium difficile*, p. 1144**
Colonoscopia, p. 1148
Colostomia, p. 1145
Constipação, p. 1142
Diarreia, p. 1144
Efluente, p. 1145
Endoscopia, p. 1150
Enema, p. 1143
Enfermagem de feridas, ostomia e continência (WOCN), p. 1159
Estoma, p. 1145
Exame de sangue oculto nas fezes (FOBT), p. 1148
Flatulência, p. 1145
Hemorroidas, p. 1142
Ileostomia, p. 1145
Íleo, p. 1143
Impactação, p. 1144
Incontinência, p. 1144
Laxantes, p. 1143
Peristalse, p. 1141
Pólipos, p. 1150
Quimo, p. 1141
Treinamento intestinal, p. 1160

A eliminação regular dos resíduos intestinais é essencial para o funcionamento normal do corpo. Alterações na eliminação intestinal são com frequência sinais precoces ou sintomas de problemas no trato

gastrointestinal ou em outros sistemas do corpo. Considerando que a função intestinal depende do equilíbrio de diversos fatores, os padrões de eliminação e os hábitos variam entre os indivíduos.

O entendimento da eliminação intestinal normal e os fatores que promovem, impedem ou causam alterações nessa eliminação auxiliam a enfermeira a administrar os problemas de eliminação intestinal do paciente. Os cuidados de enfermagem de apoio respeitam a privacidade e as necessidades emocionais do paciente. As medidas designadas para promover a eliminação intestinal normal também são necessárias para minimizar o desconforto e o constrangimento.

Base de conhecimento científico

O trato gastrointestinal é constituído por diversos órgãos musculares ocos revestidos por mucosa. Esses órgãos absorvem fluidos e nutrientes, preparam o alimento para absorção e uso pelas células corporais, e fornecem o armazenamento temporário das fezes (Fig. 47-1). O trato gastrointestinal absorve volumes elevados de líquidos, tornando o equilíbrio de líquidos e eletrólitos uma função-chave do sistema gastrointestinal. Além dos líquidos e alimentos ingeridos, o trato gastrointestinal recebe também as secreções da vesícula biliar e do pâncreas.

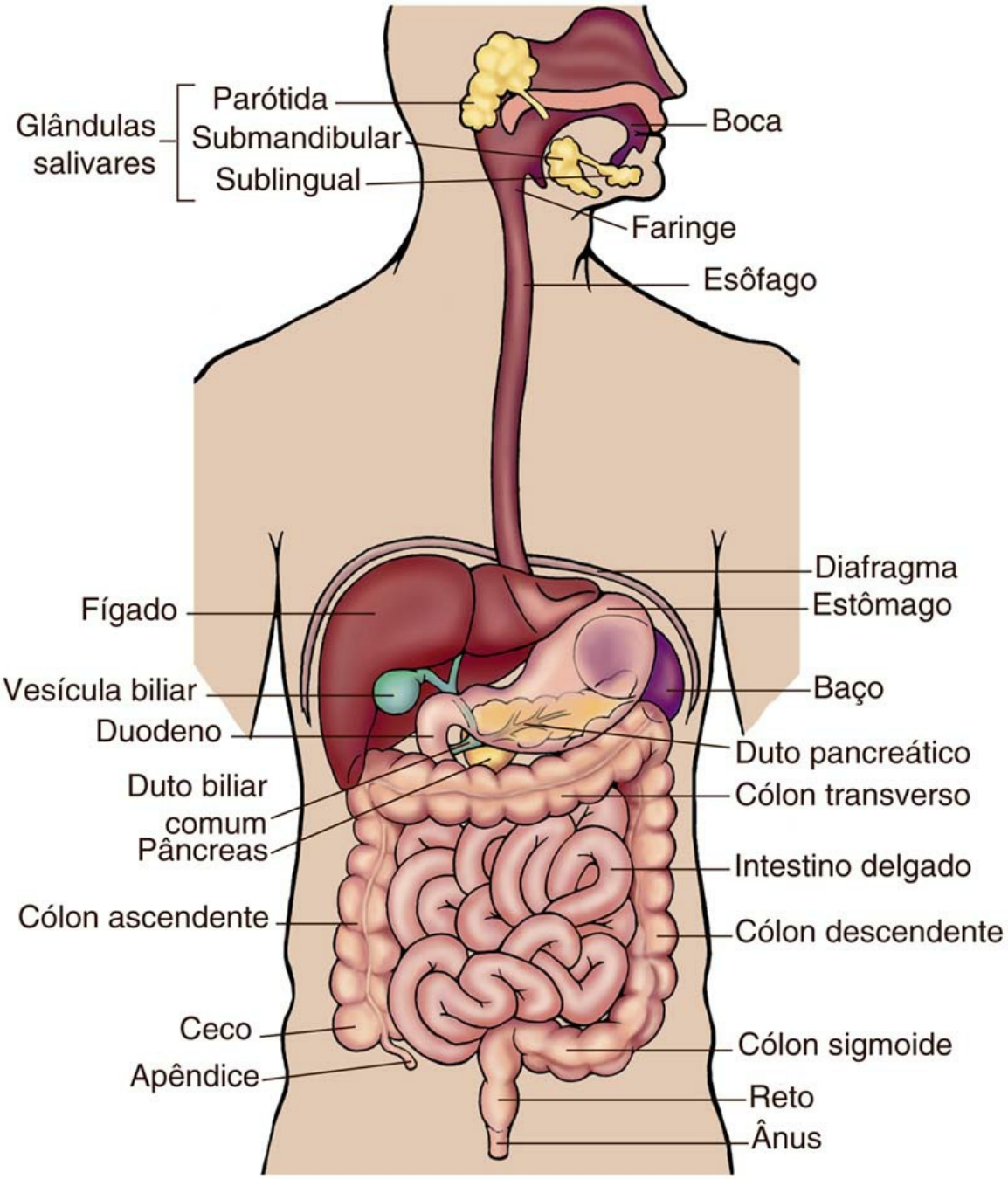


FIGURA 47-1 Órgãos do trato gastrointestinal (GI). (De Monahan FD, Neighbors M: *Medical-surgical nursing, (Enfermagem médico-cirúrgica*, 2. ed., Filadélfia, 1998, Saunders.)

Boca

A boca quebra mecânica e quimicamente os nutrientes em formas e

tamanhos utilizáveis. Os dentes mastigam o alimento, quebrando-o em tamanhos apropriados para serem deglutidos. A saliva, produzida pelas glândulas salivares da boca, dilui e amacia o alimento ainda na boca para uma melhor deglutição.

Esôfago

Assim que o alimento entra no esôfago superior, passa pelo esfíncter esofágico superior, um músculo circular que previne a entrada de ar no esôfago e o refluxo do alimento para a garganta. O bolo de alimento viaja no esôfago para baixo com o auxílio da **peristalse**, que é uma contração que movimenta o alimento através da extensão do trato gastrointestinal. O alimento se move para baixo no esôfago e alcança o esfíncter da cárdia ou esfíncter inferior, que se situa entre o esôfago e a porção superior do estômago. O esfíncter previne o refluxo do conteúdo de alimento do estômago de volta para o esôfago.

Estômago

O estômago desempenha três tarefas: armazenar alimentos e líquidos ingeridos; misturar alimentos com sucos digestivos em uma substância denominada de **quimo**; e regular o esvaziamento de seu conteúdo no intestino delgado. O estômago produz e secreta ácido clorídrico (HCl), muco, a enzima denominada pepsina e o fator intrínseco. A pepsina e o HCl facilitam a digestão da proteína. O muco protege a mucosa estomacal da acidez e da atividade enzimática. O fator intrínseco é essencial para absorção da vitamina B_{12}.

Intestino Delgado

O movimento dentro do intestino delgado, ocorrendo pela peristalse, facilita a digestão e absorção. O quimo vem para o intestino delgado como um material líquido e se mistura com as enzimas digestivas. A reabsorção no intestino delgado é tão eficiente que, no momento em que o líquido alcança a extremidade do intestino delgado, ele se apresenta como um líquido espesso com partículas semissólidas na

consistência. O intestino delgado está dividido em três partes: o duodeno, o jejuno e o íleo. O duodeno apresenta aproximadamente 20 a 28 cm de extensão e continua a processar o líquido a partir do estômago. A segunda parte, o jejuno, apresenta aproximadamente 2,5 m de extensão e absorve carboidratos e proteínas. O íleo apresenta aproximadamente 3,7 m de extensão e absorve água, gorduras e sais biliares. O duodeno e o jejuno absorvem a maior parte dos nutrientes e eletrólitos no intestino delgado. O íleo absorve certas vitaminas, ferro e sais biliares. As enzimas digestivas e a bile entram no intestino delgado a partir do pâncreas e fígado para posteriormente desagregar e converter os nutrientes em uma forma utilizável pelo corpo. O processo digestivo é amplamente alterado quando a função do intestino delgado é prejudicada. Condições tais como inflamação, infecção, ressecção cirúrgica ou obstrução por ruptura da atividade peristáltica, reduzem a absorção ou bloqueiam a passagem de líquido, resultando nas deficiências de eletrólitos e nutrientes.

Intestino Grosso

O trato gastrointestinal inferior é denominado de *intestino grosso* ou *cólon*, considerando que ele é maior em diâmetro do que o intestino delgado. No entanto, a extensão do intestino grosso, de 1,5 a 1,8 m, é muito menor. O intestino grosso está dividido em ceco, cólon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, cólon sigmoide e reto. O intestino grosso é o órgão principal da eliminação intestinal.

O líquido digestivo entra no intestino grosso por ondas de peristalse através da válvula ileocecal (ou seja, uma camada de músculo circular que impede a regurgitação de volta para o intestino delgado). O tecido muscular do cólon permite acomodar e eliminar grandes quantidades de resíduos e gazes (flatos). O cólon apresenta três funções: absorção, secreção e eliminação. O cólon reabsorve uma grande quantidade de água (até 1,5 L) e quantidades significativas de sódio e cloreto diariamente. A quantidade de água absorvida depende da velocidade em que os conteúdos colônicos se movimentam. Normalmente a matéria fecal torna-se uma massa macia formada por sólidos ou semissólidos. Se a peristalse for rápida de forma anormal, haverá

menos tempo para a água ser absorvida e as fezes serão aquosas. Se as contrações peristálticas abrandarem, a água continua a ser absorvida e ocorre a formação de uma massa dura de fezes, resultando na **constipação**.

As contrações peristálticas movimentam os conteúdos através do cólon. O conteúdo intestinal é o estímulo principal para a contração. A peristalse de massa impulsiona o alimento não digerido em direção ao reto. Esses movimentos da massa ocorrem apenas 3 ou 4 vezes diariamente, com o movimento mais forte durante a hora após a refeição. O reto é a parte final do intestino grosso. Normalmente o reto se apresenta vazio de matéria fecal até pouco antes da defecação. O reto contém dobras verticais e transversais de tecidos que ajudam a controlar a expulsão dos conteúdos fecais durante a defecação. Cada dobra contém veias que podem tornar-se distendidas a partir da pressão durante o esforço na evacuação (ou defecação). Essa distensão resulta na formação de **hemorroidas**.

Ânus

O corpo expele fezes e flatos do reto através do ânus. A contração e o relaxamento dos esfíncteres interno e externo, que são inervados por nervos simpáticos e parassimpáticos, auxiliam no controle da defecação. O canal anal contém um rico suprimento de nervos sensoriais que permitem às pessoas definir quando existem fezes sólidas, líquidas ou gases que necessitam ser expelidos e esses nervos sensoriais auxiliam também na manutenção da continência.

Defecação

Os fatores psicológicos essenciais para a função intestinal e defecação incluem o funcionamento normal do trato gastrointestinal, a percepção sensorial da distensão retal e conteúdos retais, e a capacidade retal adequada e em conformidade. A defecação normal é iniciada com o movimento no cólon esquerdo, movendo as fezes em direção ao ânus. Quando as fezes alcançam o reto, a distensão causa o relaxamento do esfíncter interno e uma percepção da necessidade

para defecar. No momento da defecação, o esfíncter externo relaxa, e os músculos abdominais se contraem, aumentando a pressão intra-retal e forçando a saída das fezes. Normalmente a defecação é indolor, resultando na passagem das fezes macias e modeladas. O esforço enquanto ocorre um movimento intestinal indica que o paciente necessita alterar sua dieta ou a ingestão de líquidos, ou que há um distúrbio subjacente na função gastrointestinal.

Base de conhecimento de enfermagem

Fatores que Influenciam a Eliminação Intestinal

Muitos fatores influenciam o processo de eliminação intestinal. O conhecimento desses fatores auxilia na antecipação de medidas necessárias para manter um padrão normal de eliminação.

Idade

As crianças apresentam uma capacidade estomacal menor, secretam menos enzimas digestivas e possuem uma peristalse intestinal mais rápida. A capacidade para controlar a defecação não ocorre até os 2 a 3 anos de idade. Os adolescentes apresentam um crescimento rápido e um aumento da taxa metabólica. Há também um crescimento rápido do intestino grosso e um aumento da secreção de ácidos gástricos para digerir as fibras alimentares e agir como um bactericida contra os organismos deglutidos. Os idosos podem apresentar uma redução na capacidade mastigatória. Os alimentos parcialmente mastigados não são digeridos tão facilmente. A peristalse apresenta uma redução, e o esvaziamento esofágico é lento. Esse processo prejudica a absorção pela mucosa intestinal. O tônus muscular no assoalho pélvico (ou perineal) e no esfíncter anal enfraquece, o que algumas vezes causa dificuldade no controle da defecação (Constipação, n.d.).

Dieta

A ingestão regular de alimentos diariamente mantém um padrão regular de peristalse no cólon. As fibras na dieta fornecem o volume de material fecal. Os alimentos formadores de volume como os cereais integrais, frutas frescas e vegetais ajudam a remover as gorduras e produtos residuais do corpo com maior eficiência. Alguns desses alimentos tais como o repolho, brócolis ou feijões podem produzir também gases que distendem as paredes intestinais e aumentam a

motilidade colônica. Com esse processo de estiramento das paredes intestinais ocorre a peristalse e o início do reflexo de defecação.

Ingestão de Líquidos

Embora as necessidades individuais de líquidos variem entre as pessoas, uma ingestão de líquidos de três litros por dia para os homens e 2,2 litros por dia para as mulheres é recomendada (Clínica Mayo, 2014). Algumas necessidades de líquidos são atendidas pela ingestão dos mesmos, no entanto há líquido também nos alimentos que são ingeridos tais como as frutas. Uma ingestão inadequada de líquidos ou distúrbios que resultem na perda de líquidos (como vômitos) afetam a característica das fezes. O líquido liquefaz o conteúdo intestinal pela absorção nas fibras da dieta e pela produção de uma massa de fezes mais ampla e macia. Esse processo aumenta a peristalse e promove o movimento das fezes através do cólon. A redução na ingestão de líquidos e fibras diminui a passagem de alimentos através do intestino e resulta no endurecimento do conteúdo de fezes, causando constipação.

Atividade Física

A atividade física promove a peristalse, enquanto a imobilização deprime esse processo. Incentivar a deambulação precoce quando a doença começa a ser resolvida ou tão logo quanto possível após a cirurgia ajuda a promover a manutenção da peristalse e a eliminação normal. A manutenção do tônus dos músculos esqueléticos usados durante a defecação é importante. O enfraquecimento dos músculos abdominais e do assoalho pélvico prejudica a capacidade para aumentar a pressão intra-abdominal e controlar o esfíncter externo. O tônus muscular algumas vezes é enfraquecido ou perdido em decorrência de uma doença de longa duração, lesão da medula espinhal ou doenças neurológicas que prejudicam a transmissão dos nervos. Como consequência dessas alterações nos músculos abdominais e do assoalho pélvico ocorre um aumento de risco para a constipação.

Fatores Psicológicos

O estresse emocional prolongado prejudica o funcionamento de quase todos os sistemas do corpo (Cap. 38). Durante o estresse emocional o processo digestivo é acelerado, e a peristalse apresenta um aumento. Os efeitos colaterais da peristalse aumentada incluem a diarreia e a distensão gasosa. Inúmeras doenças do trato gastrointestinal são exacerbadas pelo estresse, incluindo a colite ulcerativa, a síndrome do intestino irritável, certas úlceras gástricas e duodenais e a doença de Crohn. Se uma pessoa torna-se deprimida, o sistema nervoso autonômico pode desacelerar os impulsos que diminuem a peristalse, resultando na constipação.

Hábitos Pessoais

Os hábitos pessoais de eliminação influenciam a função intestinal. A maioria das pessoas se beneficia da capacidade de usar suas próprias instalações sanitárias no momento que for mais eficaz e conveniente para elas. Uma agenda de trabalho sobrecarregada algumas vezes impede o indivíduo de atender adequadamente a vontade de defecar, rompendo dessa forma os hábitos regulares e causando possíveis alterações como a constipação. Os indivíduos precisam reconhecer o melhor período para a eliminação intestinal.

Posição Durante a Defecação

O agachamento é a posição normal durante a defecação. Os banheiros modernos facilitam essa postura, permitindo que uma pessoa se incline para frente, exerça pressão intra-abdominal e contraia os músculos glúteos. Para um paciente imobilizado no leito geralmente a defecação é difícil. Em uma posição supina existe a dificuldade para contrair efetivamente os músculos usados durante a defecação. Quando a condição do paciente permite, o levantamento da cabeceira do leito para auxiliar na posição sentada mais normal em uma comadre melhora a capacidade para defecar.

Dor

Normalmente o ato da defecação é indolor. No entanto, inúmeras condições tais como hemorroidas; cirurgia retal; fissuras anais, que são rupturas lineares dolorosas na área perianal; e cirurgia abdominal resultam em desconforto. Nesses casos, o paciente com frequência reprime a vontade de defecar para evitar a dor, contribuindo para o desenvolvimento de constipação.

Gravidez

Com o avanço da gravidez o tamanho do feto aumenta e a pressão é exercida no reto. Uma obstrução temporária produzida pelo feto prejudica a passagem das fezes. A desaceleração da peristalse durante o terceiro trimestre muitas vezes leva à constipação. Um esforço frequente da mulher grávida durante a defecação ou parto pode resultar na formação de hemorroidas.

Cirurgia e Anestesia

Os agentes anestésicos gerais usados durante a cirurgia causam a cessação temporária da peristalse (Cap. 50). Os agentes anestésicos inalados bloqueiam os impulsos parassimpáticos para a musculatura intestinal. A ação do anestésico desacelera ou interrompe as ondas peristálticas. Um paciente que recebe um anestésico local ou regional apresenta menor probabilidade de riscos para alterações na eliminação, considerando que esse tipo de anestesia geralmente afeta minimamente a atividade intestinal ou não influencia de modo algum.

Qualquer cirurgia que envolva a manipulação direta do intestino interrompe temporariamente a peristalse. Essa condição denominada de **íleo**, dura geralmente cerca de 24 a 48 horas. Se um paciente permanece inativo ou instável para comer após a cirurgia, o retorno da eliminação intestinal é postergado ainda mais.

Medicamentos

Muitos medicamentos prescritos para condições agudas e crônicas

apresentam efeitos secundários nos padrões de eliminação intestinal de um paciente. Por exemplo, os analgésicos opioides desaceleram a peristalse e contrações resultando com frequência na constipação; e os antibióticos diminuem a flora bacteriana intestinal, causando muitas vezes a diarreia (Burchum e Rosenthal, 2016). É importante para a enfermeira e o paciente estarem cientes desses possíveis efeitos colaterais e o uso de medidas adequadas para promover a eliminação intestinal saudável. Alguns medicamentos são usados principalmente por suas ações no intestino e deverão promover a defecação, tais como os **laxantes** ou **catárticos** ou o controle da diarreia. Quando os laxantes são necessários para regular a evacuação do reto, um laxante com fibras é o primeiro tipo usado. Se esse procedimento não for suficiente para aliviar a constipação, o próximo medicamento a ser administrado deve ser um laxante osmótico. Os pacientes devem evitar o uso regular de laxantes estimulantes, pois o intestino muitas vezes torna-se dependente desses medicamentos.

Testes Diagnósticos

Os exames diagnósticos envolvendo a visualização das estruturas gastrointestinais muitas vezes exigem uma preparação intestinal prescrita (p. ex., laxantes e/ou **enemas**) para garantir que o intestino esteja vazio. Geralmente os pacientes não podem comer ou beber várias horas antes dos exames tais como uma endoscopia, colonoscopia, ou outros testes que exijam a visualização do trato gastrointestinal. Após o procedimento diagnóstico, as alterações na eliminação como o aumento de gases ou fezes moles ocorrem com frequência até o paciente reiniciar um padrão normal de alimentação.

Problemas Comuns de Eliminação Intestinal

A enfermeira deverá cuidar com frequência de pacientes que apresentam problemas de eliminação intestinal ou estão propensos a ter esses problemas, devido às alterações fisiológicas no trato gastrointestinal, tais como cirurgia abdominal, doenças inflamatórias, medicamentos, estresse emocional, fatores ambientais ou distúrbios

que prejudicam a defecação. Esses aspectos são comuns na prática da enfermagem.

Constipação

Constipação é um sintoma, não uma doença, e existem muitas causas possíveis (Quadro 47-1). Dieta inadequada, ingestão reduzida de líquidos, ausência de exercícios e certos medicamentos podem causar constipação. Por exemplo, pacientes recebendo opiáceos para dor após cirurgia muitas vezes necessitam de um amolecedor de fezes ou laxante para prevenir a constipação. Uma revisão integrativa recente da literatura revelou que o sexo feminino e os idosos apresentam fatores de risco mais elevados para a constipação (Schmidt e Santos, 2014). Os sinais de constipação incluem as evacuações intestinais irregulares (defecações inferiores a três por semana) e fezes endurecidas, secas com evacuação difícil (Constipação, n.d.). Quando a motilidade intestinal desacelera, a massa fecal torna-se exposta às paredes intestinais ao longo do tempo, e a maior parte do conteúdo de água fecal é absorvido. Desse modo, pouca água é liberada para amolecer e lubrificar as fezes. A passagem de fezes endurecidas e secas causa com frequência dor retal. Constipação é uma fonte significativa de desconforto. Avaliar a necessidade para uma intervenção antes de um paciente defecar torna-se doloroso ou na ausência desse procedimento as fezes são impactadas.

Quadro 47-1 Causas Comuns de Constipação

- Hábitos intestinais irregulares e ignorar a vontade de defecar
- Doenças crônicas (p. ex., doença de Parkinson, esclerose múltipla, artrite reumatoide, doenças intestinais crônicas, depressão, transtornos alimentares)
- Dieta com baixos teores de fibras e altos teores de gorduras animais (p. ex., carnes e carboidratos); baixa ingestão de líquidos
- Estresse (p. ex., doença de um membro da família, a morte de um ente querido, divórcio)

- Incapacidade física
- Medicamentos, especialmente o uso de opiáceos
- Alterações na vida ou rotina, como gravidez, envelhecimento e viagem
- Condições neurológicas que bloqueiam os impulsos nervosos para o cólon (p. ex., acidente vascular cerebral, lesão da medula espinhal, tumor)
- Disfunção intestinal crônica (p. ex., inércia colônica, intestino irritável)

Impactação

A **impactação** fecal ocorre quando um paciente apresenta uma constipação não aliviada e é incapaz de expelir as fezes endurecidas retidas no reto. Nos casos de impactação grave a massa se estende para o cólon sigmoide. Se esse processo não for resolvido ou removido, a impactação grave resulta na obstrução intestinal. Pacientes que estão debilitados, confusos ou inconscientes apresentam maior risco para a impactação. Esses pacientes estão desidratados ou muito fracos, não cientes da necessidade para defecar, e desse modo as fezes se tornam muito endurecidas e secas para a evacuação.

Um sinal evidente de impactação é a incapacidade de evacuar as fezes durante vários dias, apesar da vontade repetida para defecar. A suspeita de uma impactação é evidenciada quando ocorre uma liberação contínua de fezes líquidas. A parte líquida das fezes localizada na região mais elevada do cólon escoa ao redor da massa impactada. Perda de apetite (anorexia), náuseas e/ou vômitos, distensão abdominal e cólicas e dor retal podem acompanhar esse processo. Se houver suspeita de uma impactação é importante realizar um exame de toque retal e palpação para detectar a massa impactada (Hussain et al., 2014).

Diarreia

A **diarreia** é um aumento no número de evacuações e a passagem de

líquido de fezes não formadas. Esse processo está associado com distúrbios que afetam a digestão, absorção e secreções no trato gastrointestinal. O conteúdo intestinal passa através do intestino grosso e delgado muito rapidamente para permitir a absorção normal de líquidos e nutrientes. A irritação no cólon resulta no aumento da secreção de muco. Como consequência, as fezes tornam-se aquosas e o paciente muitas vezes apresenta dificuldade para controlar a defecação.

A perda excessiva de líquidos colônicos resulta na desidratação (Quadro 47-2) com o desequilíbrio de líquidos e eletrólitos ou de ácido-base se os líquidos não forem repostos. Crianças e idosos são especialmente susceptíveis a complicações associadas (Cap. 42). Considerando que a passagem repetida de fezes diarreicas expõe a pele do períneo e nádegas ao conteúdo intestinal irritante, o cuidado criterioso da pele e a contenção da drenagem fecal são necessários para evitar a solução de continuidade na pele (Cap. 48).

Quadro 47-2 Sinais de Desidratação

• Os sinais de desidratação em adulto incluem: • Sede • Menor frequência urinária do que o normal • Urina com coloração escura • Fadiga • Tontura • Vertigem	• Os sinais de desidratação em lactentes e crianças pequenas (idade inferior a 3 anos) incluem: • Secura da boca e língua • Ausência de lágrimas ao chorar • Ausência de fraldas molhadas durante 3 horas ou mais • Febre elevada • Apatia ou irritabilidade

Incontinência

A **incontinência** fecal é a incapacidade para controlar a passagem de fezes e gases do ânus. A incontinência prejudica a imagem corporal do paciente (Cap. 34). O constrangimento da sujidade das roupas muitas vezes conduz o paciente ao isolamento social. As condições físicas que prejudicam a função do esfíncter anal ou as fezes líquidas de grande volume causam a incontinência. A função cognitiva prejudicada muitas vezes leva à incontinência urinária e fecal.

Muitas condições causam a incontinência fecal ou diarreia. É necessário identificar as condições desencadeantes e encaminhar os pacientes para os profissionais de cuidados da saúde para a administração de medicamentos. O uso de antibióticos altera a flora normal do trato gastrointestinal. Um agente causador comum de diarreia é o ***Clostridium difficile*** *(C. difficile)*, que produz sintomas variando de diarreia leve à colite grave. Pacientes adquirem infecção por *C. difficile* de duas maneiras: por terapia antibiótica que causa um crescimento excessivo de *C. difficile* e por contato com o organismo de *C. difficile.* Uma cepa identificada recentemente de *C. difficile* é mais virulenta com efeitos mais tóxicos (Grossman e Mager, 2010). Pacientes são expostos a esse organismo através das mãos de um profissional da saúde ou pelo contato direto com superfícies ambientais contaminadas por essa bactéria. Somente a higiene das mãos com água e sabão é efetiva para remover fisicamente os esporos de *C. difficile* das mãos. O teste diagnóstico mais comum para essa bactéria é o ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA), que detecta o *C. difficile* A e B nas fezes. Pacientes idosos são especialmente vulneráveis à infecção por *C. difficile* quando expostos a antibióticos, e nessa faixa etária são observadas mortalidade e morbidade mais elevadas (Daniel e Rapose, 2015).

Patógenos de origem alimentar transmissíveis também causam diarreia. A higiene das mãos após o uso do banheiro, antes e após o preparo de alimentos, e quando realizar a limpeza e o armazenamento de produtos frescos e carnes reduz amplamente o risco de doenças de origem alimentar. Quando a diarreia resulta de um patógeno de origem alimentar, o objetivo geralmente é livrar o sistema gastrointestinal do patógeno em vez de desacelerar a peristalse.

Cirurgias ou testes diagnósticos do trato gastrointestinal inferior também podem causar diarreia. Pacientes que estão recebendo nutrição enteral também apresentam riscos para diarreia e necessitam de uma consulta dietética para encontrar a fórmula correta para a alimentação (Cap. 45). As intolerâncias alimentares podem aumentar a peristalse e causar diarreia. A intolerância alimentar não é uma alergia; de um modo geral, um determinado alimento causa o

desconforto corporal dentro de algumas horas após a ingestão. O resultado é diarreia, cólicas ou **flatulência**. Por exemplo, as pessoas que bebem o leite de vaca e apresentam esses sintomas não são alérgicas ao leite, mas apresentam a ausência da enzima lactase necessária para digerir o açúcar do leite, e desse modo são intolerantes à lactose. Outra condição denominada de *doença celíaca* é uma síndrome na qual um paciente apresenta uma hipersensibilidade à proteína em certos grãos de cereais e glúten. As alergias alimentares são menos comuns, porém podem ocorrer, e as pessoas com essas alergias necessitam saber como realizar a leitura dos rótulos nos alimentos cuidadosamente. As alergias alimentares verdadeiras podem ser fatais e levar à anafilaxia (Food Allergies [Alergias Alimentares], 2015).

Flatulência

Considerando que os gases se acumulam no lúmen intestinal, as paredes intestinais se estiram e distendem. A **flatulência** é uma causa comum de distensão abdominal, dores e cólicas. Normalmente os gases intestinais escapam através da boca (eructações) ou do ânus (passagem de flatos). No entanto, a flatulência causa distensão abdominal e dor aguda e grave se a motilidade intestinal for reduzida devido à administração de opiáceos, anestésicos gerais, cirurgia abdominal, ou imobilização.

Hemorroidas

As hemorroidas são veias ingurgitadas e dilatadas no revestimento do reto. Essas veias podem ser externas ou internas. As hemorroidas externas são claramente visíveis como protrusões de pele. Geralmente há uma descoloração arroxeada (trombose) se a veia subjacente estiver endurecida. Esse processo causa aumento de dor e algumas vezes exige a excisão. As hemorroidas internas ocorrem no canal anal e podem estar inflamadas ou distendidas. O aumento da pressão venosa decorrente do esforço na defecação, gravidez, insuficiência cardíaca e doença hepática crônica causa as hemorroidas.

Desvios Intestinais

Certas doenças ou alterações cirúrgicas tornam a passagem normal do conteúdo intestinal através dos intestinos grosso e delgado difícil ou desaconselhável. Quando essas condições estão presentes, uma abertura temporária ou permanente (**estoma**) é criada cirurgicamente trazendo parte do intestino para fora através da parede abdominal. Essas aberturas cirúrgicas são denominadas de **ileostomia** ou **colostomia**, dependendo da parte do trato intestinal que é usada para criar o estoma (Figs. 47-2 e 47-3). As técnicas cirúrgicas mais recentes permitem que um número maior de pacientes tenha partes de seus intestinos grosso e delgado removidas e as partes remanescentes restabelecidas, de modo que esses pacientes poderão continuar a defecar através do canal anal.

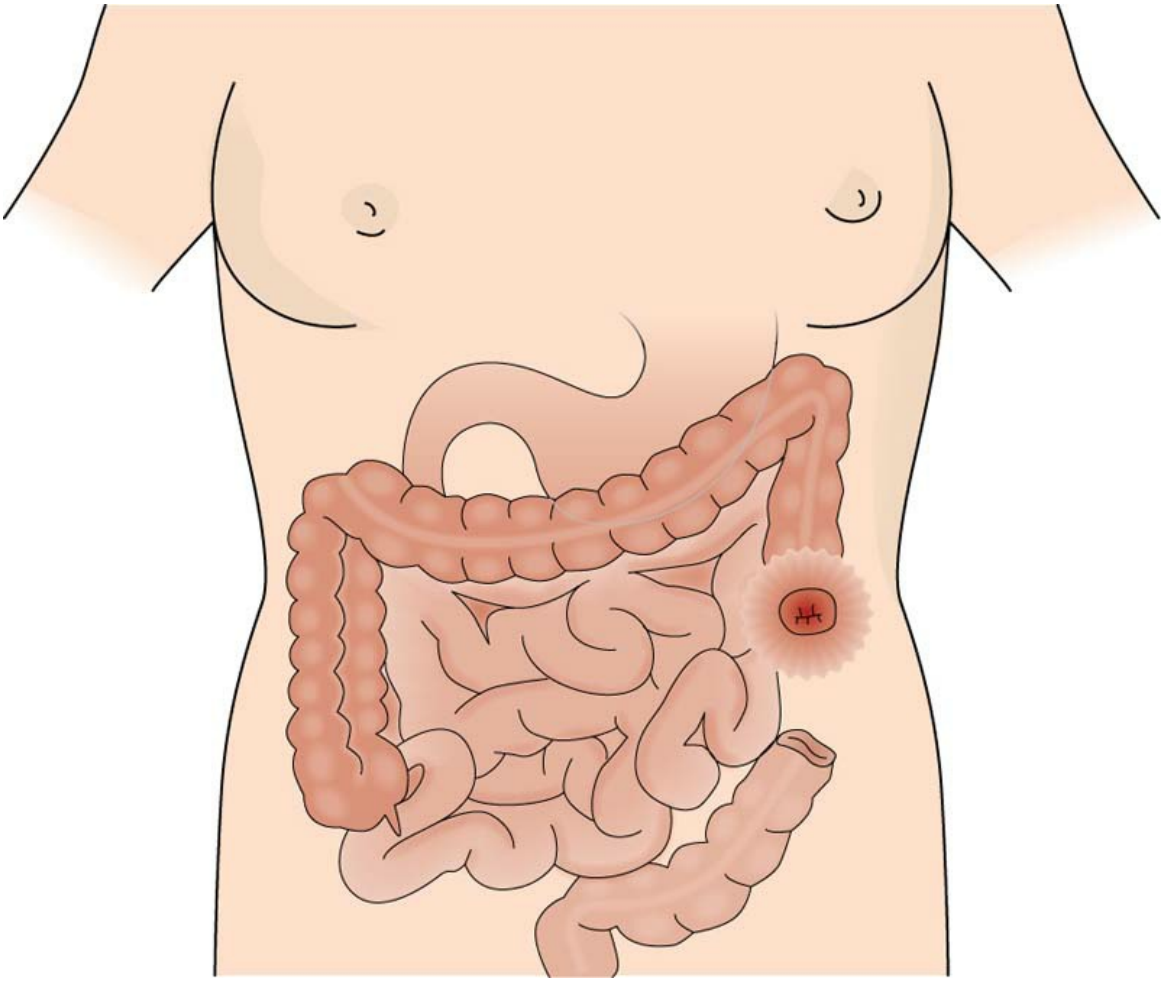


FIGURA 47-2 Colostomia sigmoide.

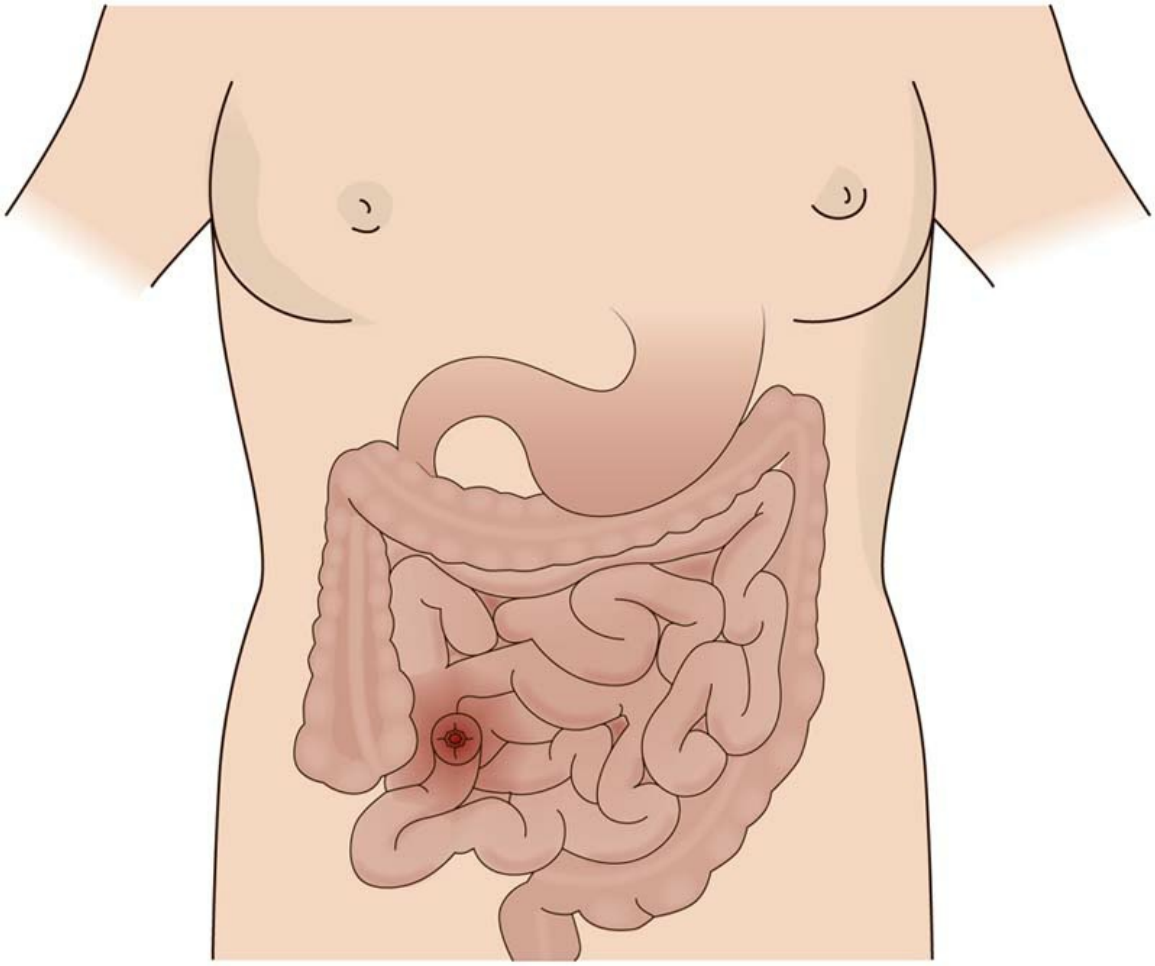


FIGURA 47-3 Ileostomia.

Ostomias

O local de uma ostomia determina a consistência das fezes. Uma pessoa com colostomia sigmoide terá fezes mais firmes. A saída de uma colostomia transversa poderá ser como um líquido espesso a uma consistência macia. Essas ostomias são as mais fáceis de serem realizadas cirurgicamente e são feitas como um meio temporário para desviar as fezes de uma área de trauma ou de feridas perianais. Essas ostomias podem ser também um desvio paliativo se houver uma obstrução decorrente da presença de um tumor. Com a ileostomia o efluente fecal deixa o corpo antes de entrar no cólon, produzindo com frequência fezes líquidas.

As colostomias em alça são estomas reversíveis que um cirurgião

constrói no íleo ou cólon. O cirurgião puxa uma alça do intestino dentro do abdômen e muitas vezes coloca uma haste plástica, ponte ou cateter de borracha temporariamente sob a alça intestinal para impedir o deslizamento da mesma. O cirurgião então abre o intestino e realiza a sutura na pele abdominal. A ostomia em alça apresenta duas aberturas através do estoma. A extremidade proximal drena o efluente fecal e a parte distal drena o muco.

A colostomia terminal consiste em um estoma formado pelo procedimento de trazer uma parte do intestino para fora através de uma abertura criada cirurgicamente na parede abdominal, virando essa parte para baixo como uma gola alta e suturando na parede abdominal. O intestino distal ao estoma é removido ou costurado fechado (denominado como *bolsa de Hartmann;* Fig. 47-2) e deixado na cavidade abdominal. As ostomias terminais são permanentes ou reversíveis. O reto é deixado intacto ou removido.

Outros Procedimentos

Anastomose da Bolsa Ileoanal

A anastomose da bolsa ileoanal é um procedimento cirúrgico para pacientes que necessitam ter uma colectomia para o tratamento de colite ulcerativa ou adenopolipose familiar (FAP) (Goldberg et al., 2010). Nesse procedimento o cirurgião remove o cólon, cria uma bolsa a partir da extremidade do intestino delgado e acopla a bolsa ao ânus do paciente (Fig. 47-4). Essa bolsa fornece a coleta do material fecal que estimula a função do reto. O paciente é considerado continente, considerando que as fezes são evacuadas através do ânus. Quando a bolsa ileal é criada, o paciente apresenta uma ileostomia temporária para desviar o fluxo ou **efluente** fecal e permitir a cicatrização das linhas de sutura na bolsa.

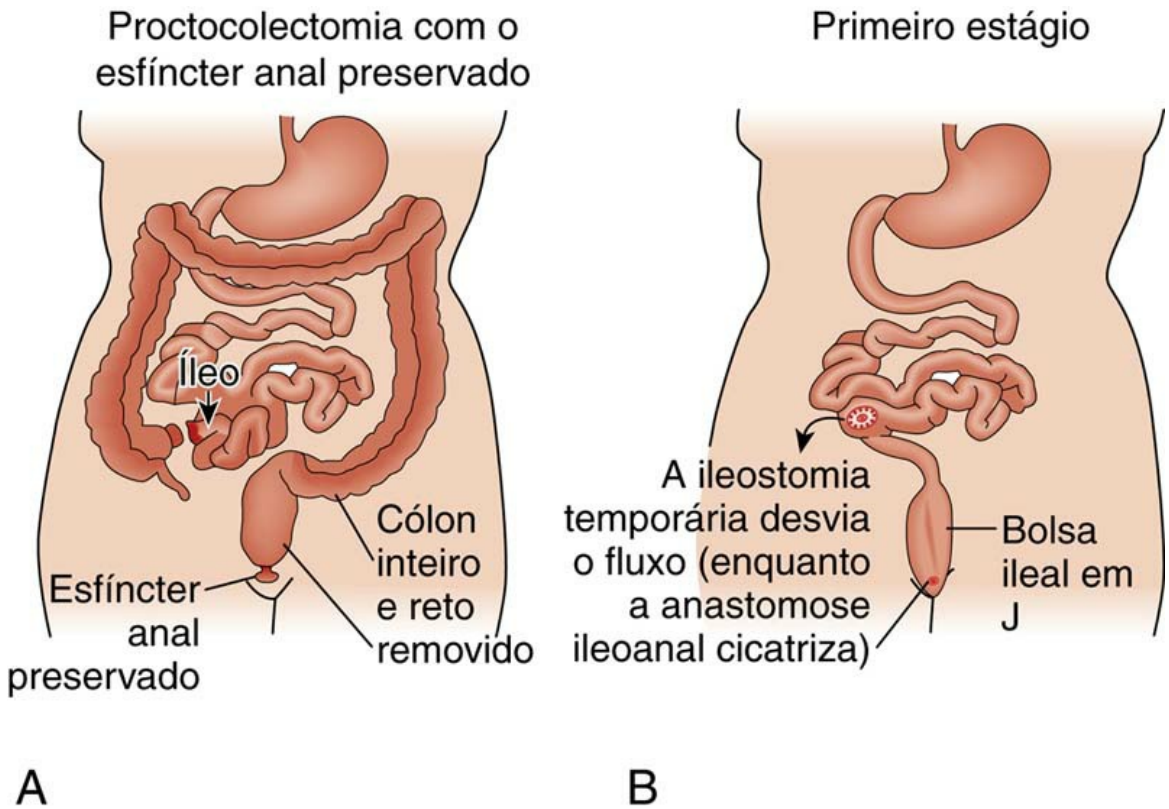


FIGURA 47-4 Anastomose da bolsa ileoanal.

Uma ileostomia continente envolve criar uma bolsa a partir do intestino delgado. A bolsa apresenta um estoma continente no abdômen criado com uma válvula que pode ser drenada somente quando o paciente coloca um grande cateter no estoma. O paciente esvazia a bolsa várias vezes ao dia. Esse procedimento raramente é realizado nessa fase.

Crianças com perdas fecais associadas a anormalidades neuropáticas ou estruturais do esfíncter anal algumas vezes são submetidas ao procedimento do enema de continência anterógrada. O cirurgião cria uma válvula de continência com uma abertura para o abdômen no intestino, de modo que o paciente ou o cuidador possa inserir uma sonda e autoadministrar um enema que sai através do ânus. A evacuação colônica é iniciada cerca de 10 a 20 minutos após um paciente receber o líquido do enema.

Pensamento crítico

O pensamento crítico bem-sucedido exige uma síntese de conhecimento, experiência, informações obtidas dos pacientes, atitudes de pensamento crítico, e padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos necessitam de um procedimento antecipado das informações necessárias, analisar os dados e tomar as decisões relativas aos cuidados do paciente.

No caso da eliminação intestinal, é necessário integrar os conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas para compreender uma resposta do paciente às alterações da eliminação intestinal. A experiência nos cuidados de pacientes com alterações nesse processo auxilia no oferecimento de um plano adequado de cuidados. É importante adotar atitudes de pensamento crítico tais como equidade, confiança e disciplina ao ouvir e explorar um histórico de enfermagem de um paciente. Aplicar normas de boas práticas relevantes quando selecionar as medidas de enfermagem.

Processo de enfermagem

Aplicar o processo de enfermagem e usar uma abordagem de pensamento crítico nos cuidados aos pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem para a tomada de decisão clínica para o desenvolvimento e implementação de um plano individualizado de cuidados.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem avaliar cuidadosamente cada paciente e analisar criticamente todos os aspectos do histórico, para assegurar que sejam tomadas as decisões clínicas centradas no paciente, as quais são necessárias para a segurança dos cuidados de enfermagem. Considerar todos os elementos do pensamento crítico que fundamentam a elaboração de diagnósticos adequados (Fig. 47-5).

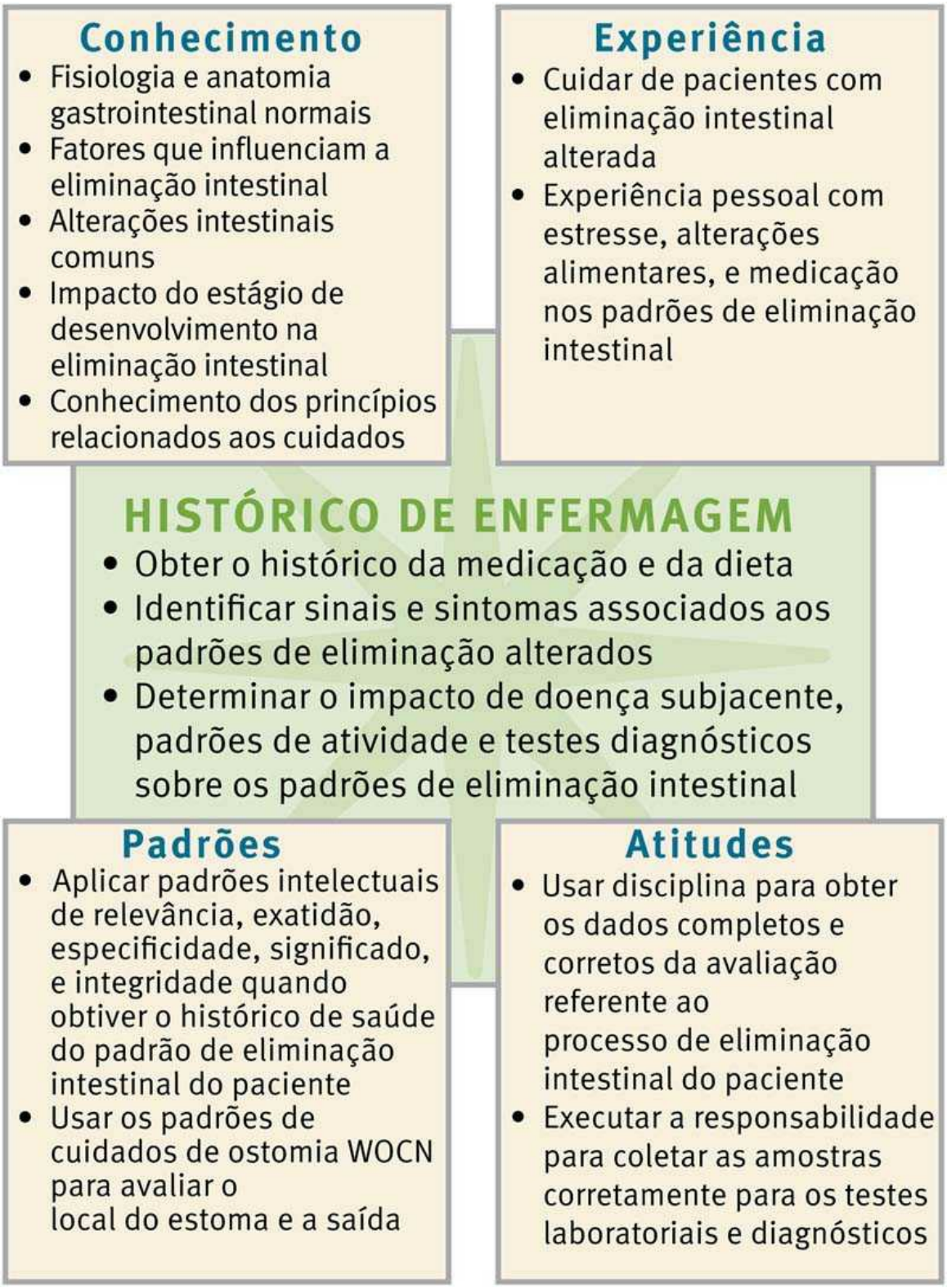


FIGURA 47-5 Modelo de pensamento crítico para o Histórico de enfermagem sobre eliminação intestinal. *WOCN,* Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (Sociedade

de Enfermagem para Feridas, Ostomia e Continência).

O histórico de enfermagem dos padrões e anormalidades de eliminação intestinal inclui uma história de enfermagem, avaliação física do abdômen, inspeção das características fecais e análise dos resultados dos testes relevantes. Além disso, é necessário determinar o padrão do histórico clínico do paciente e tipos de líquidos e alimentos ingeridos, mobilidade, capacidade de mastigação, doenças recentes e/ou estressores, e situação ambiental.

Pela Ótica do Paciente

Os pacientes esperam que a equipe de enfermagem responda a todas as suas questões relativas aos testes diagnósticos e a preparação para esses testes. Esses pacientes estão preocupados com o desconforto e a exposição de suas partes íntimas (área perineal). Os problemas intestinais com frequência são uma fonte de desconforto e constrangimento para o paciente e seus familiares. A incontinência urinária e fecal nas pessoas idosas é a segunda razão mais comum para a contratação de unidades de saúde ou profissionais especializados para os cuidados a longo prazo em domicílio (Long, 2010). Alguns pacientes idosos que não conseguem reconhecer suas necessidades de eliminação intestinal necessitam de monitoramento para os padrões de eliminação para que não ocorram consequências negativas. É necessário ressaltar que cada paciente apresenta uma situação exclusiva e uma percepção do que é "certo" para ele ou ela. Os pacientes esperam receber os cuidados de enfermagem através de profissionais com a capacidade para ensinar-lhes métodos de promover e manter os padrões de eliminação intestinal normal ou meios de controlar a eliminação alterada. É importante incentivar o paciente e/ou cuidador para descrever as práticas culturais e usar essa informação quando fornecer os cuidados para melhorar o conforto do paciente.

História de Enfermagem

A história de enfermagem fornece informações sobre um padrão intestinal normal e hábitos do paciente. O que um paciente descreve como normal ou anormal muitas vezes é diferente dos fatores e condições que apresentam uma tendência para promover a eliminação normal. Identificar os padrões normais e anormais, hábitos e a percepção do paciente do que é normal ou anormal no que se refere à eliminação intestinal permite uma melhor determinação dos problemas do paciente. É importante organizar a história de enfermagem relativa aos fatores que afetam a eliminação.

- *Determinação do padrão normal de eliminação:* Inclui a frequência e a hora do dia. Ter um diário completo do paciente ou cuidador referente à eliminação intestinal fornece uma avaliação exata de um padrão de eliminação intestinal atual do paciente.
- *Descrição do paciente das características habituais das fezes:* Determinar se as fezes são normalmente aquosas ou sólidas, macias ou enrijecidas, e a cor específica. Solicitar ao paciente para descrever a forma das fezes normais e o número de evacuações por dia. Usar uma escala como a Escala Fecal de Bristol para obter os parâmetros objetivos das características específicas das fezes (Fig. 47-6).
- *Identificação de rotinas seguidas para promover a eliminação intestinal:* Como exemplos podem ser citados a ingestão de líquidos quentes, ingerir alimentos específicos, ou reservar um período para defecar durante uma certa parte do dia ou usar laxantes, enemas, ou aditivos de fibras formadores de massa.
- *Presença e condições dos desvios intestinais:* Se um paciente tiver uma ostomia, avaliar a frequência do esvaziamento da bolsa de ostomia, características das fezes, aparência e condição do estoma (cor, altura na pele ou acima do nível da pele), condição da pele periostomal, tipo usado como dispositivo do sistema coletor e métodos utilizados para manter a função da ostomia.
- *Alterações no apetite:* Inclui alterações nos padrões de alimentação e uma alteração no peso (quantidade de perda ou ganho). Se houver a presença de uma perda de peso, indagar se o paciente tem como objetivo a perda de peso (p. ex., uma dieta ou a rotina de exercícios) ou se essa perda de peso ocorreu inesperadamente.

- *Histórico da dieta:* Determina as preferências alimentares do paciente. Determina a ingestão de frutas, vegetais e grãos integrais, e se as refeições são regulares ou irregulares.
- *Descrição da ingestão diária de líquidos:* Esse procedimento inclui o tipo e quantidade de líquidos. Os pacientes muitas vezes estimam essa quantidade usando as medidas domésticas comuns.
- *Histórico de cirurgia ou doenças afetando o trato gastrointestinal:* Essa informação auxilia na explicação dos sintomas, o potencial para manter ou restaurar o padrão normal de eliminação intestinal, e se há um histórico familiar de câncer do trato gastrointestinal.
- *Histórico de medicamentos:* Solicitar aos pacientes sobre a lista de todos os medicamentos que eles tomam e avaliar se esses pacientes estão recebendo a administração de medicamentos como laxantes, antiácidos, suplementos de ferro e analgésicos que alteram a defecação ou as características fecais.
- *Estado emocional:* O estado emocional do paciente pode alterar a frequência da defecação. Indagar do paciente se tem sido submetido a um estresse excepcional e se esse fato pode ter causado uma alteração nas evacuações intestinais.
- *Histórico de exercícios:* Solicitar ao paciente para descrever especificamente o tipo e quantidade dos exercícios diários.
- *Histórico de dor ou desconforto:* Indagar do paciente se há um histórico de dor abdominal ou anal. O tipo, a frequência e o local da dor auxiliam a identificar a fonte do problema. Por exemplo, dor de cólicas, náuseas e a ausência de evacuações intestinais indicam muitas vezes a presença de uma obstrução intestinal.
- *Histórico social:* Os pacientes apresentam muitas condições de vida diferentes. Os locais onde os pacientes residem afetam seus hábitos sanitários. Se o paciente reside com outras pessoas, indagar quantos banheiros existem no local. Verificar se o paciente tem que compartilhar um banheiro, criando uma necessidade de ajustar o tempo que esse paciente usa o banheiro para acomodar os horários das outras pessoas. Se o paciente reside sozinho, ele pode se locomover para o banheiro com segurança? Quando os pacientes não são independentes no controle intestinal, determinar quem os

auxilia e qual é o procedimento.

- *Mobilidade e destreza:* Avaliar a mobilidade e destreza dos pacientes para determinar se eles precisam de dispositivos auxiliares ou da ajuda pessoal.

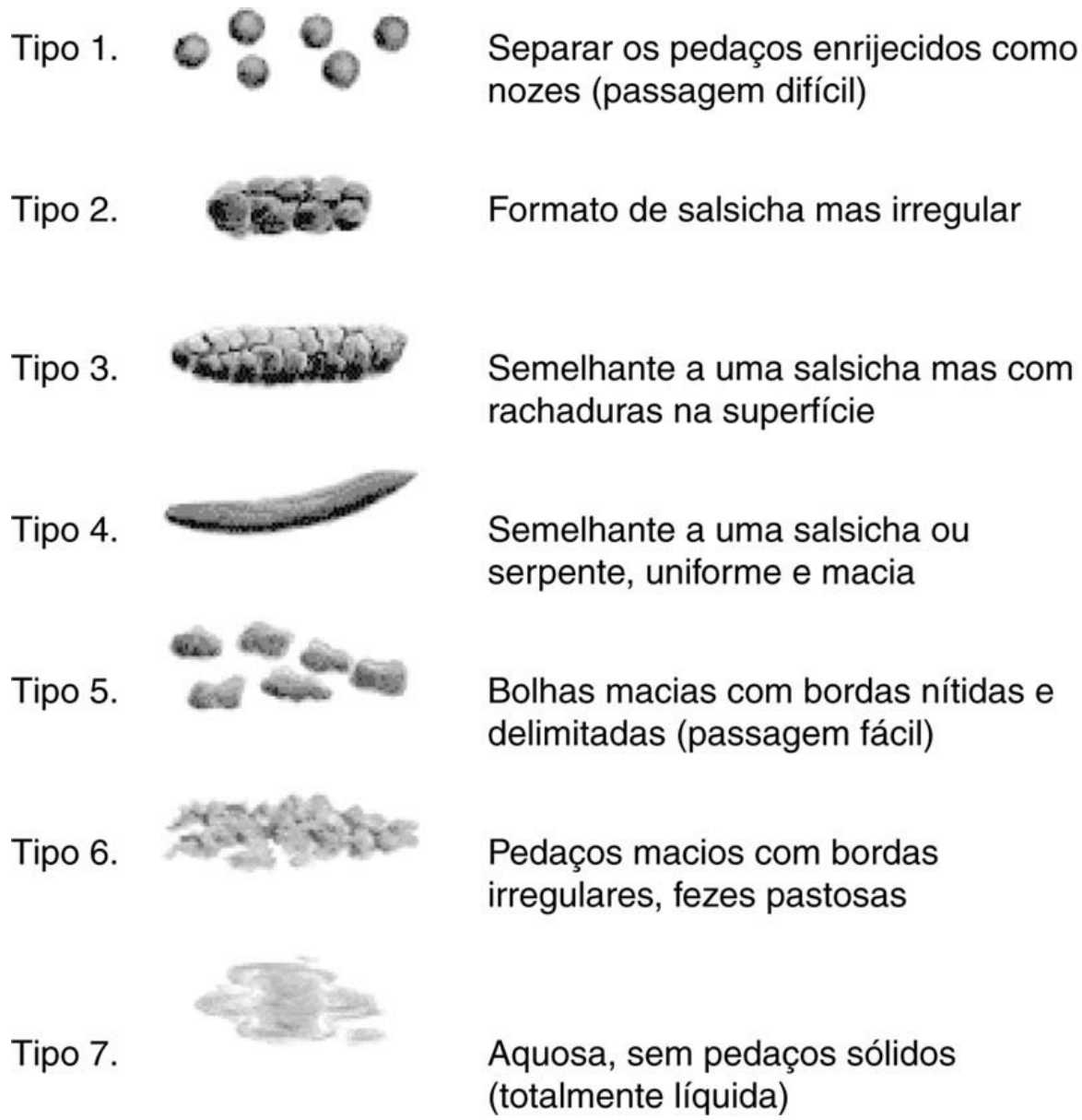


FIGURA 47-6 Escala Fecal de Bristol para classificar a forma das fezes. (Usada com permissão, Diretriz de Bristol para classificar a forma das fezes, http://aboutconstipation.org/bristol.)

O Quadro 47-3 apresenta um resumo dos tipos de questões de avaliação para ser usado para englobar um histórico detalhado de enfermagem.

Quadro 47-3 Questões de Coleta de Dados em Enfermagem

Sinais e Sintomas

Náuseas ou Vômitos: Início, Duração, Sintomas Associados, Características, Apresentações

- Quando as náuseas e vômitos iniciaram?
- Esses sintomas estão relacionados a um estímulo peculiar (odores, após ingerir um alimento específico)?
- Como essa êmese se apresenta (muco, sangue, aparência de borra de café, alimento não digerido) e qual é a cor?
- Existem outros sintomas como febre, tontura, dor de cabeça, dor abdominal ou perda de peso?
- Outros membros da família estão manifestando os mesmos sintomas?

Indigestão: Início, Características, Local, Sintomas Associados, Fatores Atenuantes

- A indigestão está relacionada às refeições, tipo ou quantidade de alimento, horário do dia ou da noite?
- O desconforto da indigestão é irradiado para os ombros ou braços?
- Você se sente inchado após comer?
- Existe a ocorrência de quaisquer outros sintomas (vômitos, dores de cabeça, diarreia, eructações, flatulência, azia ou dor)?
- A indigestão é responsiva aos antiácidos ou outras medidas de autocuidado?

Diarreia: Início, Duração, Características, Sintomas

Associados, Fatores Atenuantes, Apresentação

- Quando a diarreia começou? Foi gradual ou repentina?
- Quantas evacuações você apresenta por dia? É aquosa ou explosiva: Qual é a cor e consistência?
- Houve a ocorrência de febre, calafrios, perda de peso ou dor abdominal?
- Você recebeu a administração de antibióticos recentemente?
- Você tem estado sob estresse?
- O que você tem usado para tentar aliviar a diarreia? Houve êxito no resultado?
- Você esteve fora do país recentemente?

Constipação: Início, Características, Sintomas, Fatores Atenuantes

- Quando foi a sua última evacuação intestinal? Quantas evacuações intestinais você apresenta especificamente em uma semana?
- Esse processo é uma ocorrência recente ou um problema de longa data?
- Descreva suas evacuações intestinais.
- Há necessidade de esforço para ter uma evacuação intestinal?
- Ocorre dor abdominal ou retal quando você tem uma evacuação intestinal?
- Você sente que suas evacuações intestinais são incompletas?
- Ocorreram alterações recentes na sua dieta ou na ingestão de líquidos?
- Você usa amolecedores de fezes, laxantes ou enemas?
- Sempre é necessário remover manualmente as evacuações intestinais?

Histórico Médico

- Você apresenta um histórico anterior de problemas ou doenças gastrointestinais? Em caso afirmativo, explicar.

- Você foi submetido a uma cirurgia abdominal ou trauma?
- Você apresenta um histórico de doenças graves como câncer; artrite; ou doença respiratória, renal ou cardíaca?
- Quais medicamentos você está usando?

Efeito no Paciente

- Como esses sintomas afetam você?
- Você se ausentou do trabalho ou de compromissos sociais devido a esses sintomas?

Exame Físico

Conduzir uma avaliação física dos sistemas corporais e suas funções, susceptíveis de serem influenciados pela presença de problemas de eliminação intestinal (Cap. 31).

Boca

Inspecionar dentes, língua e gengivas do paciente. A dentição insatisfatória ou dentaduras mal ajustadas influenciam na capacidade mastigatória. Feridas na boca provocam dificuldades e dores no processo da alimentação.

Abdômen

Inspecionar todos os quatro quadrantes abdominais para verificar contorno, forma, simetria e cor da pele. Observar as massas, ondas peristálticas, cicatrizes, padrões venosos, estomas e lesões. Normalmente, não é possível visualizar as ondas peristálticas. A peristalse observável é muitas vezes um sinal de obstrução intestinal.

A distensão abdominal aparece como uma protuberância externa global do abdômen. Gases intestinais, grandes tumores ou líquidos na cavidade peritoneal causam distensão. Um abdômen distendido causa a sensação de aperto como "um tambor"; a pele se apresenta tensa e com aparência estirada.

Auscultar o abdômen com um estetoscópio para avaliar os ruídos intestinais em cada quadrante (Cap. 31). Os ruídos abdominais

normais ocorrem em cada 5 a 15 segundos e duram de um a vários segundos. Ruídos ausentes (ruídos intestinais não auscultados) ou hipoativos ocorrem com um íleo como após uma cirurgia abdominal, porém podem representar também que não houve captura dos ruídos abdominais quando foram avaliados. Sons intestinais hiperativos ou agudos ocorrem com a obstrução do intestino delgado e distúrbios inflamatórios. Embora auscultar os sons intestinais durante a avaliação seja um padrão na prática da enfermagem, algumas pesquisas atuais questionam a validade desse procedimento. Um estudo recente detectou que apenas 11,4% das equipes de enfermagem e 47,6 % dos médicos puderam fazer julgamentos clínicos corretos com base nos achados auscultatórios (Li et al., 2014). Outro estudo comparando a interpretação de médicos de medicina interna e cirúrgica no que diz respeito aos sons intestinais concluiu que a auscultação de sons intestinais não é uma prática útil na diferenciação de pacientes com sons intestinais normais *versus* patológicos (Felder et al., 2014).

A percussão identifica estruturas abdominais subjacentes e detecta lesões, líquidos ou gases no abdômen. Gás ou flatulência cria uma nota timpânica. Massas, tumores e líquidos são imprecisos para a percussão.

Palpar cuidadosamente o abdômen para detectar massas ou áreas de sensibilidade. É importante para o paciente relaxar. Os músculos abdominais tensionados interferem na palpação dos órgãos ou massas subjacentes.

Reto

Inspecionar a área ao redor do ânus para detectar lesões, descoloração, inflamação e hemorroidas. A dor ocorre quando os tecidos das hemorroidas estão irritados. O principal objetivo para um paciente com hemorroidas é ter evacuações indolores com a eliminação de fezes macias. Uma dieta adequada, líquidos e exercícios regulares melhoram a probabilidade de as fezes serem normais e macias. Quando o paciente apresenta constipação, a passagem de fezes endurecidas causa sangramento e irritação. Uma bolsa de gelo ou um

banho de assento quente (Cap. 48) proporcionam um alívio temporário para as hemorroidas inchadas. Um profissional de cuidados de saúde algumas vezes prescreve medicamentos tópicos para aliviar o inchaço e a dor.

Testes Laboratoriais

Não há testes sanguíneos para diagnosticar especificamente a maioria dos distúrbios gastrointestinais, porém a hemoglobina e os hematócritos auxiliam na determinação da presença de anemia decorrente de um sangramento gastrointestinal. Outros testes laboratoriais solicitados com frequência pelo profissional de saúde incluem testes de função hepática, amilase sérica e lipase sérica que são usados para avaliar a presença de doenças hepatobiliares e pancreatite.

Amostras Fecais

É necessário assegurar que as amostras sejam obtidas com exatidão, rotuladas adequadamente em recipientes adequados e transportadas para o laboratório no horário estabelecido. Os laboratórios fornecem recipientes especiais para amostras fecais. Alguns testes exigem que as amostras sejam colocadas em conservantes químicos, e outros testes exigem que as amostras sejam refrigeradas ou congeladas após a coleta e antes de despachar para o laboratório. É necessário utilizar técnicas médicas assépticas durante a coleta de amostras de fezes (Cap. 29).

A higiene das mãos é necessária para qualquer indivíduo que tenha contato com as amostras fecais. Muitas vezes o paciente é capaz de obter a amostra se for orientado adequadamente. É importante orientar o paciente para evitar a mistura de fezes com urina ou água. O paciente deve defecar em uma comadre seca e limpa, ou em um recipiente especial colocado sob o assento do vaso sanitário. Observar as características das fezes quando coletar uma amostra (Tabela 47-1).

Tabela 47-1

Características Fecais

Característica	Normal	Anormal	Causa da Anormalidade
Cor	Lactente: amarela; adulto: marrom	Branca ou cor de argila Escura ou cor de alcatrão (melena) Vermelha Pálida e oleosa	Ausência de bile Ingestão de ferro ou sangramento gastrointestinal (GI) Sangramento GI, hemorroidas, ingestão de beterrabas Má absorção de gorduras
Odor	Malcheirosa; pode ser afetada por certos alimentos	Alteração nociva	Sangue nas fezes ou infecção
Consistência	Macia, formada	Líquida Dura	Diarreia, absorção reduzida Constipação
Frequência	Varia: lactentes 4 a 6 vezes diariamente (com amamentação) ou 1 a 3 vezes diariamente (com mamadeira); adultos 2 vezes diariamente a 3 vezes por semana	Lactente mais de 6 vezes diariamente ou menos de uma vez em cada 1 a 2 dias; adulto mais de 3 vezes ao dia ou menos de uma vez por semana	Hipermotilidade ou hipomotilidade
Forma	Assemelha-se ao diâmetro do reto	Estreita, formato de um lápis	Obstrução, aumento da peristalse
Componentes	Alimento não digerido, bactérias mortas, gordura, pigmento biliar, células do epitélio da mucosa intestinal, água	Sangue, pus, corpos estranhos, muco, vermes Fezes oleosas Muco	Sangramento interno, infestação, objetos engolidos, irritação, inflamação, infestação de parasitas Síndrome da má absorção, enterite, doença pancreática, ressecção cirúrgica do intestino Irritação intestinal, inflamação, infecção, ou lesão

Os testes realizados pelo laboratório para sangue oculto nas fezes

(microscópico) e as culturas de fezes exigem apenas uma pequena amostra. Coletar cerca de uma massa de 3 cm de fezes formadas ou 15 a 30 mL de fezes líquidas. Testes para medir a eliminação de gordura fecal exigem uma coleta de fezes durante um período de 3 a 5 dias. É necessário salvar todo o material fecal durante o período dos testes.

Após obter uma amostra, rotular e selar cuidadosamente o recipiente e completar todos os formulários de requisição do laboratório. Registrar as coletas de amostras no prontuário médico do paciente. É importante evitar atrasos na remessa das amostras para o laboratório. Alguns testes como a medição para óvulos e parasitas exigem que as fezes estejam quentes. Quando as amostras de fezes permanecem em temperatura ambiente, ocorrem alterações bacteriológicas que alteram os resultados dos testes.

Um teste comum de fezes é o **exame de sangue oculto nas fezes (FOBT)**, que mede as quantidades microscópicas de sangue nas fezes. É um teste de triagem útil para detectar câncer de cólon conforme recomendado pela Sociedade Americana de Câncer (American Cancer Society). Existem dois tipos de testes, o teste guáiaco para sangue oculto nas fezes (gFOBT) e o teste imunoquímico fecal (FIT). O teste FIT não exige preparação ou restrições alimentares e é um teste mais sensível, porém é mais dispendioso; desse modo o gFOBT é mais comumente usado. A enfermeira ou o paciente devem repetir o teste ao menos três vezes em três evacuações separadas. O FOBT é realizado no domicílio do paciente ou nas instalações de uma unidade de prestação de cuidados da saúde (Quadro 47-4). Todos os testes positivos são acompanhados com **colonoscopia** ou sigmoidoscopia flexível (ACS, 2015).

Quadro 47-4

Diretrizes para o procedimento

Realização de um Teste de Guáiaco para Sangue Oculto nas Fezes

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento do teste para detectar sangue oculto nas fezes pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. No entanto, o(a) enfermeiro(a) é responsável pela avaliação do significado dos achados. Pode ser necessário enviar a amostra ao laboratório. Consultar as políticas da instituição. O(a) enfermeiro(a) orienta o técnico para:
Relatar ao(à) enfermeiro(a) se houver a ocorrência de sangramento após obter a amostra.

Material

Papel de teste para Hemoccult, solução de desenvolvimento de Hemoccult, aplicador de madeira e luvas de procedimento (Verificar as datas de validade na solução de desenvolvimento e no papel de teste antes de usar.)

Passos

1. Verificar o paciente que está usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número da conta) de acordo com a política da instituição.
2. Explicar o objetivo do teste e as formas do procedimento para que o paciente possa auxiliar. O paciente pode coletar sua própria amostra, se possível.
3. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.
4. Usar a ponta do aplicador de madeira (ver ilustração) para obter uma pequena parte da amostra de fezes. Garantir que a amostra esteja livre de papel higiênico e não contaminada com urina.

PASSO 4 Material necessário para o teste de sangue oculto nas fezes.

5. Realizar o teste com a cartela Hemoccult:
   a. Abrir a folha da cartela e, usando um aplicador de madeira, colocar uma camada fina de esfregaço de fezes no primeiro compartimento do papel com guáiaco. Aplicar uma segunda amostra fecal de uma parte diferente das fezes para o segundo compartimento da cartela (ver ilustração).
   b. Fechar a tampa da cartela e virar a embalagem para o outro lado da embalagem (ver ilustração). Após aguardar 3 a 5 minutos, abrir a folha da cartela e colocar duas gotas da solução de desenvolvimento em cada compartimento de papel com guáiaco. A cor azul indica um guáiaco positivo ou a presença de sangue oculto nas fezes.

PASSO 5A Aplicação de amostra fecal no papel com guáiaco.

c. Interpretar a cor do papel com guáiaco após 30 a 60 segundos.
d. Após determinar se a amostra do paciente é positiva ou negativa, colocar uma gota da solução de desenvolvimento para a seção de controle de qualidade e interpretar dentro de 10 segundos.
e. Descartar a cartela de teste em recipiente adequado.

6. Envolver o aplicador de madeira em papel toalha, remover as luvas e descartar em recipiente adequado.
7. Realizar a higiene das mãos.
8. Registrar os resultados do teste; anotar quaisquer características fecais incomuns. (Submeter apenas uma amostra por dia.)

PASSO 5B Aplicação da solução de desenvolvimento Hemoccult no papel com guáiaco no lado oposto do kit de teste.

Quando os pacientes são encaminhados para a realização de exames por gFOBT é importante orientá-los para evitar a ingestão de carne vermelha durante 3 dias antes dos exames. Se não houver contraindicações e for aprovado pela unidade prestadora de cuidados da saúde, orientar o paciente para interromper a administração de aspirina, ibuprofeno, naproxeno ou outros medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais durante 7 dias, pois esses medicamentos podem causar um resultado falso-positivo para os exames. Os pacientes devem evitar também os suplementos de vitamina C e frutas e sucos cítricos durante 3 dias antes do exame, pois eles podem causar resultados falso-negativos (ACS, 2015).

Exames Diagnósticos

Para os pacientes que manifestam alterações no sistema gastrointestinal, vários exames diagnósticos e radiológicos, como a colonoscopia, exigem uma preparação intestinal (prep. intestinal) para o exame ser concluído com êxito. Um programa de limpeza intestinal algumas vezes é difícil ou desagradável para os pacientes. É importante fornecer orientação e apoio para garantir um resultado ideal para o exame (Quadro 47-5).

Quadro 47-5 Testes Diagnósticos e Radiológicos

Visualização Direta

Endoscopia

- Exames como uma gastroscopia ou colonoscopia usam um tubo de fibra óptica iluminada para obter a visualização direta do trato gastrointestinal (GI) superior (**endoscopia** superior) ou do intestino grosso (colonoscopia). O tubo de fibra óptica contém uma lente, pinças e escovas para biópsia. Se uma endoscopia identifica uma lesão como um pólipo, esse pólipo pode ser removido e será realizada uma biópsia.
- Esses testes são realizados sob sedação, geralmente em centros laboratoriais.
- Os pacientes recebem as instruções sobre a preparação necessária para os testes no momento em que estão programados para o procedimento. Os pacientes geralmente estão em uma dieta líquida clara um dia antes do teste. A preparação intestinal que é necessária antes de uma colonoscopia pode ser realizada com êxito.

Visualização Indireta

Manometria Anorretal

- Medir a atividade de pressão dos esfíncteres interno e externo e reflexos durante a distensão retal, relaxamento durante esforço, e

sensibilidade retal.

Radiografia Simples do Abdômen/Rins, Ureter, Bexiga (KUB)

- Uma radiografia simples do abdômen não exige preparação.

Contraste de Bário/Enema

- Um exame de radiografia simples usando um meio de contraste opaco (bário, que é deglutido) para examinar a estrutura e motilidade do trato gastrointestinal (GI) superior, incluindo faringe, esôfago e estômago. O bário instilado através da abertura anal por um enema fornece a visualização das estruturas do trato gastrointestinal (GI) inferior.
- A preparação exigida varia de acordo com o médico e a instituição que está realizando o procedimento, porém geralmente inclui uma dieta líquida clara, laxantes um dia antes do procedimento e em alguns casos enemas para o esvaziamento de quaisquer partículas remanescentes de fezes.

Imagens por Ultrassonografia

- Uma técnica que usa ondas de som de alta frequência para reproduzir órgãos corporais, produzindo uma imagem do trato gastrointestinal (GI).

Varredura por Tomografia Computadorizada (Colonoscopia Virtual)

- Um exame radiográfico do corpo de muitos ângulos usando um sensor (escâner) analisado por um computador. Uma solução oral de contrate para o paciente ingerir pode ser solicitada antes do exame. A solução de contraste intravenosa pode ser injetada durante o exame para melhorar a visualização. Se for usado contraste, o paciente não deve ingerir alimentos ou líquidos durante 4 a 6 horas antes do exame.
- A colonoscopia ou colonografia tomográfica computadorizada exige preparação intestinal antes do exame. Esse procedimento não substitui a colonoscopia, considerando que ele não permite a

remoção de **pólipos** e biópsias a ser obtidos.

Estudo de Trânsito Colônico

- O paciente ingere uma cápsula contendo marcadores radiopacos.
- O paciente mantém sua dieta normal e ingestão de líquidos durante 5 dias e interrompe os medicamentos que afetam a função intestinal. No quinto dia o exame radiográfico é realizado.

Imagem por Ressonância Magnética

- Um exame não invasivo que usa ondas magnéticas e de radiofrequência para produzir uma imagem da parte interna do corpo.
- A preparação é em jejum (abstinência de alimentos e líquidos) 4 a 6 horas antes do exame.
- O paciente necessita ficar bem imobilizado. Se a claustrofobia for um problema, pode ser prescrita uma sedação leve.
- Nenhum objeto metálico, incluindo objetos metálicos nas roupas, é permitido no quarto. Se o paciente tiver um marcapasso ou um implante de metal no corpo, não pode ser submetido ao procedimento por ressonância magnética.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

O histórico de enfermagem de uma função intestinal do paciente revela informes que indicam um problema de eliminação efetiva ou potencial ou um problema resultante de alterações na eliminação. Nos exemplos discutidos no Plano de Cuidados de Enfermagem, um paciente apresenta constipação como uma consequência de medicamentos para dor e a redução na ingestão de fibras. Exemplos de diagnósticos que se aplicam a pacientes com problemas de eliminação incluem os seguintes aspectos:

- *Imagem Corporal prejudicada*
- *Incontinência Intestinal*
- *Constipação*
- *Constipação Percebida*

- *Risco de Constipação*
- *Diarreia*
- *Náuseas*
- *Conhecimento Deficiente (Nutrição)*
- *Dor Aguda*
- *Deficit no Autocuidado para Uso do Sanitário*

Problemas associados tais como idade, alterações da imagem corporal ou ruptura da pele exigem intervenções não relacionadas ao comprometimento da função intestinal. É importante estabelecer o fator correto "relacionado" para um diagnóstico. Esse processo depende do rigor da avaliação e do reconhecimento das características definidoras e dos fatores que prejudicam a eliminação (Quadro 47-6). Por exemplo, com o diagnóstico de *Constipação* é possível distinguir entre fatores relacionados de *nutrição desequilibrada, exercícios, medicamentos* e *problemas emocionais.* A seleção dos fatores corretos relacionados para cada diagnóstico garante a possibilidade de implementar as intervenções de enfermagem adequadas.

Quadro 47-6

Processo de Diagnóstico em Enfermagem

Constipação

Atividades de Histórico de Enfermagem Características Definidoras	
Indagar ao paciente sobre os padrões de eliminação.	O paciente relata a ausência de evacuações durante 4 dias.
Indagar ao paciente sobre outros sintomas gastrointestinais.	O paciente nega qualquer manifestação de náuseas, cólicas abdominais ou perda de apetite.
Solicitar ao paciente para descrever a ingestão recente de alimentos e	O paciente relata que ingere duas xícaras de café e um copo de chá gelado diariamente; ingere uma porção de vegetais cozidos e uma banana em dias alternados; e diariamente ingere sanduíches de pasta de amendoim e geleia, carne, batatas e pão branco.

líquidos.	
Palpar o abdômen.	O paciente relata a sensação de inchaço. O quadrante inferior esquerdo está firme.

Plano de cuidado de enfermagem

Constipação

Histórico de enfermagem

Javier, um enfermeiro de cuidados domiciliares, está atendendo o Sr. Johnson em sua residência. O Sr. Johnson mora sozinho em uma comunidade suburbana e tem dois filhos adultos que residem em outro estado. Esses filhos vieram visitá-lo enquanto ele estava hospitalizado e ajudaram o Sr. Johnson a se instalar de volta em sua residência, porém agora eles retornaram para suas residências e familiares. O Sr. Johnson tem 76 anos e foi submetido a uma cirurgia 10 dias atrás para uma substituição total do joelho após sofrer de osteoartrite durante muitos anos. Ele relatou a Javier que está tentando seguir um programa de exercícios que o fisioterapeuta recomendou, porém está tendo dificuldades por causa da dor proveniente da cirurgia. O histórico clínico do Sr. Johnson inclui hipertensão, que tem sido controlada com medicamentos durante os últimos 10 anos. Ele apresentou edema em ambos os pés no hospital e recebeu a administração de um diurético leve durante 5 dias para aliviar. Javier está ciente de que a imobilidade decorrente da cirurgia, o uso recente de um diurético e a medicação com opioides para dor são fatores que podem causar constipação.

Atividades do Histórico de Enfermagem	*Características Definidoras/Achados**
Indagar do Sr. Johnson sobre	O Sr. Johnson relatou ao Javier que **ele teve uma pequena evacuação intestinal difícil no hospital, mas não teve nenhuma evacuação nos 7 dias desde que retornou para sua residência.**

seus padrões de eliminação intestinal desde a sua cirurgia.	
Revisar a medicação do paciente.	O Sr. Johnson informou que está tomando medicamento para sua pressão arterial, um multivitamínico diário com **ferro**, um amolecedor de fezes uma vez ao dia e 1 ou 2 **oxicodona** 4 vezes ao dia.
Revisar a ingestão de líquidos e alimentos nos últimos dias.	A dieta incluiu **cereais integrais**, uma banana, torrada para o café da manhã; um sanduíche para o lanche; e um jantar congelado à noite apresentando uma pequena porção de carne, batatas ou arroz, e milho ou vagens. O Sr. Johnson relatou que está **tentando ingerir líquidos, porém começou a sentir-se um pouco nauseado quando ingere muito líquido**. Ele também não está muito seguro se a ingestão de muito líquido faria seus pés incharem novamente. O Sr. Johnson ingere uma xícara de café e um pequeno copo de suco de laranja pela manhã. Ele toma um pequeno copo de chá gelado no almoço e no jantar.
Avaliar quais os alimentos e líquidos que o Sr. Johnson gosta, pode obter e poderá preparar.	O Sr. Johnson relatou que um amigo poderá comprar para ele os mantimentos necessários. Eventualmente um amigo traz o jantar para ele, porém o Sr. Johnson necessita de jantares congelados, pois são fáceis de obter e de aquecer. **Ele não gosta de suco de ameixa, mas poderá beber suco de laranja ou de maçã. Ele concorda que pode beber mais água, porém prefere beber chá gelado com açúcar. Ele gosta de saladas de alface com tomate; a maioria das frutas; e ervilhas, milho ou vagens congeladas. Ele tentará comer pão integral, porém prefere pão branco.**
Indagar sobre quaisquer episódios de náuseas ou vômitos.	Queixa-se de **náuseas leves** quando se alimenta e uma constante **sensação de flatulência (ou empachamento),** porém sem vômitos.
Palpar o abdômen.	Enquanto Javier está palpando o abdômen do Sr. Johnson, ele relata que "sente realmente a sensação de saciedade (ou plenitude)", e que estremece com uma reduzida pressão aplicada. Ele sente o abdômen tenso e levemente distendido.

* **As características definidoras** são apresentadas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Constipação

relacionada a medicamentos para o tratamento da dor contendo opiáceos, mobilidade reduzida e redução na ingestão de líquidos e alimentos

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Objetivos	***Resultados Esperados (NOC)***†
	Eliminação Intestinal
O Sr. Johnson deverá estabelecer uma defecação normal.	O Sr. Johnson relata a evacuação de fezes macias, formadas sem esforço no período de 24 horas.
	Condição Nutricional: Ingestão de Líquidos e Alimentos
O Sr. Johnson deverá fazer alterações na sua dieta para evitar a constipação.	O Sr. Johnson ingere ao menos 1.500 mL de líquidos durante o período de 24 horas. O Sr. Johnson aumenta o conteúdo de fibras na sua dieta ingerindo uma maçã no seu café da manhã, alface e tomate no seu sanduíche e algumas cenouras no seu jantar.

† Resultados dos rótulos de classificação de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, 5. ed., St. Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	**JUSTIFICATIVA**
Controle da Constipação / Impactação	
Incentivar a ingestão de líquidos, suco de frutas e água.	A ingestão de pelo menos 1.500 mL de líquidos diariamente poderá auxiliar no amaciamento das fezes.
Incentivar a atividade no regime de mobilidade do paciente.	A atividade mínima (como o levantamento das pernas) aumenta a peristalse.
Orientar o Sr. Johnson para ingerir mais frutas e vegetais e a ter cereais integrais (farelos) no café da manhã.	A fibras adicionadas na alimentação aliviam a constipação.
Fornecer laxantes estimulantes e amolecedores de fezes quando solicitado.	Os laxantes estimulantes aumentam a peristalse e são uma forma efetiva para aliviar a constipação e promover a função intestinal normal, quando usados em uma base de curto prazo.
Incentivar o Sr. Johnson a ter uma evacuação intestinal diariamente no mesmo horário.	Um horário regular para as evacuações estimula a função intestinal normal.

‡ Rótulos de classificação das intervenções de Bulechek GM et al: *Nursing interventions classification*, 6. ed., St Louis, 2013, Mosby.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	*Resposta do Paciente/Achados*	*Realização de Resultados*
Solicitar ao Sr. Johnson para identificar os alimentos com alto teor de fibras e a ingestão correta de líquidos.	O paciente é capaz de indicar os alimentos adequados e a ingestão correta de líquidos, porém apresenta ainda pouco apetite e sente flatulência logo após a ingestão de alimentos.	O Sr. Johnson verbaliza a compreensão das orientações.
Obter o histórico da medicação durante os últimos 2 dias.	O paciente tem recebido a administração de laxantes estimulantes e amolecedor de fezes três vezes ao dia durante os últimos 2 dias.	O paciente não teve evacuação intestinal.
Indagar do Sr. Johnson sobre a atividade física.	O Sr. Johnson informa que não alterou seu padrão de atividades.	O Sr. Johnson não aumentou o padrão de atividades e necessidades para prosseguir o trabalho na sua intervenção.
Indagar sobre as evacuações.	O Sr. Johnson ainda não teve uma evacuação.	O Sr. Johnson não obteve evacuação regular de fezes formadas.

Planejamento de Enfermagem

Ao planejar os cuidados de enfermagem, resumir as informações de vários recursos (Fig. 47-7). O pensamento crítico garante que o plano de cuidados integre o conhecimento global sobre um paciente e os problemas clínicos atuais. Confiar nos padrões profissionais quando possível. Por exemplo, Diretrizes de Enfermagem para Feridas, Ostomia e Continência (WOCN, 2013) na incontinência fecal auxilia na proteção da pele do paciente, a promover continência e a reduzir o constrangimento associado com a incontinência.

Conhecimento

- Papel de outros profissionais de cuidados da saúde no retorno do padrão de eliminação intestinal do paciente ao normal
- Impacto das dietas terapêuticas específicas e medicação em padrões de eliminação intestinal
- Resultados esperados de catárticos, laxantes e enemas na eliminação intestinal

Experiência

- Resposta anterior do paciente às terapias de enfermagem planejadas para melhorar a eliminação intestinal (o que funcionou e o que não funcionou)

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecionar as intervenções de enfermagem que promovam a eliminação intestinal normal
- Consultar nutricionistas e terapeutas especializados em cuidados de estoma enteral
- Envolver o paciente e familiares na concepção das intervenções de enfermagem

Padrões

- Individualizar as terapias para as necessidades de eliminação intestinal do paciente
- Selecionar as terapias dentro dos padrões das práticas profissionais de feridas, ostomia e continência.

Atitudes

- Ser criativo quando planejar intervenções para obter padrões normais de eliminação intestinal
- Demonstrar independência quando integrar intervenções de outras disciplinas (ou modalidades) no plano de cuidados do paciente
- Agir com responsabilidade para garantir que as intervenções sejam consistentes dentro dos padrões

FIGURA 47-7 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem da eliminação intestinal. *AHRQ,* Agency for Healthcare Research and Quality; (Agência de Investigação de Saúde e Qualidade); *WOCN,* Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (Sociedade de Enfermagem para Feridas, Ostomia e Continência).

Objetivos e Resultados

Auxiliar os pacientes a estabelecer objetivos e resultados incorporando seus hábitos de eliminação ou rotinas o máximo possível e reforçando as rotinas que promovam saúde (Plano de Cuidado de Enfermagem). Além disso, considerar as preocupações preexistentes de saúde. Por exemplo, se uma dieta do paciente, atividade, e hábitos intestinais irregulares causaram o problema de eliminação, é necessário orientar esse paciente para alterar seu estilo de vida para melhorar a função intestinal. O objetivo global de conduzir um paciente para um padrão de eliminação intestinal normal inclui os seguintes resultados:

- O paciente estabelece um programa regular de defecação.
- O paciente especifica uma lista de alimentos e líquidos necessários para obter fezes amolecidas e promover a eliminação intestinal regular.
- O paciente implementa um programa regular de exercícios.
- O paciente relata a evacuação diária de fezes macias, formadas na coloração marrom.
- O paciente não relata esforço ou desconforto associado à defecação.

Definição de Prioridades

Os padrões de defecação variam entre os indivíduos. Por essa razão enfermeiro e paciente trabalham juntos rigorosamente para planejar intervenções efetivas. Os pacientes apresentam com frequência múltiplos diagnósticos. O mapa conceitual (Fig. 47-8) apresenta um exemplo de como o diagnóstico de enfermagem de constipação está relacionado a três outros diagnósticos e suas respectivas intervenções. Um prazo realista para estabelecer um padrão normal de defecação

para um paciente algumas vezes é muito diferente para outro paciente. No paciente com cirurgia abdominal recente, as prioridades de controle da dor e a prevenção de constipação através do aumento de líquidos na dieta e o estímulo para a mobilização precoce auxiliam no processo de recuperação.

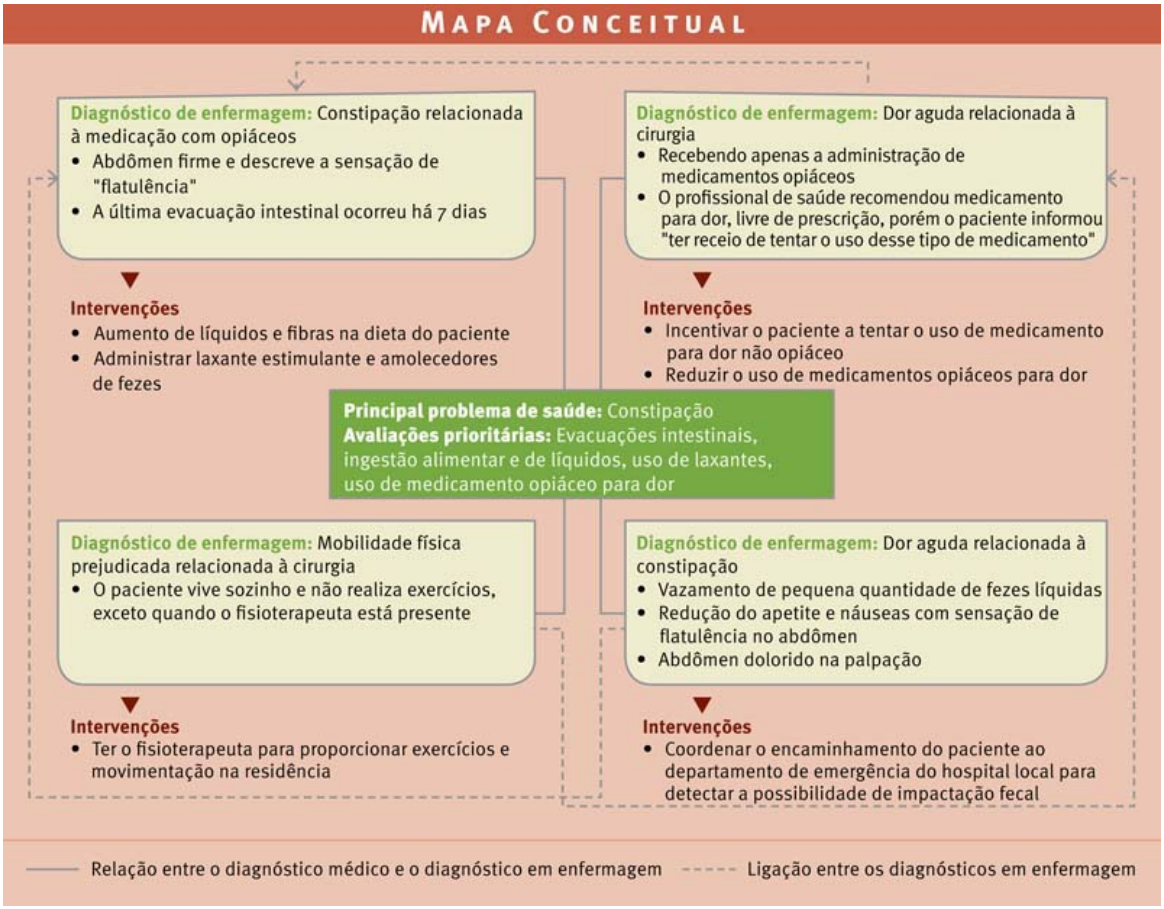


FIGURA 47-8 Mapa conceitual para o Sr. Johnson.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Quando os pacientes estão incapacitados ou debilitados pela doença é necessário incluir os familiares no plano de cuidados. Em algumas situações os membros da família apresentam os mesmos hábitos ineficazes de eliminação como o paciente. Desse modo, a orientação do paciente e familiares é uma parte importante do plano de cuidados.

Outros membros da equipe de saúde como os nutricionistas e as WOCNs (Diretrizes de Enfermagem para Feridas, Ostomia e Continência) são muitas vezes recursos valiosos. O enfermeiro deve coordenar as atividades da equipe multidisciplinar de cuidados da saúde.

Um paciente com alterações na eliminação intestinal exige algumas vezes a intervenção de diversos membros da equipe multidisciplinar de cuidados da saúde. Certas tarefas como auxiliar os pacientes na comadre ou cadeira higiênica na cabeceira do leito são adequadas para delegar à equipe de auxílio de enfermagem. É importante lembrar ao técnico de enfermagem para relatar quaisquer achados anormais ou dificuldades detectadas durante o processo de eliminação. A maioria dos testes diagnósticos para avaliação do sistema gastrointestinal não são realizados pela equipe de enfermagem. Manter uma comunicação contínua com esses cuidadores poderá garantir cuidados seguros e eficazes e centrados no paciente direcionando de forma adequada as necessidades, desejos e preocupações do paciente.

◆ Implementação

As intervenções de enfermagem bem-sucedidas melhoram a compreensão do paciente e dos membros da família sobre a eliminação intestinal. É importante orientá-los sobre a dieta apropriada, a ingestão adequada de líquidos e os fatores que estimulam ou reduzem a peristalse como o estresse emocional. Esse procedimento muitas vezes é mais bem realizado durante uma refeição do paciente. Os pacientes necessitam também entender a importância de estabelecer rotinas intestinais regulares, exercitar-se regularmente e adotar as medidas adequadas quando houver o desenvolvimento de problemas de eliminação.

Promoção da Saúde

Um dos hábitos mais importantes no ensino relativo aos hábitos intestinais é reservar um tempo para a defecação. Para estabelecer

hábitos intestinais regulares, um paciente necessita saber quando a vontade para defecar ocorre normalmente. Recomendar ao paciente para começar a estabelecer uma rotina durante um período quando a defecação apresenta maior probabilidade para ocorrer, geralmente uma hora após uma refeição. Quando os pacientes estiverem restritos ao leito ou necessitarem de ajuda para a mobilização, é necessário oferecer uma comadre ou ajudá-los a ir ao banheiro no momento oportuno.

O câncer colorretal é a terceira forma de câncer mais comum que ocorre nos Estados Unidos (ACS, 2015). Quando diagnosticado precocemente pode ser tratado e eliminado. Seguir as diretrizes para a prevenção, conhecer os sintomas precoces e procurar ajuda médica se esses sintomas ocorrem são os procedimentos mais eficazes para prevenir a morte decorrente dessa doença (Quadro 47-7).

Quadro 47-7 Triagem para Câncer Colorretal

Fatores de Risco

- Idade: Acima de 50
- Histórico familiar: Câncer colorretal, polipose adenomatosa familiar, câncer de cólon hereditário sem polipose (síndrome de Lynch)
- Histórico pessoal: Câncer colorretal ou pólipos colorretais, doença inflamatória intestinal (DII ou IBD)
- Raça: Afro-americanos apresentam índices mais elevados de câncer de cólon
- Dieta: Ingestão elevada de gorduras animais ou carne vermelha e baixa ingestão de frutas e vegetais
- Obesidade e sedentarismo
- Tabagismo e consumo elevado de álcool
- Diabetes tipo 2

Sinais de Advertência

- Alteração nos hábitos intestinais (p. ex., diarreia, constipação, redução do volume das fezes durando apenas alguns dias)
- Sangramento retal ou sangue nas fezes
- Sensação de evacuação incompleta
- Dor abdominal ou nas costas inexplicável

Diretrizes para Triagem da Sociedade Americana de Câncer para a Detecção Precoce de Câncer Colorretal no Risco Médio de Indivíduos Assintomáticos

Teste	Frequência
Teste com guáiaco para sangue oculto nas fezes (gFOBT) realizado em amostras múltiplas na residência	Anual, iniciando aos 50 anos de idade
Teste imunoquímico fecal (FIT) realizado em amostras múltiplas na residência	Anual, iniciando aos 50 anos de idade
Sigmoidoscopia flexível	A cada 5 anos, iniciando aos 50 anos de idade
Enema de bário com contraste duplo	A cada 5 anos, iniciando aos 50 anos de idade
Tomografia computadorizada, colonografia	A cada 5 anos, iniciando aos 50 anos de idade
Colonoscopia	A cada 10 anos, iniciando aos 50 anos de idade

Os afro-americanos apresentam as taxas mais elevadas de câncer e de mortalidade decorrentes dessa doença que qualquer grupo cultural. As taxas de mortalidade apresentaram uma redução para os cânceres pulmonares e orofaríngeos, porém as taxas para o câncer colorretal continuam a ser 33% maiores para os homens afro-americanos e 16% maiores para as mulheres afro-americanas do que para homens e mulheres brancos não hispânicos. Existe ainda uma taxa inferior de câncer colorretal em uma triagem entre afro-americanos, porém essa disparidade está diminuindo (Quadro 47-8).

Quadro 47-8

Aspectos culturais de cuidados

Variáveis que Influenciam a Triagem do Câncer Colorretal nos Afro-americanos

Variáveis biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais influenciam as triagens de câncer colorretal (CCR ou CRC) nos afro-americanos. Os afro-americanos apresentam uma taxa superior a 20% de CCR (ou CRC) e uma incidência superior a 40% de óbitos relacionados à doença quando comparados com os indivíduos brancos (ACS, 2015). A prevenção resultante da detecção precoce é fundamental para identificar o CCR (ou CRC) quando a doença é muitas vezes curável, porém as taxas de triagem são mais baixas nos afro-americanos do que na população branca nos Estados Unidos. Um estudo destinado à verificação das taxas de conformidade com a triagem de câncer colorretal nos Estados Unidos demonstrou que os afro-americanos e asiáticos apresentam maior aceitação para realizar um teste de sangue oculto nas fezes (FOBT) e os indivíduos brancos e asiáticos apresentaram maior conformidade para realizar uma colonoscopia. Quando as barreiras para os cuidados foram removidas, a taxa de triagem para colonoscopia foi mais elevada em todos os grupos (Inadomi et al., 2012).

Implicações para os Cuidados Centrados no Paciente

- Ausência das visitas de rotina a um profissional de cuidados primários é um dos indicadores mais fortes para a triagem inadequada do câncer colorretal (CCR ou CRC) e do estágio avançado na apresentação (Griffin, 2009).
- Pacientes que não possuem seguro-saúde muitas vezes não procuram a triagem do CRR (ou CRC) (Griffin, 2009).
- Pacientes que participam das práticas preventivas de saúde (p. ex., atividade física regular) com frequência procuram a triagem regular para CCR (ou CRC) considerando que esses

pacientes muitas vezes estão interessados na promoção de sua própria saúde (Inadomi et al., 2012).

- Identificação de fatores adicionais do sistema social, tais como apoio familiar, filiação religiosa e acesso geográfico auxiliam também no acesso do recebimento oportuno da triagem para CCR (ou CRC) (Griffin, 2009).
- A remoção de barreiras de segurança, qualidade e custos eficazes melhora o envolvimento dos pacientes na triagem para CCR (ou CRC) (ACS, 2015).

Promoção da Defecação Normal

Diversas intervenções estimulam o reflexo da defecação, afetam as características das fezes ou aumentam peristalse para auxiliar os pacientes a evacuar o conteúdo intestinal normalmente e sem desconforto.

Posição Sentada

Auxiliar os pacientes que apresentam dificuldade para sentar devido à fraqueza muscular e problemas de mobilidade. Colocar um assento elevado no banheiro ou em uma cadeira higiênica na cabeceira do leito, quando os pacientes são incapazes de abaixar-se para uma posição sentada devido à dor ou fraqueza. Esses assentos permitem a utilização pelo paciente com menor esforço para sentar ou levantar.

Posicionamento na Comadre

Pacientes restritos ao leito usam comadres para a defecação. As mulheres usam comadres para a eliminação de urina e fezes, enquanto os homens usam as comadres apenas para a defecação. Sentar em uma comadre muitas vezes é desconfortável. Ajudar os pacientes a se posicionarem confortavelmente. Dois tipos de comadres estão disponíveis (Fig. 47-9). A comadre regular, produzida em material plástico, apresenta uma extremidade superior lisa e curva e uma extremidade inferior com bordas mais acentuadas e com uma profundidade de 5 cm. A comadre para fraturas menor, projetada

para pacientes com fraturas das extremidades inferiores, apresenta uma extremidade superior rasa com cerca de 2,5 cm de profundidade. A extremidade rasa da comadre se encaixa sob as nádegas em direção ao sacro; a extremidade mais profunda, que possui uma alça, vai apenas sob a parte superior das coxas. A comadre deve ser alta o suficiente para a entrada das fezes.

FIGURA 47-9 Tipos de comadres. A partir da esquerda, comadre regular e comadre para fraturas.

Quando posicionar um paciente, é importante evitar tensão muscular e desconforto. Nunca tentar a elevação de um paciente em uma comadre. Nunca colocar um paciente em uma comadre e em seguida deixar a cama plana, a não ser que as restrições de atividades exijam essa posição, pois esse procedimento força o paciente a estender excessivamente as costas para levantar os quadris na comadre. A posição adequada para o paciente na comadre é com a cabeceira da cama elevada em 30 a 45 graus (Figs. 47-10 e 47-11). Quando os pacientes estão imobilizados ou não é seguro permitir que eles levantem seus quadris, é mais prudente para os cuidadores e pacientes o rolamento dos mesmos para a comadre (Quadro 47-9).

Sempre usar luvas quando manusear uma comadre.

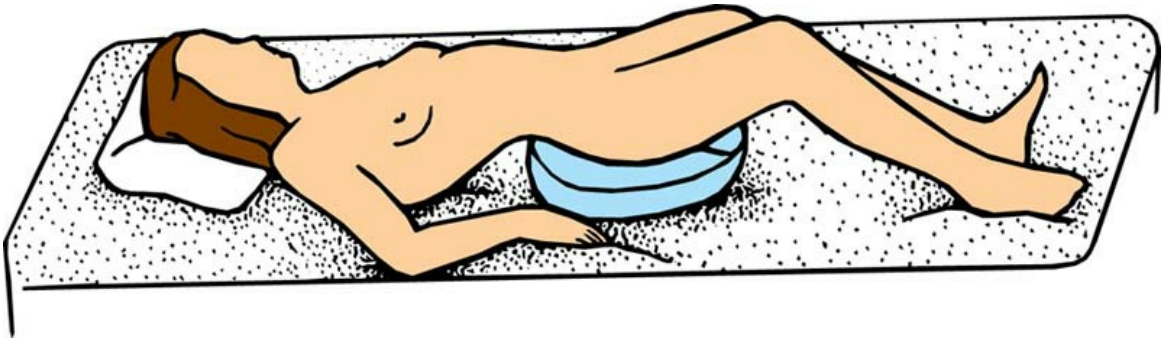


FIGURA 47-10 Posicionamento inadequado de paciente na comadre.

FIGURA 47-11 A posição adequada reduz a tensão nas costas do paciente.

Quadro 47-9

Diretrizes para o procedimento

Auxiliando o Paciente na Comadre e Fora da

Mesma

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento de auxiliar um paciente em uma comadre pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. O(a) enfermeiro(a) orienta e auxilia o técnico de enfermagem sobre a forma adequada para posicionar os pacientes que apresentam restrições de mobilidade. O(a) enfermeiro(a) orienta também o técnico de enfermagem sobre a forma de posicionar os pacientes que apresentam materiais terapêuticos tais como drenos, cateteres intravenosos ou tração.

Material

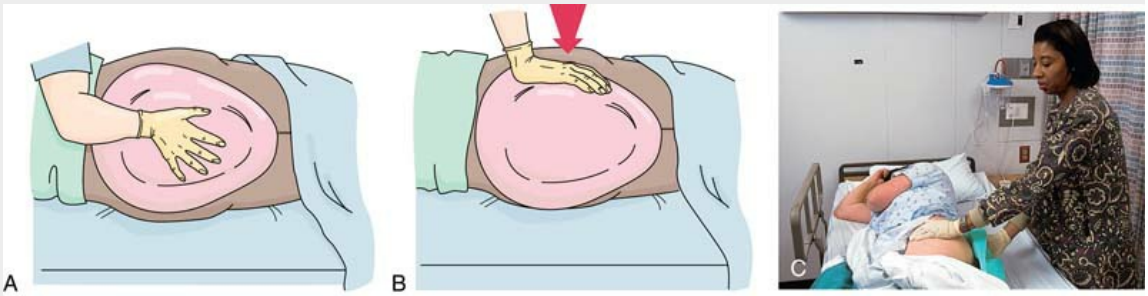
Tipo adequado de comadre limpa; papel higiênico; recipiente de amostra (se necessário); bacia de lavagem; panos de banho; toalhas; sabão; almofadas absorventes, impermeáveis; lençol de cama descartável, limpo *(opcional);* luvas de procedimento

Passos

1. Avaliar o nível de mobilidade do paciente, resistência, capacidade para auxiliar e a presença de qualquer outra condição (p. ex., ortopédica) que interfira no uso de uma comadre.
2. Explicar a técnica que será usada para virar e posicionar o paciente.
3. Oferecer a comadre após as refeições, considerando que o paciente pode ter uma vontade para defecar naquele momento.
4. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.
5. Fechar a cortina do quarto para privacidade.
6. Levantar a cama para uma altura confortável para o trabalho. Posicionar o paciente na parte alta da cama com a cabeceira elevada a 30 graus (a menos que esteja contraindicado).
7. Dobrar a roupa da parte superior para os joelhos do paciente.
8. Auxiliar com o posicionamento um paciente independente:

Levantar as grades laterais. Orientar o paciente para dobrar os joelhos, colocar o peso nos pés, segurar as grades laterais e levantar os quadris enquanto desliza a comadre no local.

9. Paciente dependente: Levantar a grade lateral no lado oposto da cama e do(a) enfermeiro(a). A cabeceira mais baixa da cama conduz o paciente para o lado oposto ao(à) enfermeiro(a). Aplicar talco ligeiramente na parte inferior das costas e nádegas *(opcional).* Colocar a comadre firmemente contra as nádegas (ver ilustração *A*). Empurrar a comadre para baixo no colchão com a borda da abertura em direção aos pés do paciente (ver ilustração *B*). Manter uma mão contra a comadre e colocar a outra mão no quadril do paciente (ver ilustração *C*). Solicitar ao paciente para girar na comadre e ir para a cama. Com o paciente posicionado confortavelmente, levantar a cabeceira da cama a 30 graus.
10. Colocar uma toalha enrolada sob a curva da região lombar das costas do paciente se for necessário para apoiar.
11. Colocar luz de chamada e papel higiênico ao alcance do paciente e manter as grades laterais conforme for necessário. Dar um tempo para o paciente defecar.
12. Remover a comadre quando o paciente levantar os quadris ou girar cuidadosamente o paciente para fora da comadre e para o lado. Segurar firmemente a comadre quando o paciente se movimentar.
13. Auxiliar na limpeza da área anal. Limpar a partir da área púbica em direção ao ânus. Substituir as tampas superiores.
14. Se estiver coletando uma amostra ou registrando a eliminação de urina, não descartar o papel higiênico na comadre.
15. Solicitar ao paciente para lavar e secar as mãos.
16. Esvaziar o conteúdo da comadre e enxaguar, descartar as luvas e realizar a higiene das mãos.
17. Inspecionar as fezes quanto a coloração, quantidade, consistência, odor ou a presença de substâncias anormais. Registrar os achados.



PASSO 9 Posicionamento imobilizado do paciente na comadre. **A,** Colocar a comadre firmemente contra as nádegas. **B,** Empurrar a comadre para baixo no colchão com a borda da abertura em direção aos pés do paciente. **C,** Colocar uma mão contra a comadre; colocar a outra mão ao redor da parte da frente do quadril.

Cuidados Intensivos

Com algumas doenças agudas o sistema gastrointestinal torna-se afetado. Alterações na condição de líquidos do paciente, padrões de mobilidade, nutrição e o ciclo do sono afetam os hábitos intestinais regulares. As intervenções cirúrgicas no trato gastrointestinal afetam obviamente a eliminação intestinal. Entretanto, as cirurgias em outros sistemas (p. ex., nos sistemas musculoesquelético e cardiovascular) algumas vezes também afetam o sistema gastrointestinal.

Pacientes cronicamente doentes e hospitalizados nem sempre são capazes de manter a privacidade durante a defecação. Em um ambiente hospitalar ou unidade de cuidados prolongados, os pacientes algumas vezes compartilham as instalações sanitárias com um colega de quarto. Além disso, a doença crônica pode limitar a mobilidade do paciente e a tolerância de atividades e exigir o uso de uma comadre ou cadeira higiênica na cabeceira do leito. As imagens, sons e odores associados ao compartilhamento das instalações sanitárias ou o uso de comadres muitas vezes são constrangedores. Esse constrangimento faz com que os pacientes ignorem a vontade para defecar, o que leva a constipação e desconforto. É importante permanecer sensível às necessidades de eliminação dos pacientes e ajudá-los a manter os hábitos normais de eliminação intestinal o

máximo possível.

Catárticos e Laxantes

Alguns medicamentos iniciam e facilitam a passagem das fezes. Laxantes e catárticos apresentam ação de curto prazo no esvaziamento intestinal. Esses agentes são usados também para limpar o intestino dos pacientes que são submetidos a exames do trato gastrointestinal e cirurgias abdominais. Embora os termos *laxantes* e *catárticos* sejam usados com frequência alternadamente, os catárticos apresentam geralmente um efeito mais forte e mais rápido nos intestinos. Orientar os pacientes sobre os efeitos nocivos potenciais do uso excessivo de laxantes, tais como a motilidade intestinal deficiente e a redução de resposta aos estímulos sensoriais. Assegurar a compreensão dos pacientes no que diz respeito aos laxantes, os quais não devem ser usados a longo prazo para a manutenção da função intestinal.

Embora os pacientes recebam normalmente a administração de medicamentos por via oral, os laxantes apresentados na forma de supositórios podem atuar mais rapidamente devido ao efeito estimulante na mucosa retal. Supositórios como o bisacodil atuam dentro de 30 minutos. Administrar o supositório um pouco antes do horário habitual do paciente defecar ou imediatamente após uma refeição.

Os laxantes são classificados pelo método através do qual o agente promove a defecação (Tabela 47-2). Alguns medicamentos mais novos estão sendo usados atualmente para a constipação crônica ou distúrbios de motilidade. É muito prematuro afirmar se esses medicamentos serão eficazes e seguros para o tratamento a longo prazo, porém esses medicamentos não são usados para o alívio da constipação ocasional.

Tabela 47-2

Tipos Comuns de Laxantes e Catárticos

Agente / Marca	Ação	Indicações	Riscos

Formadores de Massa			
Metilcelulose (Citrucel) Psílio (Metamucil, Naturacil) Policarbofil (Fibercon)	Alto teor de fibras absorve água e aumenta a massa intestinal sólida, que deverá distender a parede intestinal para estimular a peristalse. A passagem das fezes deverá ocorrer em 12 a 24 horas. Esses agentes devem ser ingeridos com água e devem ser usados com pacientes que apresentam a ingestão adequada de alimentos e líquidos. Os pacientes podem observar aumento na formação de gases e flatulência quando iniciam a ingestão desses laxantes, mas deverá ocorrer uma redução nesse processo após 4-5 dias.	Os agentes são menos irritantes, mais naturais e um tipo mais seguro de laxante. Os agentes são medicamentos de escolha para a constipação crônica (p. ex., gravidez, dieta de baixo resíduo). Os agentes aliviam também a diarreia leve. Se forem usados no tratamento da diarreia, é necessário administrar menos água.	Agentes que se apresentam na forma de pó podem causar constipação se não forem misturados com ao menos 240 mL de água ou suco e ingeridos rapidamente. É necessário ter cuidado com os laxantes formadores de massa que contenham também estimulantes. Os agentes não são para os pacientes que apresentam contraindicações para a ingestão de grandes volumes de líquidos.
Emoliente ou Umidificante			
Docusato de sódio (Colace) Docusato de cálcio (Surfak) Docusato de potássio (Dialose)	Os amolecedores de fezes são detergentes que reduzem a tensão superficial das fezes, permitindo a penetração de água e gordura. Esses agentes aumentam a secreção de água pelo intestino.	Agentes destinados à terapia de curta duração para aliviar o esforço na defecação (p. ex., hemorroidas, cirurgia perianal, gravidez, recuperação de infarto do miocárdio).	Os agentes apresentam pouco valor para o tratamento da constipação crônica.
Osmótico			
Baseado em solução salina Citrato de magnésio ou citrato de magnésia Hidróxido de magnésio (Leite de Magnésia)	O efeito osmótico aumenta a pressão no intestino para agir como estimulante da peristalse. Os laxantes osmóticos são quaisquer agentes que impulsionam líquidos para o intestino para amolecer as fezes e distender o intestino para estimular a peristalse.	Agentes à base de soro fisiológico são apenas para o esvaziamento agudo do intestino (p. ex., exame endoscópico,	Agentes baseados em soro fisiológico não são destinados ao tratamento a longo prazo da constipação ou para pacientes

Fosfato de sódio (Fleet Phopho-Soda) Polietilenoglicol, lactulose, baseado em sorbitol, Lactulose, Miralax		suspeita de envenenamento, constipação aguda). Os agentes podem ser usados para tratar a constipação crônica.	com disfunção renal. Podem causar acúmulo tóxico de magnésio. Os sais de fosfato não são recomendados para pacientes com restrição de líquidos.
Catárticos Estimulantes			
Bisacodil (Dulcolax) Óleo de rícino Casantranol (Peri-Colace) Correctol Senna (Ex-Lax, Senokot)	Os agentes causam irritação local na mucosa intestinal, aumentam a motilidade intestinal e inibem a reabsorção de água no intestino grosso. O movimento rápido das fezes causa retenção de água nas fezes. Os medicamentos causam a formação de fezes líquidas a macias em 6 a 8 horas e geralmente contêm bisacodil ou senna. Esses laxantes devem ser usados ocasionalmente, pois o uso regular de um laxante estimulante pode causar dependência no estímulo para a defecação.	Os agentes preparam o intestino para procedimentos de diagnóstico ou podem ser necessários para os indivíduos com constipação em decorrência do uso frequente de opiáceos.	Os agentes causam cólicas graves. Os agentes não são para uso a longo prazo. O uso crônico pode causar desequilíbrios de líquidos e eletrólitos.

Agentes Antidiarreicos

Os agentes antidiarreicos reduzem o tônus muscular para desacelerar a passagem das fezes. Como consequência, o corpo absorve mais água através das paredes intestinais. Entretanto, a causa da diarreia deve ser determinada antes da prescrição do tratamento eficaz por um profissional de saúde. Por exemplo, se uma infecção for o fator causador, um antibiótico pode ser usado para o tratamento; ou se uma inflamação for a causa, pode ser administrado um anti-inflamatório esteroidal. Os agentes antidiarreicos usados mais comumente são a loperamida ou o difenoxilato com atropina. A codeína ou a tintura de ópio podem ser usadas para o tratamento da diarreia crônica grave em pacientes com doenças tais como a doença de Crohn, colite ulcerativa e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Os pacientes devem usar com cuidado os agentes antidiarreicos que contêm opiáceos, pois esses fármacos causam dependência.

Enemas

Um enema é a instilação de uma solução no reto e cólon sigmoide. A principal razão para um enema é promover a defecação pelo estímulo da peristalse. O volume de líquido instilado rompe a massa fecal, estende a parede retal e inicia o reflexo de defecação. Os enemas também são um veículo para medicamentos que exerçam um efeito local na mucosa retal. São usados mais comumente para o alívio imediato de constipação, esvaziamento intestinal antes de testes de diagnósticos ou cirurgia, e ao iniciar um programa de treinamento intestinal.

Enemas de Limpeza

Os enemas de limpeza promovem a evacuação completa de fezes a partir do cólon. Esses medicamentos atuam estimulando a peristalse através da infusão de um grande volume de solução ou através da irritação local da mucosa do cólon. A composição do enema inclui água da torneira, soro fisiológico normal (ou solução salina normal), solução de água com sabão e solução hipertônica de baixo volume. Cada solução apresenta um efeito osmótico diferente, influenciando o movimento de líquidos entre o cólon e os espaços intersticiais além da parede intestinal. Lactentes e crianças recebem apenas soro fisiológico normal (ou solução salina normal) porque apresentam maior risco para o desequilíbrio de líquidos.

Água da torneira

A água da torneira é hipertônica e exerce uma pressão osmótica menor do que o líquido nos espaços intersticiais. Após a infusão no cólon, a água da torneira escapa do lúmen intestinal para os espaços intersticiais. O movimento efetivo da água é baixo. O volume infundido estimula a defecação antes de grandes quantidades de água deixarem o intestino. Usar cautela se houver a prescrição para repetir os enemas de água da torneira, pois pode ocorrer o desenvolvimento de toxicidade da água ou sobrecarga circulatória se o corpo absorver grandes quantidades de água.

Soro Fisiológico

Fisiologicamente o soro fisiológico normal é a solução mais segura, considerando que ele exerce a mesma pressão osmótica dos líquidos nos espaços intersticiais que circundam o intestino. O volume de soro fisiológico infundido estimula a peristalse. A administração de enemas de soro fisiológico reduz o perigo do excesso de absorção de líquidos.

Soluções Hipertônicas

As soluções hipertônicas infundidas no intestino exercem pressão osmótica que impulsiona os líquidos para fora dos espaços intersticiais. O cólon é preenchido com líquido, e a distensão resultante promove a defecação. Pacientes incapazes de tolerar grandes volumes de líquidos se beneficiam mais com esse tipo de enema, que é para o projeto de baixo volume. Esse tipo de enema é contraindicado para pacientes que estejam desidratados e lactentes. Uma solução hipertônica de 120 a 180 mL geralmente é eficaz. Fleet enema é o mais comum.

Água com Sabão

Adicionar água com sabão à água da torneira ou soro fisiológico para produzir o efeito de irritação intestinal para estimular a peristalse. Usar somente sabão de Castela (ou Castile) puro que se apresenta em uma forma líquida inclusa na maioria dos kits de enemas com água e sabão. Usar os enemas de água e sabão com cuidado nas mulheres grávidas e idosos, pois podem causar desequilíbrio de eletrólitos ou danos para a mucosa intestinal.

Um profissional de saúde algumas vezes recomenda um enema de limpeza alto ou baixo. Os termos *alto* e *baixo* significam a altura e consequentemente a pressão em que o líquido é liberado. Os enemas altos limpam mais a região do cólon. Após a infusão do enema, solicitar ao paciente para voltar da posição lateral esquerda para a posição dorsal reclinada até a posição lateral direita. A mudança de posição permite que o líquido alcance o intestino grosso. Um enema baixo limpa apenas o reto e o cólon sigmoide.

Retenção de Óleo

Os enemas de retenção de óleo lubrificam as fezes no reto e cólon. As fezes absorvem o óleo e tornam-se mais macias e mais fáceis de eliminar. Para reforçar a ação do óleo, o paciente retém o enema durante várias horas, se possível.

Outros Tipos de Enemas

Enemas carminativos fornecem alívio para as distensões gasosas. Melhoram a capacidade para eliminar os flatos. Um exemplo de um enema carminativo é a solução de MGW que contém 30 mL de magnésio, 60 mL de glicerina e 90 mL de água.

Enemas medicamentosos contêm fármacos. Um exemplo é o sulfonato poliestireno de sódio (Kayexalato) usado para tratar pacientes com níveis perigosamente elevados de potássio sérico. Esse fármaco contém uma resina que realiza a troca de íons de sódio para íons de potássio no intestino grosso. Outro enema medicamentoso é a solução de neomicina, um antibiótico usado para reduzir bactérias no cólon antes de uma cirurgia intestinal. Um enema contendo medicamento esteroide pode ser usado para uma inflamação aguda no cólon inferior.

Administração de Enemas

Os enemas estão disponíveis comercialmente embalados em unidades descartáveis ou com materiais reutilizáveis preparados antes do uso. As técnicas estéreis não são necessárias, considerando que o cólon normalmente contém bactérias. No entanto, o uso de luvas evita a transmissão de microrganismos fecais.

Explicar para o paciente o procedimento, incluindo a posição necessária, precauções para evitar desconforto e o período necessário para reter a solução antes da defecação. Se um paciente necessitar da administração de um enema no domicílio, explicar o procedimento para um membro da família.

Administrar um enema para um paciente que está impossibilitado de contrair o esfíncter externo apresenta dificuldades. A administração do enema com o paciente sentado no vaso sanitário não

é segura, pois a posição da sonda retal poderia lesar a parede retal. O Procedimento 47-1 mais adiante especifica os passos para a administração de um enema.

Remoção Digital de Fezes

Para um paciente com impactação, a massa fecal algumas vezes é muito grande para ser eliminada voluntariamente. Quando um exame retal digital revela uma massa de fezes endurecidas no reto, pode ser necessária a remoção manual dividindo essa massa em partes, e trazendo-as para fora separadamente. A remoção digital é o último recurso no tratamento da constipação grave, porém pode ser necessária quando a massa fecal é muito grande para passar através do canal anal. Esse procedimento (Quadro 47-10) é muito desconfortável para o paciente. A manipulação retal excessiva causa irritação para a mucosa, sangramento e estimulação do nervo vago, que muitas vezes resulta em uma desaceleração da frequência cardíaca (Hussain et al., 2014).

Quadro 47-10

Diretrizes para o procedimento

Remoção Digital de Fezes

Considerações sobre a Delegação de Tarefa

O procedimento para a remoção digital das fezes não pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem. Em algumas instituições somente os prestadores de cuidados da saúde realizam esse procedimento. O(a) enfermeiro(a) orienta o técnico de enfermagem:

- Para fornecer o cuidado perineal e outros cuidados de higiene necessários em cada evacuação intestinal.
- Para observar quaisquer fezes evacuadas quanto à coloração e consistência.

Material

Comadre, almofada impermeável, lubrificantes hidrossolúveis, panos de banho, toalhas, sabão e luvas de procedimento

Passos

1. Identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição.
2. Realizar a higiene das mãos, puxar as cortinas ao redor da cama, obter os sinais vitais para a base de referência do paciente e avaliar o nível de conforto, e palpar para detectar distensão abdominal antes do procedimento.
3. Explicar o procedimento e auxiliar o paciente para se posicionar em decúbito lateral esquerdo na posição de Sim's com os joelhos flexionados e voltados na direção do(a) enfermeiro(a).
4. Envolver o tronco e as extremidades inferiores com um cobertor de banho e colocar uma almofada impermeável sob as nádegas. Manter uma comadre próxima do paciente.
5. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento; lubrificar o dedo indicador da mão dominante com lubrificante hidrossolúvel.
6. Orientar o paciente para realizar respirações lentas e profundas. Inserir gradual e cuidadosamente o dedo indicador no reto, e avançar o dedo lentamente ao longo da parede retal.
7. Soltar com cuidado a massa fecal massageando ao redor da mesma. Movimentar o dedo na massa endurecida.
8. Movimentar as fezes para baixo na direção da extremidade do reto. Remover pequenos pedaços, um de cada vez, e descartar na comadre.
9. Avaliar periodicamente o pulso do paciente e verificar os sinais de fadiga Interromper o procedimento se a frequência do pulso apresentar uma queda significativa (verificar a política da instituição) ou alterações no ritmo.
10. Prosseguir a limpeza do reto retirando as fezes e permitir que

o paciente descanse em intervalos.

11. Após concluir a limpeza, lavar e secar as nádegas e a área anal.
12. Remover a comadre; inspecionar as fezes quanto à coloração e consistência. Descartar as fezes. Remover as luvas virando-as para o avesso e a seguir descartar.
13. Auxiliar o paciente ao banheiro ou em uma comadre se houver vontade para defecar.
14. Realizar a higiene das mãos. Registrar os resultados do procedimento descrevendo a quantidade e as características fecais.
15. Prosseguir o procedimento com enemas ou catárticos, de acordo com as recomendações do profissional de saúde.
16. Reavaliar os sinais vitais do paciente e o nível de conforto e observar as condições da distensão abdominal.

Inserção e Manutenção de uma Sonda Nasogástrica

Uma condição ou situação do paciente algumas vezes exige intervenções especiais para descomprimir o trato gastrointestinal. Essas condições incluem cirurgia (Cap. 50), obstrução do trato gastrointestinal causada com frequência por tumores, trauma para o trato gastrointestinal e condições nas quais a peristalse está ausente.

Uma sonda nasogástrica (NG) é um tubo oco flexível que é inserido através da nasofaringe do paciente para dentro do estômago. A entubação nasofaríngea apresenta vários objetivos (Tabela 47-3). Existem duas categorias principais de sondas nasogástricas: sondas nasogástricas de grandes calibres e sondas nasogástricas finas ou de pequenos calibres. As sondas nasogástricas de pequenos calibres são usadas frequentemente para administrar medicamentos e dietas enterais (Cap. 45). As sondas nasogástricas de grandes calibres, 12-Fr e calibres superiores, geralmente são usadas para a descompressão ou remoção de secreções gástricas. As sondas de reservatório gástrico de Levin e Salem são as mais comuns para a descompressão do estômago. A sonda de Levin é um tubo de lúmen único com orifícios próximos da ponta. Essa sonda está conectada em uma bolsa de

drenagem ou em um dispositivo de sucção intermitente para drenar as secreções do estômago.

Tabela 47-3
Objetivos da Entubação Nasogástrica

Objetivo	Descrição	Tipo de Sonda
Descompressão	Remoção de secreções e substâncias gasosas do trato gastrointestinal (GI); prevenção ou alívio da distensão abdominal (Lewis et al., 2014)	Sonda de Salern (resevatório gástrico), Levin, Miller-Abbott
Alimentação enteral (Cap. 45)	Instilação de suplementos nutricionais líquidos ou alimentações no estômago ou intestino delgado para os pacientes com dificuldade para a deglutição (disfagia) (Lewis et al., 2014)	Duo, Dobhoff, Levin
Compressão	Aplicação interna de pressão por meio de balão inflado para evitar hemorragia esofágica interna ou do trato gastrointestial (GI) (Lewis et al., 2014)	Sengstaken-Blakemore
Lavagem	Irrigação do estômago nos casos de sangramento ativo, envenenamento ou dilatação gástrica (Lewis et al., 2014)	Levin, Ewald, sonda de Salern (reservatório gástrico)

A sonda de reservatório gástrico de Salem é preferível para a descompressão do estômago. Essa sonda apresenta dois lumens: um para a remoção do conteúdo gástrico e um para fornecer uma ventilação. Um "pigtail" azul é a passagem de ar que faz conexão com o segundo lúmen. Quando o lúmen principal da sonda de reservatório gástrico está conectado para sucção, a ventilação permite a drenagem livre e contínua de secreções. É necessário não travar a ventilação quando a sonda estiver conectada para sucção.

A inserção de sonda nasogástrica não exige técnicas estéreis. Em vez dessas técnicas são usadas técnicas limpas. O procedimento é desconfortável. Os pacientes são submetidos a uma sensação de ardência quando a sonda passa através da mucosa nasal sensível. Quando a sonda atinge a parte posterior (ou traseira) da faringe, alguns pacientes começam a ter náuseas. É necessário ajudá-los a relaxar para tornar mais fácil a inserção da sonda. Algumas instituições permitem o uso de geleia de xilocaína ou lidocaína atomizada quando inserem a sonda, pois esse processo reduz o

desconforto do paciente durante o procedimento. O método para inserir uma sonda nasogástrica é descrito no Procedimento 47-2 mais adiante.

Um dos maiores problemas para cuidar de um paciente com uma sonda nasogástrica é manter o conforto. Considerando que a sonda irrita a mucosa nasal e faríngea, avaliar as condições das narinas e garganta do paciente para detectar inflamação. Um dispositivo de fixação ou fita adesiva usado para fixar a sonda torna-se com frequência sujo ou afrouxado. Trocar esses acessórios quando necessário para evitar a migração da sonda. A lubrificação frequente das narinas pode minimizar o desconforto. Com uma narina ocluída, o paciente respira através da boca. Os cuidados frequentes da boca minimizam o desconforto de uma boca seca. Pastilhas ou hastes umedecidas com água para o paciente sugar podem proporcionar algum alívio para a secura da boca e garganta. Com frequência os pacientes se queixam de uma dor de garganta. Um profissional de saúde pode recomendar gargarejos com geleia de xilocaína tópica para minimizar a irritação.

Após a inserção da sonda, é necessário manter a desobstrução (ou permeabilidade). Algumas vezes a ponta da sonda se posiciona contra a parede do estômago, ou a sonda é bloqueada com secreções espessas. A lavagem regular da sonda com uma seringa com ponta de cateter preenchida com soro fisiológico ou água quente auxilia a prevenir o bloqueio da sonda. Se uma sonda nasogástrica não drenar adequadamente após a lavagem, é necessário reposicioná-la através do avanço ou retirá-la ligeiramente. Qualquer alteração na posição da sonda exige uma verificação do posicionamento da mesma no trato gastrointestinal do paciente.

Cuidados Contínuos e Restauradores

Os padrões regulares de eliminação devem começar antes de um paciente ir para seu domicílio ou para uma unidade de cuidados prolongados. Com uma nova ostomia, um paciente e/ou um cuidador necessitam aprender a conduzir os cuidados necessários (Quadro 47-11). Outros pacientes exigem uma reeducação intestinal. É importante

lembrar que os cuidados de ostomia e o retreinamento intestinal são iniciados em parâmetros de cuidados intensivos. No entanto, considerando que esses aspectos representam necessidades de cuidados a longo prazo, a orientação continua geralmente em cuidados restauradores ou parâmetros domiciliares.

Quadro 47-11

Educação em saúde do paciente

Educação dos Pacientes (Clientes) para Realizar os Cuidados da Ostomia

Objetivo

- Paciente/cuidador deverão demonstrar como esvaziar e trocar uma bolsa de ostomia.

Estratégias de Ensino

- Fornecer uma lista abrangente de produtos necessários aos cuidados da ostomia (Prinz et al., 2015)
- Fornecer ao paciente/cuidador os suprimentos necessários durante 1 a 2 semanas e o número de contato para informações de uma empresa de suprimentos médicos (Prinz et al., 2015)
- Demonstrar para o paciente/cuidador o passo a passo da abordagem para trocar uma bolsa de ostomia
- Oferecer ao menos uma oportunidade para o paciente/cuidador esvaziar e trocar a bolsa de ostomia enquanto o paciente estiver no hospital (Prinz et al., 2015)
- Fornecer instruções detalhadas para a dieta, líquidos, cuidados da pele periostomal, restrições à elevação, retorno aos exercícios, intimidade e quando contatar o profissional de saúde (Prinz et al., 2015)
- Organizar o acompanhamento com um(a) enfermeiro(a) especializado(a) em ostomias, se possível

Avaliação

- Observar o paciente/cuidador na troca da bolsa de ostomia.
- Solicitar ao paciente/cuidador para reapresentar as instruções recebidas.

Cuidados com Ostomias

Pacientes com desvios intestinais temporários ou permanentes apresentam necessidades exclusivas de eliminação. Um indivíduo com uma ostomia usa uma bolsa para coletar efluentes ou uma saída a partir do estoma. As bolsas são à prova de odores e apresentam uma barreira protetora da pele ao redor do estoma. É necessário esvaziar a bolsa quando ela apresenta um enchimento de 1/3 a 1/2. Trocar o sistema da bolsa coletora aproximadamente a cada 3 a 7 dias, dependendo das necessidades individuais do paciente (Goldberg et al., 2010). Avaliar a cor do estoma. Essa coloração deve ser rosa ou vermelha. Observar a pele em cada troca da bolsa coletora para detectar sinais de irritação ou ruptura da pele. A proteção da pele é importante, considerando que os efluentes intestinais apresentam enzimas digestivas que causam dermatite irritante se houver vazamento na pele periostomal. Outros problemas da pele periostomal são as erupções fúngicas, foliculite ou ulcerações. É recomendável encaminhar pacientes com esses problemas para a enfermagem de cuidados de ostomia (Goldberg et al., 2010) (Quadro 47-12).

Quadro 47-12

Prática baseada em evidências

Reconhecimento de Problemas da Pele Periostomal

Questão PICO: Em pacientes com ostomias, qual é o efeito da educação do paciente e o conhecimento sobre a prevenção de ruptura da pele periostomal?

(**PICO** é definido como Paciente/Problema, Intervenção, Comparação, Resultado (medicina baseada em evidências)

Resumo de Evidências

Os pacientes com uma ostomia apresentam riscos para o desenvolvimento de problemas da pele periostomal. Em um estudo relativo a pacientes com uma ostomia nos três primeiros meses após a cirurgia, 63% desenvolveram ruptura da pele periostomal (Salvadena, 2013). A manutenção da pele periostomal saudável, com a pele ao redor do estoma se apresentando limpa, seca e intacta é uma prioridade após a cirurgia de ostomia (Goldberg et al., 2010). A causa mais comum de afecções da pele periostomal é o efluente, que causa irritação da pele, ulceração ou erosão. As razões para o vazamento de efluentes incluem bolsas com estoma ajustado de forma insatisfatória, aderência irregular do adesivo, hérnia periostomal e complicações cirúrgicas (Williams et al. 2010). Com as permanências hospitalares mais curtas no pós-operatório é um desafio para os enfermeiros fornecer a educação abrangente do paciente sobre os sistemas coletores, cuidados de ostomia e as técnicas necessárias para a solução de problemas para evitar transtornos com a pele periostomal (Pittman et al., 2014). Os pacientes muitas vezes apresentam falhas no reconhecimento dos sinais precoces de irritação da pele e não relatam um problema de pele (Erwin-Toth et al., 2012). Essa falta de conhecimento resultou no atraso dos pacientes na procura de cuidados de saúde para tratar o problema cutâneo. A orientação do paciente é um fator importante para prevenir complicações após a cirurgia de ostomia. Os enfermeiros devem fornecer orientação ao paciente antes da alta hospitalar e seguimento com eles após a saída do hospital para evitar os problemas da pele periostomal (Prinz et al., 2015).

Aplicação às Práticas de Enfermagem

- Verificar o conhecimento e a capacidade do paciente para avaliar as alterações em sua pele periostomal para o reconhecimento precoce e tratamento das afecções cutâneas.

- Fornecer orientação ao paciente sobre sinais e sintomas de afecções cutâneas para garantir a identificação precoce de problemas da pele.
- Encaminhar os pacientes para um(a) enfermeiro(a) especializado(a) em ostomia se for necessária a assistência para conduzir o procedimentos da ostomia (Erwin-Toth et al., 2012).

Irrigação da Colostomia

Embora essa prática não seja tão comum devido à melhoria das bolsas à prova de odores, alguns pacientes irrigam suas colostomias sigmoides para regular o esvaziamento do cólon. Esse processo leva cerca de uma hora por dia para ser concluído, porém geralmente significa que um paciente usa apenas uma minibolsa posteriormente para absorver o muco do estoma e contém gases. Um material específico projetado para ostomias é utilizado. Esse material apresenta um cone de silicone ligado por um tubo de plástico a uma bolsa que manterá o líquido de irrigação, que em geral é água quente. Seguir a rotina que o paciente estabeleceu para esses cuidados. Eventualmente um paciente com uma colostomia e que apresenta constipação deverá ter uma irrigação ou enema prescritos. Usar o material que é projetado especificamente para a irrigação, ao invés do kit de administração de enemas usado por pacientes sem um estoma.

Sistema Coletor para Ostomias

Uma ostomia exige uma bolsa para coletar o material fecal. Um sistema coletor eficaz protege a pele, contém material fecal, permanece livre de odores e é confortável e imperceptível. Uma pessoa que usa uma bolsa coletora necessita sentir-se segura o suficiente para participar de qualquer atividade (Goldberg et al., 2010).

Muitos sistemas coletores estão disponíveis. Para assegurar que uma bolsa coletora apresente um bom ajuste e atenda às necessidades de um paciente é necessário considerar o local da ostomia, o tipo e o tamanho do estoma, o tipo e a quantidade de drenagem da ostomia, o tamanho e contorno do abdômen, a condição da pele ao redor do

estoma, as atividades físicas do paciente, a preferência pessoal do paciente, a idade e destreza, e o custo do material. A **enfermagem de feridas, ostomia e continência (WOCN)** é realizada por profissionais instruídos especialmente para cuidar de pacientes ostomizados. Uma WOCN colabora com uma equipe de enfermeiros e pacientes para garantir que estes últimos tenham o melhor sistema coletor para suas necessidades individuais. Um sistema coletor consiste em uma bolsa e barreira para a pele (Fig. 47-12). As bolsas coletoras são apresentadas em sistemas de uma e duas peças e são lisas ou convexas. Algumas bolsas apresentam a abertura pré-cortada pelo fabricante; outras necessitam da abertura do estoma para um corte personalizado de acordo com o tamanho específico do estoma do paciente. As bolsas coletoras mais recentes apresentam um fechamento integrado; os sistemas coletores mais antigos usam um grampo para fechar a bolsa. Um dos primeiros passos para ensinar um paciente com uma ostomia nova é a abertura e fechamento da bolsa. O Procedimento 47-3 mais adiante descreve os passos para a aplicação de uma bolsa de ostomia.

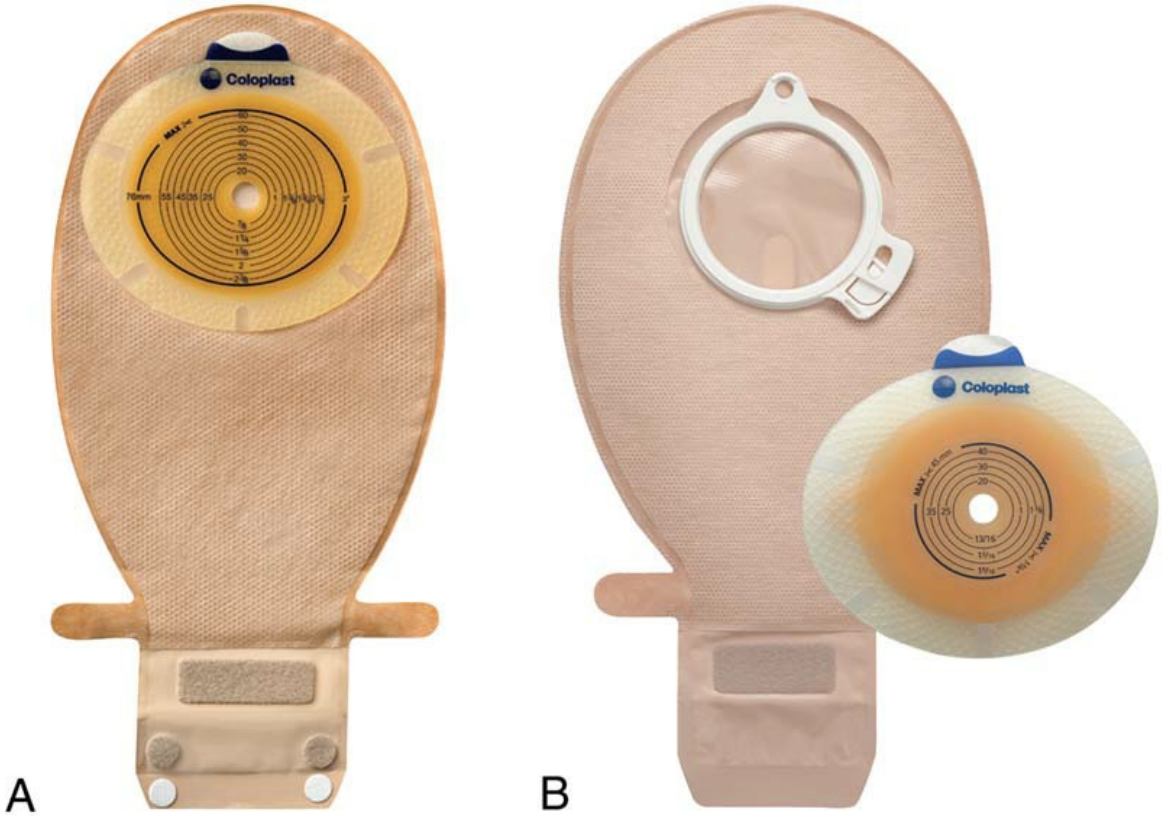


FIGURA 47-12 Bolsas de ostomia e barreiras cutâneas. **A,** Bolsa SenSura® de uma peça com fechamento em Velcro. **B,** Sistema coletor SenSura® de duas peças com barreira cutânea separada e acoplável à bolsa coletora.
OBSERVAÇÃO: As barreiras cutâneas devem ser cortadas de forma personalizada de acordo com o tamanho do estoma
(Cortesia Coloplast, Minneapolis, Minn.)

Considerações Nutricionais

Após a cirurgia geralmente leva alguns dias para os pacientes com ostomias sentirem que o apetite retornou ao normal. Pequenas porções de alimentos leves especificamente são mais apetitosos, considerando que são os mais indicados para qualquer paciente que foi submetido a uma cirurgia abdominal.

Pacientes com colostomias não apresentam restrições alimentares, com exceção da dieta discutida para a função intestinal saudável, normal, com fibras adequadas e líquidos para manter as fezes suavemente formadas. Pacientes com ileostomias digerem

completamente seus alimentos, porém perdem líquidos e sal através do seus estomas e devem estar cientes desse processo para realizar a reposição e evitar a desidratação. Um bom lembrete para os pacientes é incentivar a ingestão de um copo de 240 mL de líquido quando esvaziarem suas bolsas. Esse procedimento ajuda a lembrar que os pacientes apresentam maiores necessidades de líquidos do que eles tinham antes de serem submetidos a uma ileostomia. Uma condição que raramente ocorre com pessoas ileostomizadas é denominada de *bloqueio alimentar*. Alimentos com fibras indigestas, tais como milho doce, pipoca, cogumelos crus, abacaxi fresco e repolho chinês podem causar esse problema. Entretanto, se os pacientes ingerirem esses alimentos em pequenas quantidades, tomarem líquidos com o alimento e mastigarem bem, provavelmente não terão quaisquer dificuldades digestivas.

Considerações Psicológicas

Após o procedimento cirúrgico de ostomia os pacientes enfrentam diversas formas de ansiedades e preocupações, para aprender como manusear seu estoma para lidar com os conflitos de autoestima, imagem corporal e sexualidade. É necessário fornecer um suporte emocional antes e após a cirurgia (Goldberg et al., 2010). O ajustamento a um estoma leva certo tempo e é uma questão muito individual. Um estudo de pacientes com câncer colorretal e uma colostomia demonstrou que a menor qualidade de vida após a cirurgia de ostomia ocorreu em 2 meses, com uma melhora em 6 meses e retorno quase igual aos níveis pré-operatórios em 12 meses (Li, 2014). Os fatores importantes que afetam o ajustamento ao estoma incluem a capacidade para assumir com êxito os cuidados da ostomia, incluindo o esvaziamento da bolsa e a troca do sistema coletor de modo que não ocorram odores inesperados e vazamento de fezes. A incapacidade para retomar o autocuidado algumas vezes causa uma perda de autoestima. O processo de envelhecimento afeta muitas vezes a capacidade para manusear os estomas, mesmo nas pessoas que tiveram essa condição durante anos. É necessário reconhecer e intervir quando houver a ocorrência de problemas resultantes da

idade avançada, tais como as alterações na pele, perda ou ganho de peso, deficiências visuais ou alterações na alimentação. Se possível, consultar um enfermeiro especializado em ostomia. A Sociedade de Enfermagem para Feridas, Ostomia e Continência (http://www.wocn.org) fornece informações e auxilia pacientes a localizar uma WOCN. Considerar o encaminhamento para grupos locais de ostomia, tais como aqueles afiliados com as Associações Unidas de Ostomizados da América em http://www.uoaa.org.

Treinamento Intestinal

Um paciente com constipação crônica ou incontinência fecal secundária ao comprometimento cognitivo pode beneficiar-se a partir do **treinamento intestinal**, denominado também de *treinamento de hábito.* O programa de treinamento envolve a criação de uma rotina diária. Ao tentar defecar no mesmo horário cada dia e usar medidas que promovam a defecação, um paciente pode estabelecer um padrão normal de defecação. O programa exige tempo, paciência e persistência. Um paciente com compromentimento cognitivo necessita ter um cuidador capaz de dedicar o tempo para o programa de treinamento. Um programa bem-sucedido inclui o seguinte:

- Avaliar o padrão normal de eliminação e os períodos quando um paciente apresenta incontinência
- Incorporar os princípios de enfermagem gerontológica quando fornecer programas de retreinamento intestinal para um adulto mais idoso (Quadro 47-13)
- Selecionar um período baseado no padrão do paciente para iniciar as medidas de controle da defecação
- Oferecer um líquido quente (chá quente) ou suco de fruta (suco de ameixa) (ou quaisquer líquidos que normalmente estimulam a peristalse para o paciente) antes do horário de defecação
- Auxiliar o paciente para ir ao banheiro na hora designada
- Proporcionar privacidade
- Orientar o paciente para inclinar-se para frente nos quadris enquanto estiver sentado no vaso sanitário, aplicar pressão manual com as mãos sobre o abdômen, fazer força para baixo, mas não

exercer esforço para estimular o esvaziamento do cólon
- Um ambiente tranquilo e um cuidador não preconceituoso
- Manter os exercícios normais dentro da capacidade física do paciente

Quadro 47-13

Atenção especial com os idosos

Retreinamento Intestinal

- Os idosos apresentam um fator de risco para a constipação.
- Aumentar a fibras na dieta com grãos integrais, legumes, frutas e vegetais.
- Um mínimo de 1.500 mL de líquido por dia reduz o risco de constipação, com aumento das necessidades de líquidos durante os meses de verão e para aqueles sob a administração de diuréticos com condição cardiovascular estável.
- Se houver problemas para segurar uma xícara, considerar o uso de um copo plástico mais leve e encher pela metade, completando o enchimento com frequência.
- Incentivar exercícios regulares dentro das limitações impostas por outras condições.
- Os pacientes necessitam sentir-se à vontade durante a eliminação. A ausência de privacidade leva um paciente a ignorar a vontade para defecar.
- Revisar toda a medicação com um profissional de saúde para substituir por medicamentos que apresentam menor probabilidade de causar constipação, sempre que possível.
- Intervenções comportamentais, como um horário para ir ao banheiro, auxilia a estabelecer um período programado para a eliminação intestinal. Tentar manter o mesmo horário todos os dias para a ida ao banheiro.

Manutenção da Ingestão Adequada de Líquidos e Alimentos

Na escolha de uma dieta para promover a eliminação normal, considerar a frequência da defecação, características das fezes e tipos de alimentos que prejudicam ou promovem a defecação. Uma dieta bem equilibrada com grãos integrais, legumes, frutas frescas e vegetais ingeridos regularmente promove a eliminação normal. As fibras adicionam volume às fezes, eliminam o excesso de líquidos e promovem evacuações mais frequentes e regulares. Com o aumento das fibras é importante ingerir bastante líquido. Se a ingestão de líquidos for inadequada, as fezes tornam-se enrijecidas, considerando que uma quantidade menor de água é retida no intestino grosso para amolecer essas fezes. A quantidade de fibras e líquidos necessários para a função intestinal ideal varia entre os indivíduos. Consultar um nutricionista pode ser útil quando um paciente apresenta problemas crônicos com constipação.

Quando um paciente apresenta diarreia, os alimentos de baixos resíduos, tais como arroz branco, batatas, pão, bananas e cereais cozidos são recomendados até a diarreia ser controlada. Não incentivar o consumo de alimentos que causam especificamente distúrbios gástricos ou cólicas abdominais. A diarreia causada por doença algumas vezes é debilitante. Se o paciente não puder tolerar alimentos ou líquidos por via oral é necessária a administração de terapia intravenosa com reposição de eletrólitos. O paciente retorna lentamente à dieta normal, iniciando muitas vezes com líquidos.

Promoção de Exercícios Regulares

Um programa de exercícios diários auxilia na prevenção de problemas de eliminação intestinal. Caminhada, exercício em uma bicicleta ergométrica ou natação estimulam a peristalse. É recomendado pela Associação Americana do Coração (American Heart Association) e os Centros para a Prevenção e Controle de Doenças que os adultos realizem pelo menos 150 minutos de exercícios por semana.

Para um paciente imobilizado temporariamente, tentar a mobilização o mais breve possível. Se a condição permitir, auxiliar o paciente a caminhar para uma cadeira na noite do dia da cirurgia e

incentivá-lo a caminhar um pouco mais a cada dia.

Tratamento do Paciente com Incontinência Fecal ou Diarreia

Pode ser realizada a aplicação de um coletor fecal ao redor da abertura anal se a pele estiver intacta. Esse procedimento pode ser difícil quando há uma dobra profunda entre as nádegas e houver filamentos capilares (ou pelos) nessa região; a aplicação desse coletor fecal pode ser considerada se um paciente estiver apresentando fezes líquidas com muita frequência. Existem também sistemas de controle fecal disponíveis para uso a curto prazo com diarreia de alto volume. Esses sistemas são destinados principalmente nos parâmetros de cuidados agudos. Esses dispositivos apresentam um cateter de silicone macio intra-anal com um balão de retenção muito semelhante a um cateter de Foley para inserção na abóbada retal para desviar as fezes líquidas para longe da pele em pacientes imobilizados. O cateter é conectado a uma bolsa de drenagem para a coleta do efluente fecal líquido (Bliss e Norton, 2010). Consultar as instruções inseridas na embalagem e as políticas das instituições para o uso adequado.

Manutenção da Integridade da Pele

Um paciente com diarreia, incontinência fecal ou uma ileostomia apresenta riscos para ruptura da pele quando o conteúdo fecal permanece na região cutânea. As fezes líquidas contêm geralmente enzimas digestivas, que causam a rápida ruptura da pele. A irritação proveniente da limpeza repetida com papel higiênico ou as trocas frequentes da bolsa de ostomia irritam ainda mais a pele. Cuidados rigorosos da pele perianal e remoção frequente da drenagem fecal são necessários para evitar a ruptura da pele (Cap. 48). Limpar a pele com um limpador sem enxágue e aplicar uma pomada para proteção após cada episódio de diarreia. Se um paciente apresentar incontinência, verificar as condições do paciente com frequência e trocar os produtos absorventes imediatamente após realizar a limpeza completa e cuidadosa da pele. Pacientes com ostomias muitas vezes desconhecem a irritação da pele sob os núcleos de suas ostomias ou pensam que esse processo é uma parte normal de ter uma ostomia. A orientação

sobre a ruptura da pele e o tratamento são funções importantes para a enfermagem de ostomia (Quadro 47-12).

◆ Avaliação de Enfermagem

Pela Ótica do Paciente

A eficácia dos cuidados depende do êxito no cumprimento dos resultados esperados no que se refere ao autocuidado. Com uma otimização ideal um paciente será capaz de atingir um parâmetro regular de defecação livre de dor de fezes formadas com consistência macia. O paciente ou cuidador são os únicos que serão capazes de determinar se os problemas de eliminação intestinal foram aliviados e quais terapias foram as mais eficazes (Fig. 47-13).

Conhecimento

- Características do padrão de eliminação intestinal normal
- Resultados esperados de catárticos, laxantes ou enemas

Experiência

- Respostas anteriores do paciente às terapias de enfermagem planejadas para melhorar a eliminação intestinal (o que funcionou e o que não funcionou)

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Observar as características das fezes e avaliar o padrão de defecação
- Observar os sinais e sintomas da eliminação alterada
- Indagar se as expectativas do paciente estão sendo atendidas

Padrões

- Usar os resultados esperados estabelecidos para avaliar a resposta do paciente aos cuidados (p. ex., evacuação intestinal em 24 horas)
- Aplicar padrões intelectuais de relevância, exatidão, especificidade, significado e integridade quando avaliar os resultados dos cuidados

Atitudes

- Usar criatividade no desenvolvimento de novas intervenções
- Demonstrar integridade quando identificar aquelas intervenções que não foram bem-sucedidas

FIGURA 47-13 Modelo de pensamento crítico para a avaliação de enfermagem da eliminação intestinal.

FIGURA 47-14 Um recipiente de enema pré-embalado com ponta retal.

Resultados do Paciente

Quando é estabelecida uma relação terapêutica com um paciente, ele se sente confortável para discutir os detalhes íntimos associados muitas vezes à eliminação intestinal. Os pacientes manifestam menor constrangimento quando são auxiliados em suas necessidades de eliminação. Eles relatam sensações de conforto e liberdade em relação à dor quando as necessidades de eliminação são cumpridas dentro dos limites de suas condições e tratamento. Avaliar o nível de conhecimento de um paciente no que diz respeito a um padrão normal de eliminação, cuidar de uma ostomia e promover a

integridade da pele. Determinar também o grau em que o paciente acompanha a defecação normal. Solicitar ao paciente para descrever as alterações na dieta, ingestão de líquidos e atividades para promover a saúde intestinal. Fazer as seguintes perguntas quando os resultados esperados pelo paciente não forem alcançados:

- Você usa medicamentos tais como laxantes ou enemas para ajudá-lo a defecar? Com que frequência?
- Quais as barreiras que o impedem de comer uma dieta com alto teor de fibras e participar de exercícios regulares?
- Qual a quantidade de líquido que você ingere diariamente?
- Quais os desafios que você encontra quando troca sua bolsa de ostomia?

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é uma função essencial do profissional de enfermagem. Para garantir a segurança do paciente, comunicar-se claramente com os membros da equipe de cuidados da saúde, avaliar e incorporar as prioridades de cuidados e preferências do paciente e usar as melhores evidências quando tomar decisões sobre os cuidados do paciente. Quando realizar os passos deste capítulo, lembrar dos seguintes pontos para garantir cuidados seguros e individualizados para o paciente:

- Orientar os pacientes que autoadministram enemas para usar a posição de decúbito lateral. Alertar os pacientes para não autoadministrar um enema enquanto estiver sentado no vaso sanitário, pois essa posição resulta na sonda retal causando atrito que pode lesar a parede retal.
- Quando um paciente apresenta uma doença cardíaca ou está recebendo a administração de medicação anti-hipertensiva, obter uma frequência de pulso, considerando que a manipulação dos tecidos retais estimula o nervo vago e algumas vezes causa um declínio súbito na frequência do pulso, o que aumenta o risco de o paciente desmaiar enquanto estiver na comadre, cadeira higiênica

na cabeceira do leito, ou no banheiro.

Procedimento 47-1 Administração de um enema de limpeza

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de administração de um enema pode ser delegado para ao pessoal técnico de enfermagem sob a supervisão da enfermeira. É responsabilidade da enfermeira avaliar o paciente para considerações específicas, tais como a necessidade de um posicionamento alternativo, conforto e sinais vitais estáveis antes do procedimento. Orientar o técnico de enfermagem sobre os seguintes aspectos:

- Maneiras adequadas para posicionar os pacientes que apresentam restrições de mobilidade.
- Posicionamento de pacientes que estão utilizando materiais terapêuticos, tais como drenos, cateteres intravenosos (IV), ou tração.
- Sinais e sintomas do paciente relativos à intolerância do procedimento e quando esse procedimento deve ser interrompido, incluindo dor abdominal mais do que uma sensação de pressão, cólicas abdominais, distensão abdominal ou sangramento retal.
- O resultado esperado do enema e informar imediatamente a enfermeira da presença de sangue nas fezes ou ao redor da área retal, qualquer alteração nos sinais vitais ou sintomas novos de modo que a enfermeira seja capaz de avaliar o paciente de forma mais detalhada.

Material

- Luvas de procedimento
- Lubrificante hidrossolúvel
- Almofadas absorventes, impermeáveis
- Cobertor de banho
- Papel higiênico

- Comadre, cadeira higiênica na cabeceira do leito ou acesso ao banheiro
- Bacia, panos de banho, toalha e sabão
- Haste de suporte para administrações IV

ADMINISTRAÇÃO DE BOLSA DE ENEMA	*ADMINISTRAÇÃO DE ENEMA*

• Luvas de procedimento
• Recipiente de enema com tubo e sistema de fixação
• Sonda retal de tamanho adequado:
  • Adulto: 22 a 30 Fr
  • Criança: 12 a 18 Fr
• Volume correto de solução aquecida:
• Adulto: 750 a 1.000 mL
• Criança:
  • 150 a 250 mL, lactente
  • 250 a 300 mL, criança (até 3 anos)
  • 300 a 500 mL, criança em idade escolar
  • 500 a 700 mL, adolescente
	Um recipiente de enema com ponta retal (Fig. 47-14).

PASSOS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Avaliar a condição do paciente: última evacuação intestinal, padrão intestinal normal *versus* padrão mais r presença de hemorroidas e presença de dor abdominal.
2. Revisar o prontuário médico para detectar a presença de aumento da pressão intracraniana, glaucoma, ou recente abdominal, retal ou da próstata.
3. Examinar o abdômen para verificar a presença de distensão.
4. Determinar o nível de compreensão do paciente em relação ao objetivo do enema.
5. Revisar a recomendação do profissional de saúde para o tipo de enema e número para administrar.

DECISÃO CLÍNICA: *A recomendação "Enemas até limpar" significa que os enemas devem ser repetidos até o da instituição, porém geralmente os pacientes recebem não mais do que três enemas consecutivos para evitar conteúdo da solução eliminada. Considerar os resultados como "claro" (ou límpido) quando não houver materia*

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Coletar no material adequado.
2. Identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e númer prontuário médico) de acordo com a política da instituição.
3. Montar a bolsa do enema com a solução adequada e a sonda retal se o sistema de administração do enema tiver uma sonda integrada no kit.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.

2. Oferecer privacidade fechando as cortinas ao redor da cama e fechando a porta.

3. Levantar a cama na altura adequada ao trabalho da enfermeira: Ficar no lado direito da cama e levantar a g lateral no lado oposto.

4. Auxiliar o paciente na posição de decúbito lateral esquerdo (Sim's) com o joelho direito flexionado. As cria também podem ser colocadas na posição de decúbito dorsal reclinada.

DECISÃO CLÍNICA: *Se houver suspeita de que o paciente apresenta um controle esfincteriano deficiente, pos dorsal reclinada. Pacientes com controle esfincteriano deficiente são incapazes de reter a solução completa do não é seguro, pois é impossível direcionar com segurança a sonda no reto, e será difícil para o paciente reter o esvaziamento intestinal.*

5. Colocar almofada impermeável sob os quadris e nádegas.

6. Cobrir o paciente com cobertor de banho, expor apenas a área retal, visualizar claramente o ânus. Separar nádegas e examinar a região perianal para detectar anormalidades, incluindo hemorroidas, fissura anal e p retal (protusão do cólon através da abertura anal).

7. Colocar a comadre ou a cadeira higiênica em posição facilmente acessível. Se o paciente puder expelir o co no vaso sanitário, assegurar que o vaso esteja livre. (Se o paciente puder levantar-se para ir ao banheiro pa expelir o enema, colocar os chinelos e o roupão de banho em posição facilmente acessível.)

8. Administrar o enema:

a. **Bolsa de Enema**

(1) Adicionar solução aquecida para a bolsa de enema: à medida que a água quente flui da torneira, colo recipiente de soro fisiológico na bacia de água quente antes de adicionar a solução para a bolsa do ene verificar a temperatura da solução derramando uma pequena quantidade de solução sobre a parte int pulso. Se for recomendado o enema de água e sabão, adicionar o sabão de Castela (ou Castile).

(2) Levantar o recipiente, liberar a braçadeira de fixação e permitir o fluxo da solução durante o período suficiente para encher a sonda.

(3) Retravar a sonda.

(4) Lubrificar 6 a 8 cm da ponta da sonda retal com gel lubrificante hidrossolúvel.

(5) Separar cuidadosamente as nádegas e localizar o ânus. Orientar o paciente para relaxar expirando lentamente através da boca.

(6) Inserir a ponta da sonda do enema lentamente na direção do umbigo do paciente. O comprimento da inserção apresenta variações: adulto e adolescente: 7,5 a 10 cm; criança: 5 a 7,5 cm ; lactente: 2,5 a 3,75

DECISÃO CLÍNICA: *Se ocorrer dor ou houver resistência durante o procedimento, interromper a instilação do*

(7) Manter a sonda constantemente no reto até o final da instilação do líquido.

(8) Abrir a braçadeira de regulação e permitir que a solução entre lentamente enquanto o recipiente é ma ao nível do quadril do paciente.

(9) Elevar a altura do recipiente do enema lentamente para o nível adequado acima do ânus: 30 a 45 cm enema alto, 30 cm para o enema regular, 7,5 cm para o enema baixo. O período de instilação varia, dependendo do volume da solução administrada (p. ex., 1 L/10 minutos) (ver ilustração).

(10) Recipiente mais baixo ou sonda com braçadeira se o paciente queixar-se de cólicas ou se houver esc

líquido ao redor da sonda retal.

(11) Sonda com braçadeira após instilar a solução completa.

b. **Recipiente descartável pré-embalado**

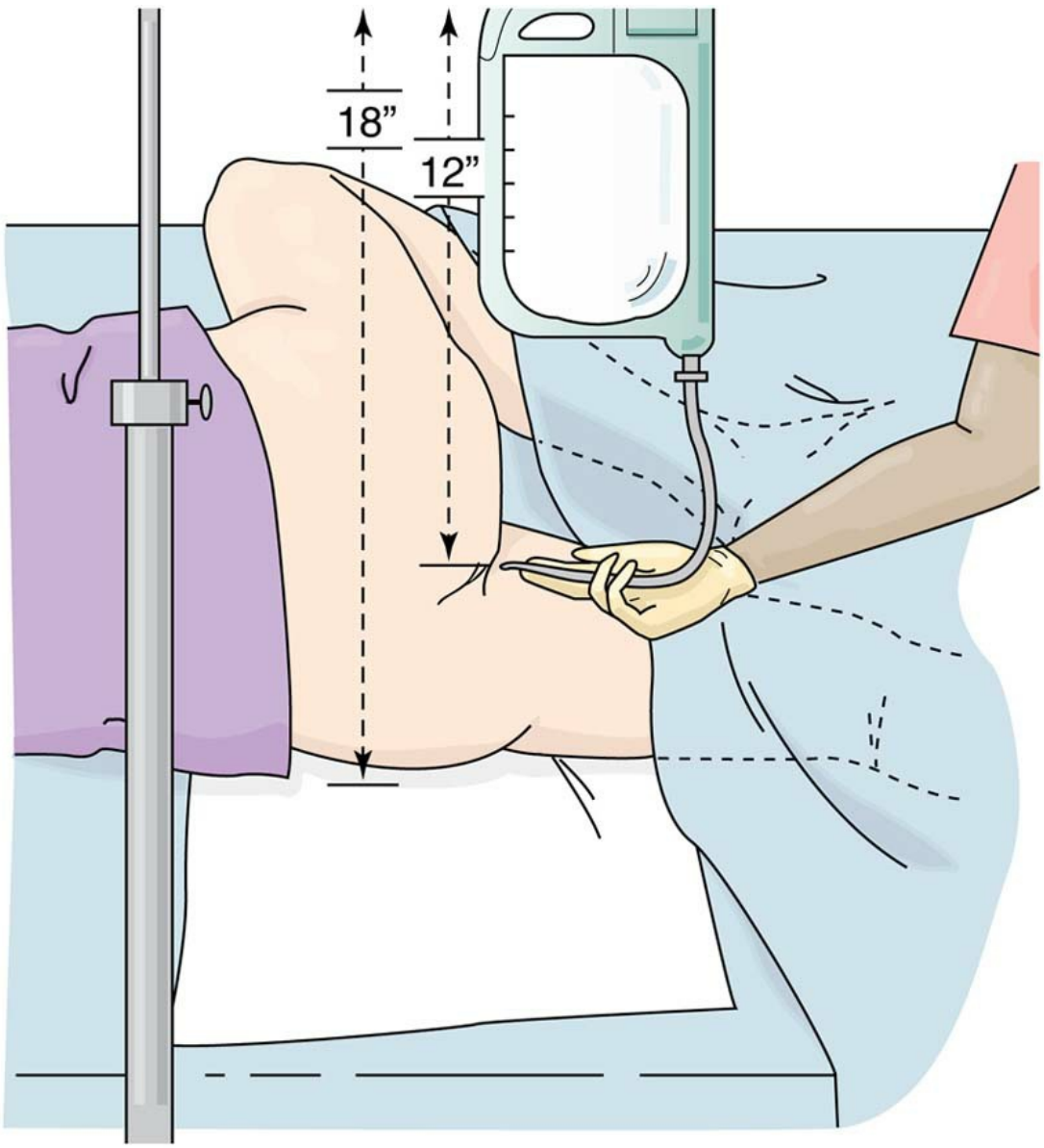
(1) Remover a tampa de plástico da ponta retal. Aplicar mais gel conforme for necessário para a ponta p lubrificada.

(2) Separar as nádegas cuidadosamente e localizar o reto. Orientar o paciente para relaxar, expirando lentamente através da boca.

(3) Expelir o ar do recipiente do enema.

(4) Inserir a ponta do frasco suavemente no reto em direção ao umbigo (ver ilustração).
Adulto/adolescente: 7,5 a 10 cm
Criança: 5 a 7,5 cm
Lactente: 2,5 a 3,75 cm

(5) Apertar o frasco até a solução completa entrar no reto e cólon. Orientar o paciente para reter a soluçã que ocorra a vontade para defecar, geralmente dentro de 2 a 5 minutos.



PASSO 8A(9) Um enema é administrado na posição de Sims. O dispositivo para IV é posicionado de modo que a bolsa de enema esteja a 30 cm acima do ânus e aproximadamente a 45 cm acima do colchão (dependendo do tamanho do paciente). (De Sorrentino SA: *Mosby's textbook for nursing assistants,* 8. ed., St. Louis, 2012, Mosby.)

9. Colocar camadas de papel higiênico ao redor da sonda no ânus e retirar suavemente a sonda retal.

10. Explicar para o paciente que sentir distensão e algumas cólicas abdominais são efeitos normais. Solicitar a paciente para reter a solução o máximo possível enquanto estiver deitado em silêncio na cama. (Para lacte crianças mais novas, manter as nádegas suavemente juntas durante alguns minutos.)

11. Descartar o recipiente do enema e a sonda em recipiente adequado ou enxaguar a bolsa cuidadosamente água quente e sabão se o recipiente for reutilizável.

12. Auxiliar o paciente no banheiro ou ajudá-lo a posicionar-se na comadre.

13. Auxiliar o paciente quando necessário a lavar a região anal com água aquecida, lenços para limpeza peria umedecidos ou limpadores perianais sem enxágue. (Quando forem administrados os cuidados perianais u luvas de procedimento.)

14. Remover e descartar as luvas e realizar a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observar as características das fezes e da solução evacuada. (Cuidado para o paciente não acionar a descar vaso sanitário antes da inspeção). Inspecionar cor, consistência, quantidade de fezes, odor e líquido elimin

2. Avaliar se a condição do abdômen, cólicas, rigidez, ou distensão indica um problema grave.

3. Usar o método de ***Ensino de Retorno*** para determinar se o paciente e familiares compreendem a razão par administração do enema. Informar, "Quero ter a certeza de que expliquei corretamente como o enema fun para a limpeza do seu intestino. Você pode explicar a razão pela qual o enema está sendo administrado pa você?". Revise suas instruções na hora ou elabore um plano para a revisão da instrução ao paciente se este conseguir efetuar o ensino de retorno corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O abdômen torna-se rígido e distendido e o paciente reclama de dor grave.
   - Interromper o enema.
   - Notificar o profissional de saúde.
   - Obter os sinais vitais.
2. Ocorre o desenvolvimento de dor abdominal ou cólicas.
   - Taxa lenta de instilação; o paciente apresenta respirações lentas e profundas.
3. O sangramento se desenvolve.
   - Interromper o enema.
   - Notificar o profissional de saúde.
   - Permanecer com o paciente e obter os sinais vitais.

REGISTRO E RELATO

- Registrar o tipo e volume de enema administrado, período administrado, características dos resultados e to
- Relatar a incapacidade do paciente para defecar e quaisquer efeitos adversos ao profissional de saúde.
- Registrar a avaliação de aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Para os pacientes que necessitam de enema no domicílio, orientar os familiares para não exceder os níveis d familiares sobre a necessidade para uma administração lenta de líquido aquecido.
- Colocar almofada impermeável na cama.
- Orientar os membros da família para não administrar o enema no vaso sanitário.

Procedimento 47-2 Inserção e manutenção de uma sonda nasogástrica para a descompressão gástrica

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de inserção e manutenção de uma sonda nasogástrica (NG) não pode ser delegado para o pessoal técnico de enfermagem. Orientar o técnico de enfermam para:

- Medir e registrar a drenagem.
- Providenciar higiene oral e nasal.
- Realizar medidas de conforto selecionadas tais como posicionamento e o oferecimento de fragmentos de gelo se permitidos.
- Fixar corretamente a sonda nasogástrica à vestimenta do paciente após trocar essa vestimenta ou reposicionar o paciente.

Equipamento

- Inserção de uma sonda de grande calibre
  - Sonda de 14 ou 16-Fr (lumens menores não são usados para a descompressão nos adultos, considerando que a sonda deve estar apta para remover secreções espessas)
  - Gel lubrificante hidrossolúvel
  - Luvas de procedimento
  - Tiras de testes de pH (medir a acidez do aspirado gástrico)
  - Abaixador de língua
  - Lanterna
  - Bacia para êmese
  - Seringa com ponta de cateter ou bulbo Asepto
  - Solução de soro fisiológico
  - Dispositivo comercial de fixação ou esparadrapo antialérgico amplo 2,5 cm
  - Tintura de benjoim (opcional)
  - Pino de segurança e faixa de borracha
  - Braçadeira de máquina de sucção e medidor de pressão se for usada a sucção da parede abdominal
  - Toalha, lenços faciais
  - Copo de água com canudo
- Sonda nasogástrica (NG) de irrigação
  - Seringa com ponta de cateter ou bulbo Asepto
  - Solução de soro fisiológico e bacia
  - Luvas de procedimento
- Sonda nasogástrica de interrupção
  - Toalha, lenços faciais

- Luvas de procedimento
- Água e sabão

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Realizar a higiene das mãos.
2. Inspecionar as condições das cavidades oral e nasal do paciente.
3. Indagar se o paciente apresentou histórico de cirurgia nasal e observar se existe a presença de desvio do se nasal.
4. Auscultar os sons intestinais. Palpar o abdômen do paciente para verificar uma distensão, dor ou rigidez.
5. Avaliar o nível de consciência e capacidade do paciente para seguir as instruções.
DECISÃO CLÍNICA: *Se o paciente estiver confuso, desorientado, ou incapaz de seguir os comandos, obter a a*
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Identificar o paciente utilizando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e númer prontuário médico) de acordo com a política da instituição.
2. Explicar o procedimento.
3. Determinar se o paciente teve uma inserção de sonda nasogástrica (NG) no passado e, em caso positivo, qu narina foi usada.
4. Verificar o prontuário médico para o seguimento das recomendações do profissional de saúde; tipo de son ser colocada; e se a sonda é para ser conectada para sucção, administração por gravidade ou para solução alimentação.
5. Preparar o material na cabeceira do leito. Cortar uma parte de fita adesiva com 10 cm de comprimento e di uma extremidade ao meio para formar um V ou usar um dispositivo de fixação de sonda nasogástrica dis
IMPLEMENTAÇÃO
1. Posicionar o paciente na posição Fowler elevada com travesseiros atrás da cabeça e ombros. Levantar a car o nível horizontal confortável para o trabalho do(a) enfermeiro(a).
2. Fazer o paciente assoar o nariz. Colocar a toalha de banho sobre o tórax do paciente, fornecer lenços faciais Colocar a bacia para êmese ao alcance.
3. Puxar a cortina ao redor da cama ou fechar a porta do quarto.
4. Colocar-se no lado direito do paciente se for destro(a) e do lado esquerdo se for canhoto(a).
5. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.

6. Orientar o paciente para relaxar e respirar normalmente enquanto houver oclusão de uma narina.

7. Medir a distância para inserir a sonda:
   a. Método tradicional: Medir a distância a partir da ponta do nariz ao lóbulo da orelha para o processo xi (ver ilustração).
   b. Método Hanson: Marcar um ponto de 50 cm na sonda e medir tradicionalmente. A inserção da sonda é realizada no ponto intermediário entre 50 cm e a marca tradicional.

8. Marcar o comprimento da sonda a ser inserida colocando um pequeno pedaço de fita adesiva de modo qu ser removida facilmente.

9. Curvar 10 a 15 cm da extremidade da sonda firmemente ao redor do dedo indicador e liberar.

10. Lubrificar 7,5 a 10 cm da extremidade da sonda com gel lubrificante hidrossolúvel.

11. Inicialmente orientar o paciente para estender a parte de trás do pescoço contra o travesseiro (ver ilustraç inserir a sonda suavemente e de forma lenta através da narina para atingir a extremidade da parte inferior sonda.

12. Prosseguir a passagem da sonda ao longo do assoalho da fossa nasal para alcançar a parte inferior em dir orelha do paciente. Se for encontrada resistência, aplicar pressão suave no sentido inferior para avançar a (Não forçar a resistência anterior.)

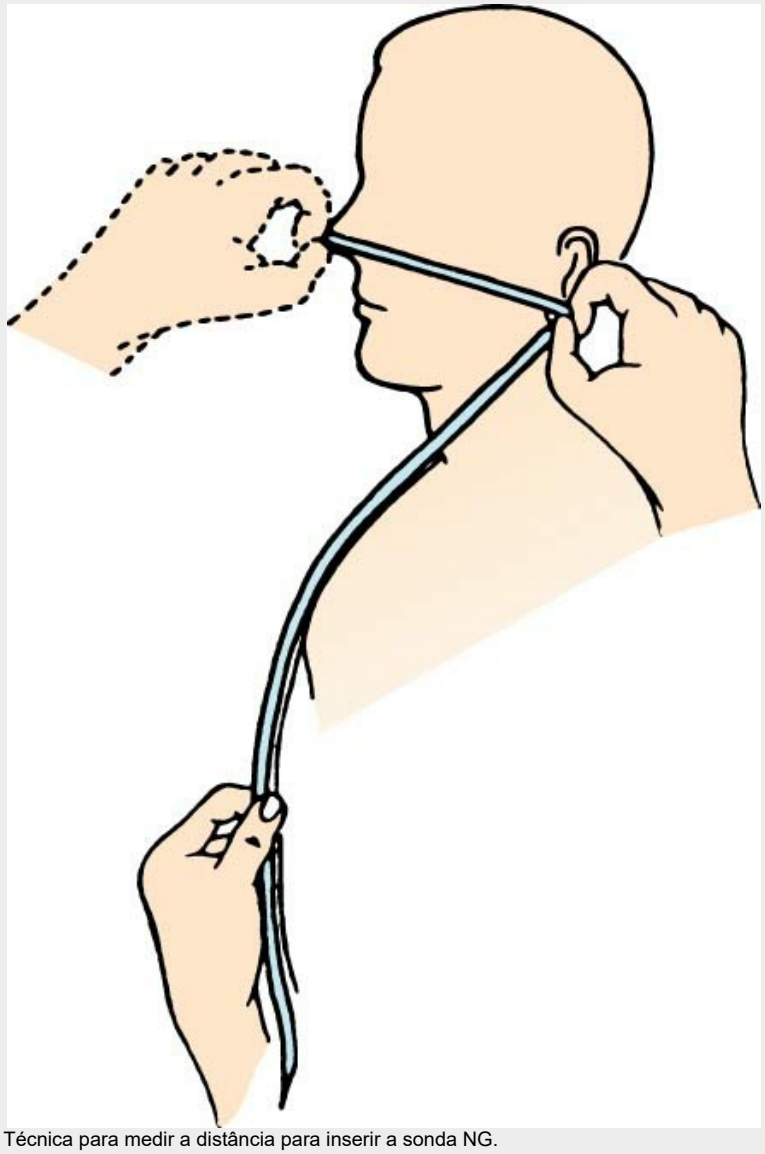
13. Se houver resistência, tentar rotacionar a sonda e observar se ela avança. Se ainda houver resistência, reti sonda, permitir que o paciente repouse, lubrificar a sonda novamente e inserir na outra narina.

DECISÃO CLÍNICA: *Se for impossível inserir a sonda na outra narina, interromper o procedimento e notificar a*

14. Continuar a inserir a sonda até a parte anterior da nasofaringe rotacionando suavemente em direção à na oposta e passando a sonda logo acima da orofaringe.

   a. Interromper o avanço da sonda, permitir ao paciente relaxar e fornecer lenços.

   b. Explicar para o paciente que o próximo passo exige deglutição. Dar ao paciente um copo de água a men seja contraindicado.



PASSO 7A Técnica para medir a distância para inserir a sonda NG.

15. Com a sonda logo acima da orofaringe, orientar o paciente para flexionar a cabeça para frente, tomar um pequeno gole de água e engolir. Avançar a sonda 2,5 a 5 cm com cada gole de água. Se o paciente não tive permissão para ingerir líquidos, orientar para engolir em seco ou sugar o ar através de canudo.

16. Se o paciente começar a tossir, engasgar ou asfixiar-se, retirar a sonda ligeiramente (não remover) e interr avanço da mesma. Orientar o paciente para respirar naturalmente e tomar goles de água.

DECISÃO CLÍNICA: *Se ocorrerem vômitos, auxiliar o paciente a limpar as vias aéreas; usar a sucção oral se f limpas.*

17. Se o paciente continuar a engasgar e tossir ou queixar-se que a sonda parece estar enrolando atrás da garg verificar atrás da orofaringe com o abaixador de língua. Se a sonda estiver enrolada, retirar até que a pont de volta na orofaringe. Reinserir a sonda com a deglutição do paciente.

18. Após o paciente relaxar, prosseguir o avanço da sonda com deglutição até que a fita adesiva ou marca sej

alcançadas. Fixar temporariamente a sonda na bochecha do paciente com um pedaço de fita adesiva até qu verificada a colocação da sonda.

19. Verificar a colocação da sonda. Revisar a política da instituição para os métodos preferidos para a verifica posicionamento da sonda NG.

a. Inspecionar a parte posterior da faringe para detectar a presença da sonda enrolada.

b. Conectar a seringa com ponta de cateter ou Asepto na extremidade da sonda e aspirar suavemente de v para a seringa para obter o conteúdo gástrico, observando a coloração (ver ilustração).

c. Medir o pH do aspirado com papel de pH com código de cores com variação de números inteiros de 1,0 ou maiores (ilustração)

d. Ter solicitado o exame radiológico realizado no tórax e abdômen.

e. Se a sonda não estiver no estômago, avançar outra 2,5 a 5 cm (1 a 2 polegadas) e repetir os passos 19a-e p verificar a posição da sonda.

20. Fixar a sonda:

a. Após a sonda ser inserida e posicionada adequadamente, fixar a extremidade ou conectá-la à bolsa de drenagem ou à fonte de sucção.

PASSO 19B Aspiração de conteúdo gástrico.

b. Fixar a sonda no nariz; evitar a pressão nas narinas.

(1) Aplicar uma pequena quantidade de tintura de benjoim na extremidade inferior do nariz e deixar se (opcional).

(2) Colocar fita adesiva no nariz, deixando livres as pontas divididas. Garantir que a extremidade super fita adesiva sobre o nariz esteja firme.
(3) Envolver cuidadosamente as duas pontas divididas da fita adesiva ao redor da sonda (ver ilustração
(4) Alternativa: Utilizar o dispositivo de fixação da sonda usando um curativo adesivo (ver ilustração).

c. Prender a extremidade da sonda NG na vestimenta do paciente enrolando a faixa de borracha ao redor sonda em laçada. Prender a faixa de borracha à vestimenta (fornece liberdade para o movimento).

21. A menos que o profissional de saúde recomende de outra forma, elevar a cabeceira da cama em 30 graus.

22. Uma vez que a colocação seja confirmada:
a. Colocar marca verde na sonda para indicar onde ela sai do nariz.
b. Medir o comprimento da sonda a partir das narinas ao conector com um método alternativo.
c. Registrar o comprimento da sonda no prontuário do paciente.

23. Remover as luvas e realizar a higiene das mãos.

24. Irrigação da sonda:

a. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas.

b. Verificar a colocação da sonda no estômago (Passo 19). Religar a sonda NG ao tubo de ligação.

c. Preparar 30 mL de soro fisiológico em uma seringa com ponta de cateter ou Asepto.

d. Fixar com braçadeira a sonda NG. Desconectar do tubo de ligação e colocar a extremidade desse tubo n

e. Inserir a ponta da seringa de irrigação na extremidade da sonda NG. Remover a braçadeira. Manter a se com a ponta direcionada para o assoalho e injetar a solução de soro fisiológico lentamente e de modo re Não forçar a solução.

f. Se houver resistência, verificar se existem dobras na sonda. Virar o paciente para o lado esquerdo. Relata resistência repetida para o profissional de saúde.

g. Após a instilação do soro fisiológico, aspirar imediatamente e puxar o êmbolo da seringa lentamente pa retirar o líquido. Se a quantidade aspirada for inferior à quantidade instilada, registrar a diferença como ingestão.

h. Religar a sonda NG para drenagem ou sucção. (Se a solução não retornar, repetir a irrigação.)

i. Remover as luvas e realizar a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Determinar a quantidade e características do conteúdo drenado a partir da sonda NG. Indagar se o pacien náuseas.

2. Após palpar o abdômen do paciente, observar qualquer distensão, dor e rigidez e auscultar para verificar a presença de sons intestinais. Desligar a sucção enquanto estiver auscultando.

3. Avaliar a condição das narinas e nariz.

4. Observar a posição da sonda.

5. Indagar se o paciente sente dor de garganta ou irritação na faringe.

PASSO 20B(3) A fita adesiva é cruzada sobre e ao redor da sonda NG.

6. Usar o *Ensino de Retorno* para determinar a compreensão do paciente e familiares sobre a sonda NG. "Quer segura de que expliquei a razão para o uso da sonda NG e os cuidados com esse procedimento. Você pode explicar por que precisa da sonda nasogástrica após a cirurgia?" Revise suas instruções na hora ou elabore plano para a revisão da instrução ao paciente se este não conseguir efetuar o ensino de retorno corretamen

1. Auscultar para verificar a presença de sons intestinais.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Verificar o pedido para descontinuar a sonda nasogástrica.

2. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número d prontuário médico) de acordo com a política da instituição.

3. Explicar o procedimento para o paciente e tranquilizar de que a remoção é menos estressante que a inserçã

IMPLEMENTAÇÃO

1. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.
2. Desligar a sucção e desconectar a sonda NG da bolsa de drenagem ou sucção. Remover a fita adesiva ou o dispositivo de fixação do dorso do nariz e desafixar a sonda da vestimenta do paciente.
3. Colocar-se no lado direito do paciente se for destro(a) e do lado esquerdo se for canhoto(a).
4. Entregar lenço facial para o paciente; colocar toalha limpa no tórax. Orientar o paciente para inspirar de fo profunda e prender a respiração.
5. Fixar ou dobrar a sonda firmemente e puxar a sonda de forma constante e suave para a toalha mantida no lado enquanto o paciente prende a respiração.
6. Limpar as narinas e fornecer cuidados bucais.
7. Descartar a sonda e o material de drenagem no recipiente adequado.
8. Remover as luvas e realizar a higiene das mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Após a remoção da sonda, auscultar os sons intestinais e periodicamente verificar a distensão abdominal.
2. Medir a quantidade de drenagem no recipiente e observar as características do conteúdo.
3. Explicar o procedimento para ingerir líquidos se não estiver contraindicado.
4. Usar o ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e familiares sobre o procedimento p remover a sonda nasogástrica. Informar, "Quero ter certeza do que expliquei sobre as expectativas quand sonda nasogástrica for removida. Você pode explicar como a sonda nasogástrica será removida?" Revise s instruções na hora ou elabore um plano para a revisão da instrução ao paciente se este não conseguir efetu ensino de retorno corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. O abdômen do paciente torna-se distendido e/ou dolorido.
   - Avaliar a permeabilidade da sonda e irrigar se necessário.
   - Verificar se a sucção está de acordo com a recomendação.
2. O paciente queixa de dor de garganta decorrente das mucosas irritadas e secas.
   - Aumentar a frequência da higiene oral.
   - Indagar ao profissional de saúde se o paciente pode sugar pedaços de gelo ou pastilhas para a garganta.
3. O paciente desenvolve irritação da pele ao redor das narinas.
   - Fornecer cuidados da pele ao redor das narinas e recolocar a fita adesiva de modo que a sonda não exerç
   - Considerar a troca da sonda para a outra narina.
4. O paciente desenvolve sinais de aspiração pulmonar: febre, falta de ar, congestão pulmonar.
   - Realizar avaliação respiratória.
   - Informar ao profissional de saúde; esperar o pedido para a radiografia torácica.

REGISTRO E RELATO

- Registrar nas anotações de enfermagem, a hora, tipo e tamanho da sonda NG inserida; a tolerância do paci gástrico; valor do pH; se a sonda está fixada com braçaceira ou conectada ao dispositivo de drenagem; e a q
- Registrar nas anotações de enfermagem e/ou na folha de fluxo de informações do paciente a quantidade e c recomendada maior frequência pelo profissional de saúde

recomendada maior frequência pelo profissional de saúde.
- Registrar nas anotações de enfermagem a hora e a data em que a sonda NG foi removida, a tolerância do pa
- Registrar a avaliação de aprendizagem do paciente.

Procedimento 47-3 Dispositivo coletor de ostomia

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de colocação do dispositivo coletor de ostomia pode ser delegado ao pessoal técnico de enfermagem que foi treinado para realizar esse procedimento e sob a supervisão da enfermeira. As condições para essa delegação dependem da política da instituição. A enfermeira deve realizar a primeira troca de bolsa no período pós-operatório. A enfermeira informa ao pessoal técnico de enfermagem os seguintes aspectos:

- Quantidade esperada, cor e consistência da drenagem de ostomia.
- Aparência esperada do estoma.
- Material especial necessário para completar o procedimento.
- Quando devem ser relatadas as alterações no estoma do paciente e a integridade da pele circundante.

Material

- Bolsa de drenagem de colostomia limpa/ileostomia no tamanho correto para o sistema de duas peças ou personalizado de uma peça com barreira de pele
- Dispositivo de fechamento de bolsa como um grampo se necessário
- Guia de medição de ostomia
- Removedor de adesivo *(opcional)*
- Luvas de procedimento
- Compressas
- Toalha ou barreira impermeável descartável
- Bacia com água quente da torneira
- Tesouras

PASSOS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas (p. ex., se houver drenagem). Observar a barreira de pele existe bolsa para vazamentos e período de tempo no local. A bolsa deve ser trocada a cada 3 a 7 dias, não diariar (Goldberg et al., 2010). Dependendo do tipo de sistema coletor usado (como uma bolsa opaca), a bolsa poc removida para observar o estoma na totalidade. As bolsas transparentes permitem a visualização do eston remoção das mesmas.

DECISÃO CLÍNICA: *Se a bolsa de ostomia estiver vazando é necessário trocá-la. A colocação de fita adesiva química ou enzimática.*

2. Observar a quantidade de efluente na bolsa e esvaziar se houver um conteúdo de mais de um terço para a abrindo o grampo e drenando em um recipiente para medir a eliminação. Observar a consistência do eflue registrar a ingestão e eliminação.

3. Observar o estoma quanto a local, cor, inchaço, trauma e cicatrização ou irritação da pele periostomal. Ava tipo de estoma. Determinar se o estoma está protuberante, com o mesmo nivelamento da pele, ou retraído do nível da pele (ver ilustrações). Remover as luvas.

4. Observar o abdômen para determinar o melhor tipo de sistema coletor. Considerar:
   a. Contorno abdominal.
   b. Presença de cicatrizes ou incisões.

PASSO 3 **A,** Estoma protuberante. **B,** Estoma retraído. (Cortesia de Jane Fellows.)

5. Explorar a atitude do paciente direcionada à aprendizagem de autocuidado e identificar outros aspectos q poderão auxiliar o paciente após deixar o hospital.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e data de nascimento ou nome e número d prontuário médico) de acordo com a política da instituição.
2. Explicar o procedimento para o paciente, incentivar a interação e os questionamentos pelo paciente.
3. Montar o material e fechar as cortinas do quarto ou a porta.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Posicionar o paciente de uma forma semirreclinada. Se possível fornecer um espelho ao paciente para a observação.
2. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas de procedimento.
3. Colocar toalha ou barreira impermeável descartável em toda a parte inferior do abdômen do paciente.
4. Se não foi realizado durante a avaliação, remover a bolsa usada e a barreira da pele cuidadosamente, empu a pele longe da barreira. Um removedor de adesivo pode ser usado para facilitar a remoção da barreira da
5. Limpar a pele periostomal cuidadosamente com água da torneira aquecida usando toalhas pequenas; não

a pele. Secar a pele suavemente.

6. Medir o estoma (ver ilustração). O tamanho do estoma pode ser alterado em 2-4 semanas após a cirurgia, c modo a medida pode ser alterada durante esse período.

7. Traçar o padrão na bolsa/barreira da pele (ver ilustração).

8. Cortar a abertura na placa de barreira da pele (ver ilustração).

9. Remover a folha protetora do adesivo (ver ilustração).

10. Colocar a bolsa sobre o estoma (ver ilustração). Pressionar firmemente no local ao redor do estoma e nas l externas. Solicitar ao paciente para pressionar a mão sobre a bolsa para aplicar aquecimento para garantir vedação.

11. Fechar a extremidade da bolsa com um grampo ou fechamento integrado.

12. Descartar adequadamente a bolsa usada e remover as cortinas do paciente.

13. Remover as luvas. Realizar a higiene das mãos.

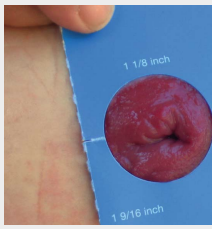
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observar as condições da barreira de pele e a aderência à superfície abdominal.

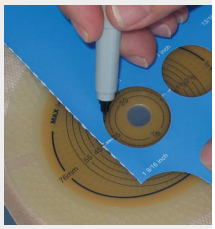
2. Observar a aparência do estoma, pele periostomal, contornos abdominais e a linha de sutura durante a tro bolsa.

DECISÃO CLÍNICA: *Se a pele periostomal estiver ferida, empolada ou com lacerações, a superfície da pele es grave da pele. Consultar o(a) enfermeiro(a) para cuidados de ostomia antes de proceder a colocação de uma b*

3. Observar o paciente, os cuidadores familiares ou outros colaboradores para observar o estoma e questiona o procedimento.



PASSO 6 Medição do estoma. (Cortesia de Coloplast, Minneapolis, MN.)



PASSO 7 Traçar a medição na barreira da pele. (Cortesia de Coloplast, Minneapolis, MN.)

PASSO 8 Cortar a abertura na plaqueta adesiva de fixação (wafer). (Cortesia de Coloplast, Minneapolis, MN.)

4. Usar ***Ensino de Retorno*** para determinar a compreensão do paciente e familiares sobre a sonda NG. "Quer segura de que expliquei corretamente como colocar a bolsa de ostomia para proteger sua pele. Você pode demonstrar como trocar sua bolsa de ostomia?" Revise suas instruções na hora ou elabore um plano para revisão da instrução ao paciente se este não conseguir efetuar o ensino de retorno corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. A pele ao redor do estoma está irritada, com bolhas ou sangramento; ou foi observada uma erupção. Esse reação alérgica ou erupção cutânea fúngica.
   - Remover a bolsa mais cuidadosamente.
   - Trocar a bolsa com maior frequência ou usar um tipo diferente de sistema coletor.
   - Consultar o(a) enfermeiro(a) de cuidados de ostomia.
2. O estoma necrótico se apresenta com a cor púrpura ou negra, tem a textura ressecada em vez de úmida e r
   - Relatar ao profissional de saúde.
   - Registrar a aparência.
3. O paciente recusa ver o estoma ou participar nos cuidados.
   - Obter ajuda com o(a) enfermeiro(a) de cuidados de ostomia.
   - Permitir que o paciente manifeste seus sentimentos.
   - Incentivar o apoio dos familiares.

REGISTRO E RELATO

- Registrar o tipo de bolsa e barreira de pele usados, quantidade e aparência do efluente na bolsa, tamanho e
- Registrar o nível de participação do paciente e familiares, a orientação realizada e a resposta a esse procedi
- Relatar a aparência anormal do estoma, linha de sutura, pele periostomal ou característica da eliminação ac
- Registrar a avaliação de aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Avaliar as instalações sanitárias da residência do paciente e auxiliar o paciente a desenvolver uma rotina de não são descartáveis por meio de descarga no vaso sanitário.
- Incentivar o paciente a sentar em frente a um espelho quando trocar a bolsa para aumentar a visibilidade e

PASSO 9 Remover a folha protetora. (Cortesia de Coloplast, Minneapolis, MN.)

Pontos-chave

- Desagregação mecânica de aspectos nutricionais, motilidade gastrointestinal e absorção seletiva e secreção de substâncias pelo intestino grosso influenciam as características das fezes.
- Alimentos com alto teor de fibras e um aumento na ingestão de líquidos normalizam a consistência das fezes.
- O uso de catárticos, laxantes e enemas são soluções de curto prazo para a constipação; o tratamento a longo prazo inclui alterações de estilo de vida no que se refere a dieta, atividade e horário para a defecação.
- A incontinência fecal é uma fonte de estresse físico e psicológico e frequentemente leva à necessidade de cuidados baseados nas recomendações de uma instituição para idosos.

- O maior risco da diarreia é o desenvolvimento do desequilíbrio de eletrólitos e líquidos.
- O local de uma ostomia influencia a consistência das fezes.
- Avaliação do foco dos padrões de eliminação nos hábitos intestinais, fatores que influenciam normalmente a defecação, alterações recentes na eliminação e um exame físico.
- Procedimentos endoscópicos para testes diagnósticos do trato gastrointestinal podem exigir a limpeza do intestino antes do procedimento.
- Considere a frequência da defecação, as características das fezes e o efeito dos alimentos na função gastrointestinal quando selecionar uma dieta para promover a eliminação normal. Os propósitos da descompressão gástrica são manter o trato gastrointestinal livre de secreção, reduzir náusea e gases e diminuir o risco de vômitos e aspirações. A seleção apropriada e o uso de um sistema de bolsa de ostomia são necessários para prevenir dano à pele em torno do estoma.
- Os perigos durante a remoção digital das fezes incluem traumatismos da mucosa retal e promoção de estimulação vagal.
- As rachaduras na pele ocorrem depois de exposição repetida a fezes líquidas.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Qual das seguintes ações de enfermagem deve ser realizada após a colocação de uma comadre para um paciente imobilizado?
    1. Levantar os quadris do paciente da cama e deslizar a comadre debaixo do paciente
    2. Após posicionar o paciente na comadre, elevar a cabeceira da cama para um ângulo de 45 graus

    3. Ajustar a cabeceira da cama de modo que esteja mais baixa do que os pés e usar pressão cuidadosa mas firme para empurrar a comadre por baixo do paciente
    4. Posicionar o paciente em pé ao lado da cama e a seguir colocá-lo sentado na comadre na beira da cama
2. Uma paciente não apresenta evacuações intestinais durante 4 dias. Agora ela tem náuseas e cólicas severas em todo o abdômen. Com base nesses achados, quais são as suas suspeitas sobre o que está ocorrendo de errado com essa paciente?
    1. Uma obstrução intestinal
    2. Irritação da mucosa intestinal
    3. Gastroenterite
    4. Uma impactação fecal
3. Durante a administração de um enema com água da torneira aquecida, um paciente se queixa de dor abdominal com cólicas que ele classifica em 6 num parâmetro de 10. Qual é a prioridade na intervenção de enfermagem?
    1. Interromper a instilação
    2. Solicitar ao paciente para realizar inspirações profundas para reduzir a dor
    3. Adicionar água com sabão ao enema
    4. Solicitar ao paciente para fazer força para baixo como ele deve proceder quando tem uma evacuação intestinal
4. Quais instruções devem ser incluídas quando se orienta uma pessoa com constipação crônica? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Aumentar fibras e líquidos na dieta
    2. Usar um enema de alto volume diariamente
    3. Evitar glúten na dieta
    4. Tomar laxantes duas vezes ao dia
    5. Exercitar-se durante 30 minutos todos os dias
    6. Programar um horário para usar o banheiro na mesma hora todos os dias
    7. Ingerir probióticos 5 vezes por semana

5. Quais passos de orientação devem ser fornecidos a um paciente com uma colostomia antes de receber a alta hospitalar?
    1. Como trocar a bolsa
    2. Como esvaziar a bolsa
    3. Como abrir e fechar a bolsa
    4. Como irrigar a colostomia
    5. Como determinar se a ostomia está cicatrizando adequadamente
6. Quais dos seguintes fatores causam infecção por *Clostridium difficile?* (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Uso crônico de laxantes
    2. Contato com a bactéria *C. difficile*
    3. Uso excessivo de antibióticos
    4. Episódios frequentes de diarreia causada por intolerância alimentar
    5. Inflamação do intestino
7. Especificar os passos para uma troca de bolsa de ostomia na ordem correta.
    1. Fechar a extremidade da bolsa.
    2. Medir o estoma.
    3. Cortar o orifício na plaqueta adesiva de fixação (wafer).
    4. Pressionar a bolsa no local sobre o estoma.
    5. Remover a bolsa de colostomia anterior.
    6. Traçar a medição correta na parte posterior da plaqueta adesiva de fixação (wafer).
    7. Avaliar o estoma e a pele ao redor do mesmo.
    8. Limpar e secar a pele periostomal.
8. Quais dos seguintes sintomas são sinais de alerta para a possibilidade de câncer colorretal de acordo com as diretrizes da Sociedade Americana de Câncer? (Selecione tudo que se aplica.)
    1. Mudança nos hábitos intestinais
    2. Sangue nas fezes
    3. Uma evacuação intestinal maior do que o normal

    4. Impactação fecal
    5. Dores musculares
    6. Esvaziamento incompleto do cólon
    7. Partículas de alimentos nas fezes
    8. Dor inexplicável nas costas ou abdominal
9. Um(a) enfermeiro(a) está orientando um paciente a obter uma amostra para pesquisa de sangue oculto nas fezes usando o teste imunoquímico na residência. Como o(a) enfermeiro(a) deve orientar o paciente para coletar a amostra?
    1. Obter três esfregaços fecais de uma evacuação intestinal.
    2. Obter um esfregaço fecal de uma evacuação intestinal pela manhã, na primeira hora.
    3. Coletar um esfregaço fecal de três evacuações intestinais separadas.
    4. Obter três esfregaços fecais quando forem observados sinais de sangue na evacuação intestinal.
10. O que é necessário para orientar os cuidadores familiares quando um paciente apresenta incontinência fecal resultante de uma disfunção cognitiva?
    1. Limpar a pele com sabão antibacteriano e aplicar talco nas nádegas
    2. Usar fraldas e proteção acolchoada impermeável na cama
    3. Iniciar o programa de treinamento intestinal ou de hábitos para promover a continência
    4. Auxiliar o paciente ao banheiro a cada hora
11. O paciente informa, "Tenho diarreia e cólicas toda vez que eu tomo sorvete. Tenho certeza de que esse processo é causado por alimento gelado." Com base nesses dados de avaliação, qual o problema de saúde que está ocorrendo com esse paciente?
    1. Uma alergia alimentar
    2. Síndrome do intestino irritável
    3. Aumento de peristalse
    4. Intolerância à lactose
12. Especificar os passos para a administração de um enema pré-

embalado na ordem correta.

1. Inserir a ponta do enema cuidadosamente no reto.
2. Auxiliar o paciente ao banheiro quando ele sentir vontade para defecar.
3. Posicionar o paciente em decúbito lateral.
4. Realizar a higiene das mãos e colocar luvas.
5. Explicar o procedimento para o paciente.

13. Qual é a intervenção de enfermagem mais importante quando forem realizados os cuidados de um paciente com uma ileostomia?
    1. Limpar o estoma com água quente
    2. Inserir um comprimido desodorante na bolsa do estoma
    3. Selecionar ou cortar uma bolsa com uma abertura adequada ao tamanho do estoma
    4. Usar luvas estéreis quando realizar os cuidados do estoma
14. Um(a) enfermeiro(a) está obtendo um histórico de saúde de um paciente internado recentemente com um diagnóstico de possível impactação fecal. Qual dos seguintes questionamentos é a questão prioritária a ser indagada ao paciente ou cuidador?
    1. Você tem ingerido ultimamente alimentos com alto teor de fibras?
    2. Suas evacuações se apresentam macias e bem formadas?
    3. Você tem apresentado com frequência e recentemente pequenas quantidades de fezes líquidas?
    4. Você recebeu a administração de antibióticos recentemente?
15. Um paciente idoso vem ao hospital com uma queixa de fraqueza severa e diarreia durante vários dias. Qual dos seguintes problemas é o mais importante na avaliação inicial?
    1. Desnutrição
    2. Desidratação
    3. Solução de continuidade na pele
    4. Incontinência

Respostas: 1. 2; **2.** 1; **3.** 1; **4.** 1, 5, 6; **5.** 1, 2, 3, 5; **6.** 2, 3; **7.** 5, 8, 7, 2, 6,

3, 4, 1; **8.** 1, 2, 6, 8; **9.** 3; **10.** 3; **11.** 4; **12.** 6, 4, 3, 1, 5, 2; **13.** 3; **14.** 3; **15.** 2.

Referências

American Cancer Society (ACS): *Colorectal cancer*, 2015, http://www.cancer.org/Cancer/ColonandRectumCancer/DetailedGuide/index. Accessed November 19, 2015.

Bliss DZ, Norton C. Conservative management of fecal incontinence. *Am J Nurs*. 2010;110(9):30.

Burchum JR, Rosenthal LD. *Lehne's pharmacology for nursing care*. ed 9 St Louis: Elsevier; 2016.

Constipation: http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/digestive-diseases/constipation/Pages/overview.aspx. n.d. Accessed November 19, 2015.

Food allergies: what you need to know, 2015, http://www.fda.gov/Food/IngredientsPackagingLabeling/FoodAllergens/ucm07 Accessed November 19, 2015.

Goldberg M, et al. *Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians*. Mount Laurel, NJ: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society; 2010.

Grossman S, Mager D. *Clostridium difficile*: implications for nursing. *Medsurg Nurs*. 2010;19(3):155.

Hussain Z, et al. Fecal impaction. *Curr Gastroenterol Rep*. 2014;16(9):404.

Lewis S, et al. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. ed 9 St Louis: Mosby; 2014.

Long MA. Fecal incontinence, 2010. *Long-Term Living*. 2010;59(10):50.

Mayo Clinic: Water: *how much should you drink every day?* 2014, http://www.mayoclinic.org/healthy-living/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/water/art-20044256. Accessed November 19, 2015.

Miller KR, et al. A tutorial on enteral access in adult patients in the hospitalized setting. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2014;38(3):282.

Prinz A, et al. Discharge planning for a patient with a new ostomy: best practice for clinicians. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015;42(1):79.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN): *Continence committee: quick management guide for fecal incontinence*, 2013, www.wocn.org, http://c.ymcdn.com/sites/www.wocn.org/resource/resmgr/Publications/A_Quick

Accessed November 19, 2015.

Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society, et al. *Ostomy management*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.

Referências de pesquisa

Daniel A, Rapose A. The evaluation of *Clostridium difficile* infection (CDI) in a community hospital. *J Infect Public Health*. 2015;8(2):155.

Erwin-Toth P, et al. Factors impacting the quality of life of people with ostomies in North America. *J WOCN*. 2012;39(4):417.

Felder S, et al. Usefulness of bowel sound auscultation: a prospective evaluation. *J Surg Educ*. 2014;71(5):768.

Griffin K. Biological, psychological and behavioral, and social variables influencing colorectal cancer screening in African Americans. *Nurs Res*. 2009;58(5):312.

Inadomi JM, et al. Adherence to colorectal cancer screening: a randomized clinical trial of competing strategies. *Arch Intern Med*. 2012;172(7):575.

Li B, et al. Analysis of bowel sounds application status for gastrointestinal function monitoring in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2014;37(2):199.

Pittman J, et al. Psychometric evaluation of the ostomy complication severity index. *JWOCN*. 2014;41(2):147.

Salvadena G. The incidence of stomal and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *JWOCN*. 2013;40(4):400.

Schmidt FM, Santos VL. Prevalence of constipation in the general adult population: an integrative review. *JWOCN*. 2014;41(1):70.

Williams J, et al. Evaluating skin care problems in people with stomas. *Br J Nurs*. 2010;19(17):S6.

48

Integridade Cutânea e Cuidados de Feridas

OBJETIVOS

- Discutir os fatores de risco que contribuem com a formação de úlcera de pressão.
- Descrever o sistema de estadiamento da úlcera de pressão.
- Discutir o processo normal da cicatrização de feridas.
- Descrever as diferenças na cicatrização de feridas por primeira intenção e secundária.
- Descrever as complicações da cicatrização de feridas.
- Explicar os fatores que impedem ou promovem a cicatrização de feridas.
- Descrever as diferenças entre cuidado de enfermagem de feridas agudas e crônicas.
- Concluir uma coleta de dados para um paciente com integridade cutânea prejudicada.
- Listar os diagnósticos em enfermagem associados à integridade cutânea prejudicada.
- Desenvolver um plano de cuidado de enfermagem para um paciente com integridade cutânea prejudicada.
- Listar as intervenções de enfermagem apropriadas para um paciente com integridade cutânea prejudicada.

• Declarar os critérios de avaliação para um paciente com integridade cutânea prejudicada.

TERMOS-CHAVE

Abrasão, p. 1190
Aproximado, p. 1182
Atrito, p. 1179
Branqueamento, p. 1178
Colágeno, p. 1177
Deiscência, p. 1183
Desbridamento, p. 1198
Epitelização, p. 1183
Eritema não branqueável, p. 1178
Escara, p. 1180
Esfacelo, p. 1180
Evacuadores de drenagem, p. 1207
Evisceração, p. 1184
Exsudato, p. 1181
Fechamento assistido a vácuo (V.A.C.), p. 1204
Ferida, p. 1181
Fibrina, p. 1183
Flutuação, p. 1179
Força de cisalhamento, p. 1196
Granulação do tecido, p. 1180
Hematoma, p. 1183
Hemorragia, p. 1183
Hemostasia, p. 1183

Hiperemia branqueável, p. 1178
Hiperemia reativa, p. 1197
Induração, p. 1178
Isquemia tecidual, p. 1178
Laceração, p. 1190
Lesão por pressão, p. 1177
Primeira Intenção, p. 1182
Punção, p. 1190
Purulento, p. 1183
Sanguíneo, p. 1190
Segunda intenção, p. 1182
Seroso, p. 1190
Serossanguíneo, p. 1190
Suturas, p. 1206
Terapia de feridas por pressão negativa, p. 1225

A pele, o maior órgão do corpo, constitui 15% do peso total do corpo adulto (Wysocki, 2016). É uma barreira protetora contra organismos causadores de doenças e um órgão sensorial para dor, temperatura e toque; e sintetiza vitamina D. A lesão cutânea apresenta riscos para a segurança e desencadeia uma resposta cicatrizante complexa. Suas responsabilidades mais importantes incluem avaliar e monitorar a integridade cutânea, identificar os riscos dos pacientes para problemas de pele, identificar problemas reais bem como planejar, implementar e avaliar as intervenções para manter a integridade cutânea. Uma vez que ocorre uma ferida, é fundamental conhecer seu processo de cicatrização normal para identificar as intervenções de enfermagem adequadas.

Base de conhecimento científico

Pele

A pele tem duas camadas: a epiderme e a derme (Fig. 48-1). Elas são separadas por uma membrana, muitas vezes chamada de *junção dérmico-epidérmica*. A epiderme, ou a camada superior, tem várias camadas. O estrato córneo é a camada fina, mais externa da epiderme. É constituído por células achatadas, mortas, queratinizadas. As células originam-se da camada epidérmica mais íntima, comumente chamada de *camada basal*. As células na camada basal dividem-se, proliferam e migram em direção à superfície epidérmica. Depois de atingirem o estrato córneo, elas se achatam e morrem. Esse movimento constante garante a substituição das células da superfície esfaceladas durante a descamação ou derramamento normal. O estrato córneo fino protege as células e os tecidos subjacentes da desidratação e impede a entrada de certos agentes químicos. O estrato córneo permite a evaporação da água da pele e permite a absorção de certos medicamentos de uso tópico.

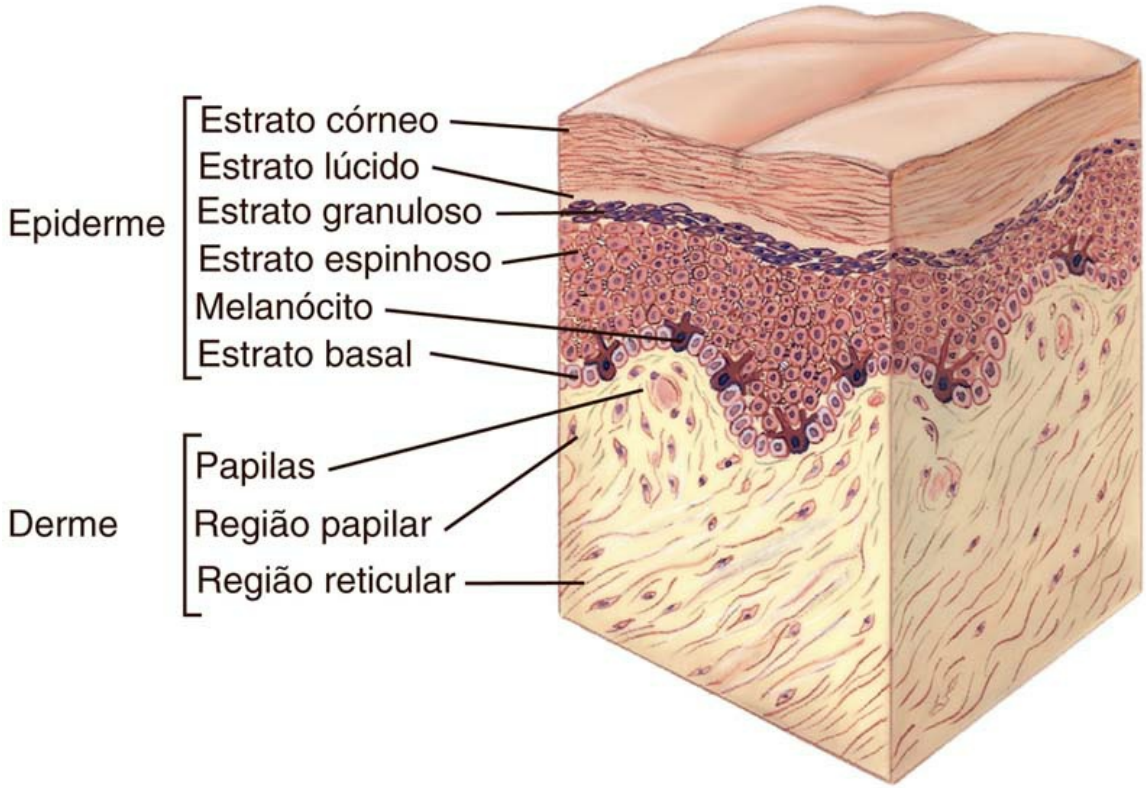


FIGURA 48-1 Camadas da pele. (De Applegate E: *The anatomy and physiology learning system*, ed 3, St Louis, 2006, Saunders.)

A derme, a camada interna da pele, proporciona resistência à tração; suporte mecânico; e proteção para os músculos, ossos e órgãos subjacentes. Ela difere da epiderme, que contém principalmente o tecido conjuntivo e algumas células cutâneas. **Colágeno** (uma proteína fibrosa, resistente), vasos sanguíneos e nervos são encontrados na camada dérmica. Fibroblastos, que são responsáveis pela formação de colágeno, são o único tipo de célula distinta dentro da derme.

Compreender a estrutura da pele ajuda a manter a integridade cutânea e a promover a cicatrização de feridas. A pele intacta protege o paciente da lesão química e mecânica. Quando a pele é ferida, a epiderme exerce a função de proteger a ferida e restaurar a barreira contra os organismos invasores, e a derme responde para restaurar a integridade estrutural (colágeno) e as propriedades físicas da pele. O processo normal de envelhecimento altera as características da pele e a torna mais vulnerável a danos. O Quadro 48-1 fornece um resumo das alterações no envelhecimento da pele.

Quadro 48-1

Foco em idosos

Problemas Associados à Pele

O idoso tem vários problemas relacionados com a pele que devem ser considerados ao avaliar a mesma e o colapso cutâneo. As mudanças relacionadas com a idade — como elasticidade da pele reduzida, diminuição de colágeno e enfraquecimento dos músculos e tecidos subjacentes — podem fazer a pele do idoso dilacerar mais facilmente em resposta ao trauma mecânico, sobretudo as forças de cisalhamento (Wysocki, 2016). A ligação entre a epiderme e a derme torna-se achatada em idosos, permitindo que a pele seja facilmente dilacerada em resposta ao trauma mecânico (p.ex., remoção de esparadrapo). Condições médicas concomitantes e polifarmácia, que são comuns em idosos, são fatores que interferem na cicatrização de feridas. O envelhecimento provoca uma resposta inflamatória diminuída, resultando em epitelização e cicatrização de feridas mais lentas (Doughty e Sparks-Defriese, 2016). A hipoderme diminui de tamanho com a idade. Os pacientes idosos têm pouco enchimento subcutâneo sobre as proeminências ósseas; assim, eles são mais propensos à ruptura cutânea (Wysocki, 2016).

Implicações para a Prática Clínica

1. Ao retirar qualquer curativo adesivo ou esparadrapo, solte suavemente a pele do esparadrapo; não o puxe da pele. Solte a pele do adesivo empurrando a pele.
2. Para ajudar um paciente idoso a se reposicionar na cama, considere o uso de um dispositivo de reposicionamento e ensine ao paciente ou ao familiar responsável a reposicionar sem deslizar nos lençóis.
3. Seja diligente durante a avaliação de proeminências ósseas onde a integridade cutânea prejudicada e lesões de outros tecidos são mais prováveis de ocorrer.
4. Avalie os medicamentos que um paciente pode estar tomando

para o efeito na cicatrização de feridas tardia e revise os resultados no plano de cuidados para refletir essa possibilidade.

Lesões por Pressão

Lesão por pressão, *ferida por pressão*, *úlcera de decúbito* e *escara* são termos usados para descrever a integridade cutânea prejudicada relacionada com a pressão não aliviada e prolongada. A terminologia mais atual é **lesão por pressão** (Fig. 48-2), que é consistente com as recomendações das diretrizes sobre úlcera por pressão escritas pela Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN, 2010). Uma úlcera por pressão é uma lesão localizada na pele e em outro tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea (p.ex., sacro, trocanter maior), como resultado de uma pressão ou pressão em combinação com cisalhamento e/ou atrito. Inúmeros fatores contribuintes também estão associado às lesões por pressão; o significado desses fatores ainda não está claro (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014). Qualquer paciente que vivencia mobilidade reduzida, percepção sensorial reduzida, incontinência fecal ou urinária e/ou má nutrição está em risco de desenvolver lesões por pressão. Os exemplos de pacientes que estão em risco para o desenvolvimento de lesões por pressão são os seguintes:

- Os idosos, aqueles que vivenciaram algum trauma
- Aqueles com lesões na medula espinal (LME)
- Aqueles que sofreram uma fratura de quadril
- Aqueles em cuidados domiciliares ou comunitários de longo prazo, os gravemente doentes
- Indivíduos com diabetes
- Pacientes em ambientes de cuidados críticos (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014)

FIGURA 48-2 Lesão por pressão com necrose tecidual.

Muitos fatores contribuem com a formação de uma lesão por pressão. A pressão é a principal causa. O tecido recebe oxigênio e nutrientes e elimina os resíduos metabólicos através do sangue. Qualquer fator que interfere no fluxo sanguíneo, por sua vez, interfere no metabolismo celular e na função ou a vida das células. A pressão intensa e prolongada afeta o metabolismo celular diminuindo ou destruindo o fluxo sanguíneo, resultando em isquemia tecidual e, por fim, morte do tecido.

Patogênese das Lesões por Pressão

Pressão é o elemento principal na causa de lesões por pressão. Três fatores relacionados com a pressão contribuem para o desenvolvimento da lesão por pressão: (1) intensidade da pressão, (2) duração da pressão e (3) tolerância do tecido.

Intensidade da Pressão

Um estudo de pesquisa clássico identificou a pressão de fechamento

capilar como a quantidade mínima de pressão necessária para destruir um capilar (p.ex., quando a pressão excede o intervalo de pressão capilar normal de 15 a 32 mmHg) (Burton e Yamada, 1951). Portanto, se a pressão aplicada sobre um capilar excede a pressão capilar normal e o vaso é obstruído por um período prolongado, a **isquemia tecidual** pode ocorrer. Se o paciente tem sensação reduzida e não pode responder ao desconforto da isquemia, a isquemia tecidual e a morte do tecido ocorrem.

A apresentação clínica do fluxo sanguíneo obstruído ocorre quando as áreas de pressão são avaliadas. Após um período de isquemia tecidual, se a pressão for aliviada e o fluxo sanguíneo retornar, a pele fica vermelha. O efeito dessa vermelhidão é a vasodilatação (expansão dos vasos sanguíneos), chamada de *hiperemia* (vermelhidão).

Você avalia uma área de hiperemia pressionando um dedo sobre a área afetada. Se ela embranquecer (ficar mais clara) e o eritema voltar quando você retirar o dedo, a hiperemia é transitória e é uma tentativa de superar o episódio isquêmico, assim chamado de **hiperemia branqueável**. No entanto, se a área eritematosa não clarear (**eritema não branqueável**) quando você aplica pressão, o dano tecidual profundo é provável.

O **branqueamento** ocorre quando os tons de vermelhos normais do paciente de pele clara estão ausentes. Ao procurar por lesões por pressão em pacientes de pele escura, seu tipo de pele pode não mostrar a resposta do branqueamento. Em vez disso, após aplicar uma leve pressão, procure uma área mais escura que a da pele ao redor ou que esteja esticada, brilhante ou endurecida. A luz do flash de uma câmera pode ser usada para melhorar a visualização da pele escura. Verifique se há alterações localizadas na textura e temperatura da pele. Os primeiros sinais de dano da pele incluem **indução**, consistência de borracha (rigidez menor que o normal) e aumento de calor no local da lesão, em comparação às áreas vizinhas. Ao longo do tempo, conforme os tecidos se tornam mais danificados, a área se torna mais fria ao toque (Sommers, 2011). Há características de pele escura intacta que alertam os enfermeiros para o potencial de úlceras por pressão (Quadro 48-2).

Quadro 48-2 Características da Pele Escura com Integridade Comprometida

Os tons de pele escura podem não demonstrar mudança na cor, sobretudo a pele com pigmentação mais escura. Para avaliar um paciente de pele escura quanto à presença de lesão por pressão de categoria/estágio I, deve ser considerado o seguinte: avaliar a pele em um ambiente bem iluminado. Use a luz natural ou lâmpada de halogênio. Evite luz fluorescente. Avalie o seguinte (avaliar as áreas da pele não lesionada primeiro):

Cor

- A cor permanece inalterada e não branqueia quando a pressão é aplicada.
- Se o paciente já teve uma lesão por pressão, essa área da pele pode ser mais clara que a cor original.
- As áreas localizadas da inflamação podem assumir uma cor de berinjela (azul- arroxeado ou violeta), em vez de aparecer avermelhada.

Temperatura

- A área circunscrita da pele intacta pode ser quente ao toque. À medida que a cor do tecido muda, a pele intacta fica fria ao toque.
- A inflamação é detectada ao fazer comparações com a pele ao redor.

Aspecto

- Pode ocorrer um edema com induração e parecer retesado e brilhante.
- A pele lesionada com lesão por pressão de estágio I pode mostrar baixa resiliência. Documentar a resiliência do tecido: o tecido na palpação é pantanoso ou mole quando comparado à pele ao redor.

Palpação

- A área circundante pode ser sensível ou delicada ao toque ou pode ser dura ou rugosa na palpação.

Adaptado de Nix DP: Skin and wound inspection and assessment. Em Bryant RA, Nix DP, editores: *Acute and chronic wounds: current management concepts*, ed 5, St Louis, 2016, Elsevier.

Duração da Pressão

Pressão baixa durante um período prolongado e pressão de alta intensidade durante um curto período são duas preocupações relacionadas com a duração da pressão. Ambos os tipos de pressão danificam o tecido. A pressão prolongada obstrui o fluxo sanguíneo e os nutrientes e contribui com a morte celular (Pieper, 2016). As implicações clínicas da duração da pressão incluem a avaliação da quantidade da pressão (verificação da pele para hiperemia de não branqueamento) e a determinação da quantidade de tempo que um paciente tolera a pressão (verificar para ter certeza, após aliviar a pressão, que a área afetada embranqueceu).

Tolerância do Tecido

A capacidade do tecido para suportar a pressão depende da integridade do tecido e das estruturas de suporte. Os fatores extrínsecos de cisalhamento, atrito e umidade afetam a capacidade da pele de tolerar a pressão: quanto maior o grau em que os fatores de cisalhamento, atrito e umidade estiverem presentes, mais suscetível a pele será a danos causados pela pressão. O segundo fator relacionado com a tolerância do tecido é a capacidade das estruturas cutâneas subjacentes (vasos sanguíneos, colágeno) de ajudar a redistribuir a pressão. Os fatores sistêmicos como má nutrição, envelhecimento aumentado, estado de hidratação e pressão arterial baixa afetam a tolerância do tecido à pressão aplicada externamente.

Fatores de Risco para Desenvolvimento de Lesão por Pressão

Uma variedade de fatores predispõe um paciente à formação de úlcera por pressão. Esses fatores estão muitas vezes diretamente relacionados com a doença, como a diminuição do nível de consciência, a presença de uma atadura, ou secundária a uma doença (p.ex., diminuição da sensação após um acidente vascular cerebral).

Percepção Sensorial Prejudicada

Os pacientes com percepção sensorial alterada para dor e pressão estão em maior risco para integridade cutânea comprometida que aqueles com sensação normal e são incapazes de sentir quando uma parte do seu corpo sofre uma pressão ou dor aumentada e prolongada. Assim, um paciente que não consegue sentir que não há dor ou pressão corre risco de desenvolver lesões por pressão.

Mobilidade Comprometida

Os pacientes impossibilitados de mudar de posição de maneira independente estão em risco de desenvolver úlcera por pressão. Por exemplo, um paciente com obesidade mórbida que está gravemente doente pode estar enfraquecido e menos propenso a se virar de maneira independente. Os pacientes com lesões na medula espinhal têm comprometimento motor e sensorial reduzido ou ausente e são incapazes de reposicionar as proeminências ósseas.

Alteração no Nível de Consciência

Os pacientes que estão confusos ou desorientados, aqueles que têm afasia expressiva ou incapacidade de verbalizar, ou aqueles com a mudança de níveis de consciência são incapazes de proteger-se do desenvolvimento de úlcera de pressão. Os pacientes que estão confusos ou desorientados às vezes são capazes de sentir a pressão, mas nem sempre são capazes de entender como aliviá-la ou comunicar seu desconforto. Um paciente em coma não pode perceber a pressão e é incapaz de se mover voluntariamente para aliviá-la.

Cisalhamento

A força de cisalhamento é o movimento de deslizamento da pele e do

tecido subcutâneo enquanto o músculo subjacente e o osso estão imóveis (Bryant, 2016). Por exemplo, a força de cisalhamento ocorre quando a cabeceira da cama é elevada e o deslizamento do esqueleto começa, porém a pele está fixa por causa do atrito com a cama (Fig. 48-3). Também ocorre durante a transferência de um paciente da cama para maca, e a pele do paciente é puxada pela cama. Quando há cisalhamento, a pele e as camadas subcutâneas aderem à superfície da cama e as camadas do músculo e dos ossos deslizam na direção do movimento do corpo. Os capilares teciduais subjacentes são esticados e angulados pela força do cisalhamento. Como resultado, a necrose ocorre profundamente dentro das camadas teciduais. O dano tecidual é profundo nos tecidos e provoca o enfraquecimento da derme.

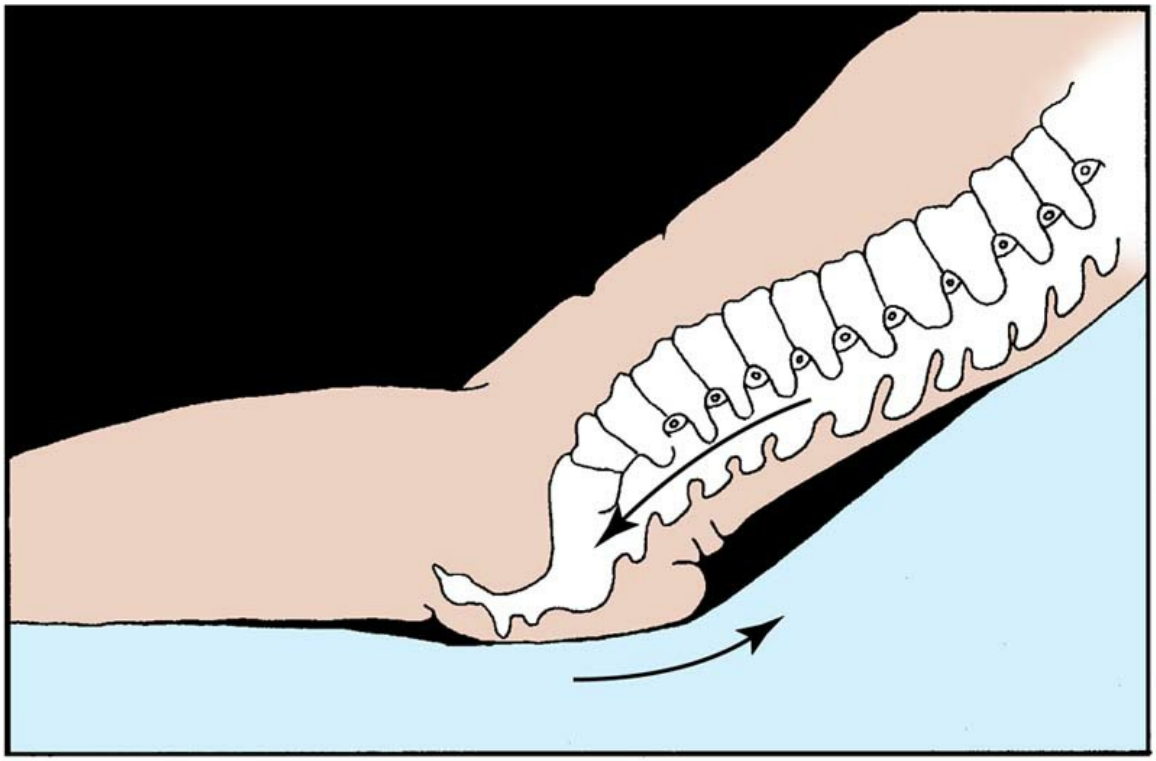


FIGURA 48-3 Cisalhamento exercido na área sacral.

Atrito

A força de duas superfícies movendo-se uma através da outra, como a

força mecânica exercida quando a pele é arrastada sobre uma superfície grossa, como a roupa de cama, é chamada **atrito** (WOCN, 2010). Ao contrário das lesões por cisalhamento, as lesões por atrito afetam a epiderme ou a camada superior da pele. A pele desnuda fica vermelha e dolorida e às vezes é referida como *queimadura de lençol*. A lesão por atrito ocorre em pacientes que estão inquietos, naqueles que têm movimentos incontroláveis, como condições espásticas e naqueles cuja pele é arrastada em vez de erguida da superfície da cama durante as mudanças de posição ou transferência para uma maca.

Umidade

A presença e duração de umidade na pele aumenta o risco de formação de úlcera. A umidade reduz a resistência da pele para outros fatores físicos como a força de pressão e/ou de cisalhamento. A umidade prolongada suaviza a pele, tornando-a mais suscetíveis a danos. Os pacientes imobilizados que são incapazes de realizar sua própria higiene precisam depender de enfermeiras para manter a pele seca e intacta. A umidade da pele origina-se da drenagem de ferida, transpiração excessiva e incontinência fecal ou urinária.

Classificação das Lesões por Pressão

Como enfermeiro, você precisa realizar um histórico de enfermagem inicial de uma lesão por pressão utilizando parâmetros sistemáticos. A seguir, você avaliará a intervalos regulares para determinar o *status* e o progresso rumo à cicatrização da ferida e planejar as intervenções apropriadas. A avaliação inclui a localização da ferida, a profundidade do envolvimento do tecido (estadiamento), o tipo e o percentual aproximado do tecido no leito da ferida, as dimensões da ferida (se houver tratos sinusais e encapsulação), descrição do exsudato (se houver odor) e a condição da pele ao redor.

Um método para a avaliação de uma lesão por pressão é o uso de um sistema de estadiamento. Os sistemas de estadiamento das lesões por pressão são fundamentados na descrição da profundidade da perda tecidual. O estadiamento preciso exige conhecimento das

camadas da pele. Uma grande desvantagem de um sistema de estadiamento é que você não pode estadiar uma úlcera coberta com tecido necrótico, porque este está cobrindo a profundidade da úlcera. O tecido necrótico deve ser debridado ou removido a fim de expor a base da ferida para permitir a coleta de dados.

O estadiamento da úlcera de pressão descreve a profundidade da lesão por pressão no ponto da coleta. Desse modo, uma vez que você tenha estadiado a lesão por pressão, essa fase perdura mesmo durante a cicatrização. As lesões por pressão não progridem de um estágio III para um estágio I; pelo contrário, uma úlcera de estágio III demonstrando sinais de cicatrização é descrita como uma úlcera por pressão do estágio III em cicatrização (Pieper, 2016). O NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014) desenvolveram diretrizes práticas clínicas para as lesões por pressão e avançaram o sistema de classificação/estadiamento a seguir. O NPUAP usa o termo *estadiamento* e o grupo europeu usa o termo *categoria*, ambos descrevendo o mesmo parâmetro do histórico de enfermagem.

Categoria/Estágio I: Vermelhidão não Branqueável

A pele intacta apresenta vermelhidão não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Descoloração da pele, calor, edema, dureza ou dor também podem estar presentes. A pele com pigmentação escura pode não ter o branqueamento visível, mas sua coloração pode ser diferente da área circundante. A área pode estar dolorida, firme, suave, mais quente ou mais fria em comparação ao tecido adjacente. A Categoria I pode ser difícil de detectar em indivíduos com tons de pele escura. Isso pode indicar pessoas "em risco" (Fig. 48-4, *A*).

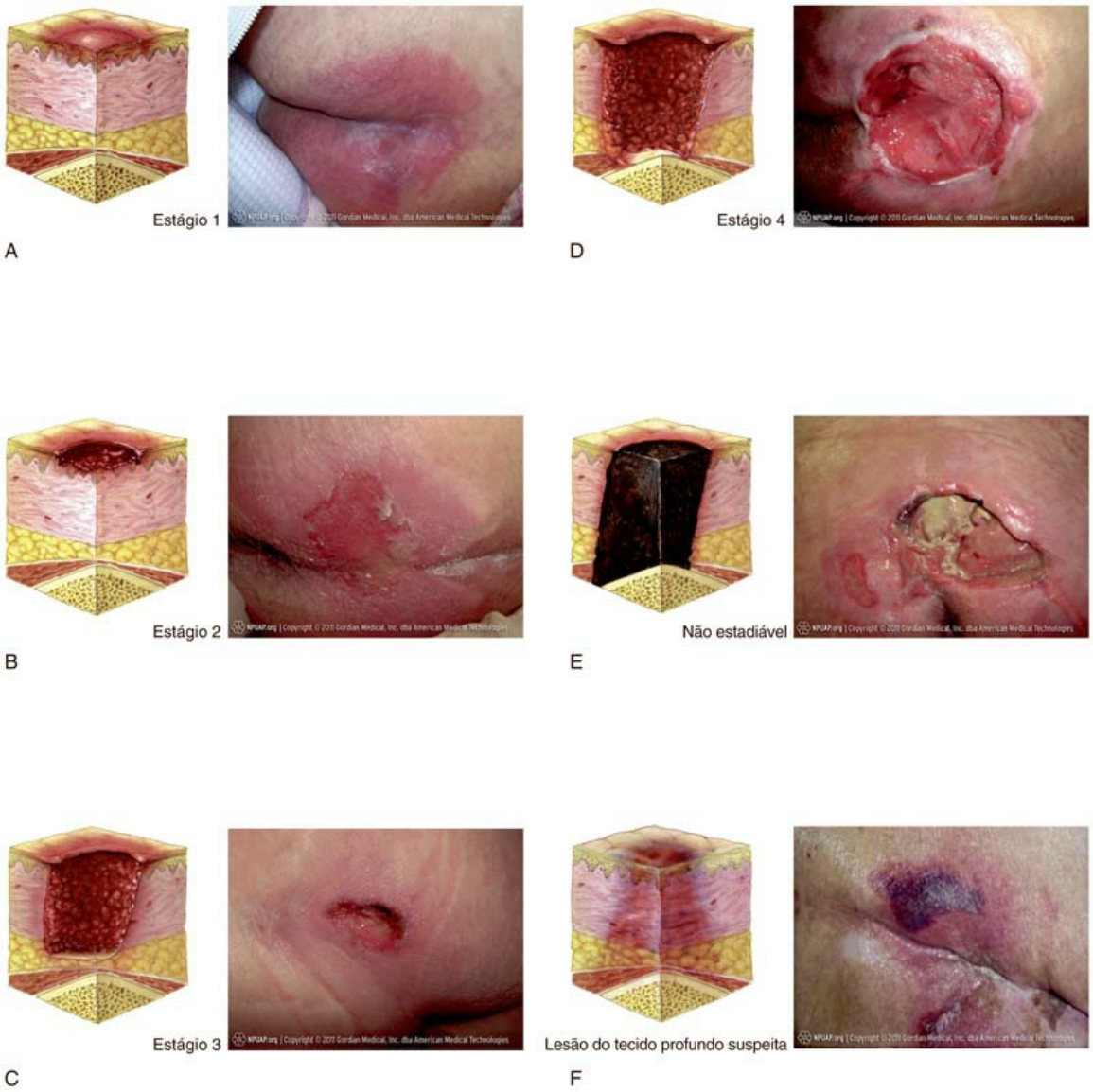


FIGURA 48-4 Diagrama dos estágios. **A**, Lesão por pressão de estágio I. **B**, Lesão por pressão estágio II. **C**, Lesão por pressão estágio III. **D**, Lesão por pressão estágio IV. **E**, Ferida não estadiável. **F**, Lesão do tecido profundo suspeita. (Usado com permissão do National Pressure Ulcer Advisory Panel. Copyright ©NPUAP.)

Categoria/Estágio II: Espessura Parcial

A perda parcial da espessura da derme apresenta-se como uma úlcera superficial e aberta com um leito da ferida vermelho-róseo sem esfacelo. Também pode apresentar-se como uma bolha cheia de soro

ou de secreção serossanguínea, intacta ou aberta/rompida. Apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou hematoma (Fig. 48-4, *B*). A presença de hematomas indica lesão do tecido profundo. Essa categoria não deve ser usada para descrever as dilacerações cutâneas, queimaduras de esparadrapo, dermatite associada à incontinência, maceração ou escoriação.

Categoria/Estágio III: Perda da Espessura Total da Pele

Na perda da espessura total do tecido, a gordura subcutânea pode ser visível; porém o osso, o tendão e o músculo *não* são expostos. Pode haver esfacelo, mas não obscurece a profundidade da perda tecidual. Isso *pode* incluir a enfraquecer e encapsular. A profundidade de uma úlcera por pressão de categoria/estágio III varia pela localização anatômica. A ponte do nariz, orelha, occipital e maléolo não têm tecido subcutâneo (adiposo); e as úlceras de categoria/estágio III podem ser superficiais. Em contrapartida, as áreas de adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão de categoria/estágio III extremamente profundas. O osso/tendão não é visível ou diretamente palpável (Fig. 48-4, *C*).

Categoria/Estágio IV: Perda da Espessura Total do Tecido

Na perda da espessura total do tecido com osso, tendão ou músculo exposto, a gordura subcutânea pode estar visível; porém o osso, tendão e músculo *não* são expostos. Pode haver esfacelo ou escara. Muitas vezes inclui enfraquecimento e encapsulação. A profundidade de uma lesão por pressão de categoria/estágio IV varia conforme a localização anatômica. A ponte do nariz, orelha, occipital e maléolo não têm tecido subcutâneo (adiposo); e essas úlceras podem ser superficiais. As úlceras de categoria/estágio IV podem estender-se para as estruturas musculares e/ou de suporte (p.ex., fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite ou osteíte. O osso/músculo exposto é visível ou diretamente palpável

(Fig. 48-4, *D*).

Não Estadiável/não Classificada: Perda da Espessura Total da Pele ou do Tecido — Profundidade Desconhecida

A perda da espessura total do tecido em que a profundidade real de uma úlcera é completamente obscurecida pelo esfacelo (amarelo, bege, cinza, verde ou marrom) e/ou escara (bege, marrom ou preta) no leito da ferida não é estadiável. Até que o esfacelo e/ou escara suficiente sejam removidos para expor a base de uma ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada; porém será uma categoria/estágio III ou IV. A escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou **flutuação**) nos calcanhares serve como "a cobertura natural (biológica) do corpo" e não deve ser removida (Fig. 48-4, *E*).

Lesão do Tecido Profundo Suspeita — Profundidade Desconhecida

A lesão do tecido profundo suspeita é uma área localizada roxa ou marrom da pele intacta descolorida ou uma bolha cheia de sangue causada por uma lesão do tecido mole subjacente causada por pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida pelo tecido que está dolorida, firme, mole, pantanosa, mais quente ou mais fria em comparação ao tecido adjacente. A lesão do tecido profundo pode ser difícil de detectar em indivíduos com tons de pele escura. Pode começar como uma bolha fina sobre um leito da ferida escura. A ferida pode evoluir ainda mais e ficar coberta por uma fina escara. A evolução pode ser rápida, expondo camadas adicionais de tecido, mesmo com tratamento ideal (Fig. 48-4, *F*).

As diretrizes NPUAP, EPUAP, PPPIA (2014) sugerem que, ao conduzir um histórico de enfermagem de pele em um indivíduo com pele de pigmentação escura, priorizar a avaliação da temperatura da pele, do edema e da alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante. Os aspectos adicionais da avaliação da pele escura

estão no Quadro 48-3.

Quadro 48-3

Aspectos culturais do cuidado

Impacto da Cor da Pele

A detecção de cianose e outras alterações na cor da pele em pacientes é uma habilidade clínica importante. No entanto, essa detecção torna-se um desafio em pacientes de pele escura (Nix, 2016). Existem preocupações sobre a incapacidade dos profissionais em descrever com precisão o início da lesão por pressão ou da lesão por pressão em pessoas com pele de pigmentação escura (Henderson et al., 1997). Cianose é "uma descoloração da pele ligeiramente cinzenta-azulada do tipo ardósia ou roxa-escura causada pela presença de pelo menos 5 g de hemoglobina reduzida no sangue arterial." A diferenciação da cor da cianose varia de acordo com a pigmentação da pele. Em pacientes de pele escura você precisa saber o tom de pele predominante do indivíduo. Você não deve confundir a hiperpigmentação normal das manchas mongólicas que são vistas no sacro de pacientes africanos, nativos americanos e asiáticos com cianose. Observe a pele do paciente à luz do dia sem brilho intenso. O Gaskin Nursing Assessment of Skin Color (GNASC) é uma ferramenta útil para a coleta de dados para a identificação de alterações na cor da pele que aumentam o risco do paciente para úlceras de pressão (Gaskin, 1986).

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- É difícil, porém possível detectar cianose em pacientes de pele escura.
- Esteja ciente das situações que produzem mudanças no tom de pele, como uma iluminação inadequada.
- Examine os locais do corpo com menos melanina, como debaixo

do braço, para identificação da cor subjacente (Nix, 2016).

- Ao realizar uma coleta de dados cutânea em um indivíduo com pele de pigmentação escura, priorize a coleta da temperatura da pele, do edema e da mudança na consistência do tecido em relação aos tecidos circundantes (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

Você precisa avaliar o tipo de tecido na base de uma ferida; em seguida, use essas informações para planejar as intervenções adequadas. A avaliação inclui a quantidade (percentual) e aspecto (cor) do tecido viável e não viável. O **tecido de granulação** é o tecido vermelho e úmido composto por novos vasos sanguíneos, cuja presença indica a progressão rumo à cicatrização. O tecido mole amarelo ou branco é característico do **esfacelo** (substância fibrosa ligada ao leiro da ferida), e deve ser removido por um médico qualificado ou com o uso de um curativo apropriado antes de a ferida poder cicatrizar. O tecido preto, marrom, bege ou necrótico é a **escara** que precisa ser removida antes que a cicatrização possa prosseguir.

A medição do tamanho da ferida fornece mudanças gerais em dimensões, que é um indicador de progresso da cicatrização (Nix, 2016). Isso inclui medir o comprimento e a largura de uma ferida, assim como determinar sua profundidade.

O **exsudato** da ferida deve descrever a quantidade, cor, consistência e odor da drenagem da ferida e é parte da sua coleta de dados. Exsudato em excesso indica a presença de infecção. A pele ao redor da ferida (periferida) deve ser avaliada. Examine a área periferida quanto à vermelhidão, calor e sinais de maceração e apalpe a área em busca de sinais de dor ou induração. A presença de qualquer um desses fatores na pele periferida indica deterioração da ferida.

Classificações da Ferida

Uma **ferida** é um rompimento da integridade e função dos tecidos do corpo (Borges, 2012). É importantíssimo que o enfermeiro saiba que *nem todas as feridas são criadas de maneira igual*. É importante entender a etiologia de uma ferida, porque o tratamento para isso varia de acordo

com o processo da doença subjacente.

Há muitas maneiras de classificar as feridas. Os sistemas de classificação delas descrevem o *status* de integridade cutânea, a causa da ferida, a gravidade ou extensão da lesão ou dano tecidual, a limpeza da ferida (Tabela 48-1) e as qualidades descritivas do tecido da ferida, como a cor (Fig. 48-5). A classificação da ferida permite que um enfermeiro compreenda os riscos associados a ela e as implicações para a cicatrização.

Tabela 48-1

Classificação de Feridas

Descrição	Causas	Implicações para a Cicatrização
Início e Duração		
Agudo(a)		
Ferida que procede por meio de um processo reparador ordenado e oportuno que resulta na restauração sustentada da integridade anatômica e funcional	Trauma Incisão cirúrgica	As bordas da ferida são limpas e intactas.
Crônico(a)		
Ferida que não consegue prosseguir por meio de um processo ordenado e oportuno para produzir a integridade anatômica e funcional	Comprometimento vascular, inflamação crônica ou insultos repetitivos ao tecido (Doughty e Sparks-Defriese, 2016)	A exposição continuada ao insulto impede a cicatrização da ferida.
Processo de Cicatrização		
Primeira Intenção		
Ferida que está fechada	Incisão cirúrgica Ferida que está suturada ou grampeada	A cicatrização ocorre por epitelização; cicatriza rapidamente com formação mínima de cicatrizes.
Segunda Intenção		
As bordas da ferida não são aproximadas	Lesões por pressão, feridas cirúrgicas que têm perda	A ferida cicatriza pela formação de tecido de

	tecidual ou contaminação	granulação, contração da ferida e epitelização.
Intenção Terciária		
A ferida que é deixada aberta por vários dias; em seguida, as bordas da ferida são aproximadas (Fig. 48-4, *C*).	Feridas que estão contaminadas e exigem observação em busca de sinais de inflamação	O fechamento da ferida é adiado até o risco da infecção ser resolvido (Doughty e Sparks-Defriese, 2016).

FIGURA 48-5 Feridas classificadas pela coleta de dados da cor. **A**, Ferida preta. **B**, Ferida amarela. **C**, Ferida vermelha. **D**, Ferida de cor mista. (**A** e **D** Cortesia Scott Health Care — A Mölnlycke Company, Filadélfia, PA; B e C de Bryant RA, Nix DP, editores: *Acute and chronic wounds: current management concepts*, ed 5, St Louis, 2016, Elsevier.)

Processo de Cicatrização da Ferida

A cicatrização da ferida envolve processos fisiológicos integrados. As camadas de tecido envolvidas e sua capacidade de regeneração determinam o mecanismo de reparo para qualquer ferida (Doughty e

Sparks-Defriese, 2016).

As feridas podem ser classificadas pela extensão da perda de tecido: as feridas de espessura parcial, que envolvem apenas uma perda parcial das camadas da pele (epiderme e camadas dérmicas superficiais); e as feridas de espessura total, que envolvem a perda total de camadas da pele (epiderme e derme) (Doughty e Sparks-DeFriese, 2016). As feridas de espessura parcial são superficiais em profundidade, úmidas e doloridas; e a base da ferida geralmente aparece vermelha. Uma ferida de espessura total estende-se até a camada subcutânea, e a profundidade e o tipo de tecido variam, dependendo da localização no corpo. A importância de determinar se a espessura de uma ferida é parcial ou total está no mecanismo de cicatrização. Uma ferida de espessura parcial cicatriza por regeneração; e uma ferida de espessura total, formando um novo tecido, é um processo que pode demorar mais que a cicatrização de uma ferida de espessura parcial.

Uma incisão cirúrgica limpa é um exemplo de uma ferida com pouca perda tecidual. A incisão cirúrgica cicatriza por **primeira intenção** (Fig. 48-6, *A*). As bordas de pele são **aproximadas** ou fechadas, e o risco de infecção é baixo. A cicatrização ocorre rapidamente, com formação mínima de cicatrizes, contanto que a infecção e o colapso secundário sejam evitados (Doughty e Sparks-Defriese, 2016). Em contrapartida, uma ferida que envolve a perda tecidual, como uma queimadura, úlcera de pressão ou laceração grave cicatriza por **segunda intenção**. A ferida é deixada aberta até ser preenchida pelo tecido cicatricial. Leva mais tempo para uma ferida cicatrizar por segunda intenção; assim, a chance de infecção é maior. Se as cicatrizes da segunda intenção forem graves, a perda da função tecidual costuma ser permanente (Fig. 48-6, *B*).

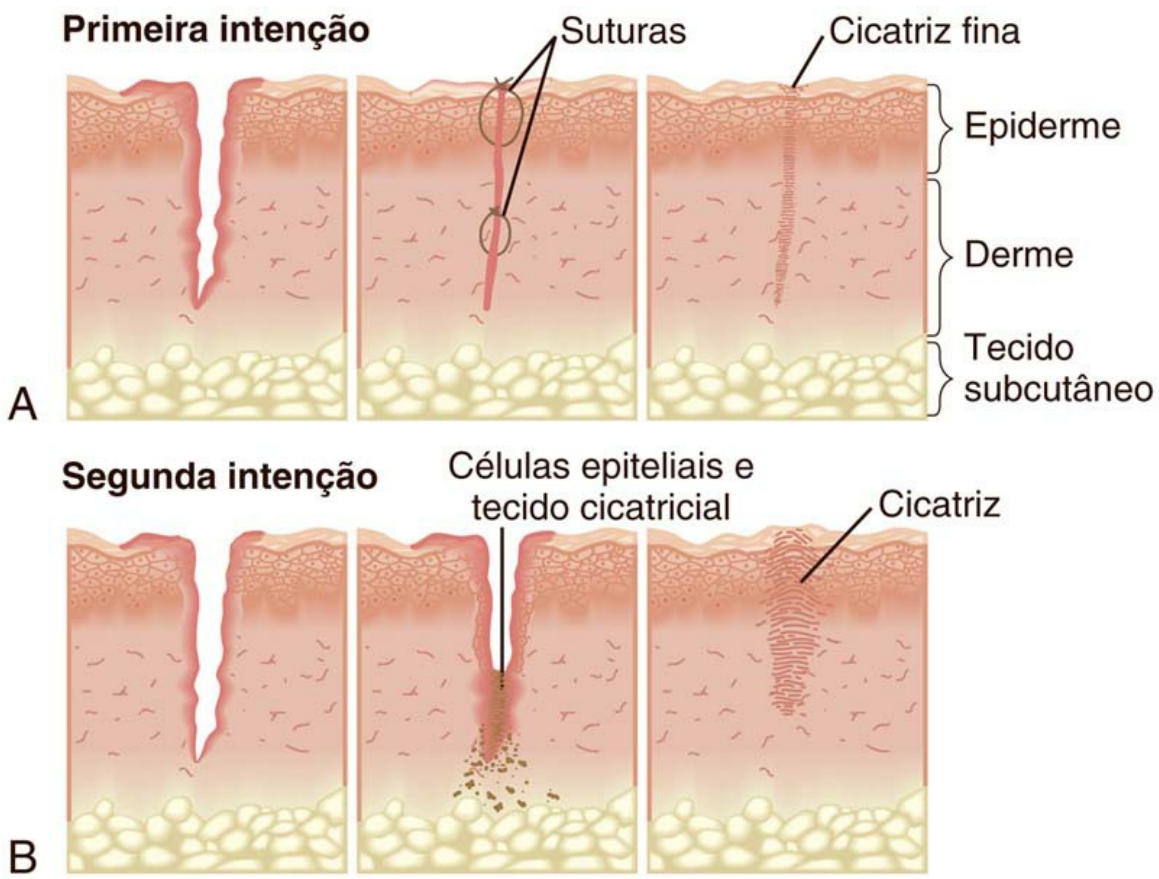


FIGURA 48-6 **A**, Cicatrização por primeira intenção como uma incisão cirúrgica. As bordas da ferida em cicatrização são puxadas juntas e aproximadas com suturas ou grampos, e a cicatrização ocorre por deposição do tecido conjuntivo. **B**, Cicatrização por segunda intenção. As bordas da ferida não são aproximadas, e a cicatrização ocorre pela formação de tecido de granulação e contração das bordas da ferida. (De Black JM, Hawks JH: *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcomes*, ed 8, St Louis, 2009, Mosby.)

Reparo da Ferida

As feridas de espessura parcial são superficiais, envolvendo a perda da epiderme e a possível perda da derme. Essas feridas cicatrizam por regeneração, porque a epiderme regenera-se. Um exemplo de uma ferida de espessura parcial é um arranhão ou uma abrasão. As feridas de espessura total estendem-se até a derme e cicatrizam pela formação de cicatriz porque as estruturas mais profundas não se regeneram. As

lesões por pressão são um exemplo de feridas de espessura total.

Reparo da Ferida de Espessura Parcial

Três componentes estão envolvidos no processo de cicatrização de uma ferida de espessura parcial: resposta inflamatória; proliferação epitelial (reprodução) e migração; e restabelecimento das camadas epidérmicas.

O trauma tecidual provoca a *resposta inflamatória* que, por sua vez, causa vermelhidão e inchaço na área com uma quantidade moderada de exsudato seroso. Essa resposta geralmente é limitada para as primeiras 24 horas após o ferimento. As células epiteliais começam a se regenerar, fornecendo novas células para substituir as células perdidas. A *proliferação e migração epitelial* começam tanto nas bordas da ferida quantos nas células epidérmicas que revestem os apêndices epidérmicos, permitindo o rápido ressurgimento. As células epiteliais começam a migrar através o leito de uma ferida, logo após o ferimento ocorrer. Uma ferida deixada aberta para arejar pode ressurgir no prazo de 6 a 7 dias, ao passo que aquela que é mantida úmida pode ressurgir em 4 dias.

A diferença na taxa de cicatrização está relacionada com o fato de que as células epidérmicas apenas migram por uma superfície úmida. Em uma ferida seca, as células migram para baixo em um nível úmido antes da migração ocorrer (Doughty e Sparks-Defriese, 2016). O novo epitélio tem apenas algumas células de espessura e deve passar por *restabelecimento das camadas epidérmicas*. As células lentamente restabelecem a espessura normal e se parecem como um tecido seco, róseo.

Reparo da Ferida de Espessura Total

As quatro fases envolvidas no processo de cicatrização de uma ferida de espessura total são hemostasia, inflamatória, proliferativa e maturação.

Hemostasia

Uma série de eventos projetados para controlar a perda de sangue,

estabelecer o controle bacteriano e selar o defeito ocorre quando há uma lesão. Durante a **hemostasia**, os vasos sanguíneos lesionados se contraem, e as plaquetas se reúnem para parar o sangramento. Os coágulos formam uma matriz de **fibrina** matriz que, posteriormente, fornece uma estrutura para o reparo celular.

Fase Inflamatória

Na fase inflamatória, o tecido danificado e os mastócitos secretam histamina, resultando em vasodilatação dos capilares circundantes e no movimento/migração de soro e leucócitos para os tecidos danificados. Isso resulta em vermelhidão localizada, edema, calor e latejamento. A resposta inflamatória é benéfica, e não há nenhum valor na tentativa de esfriar a área ou reduzir o inchaço, a menos que o inchaço ocorra dentro de um compartimento fechado (p.ex., tornozelo ou pescoço).

Os leucócitos (glóbulos brancos) alcançam uma ferida dentro de algumas horas. O leucócito de ação primária é o neutrófilo, que começa a ingerir bactérias e pequenos detritos. O segundo leucócito importante é o monócito, que se transforma em macrófago. Os macrófagos são as "células-lixo", que limpam a ferida das bactérias, células mortas e detritos por fagocitose. Os macrófagos continuam o processo de limpeza dos detritos de uma ferida e de liberação dos fatores de crescimento que atraem os fibroblastos, células que sintetizam o colágeno (tecido conjuntivo). O colágeno aparece logo no segundo dia e é o principal componente do tecido cicatricial.

Em uma ferida limpa, a fase inflamatória estabelece um leito de ferida limpo. A fase inflamatória será prolongada se muito pouca inflamação ocorrer, como em uma doença debilitante, tais como o câncer ou após a administração de esteroides. Muita inflamação também prolonga a cura, porque as células que chegam competem pelos nutrientes disponíveis. Um exemplo é uma infecção da ferida em que os requisitos de energia metabólica aumentada presentes em uma ferida infectada competem pela ingestão de calorias disponíveis.

Fase Proliferativa

Com o aparecimento de novos vasos sanguíneos à medida que a reconstrução progride, a fase proliferativa começa e dura de 3 a 24 dias. As principais atividades durante essa fase são o preenchimento de uma ferida com tecido de granulação, contração da ferida e ferida ressurgindo por **epitelização**. Os fibroblastos estão presentes nessa fase e são as células que sintetizam o colágeno, proporcionando a matriz de granulação. O colágeno se mistura com o tecido de granulação para formar uma matriz que suporta a reepitelização. Ele fornece resistência e integridade estrutural a uma ferida. Durante esse período, uma ferida se contrai para reduzir a área que requer a cicatrização. Por fim, as células epiteliais migram pelas bordas da ferida para ressurgir. Em uma ferida limpa, a fase proliferativa realiza o seguinte: o leito vascular é restabelecido (tecido de granulação), a área é preenchida com tecido de reposição (colágeno, contração e tecido de granulação) e a superfície é reparada (epitelização). O comprometimento da cicatrização durante essa fase normalmente resulta de fatores sistêmicos, como idade, anemia, hipoproteína e deficiência de zinco.

Maturação

Maturação, a fase final da cicatrização, às vezes ocorre por mais de um ano, dependendo da profundidade e extensão da ferida. A cicatriz de colágeno continua a reorganizar e ganhar força por vários meses. No entanto, uma ferida cicatrizada geralmente não tem a força elástica do tecido que substitui. As fibras de colágeno são submetidas à remodelação ou reorganização antes de assumir sua aparência normal. Quase sempre, o tecido cicatricial contém menos células pigmentadas (melanócitos) e tem uma cor mais clara que a pele normal e, em indivíduos de pele escura, ele pode ser mais altamente pigmentado que a pele circundante.

Complicações da Cicatrização de Feridas

Hemorragia

Hemorragia, ou sangramento do local ferida, é normal durante e imediatamente após o trauma inicial. A hemostasia ocorre dentro de alguns minutos, a menos que os grandes vasos sanguíneos estejam envolvidos ou o paciente tenha função de coagulação ruim. A hemorragia que ocorre após a hemostasia indica uma sutura cirúrgica deslizada, um coágulo desalojado, infecção ou erosão de um vaso sanguíneo por um objeto estranho (p.ex., um dreno). A hemorragia ocorre externa ou internamente. Por exemplo, se uma sutura cirúrgica escorrega de um vaso sanguíneo, o sangramento ocorre internamente dentro dos tecidos, e não há nenhum sinal visível de sangue, a menos que um dreno cirúrgico esteja presente. Um dreno cirúrgico pode ser inserido em tecidos sob uma ferida para remover o fluido que se acumula nos tecidos subjacentes.

Você detecta hemorragia interna ao procurar por distensão ou inchaço da parte do corpo afetada, uma mudança no tipo e na quantidade de drenagem de um dreno cirúrgico, ou sinais de choque hipovolêmico. Um **hematoma** é uma coleção localizada de sangue sob os tecidos. Aparece como um inchaço, mudança de cor, sensação ou calor que muitas vezes leva a uma descoloração azulada. Um hematoma perto de uma grande artéria ou veia é perigoso, porque a pressão do hematoma em expansão obstrui o fluxo sanguíneo.

A hemorragia externa é óbvia. Você observa curativos cobrindo uma ferida para a drenagem de sangue. Se o sangramento for extenso, o curativo logo se tornará saturado e frequentemente drenará o sangue debaixo do curativo e se acumulará sob o paciente. Observe todos os ferimentos de perto, sobretudo os ferimentos cirúrgicos, em que o risco de hemorragia é grande durante as primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia ou lesão.

Infecção

A infecção da ferida é a segunda infecção associada aos cuidados de saúde mais comum (nosocomial) (Cap. 29). Todas as feridas têm algum nível de carga bacteriana; poucas são infectadas (Stotts, 2016b). A infecção da ferida está presente quando os microrganismos

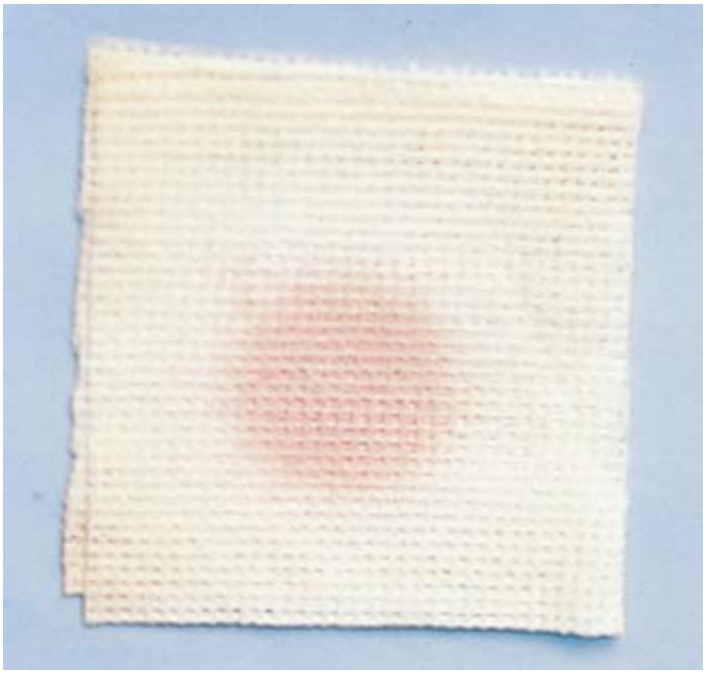
invadem os tecidos da ferida. Os sinais clínicos locais de infecção da ferida podem incluir eritema; aumento da quantidade de drenagem da ferida; mudança na aparência da drenagem da ferida (espessa, mudança de cor, presença de odor); e calor, dor ou edema periferida. Um paciente pode ter febre e um aumento na contagem de leucócitos. Testes laboratoriais, como uma cultura da ferida, biópsia do tecido ou cultura do esfregaço, podem ser feitos para avaliar a ferida quanto à infecção. As infecções bacterianas inibem a cicatrização.

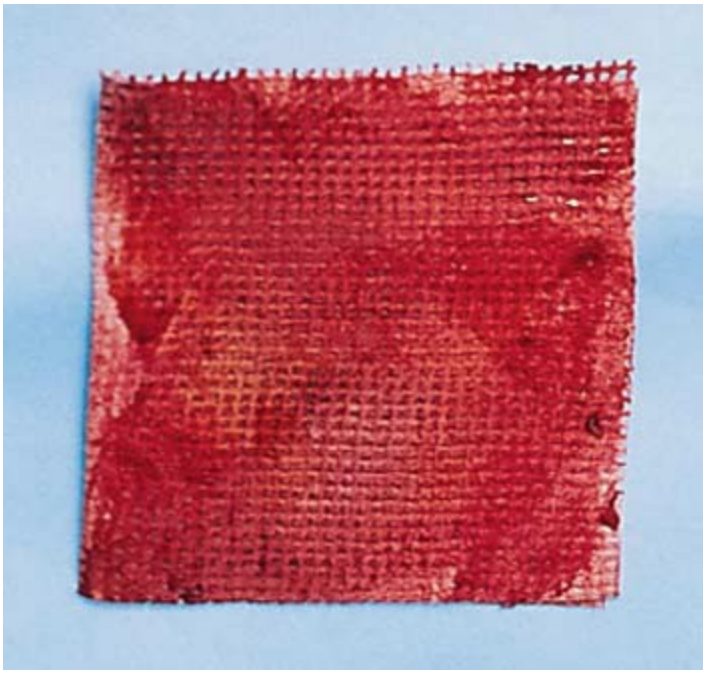
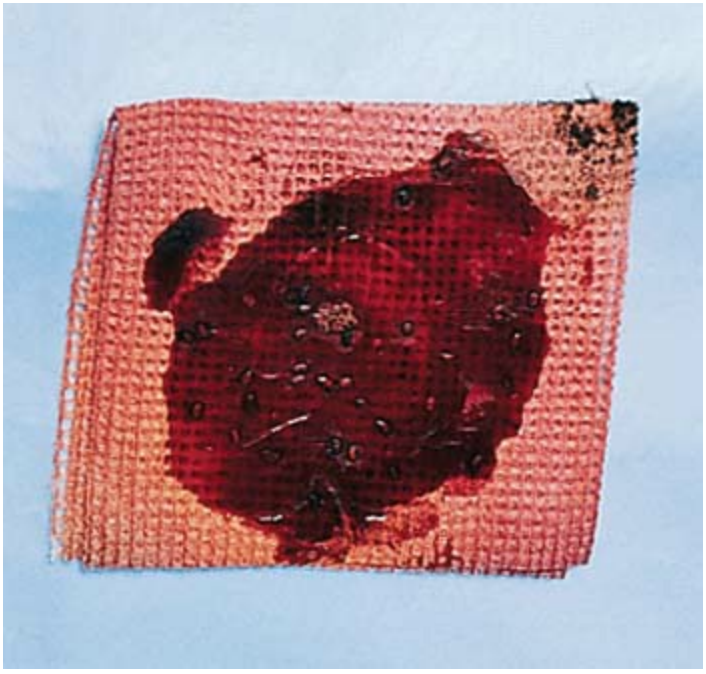
Algumas feridas contaminadas ou traumáticas mostram sinais de infecção no início, dentro de 2 a 3 dias. Uma infecção cirúrgica geralmente não se desenvolve até o quarto ou quinto dia após a operação. Um paciente tem febre, sensibilidade e dor no local da ferida, e uma contagem elevada de leucócitos. As bordas dela aparecerão inflamadas. Se houver drenagem, estará mal cheirosa e **purulenta**, o que causa uma cor amarela, verde ou marrom, dependendo do organismo causador (Tabela 48-2).

Tabela 48-2

Tipos de Drenagem da Ferida

Tipo	Aspecto
Serosa	Plasma claro, aquoso

	
Purulenta	Espesso, amarelo, verde, bege ou marrom
Serossanguíneo	Pálido, cor-de-rosa, aquoso; mistura de fluido claro e vermelho

	
Sanguínea	Vermelho brilhante; indica hemorragia ativa 

Deiscência

Quando uma incisão não cicatriza corretamente, as camadas da pele e

do tecido se separam. Isso é mais comum ocorrer antes da formação de colágeno (3 a 11 dias após a lesão). **Deiscência** é a separação parcial ou total das camadas da ferida. Um paciente que está em risco de má cicatrização de feridas (p.ex., estado nutricional ruim, infecção) corre risco de deiscência. Pacientes obesos têm um maior risco de deiscência de ferida por causa da tensão constante colocada sobre as feridas e qualidades ruins de cicatrização do tecido adiposo (Pierpont et al., 2014). A deiscência pode acontecer em feridas cirúrgicas abdominais e ocorre após uma súbita tensão, como tosse, vômito ou sentar-se na cama. Os pacientes frequentemente relatam a sensação como se algo tivesse se soltado. Quando há um aumento na drenagem serossanguínea de uma ferida nos primeiros dias após a cirurgia, esteja alerta para a possibilidade de deiscência.

Evisceração

Com a separação total das camadas de ferida, a **evisceração** (protrusão de órgãos viscerais, através de uma abertura de ferida) ocorre. A condição é uma emergência que requer reparo cirúrgico. Quando a evisceração ocorre, um enfermeiro coloca a gaze estéril embebida em soro fisiológico sobre os tecidos extrudados para reduzir as chances de invasão bacteriana e secagem dos tecidos. Se os órgãos projetarem-se através da ferida, o fornecimento de sangue para os tecidos pode ser comprometido. A presença de uma evisceração é uma emergência cirúrgica. Imediatamente, coloque a gaze estéril úmida sobre o local, entre em contato com a equipe cirúrgica, não permita ao paciente nada por via oral, observe os sinais e sintomas de choque e prepare o paciente para cirurgia de emergência.

Base de conhecimento de enfermagem

Previsão e Prevenção de Lesões por Pressão

Um aspecto importante dos cuidados de enfermagem é a manutenção da integridade cutânea. Intervenções de cuidados da pele consistentes e planejadas são determinantes para garantir o cuidado de alta qualidade. Sempre que estiver em contato direto com um paciente, observe a pele quanto a rachaduras ou integridade cutânea comprometida. A integridade cutânea comprometida ocorre a partir da pressão prolongada (p.ex., ficar deitado na mesma posição, ou atrito de dispositivos externos), incontinência fecal ou urinária, e/ou imobilidade, levando ao desenvolvimento de lesões por pressão.

Uma lesão por pressão é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, como resultado de pressão ou pressão em combinação com cisalhamento. Inúmeros fatores contribuintes ou desconcertantes também estão associados às lesões por pressão; a significância desses fatores ainda precisa ser explicada (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

Avaliação do Risco

Vários instrumentos estão disponíveis para avaliar pacientes que estão em risco de desenvolver uma lesão por pressão. Ao identificar pacientes em risco, você é capaz de criar intervenções e poupar pacientes com pouco risco para o desenvolvimento de lesão por pressão do tratamento preventivo desnecessário e, às vezes, dispendioso. A prevenção e o tratamento de lesões por pressão são grandes prioridades de enfermagem. A incidência das lesões por pressão em um centro de enfermagem ou clínica é um importante indicador da qualidade dos cuidados. Existem evidências de que um programa de prevenção guiada pela avaliação de risco diminui simultaneamente a incidência institucional das lesões por pressão em até 60% e reduz os custos de prevenção ao mesmo tempo (Berry et al., 2013). Várias escalas de avaliação de riscos desenvolvidas por

enfermeiros permitem a avaliação sistemática do risco dos pacientes. A Escala de Braden é a ferramenta mais utilizada de avaliação de risco para lesões por pressão e está nas diretrizes WOCN (2010) como sendo uma ferramenta válida para a avaliação de risco da lesão por pressão. A Escala de Braden (Tabela 48-3) foi desenvolvida com base em fatores de risco em uma população de uma casa de repouso (Braden e Bergstrom, 1994) e é amplamente utilizada em unidades de cuidados gerais de pacientes em hospitais. No entanto, a Escala de Braden mostrou a validade preditiva insuficiente e pouca precisão em discriminar pacientes de cuidados intensivos em risco para o desenvolvimento de lesões por pressão (Hyun et al., 2013). As pesquisas envolvendo pacientes de cuidados intensivos continuam. A Escala de Braden contém seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e atrito/cisalhamento. O escore total varia de 6 a 23; um escore total inferior indica um maior risco de desenvolvimento de lesão por pressão (Braden e Bergstrom, 1989). O escore de corte para o início do risco de lesão por pressão com a Escala de Braden na população adulta geral é 18 (Ayello et al., 2012). A pesquisa mostrou que o escore de corte para o início do risco em pacientes da UTI é de 13 (Hyun et al., 2013).

Tabela 48-3

Escala de Braden para Prever o Risco de Lesão por Pressão

Nome do Paciente_____ Nome do Avaliador_____ Data da Avaliação_____				
Percepção Sensorial				
Capacidade de responder de forma significativa ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada Não responsiva (sem gemido, estremecimento ou aperto) aos estímulos dolorosos causados pelo nível diminuído da consciência ou sedação *ou* Capacidade	2. Muito limitada Responde apenas aos estímulos dolorosos Não pode comunicar o desconforto, exceto por gemidos ou inquietação, *ou* Tem comprometimento sensorial que limita a	3. Ligeiramente limitada Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou necessidade de se virar *ou* Tem certo comprometimento sensorial que	4. Se co Re co N ex

	limitada para sentir dor sobre a maior parte da superfície corporal	capacidade de sentir dor ou desconforto sobre metade do corpo	limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em um ou dois membros	
Umidade				
Grau em que a pele é exposta à umidade	1. Constantemente úmida Pele mantida úmida quase constantemente por eliminação corporal, como transpiração ou urina Umidade detectada sempre que o paciente é movido ou virado	2. Úmida Pele, muitas vezes, mas nem sempre, úmida Necessário trocar a roupa de cama pelo menos uma vez por turno	3. Ocasionalmente úmida Pele ocasionalmente úmida, exigindo uma troca extra da roupa de cama aproximadamente uma vez ao dia	4. Ra P T
Atividade				
Grau de atividade física	1. Acamado Confinado à cama	2. Confinado à cadeira Capacidade de andar gravemente limitada ou inexistente Não pode suportar o próprio peso e/ou deve ser ajudado para sentar na cadeira ou na cadeira de rodas	3. Anda ocasionalmente durante o dia, mas em distâncias muito curtas, com ou sem ajuda Passa maior parte de cada turno na cama ou na cadeira	4. Ar fre A
Mobilidade				
Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imóvel Não faz nem mesmo pequenas alterações na posição do corpo ou dos membros sem ajuda	2. Muito limitada Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou dos membros, mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas de maneira independente	3. Ligeiramente limitada Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou dos membros de maneira independente	4. Se Fa
Nutrição				
Padrão de ingestão de alimentos	1. Muito ruim Nunca come uma refeição completa;	2. Provavelmente inadequada Raramente come	3. Adequada Come mais de metade da maioria das refeições;	4. Ex C

comum	raramente come mais de $^{1}/_{3}$ de qualquer alimento oferecido; come duas porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia Ingestão inadequada de líquidos; não toma um suplemento dietético líquido *ou* Está em NPO e/ou mantido em líquidos claros ou IV por mais de 5 dias	uma refeição completa e costuma comer apenas cerca de metade de qualquer alimento oferecido A ingestão de proteínas inclui somente 3 porções de carne ou laticínio ao dia; ocasionalmente toma um suplemento dietético *ou* Recebe menos que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda	come um total de quatro porções de proteínas (carne, laticínios) todos os dias Ocasionalmente, recusa uma refeição, mas costuma tomar um suplemento se oferecido *ou* Está em um regime de alimentação por sonda ou de nutrição parenteral total que provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	O N

Atrito e Cisalhamento

	1. Problema Requer ajuda moderada à máxima para mover-se; elevação completa sem deslizar contra os lençóis impossível Frequentemente desliza para baixo na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento frequente com máxima assistência Espasticidade, contraturas ou agitação levam a atrito quase constante.	2. Possível problema Move-se debilmente ou requer assistência mínima; durante uma movimentação, a pele provavelmente desliza em certa medida contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos Mantém relativamente boa posição na cadeira ou na cama na maioria das vezes, mas ocasionalmente desliza para baixo	3. Nenhum problema aparente Move-se na cama e na cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento Mantém boa posição na cama ou na cadeira em todos os momentos	**ESCOR**

© Copyright 1988. Usado com permissão de Barbara Braden, PhD, RN, Professor, Creighton University School of Nursing, Omaha, Nebraska e Nancy Bergstrom, Professor, University of Texas-Houston, School of Nursing, Houston, Texas, http://www.bradenscale.com.

Prevenção

A prevenção de lesões por pressão é uma prioridade no cuidado de pacientes e não está limitado àqueles com restrições de mobilidade. A integridade cutânea comprometida geralmente não é um problema em indivíduos saudáveis e imobilizados, mas é um problema grave e potencialmente devastador em pacientes doentes ou debilitados (WOCN, 2010).

Consequências Econômicas das Lesões por Pressão

As lesões por pressão são um problema contínuo em contextos de cuidados agudos e reparadores. Para os pacientes adultos com lesões por pressão, 56,5% tinham 65 anos ou mais (WOCN, 2010). Paralisia e lesão da medula espinal são condições preexistentes comuns entre jovens adultos com diagnóstico primário das lesões por pressão. Adultos mais velhos admitidos em centros de cuidados agudos e de longo prazo são uma população vulnerável. Em um estudo examinando a intervenção precoce dos pacientes de alto risco admitidos no departamento de emergência em um centro de cuidados agudos, a prevenção precoce teve 81% de probabilidade de ser rentável (Pham, 2011).

Quando uma lesão por pressão ocorre, o tempo de permanência em um hospital e o custo total dos cuidados de saúde aumentam. O custo real do tratamento é difícil de estimar. Aproximadamente 1,6 milhões de pacientes ao ano, em contextos de cuidados agudos, desenvolve lesões por pressão, o que representa um custo de 11 a 17,2 bilhões de dólares para o sistema de saúde dos Estados Unidos (Pieper, 2016). Embora seja difícil identificar os números exatos de lesões por pressão e o número de pacientes com lesões por pressão, a ocorrência de lesões por pressão é dispendiosa para os pacientes em termos de sofrimento, dor e sofrimento. A ocorrência de lesões por pressão também é onerosa para instituições de cuidados de saúde e os pagadores terceirizados. O Centers for Medicare e Medicaid Services (CMS) implantou uma política eficaz em 1° de outubro de 2008 por meio da qual os hospitais já não recebem reembolso adicional para cuidados relacionados com oito condições, incluindo as lesões por

pressão de estágio III e IV que ocorrem durante a internação. Essa política foi posta em prática para fornecer incentivos adicionais para os hospitais melhorarem a qualidade dos cuidados. Usar diretrizes como as WOCN (WOCN, 2010) ajuda a reduzir ou eliminar a ocorrência de lesões por pressão e evitar as despesas que não serão reembolsadas.

Fatores que Influenciam a Formação de Lesão por Pressão e a Cicatrização de Feridas

A integridade cutânea comprometida resultando em lesões por pressão é, principalmente, o resultado da pressão. No entanto, fatores adicionais, incluindo força de cisalhamento, atrito, umidade, nutrição, perfusão tecidual, infecção e idade, aumentam o risco do paciente para o desenvolvimento de lesão por pressão e de feridas mal cicatrizadas.

Nutrição

Para pacientes enfraquecidos ou debilitados pela doença, a terapia nutricional é especialmente importante. Um paciente que foi submetido à cirurgia (Cap. 50) e está bem nutrido ainda exige pelo menos 1.500 kcal/dia para manutenção nutricional. Alternativas como alimentação enteral (Cap. 45) e nutrição parenteral (Cap. 45) estão disponíveis para pacientes incapazes de manter uma ingestão de alimentos normal.

A cicatrização normal exige uma nutrição adequada (Tabela 48-4). Deficiências em qualquer um dos nutrientes resultam em cicatrização comprometida ou retardada (Stotts, 2016a). Os processos fisiológicos de cicatrização dependem da disponibilidade de proteínas, vitaminas (sobretudo A e C) e do rastreamento dos minerais zinco e cobre. O colágeno é uma proteína formada por aminoácidos adquiridos por fibroblastos da proteína ingerida na alimentação. A vitamina C é necessária para a síntese de colágeno. A vitamina A reduz os efeitos negativos dos esteroides na cicatrização de feridas. Os elementos-traço também são necessários (i.e., zinco para epitelização e síntese do

colágeno e cobre para ligação da fibra de colágeno).

Tabela 48-4
Papel dos Nutrientes Selecionados na Cicatrização de Feridas

Nutriente	Papel na Cicatrização	Recomendações	Fontes
Calorias	Combustível para a energia celular "Proteção proteica"	30–35 kcal/kg/dia (indivíduos que estão abaixo do peso ou têm perda de peso não intencional significativa podem precisar de calorias adicionais).	
Proteína	Fibroplasia, angiogênese, formação de colágeno e remodelamento da ferida, função imunológica	1,25–1,5 g proteína/kg de peso corporal	Aves, peixes, ovos, carne bovina
Vitamina C (ácido ascórbico)	Síntese de colágeno, integridade da parede capilar, função fibroblásticos, função imunológica, antioxidante	1.000 mg/dia	Frutas cítricas, tomates, batatas, sucos de frutas fortificadas
Vitamina A	Epitelização, fechamento da ferida, resposta inflamatória, angiogênese, formação de colágeno Pode reverter os efeitos de esteroides na pele e retardar cicatrização	1.600–2.000 equivalentes de retinol ao dia	Vegetais de folhas verdes (espinafre), brócolis, cenoura, batata-doce, fígado
Zinco	Formação de colágeno, síntese proteica, membrana celular e defesas do hospedeiro	15-30 mg Corrige deficiências Nenhuma melhora na cicatrização de feridas com suplementação, a menos que haja deficiência de zinco Use com cautela — grandes doses podem ser tóxicas Pode inibir o metabolismo do cobre e comprometer a função imunológica	Vegetais, carnes, legumes
Líquido	Ambiente líquido essencial para todas as funções celulares	30–35 mL/kg/dia	Utilize líquidos descafeinados, não alcoólicos, sem açúcar Água é melhor — 6 a 8 copos/dia

Adaptado de Stotts NA: Nutritional assessment and support. Em Bryant RA, Nix

DP, editores: *Acute and chronic wounds: current management concepts*, ed 5, St Louis, 2016a, Elsevier.

As calorias fornecem a fonte de energia necessária para suportar a atividade celular de cicatrização de feridas. Necessidades de proteína, especialmente, são aumentadas e são essenciais para o reparo e crescimento tecidual. Uma ingestão equilibrada de vários nutrientes (i.e., proteína, gordura, carboidratos, vitaminas e minerais) é fundamental para auxiliar a cicatrização de feridas. Providenciar 30 a 35 kcal/kg de peso corporal para adultos com uma lesão por pressão que são avaliados como estando em risco de desnutrição (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).

Proteínas séricas são indicadores bioquímicos de desnutrição (Stotts, 2016a). Albumina sérica é provavelmente o mais medido desses parâmetros laboratoriais. A albumina sozinha não é sensível a mudanças rápidas no estado nutricional. A transferrina também avalia o estado proteico, mas sozinha não determina a desnutrição. A melhor medida do estado nutricional é a prealbumina, porque reflete não apenas o que o paciente ingeriu, como também o que o corpo absorveu, digeriu e metabolizou (Stotts, 2016a).

Perfusão Tecidual

O oxigênio alimenta as funções celulares essenciais para o processo de cicatrização; portanto, a capacidade de perfundir os tecidos com quantidades adequadas de sangue oxigenado é fundamental para a cicatrização (Doughty e Sparks-Defriese, 2016). Os pacientes com doença vascular periférica estão em risco de perfusão tecidual ruim por causa da má circulação. Os requisitos de oxigênio dependem da fase de cicatrização de feridas (p.ex., a hipóxia tecidual crônica está associada à síntese de colágeno comprometida e à resistência tecidual reduzida à infecção).

Infecção

A infecção da ferida prolonga a fase inflamatória; atrasa a síntese de colágeno; impede a epitelização; e aumenta a produção de citosinas

pró-inflamatórias, que leva à destruição tecidual adicional (Stotts, 2016b). As indicações de que uma infecção de ferida está presente incluem a presença de drenagem purulenta; mudança no odor, volume ou característica da drenagem da ferida; vermelhidão no tecido circundante; febre; ou dor.

Idade

O aumento da idade afeta todas as fases da cicatrização de feridas. Uma diminuição no funcionamento do macrófago leva a uma resposta inflamatória atrasada, síntese de colágeno atrasada e epitelização mais lenta.

Impacto Psicossocial das Feridas

O impacto psicossocial das feridas no processo fisiológico de cicatrização é desconhecido. Alterações da imagem corporal muitas vezes impõem um grande estresse nos mecanismos adaptáveis de um paciente. Elas também influenciam o autoconceito (Cap. 34) e a sexualidade (Cap. 35). Os fatores que afetam a percepção de um paciente de uma ferida incluem a presença de cicatrizes, pontos, drenos (muitas vezes necessários por semanas ou meses), odor da drenagem e instrumentos protéticos temporários ou permanentes.

Pensamento crítico

O pensamento crítico bem-sucedido requer uma síntese do conhecimento, experiência, informações coletadas dos pacientes, atitudes de pensamento crítico bem como padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos exigem um enfermeiro para antecipar as informações necessárias, analisar os dados e tomar decisões a respeito do atendimento ao paciente. O pensamento crítico está sempre mudando. Durante a avaliação (Fig. 48-7), considere todos os elementos construídos para fazer diagnósticos de enfermagem adequados.

Conhecimento

- Patogênese das lesões por pressão
- Fatores que contribuem com a formação de lesão por pressão ou cicatrização ruim.
- Fatores que contribuem com a cicatrização de feridas
- Impacto do processo da doença subjacente na integridade cutânea
- Impacto da medicação na integridade cutânea e na cicatrização de feridas

Experiência

- Cuidar dos pacientes com integridade cutânea comprometida ou feridas
- Observação da cicatrização normal

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Identificar o risco do paciente para o desenvolvimento de integridade cutânea comprometida ou cicatrização ruim
- Identificar os sinais e sintomas associados à integridade cutânea comprometida ou cicatrização ruim
- Examinar a pele do paciente quanto ao comprometimento real na integridade cutânea

Normas

- Aplicar as normas intelectuais de exatidão, relevância, completude e precisão ao obter o histórico de saúde concernente ao tratamento da integridade cutânea e da ferida
- Conhecimento das normas das Diretrizes de Prática Clínica NPUAP, EPUAP e PPPIA WOCN (2010) para a prevenção de úlceras de pressão
- Conhecimento das normas para a avaliação do risco para integridade cutânea comprometida e para prevenção e tratamento

Atitudes

- Usar a disciplina para obter dados completos e corretos a respeito da pele do paciente e/ou integridade da ferida
- Demonstrar a responsabilidade de coletar amostras apropriadas para testes de diagnóstico e laboratoriais relacionados com o tratamento da ferida

FIGURA 48-7 Modelo de pensamento crítico para histórico de enfermagem sobre a integridade cutânea e cuidados da ferida. *WOCN*, Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society.

Ao cuidar de pacientes que têm integridade cutânea comprometida e feridas crônicas, integre os conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, experiências anteriores e informações coletadas de pacientes para entender o risco à integridade cutânea e cicatrização de feridas. Conhecimento da fisiologia musculoesquelética normal, a patogênese das lesões por pressão, os estágios de úlcera por pressão, cicatrização normal de feridas e a fisiopatologia das doenças subjacentes permitem que você tenha uma base científica para o atendimento. A WOCN (2010) tem diretrizes para a coleta de dados do risco para a integridade cutânea comprometida, medidas de prevenção, intervenções para promover a cicatrização e outras normas de prática, que você deve usar no planejamento do atendimento. A experiência anterior com pacientes em risco de integridade cutânea comprometida ou com pacientes com feridas aumenta a base de conhecimento experimental, ajudando você a identificar as intervenções. Por fim, você precisa ser disciplinado durante a coleta de dados para obter dados abrangentes e corretos. Você também precisa ser criativo. Como as feridas crônicas são difíceis de cicatrizar, seja diligente na avaliação das intervenções de enfermagem e ao determinar quais intervenções são eficazes e quais precisam de modificação.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico no atendimento de seus pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para você desenvolver e implantar um plano individualizado de atendimento.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de histórico de enfermagem, faça a avaliação cuidadosa de cada paciente e analise criticamente os achados para garantir que você tome decisões clínicas centradas no paciente necessárias para os cuidados de enfermagem seguros. A avaliação básica e contínua fornece informações essenciais sobre a integridade cutânea de um paciente e o risco aumentado para o desenvolvimento de lesão por pressão. Concentrar-se em elementos específicos, como o nível de sensação, movimento e estado de continência de um paciente, ajuda a orientar a avaliação da pele (Quadro 48-4).

Quadro 48-4 Perguntas para a Coleta de Dados de Enfermagem

Sensação

- Você tem formigamento, sensação reduzida ou sensação ausente em seus membros ou em qualquer outra região?
- Sua pele é sensível ao calor ou ao frio?

Mobilidade

- Você tem alguma limitação física, lesão ou paralisia que limita sua capacidade de mover-se sozinho?
- Você consegue mudar de posição facilmente?
- O movimento é doloroso?

Continência

- Você tem algum problema ou acidente ao urinar ou defecar?
- De que ajuda você precisa para ir ao banheiro? Em que sentido?
- Com que frequência você vai ao banheiro? Durante o dia? À noite?

Presença de Ferida

- O que causou a ferida?
- Quando a ferida ocorreu? Onde está localizada?
- Quando você recebeu uma injeção antitetânica?
- O que aconteceu a essa ferida desde sua ocorrência?
- Quais foram as mudanças e o que as causaram?
- Quais tratamentos, atividades ou cuidados reduziram ou ajudaram a cicatrização da ferida? Há alguma necessidade especial para essa ferida cicatrizar?
- Você sente dor, coceira ou outros sintomas com a ferida? Como você está tratando a coceira e o que funciona melhor para você?
- Quem ajuda você a cuidar de sua ferida?

Através dos Olhos do Paciente

Quando os pacientes têm feridas agudas cirúrgicas ou traumáticas, as feridas às vezes cicatrizam imediatamente e sem complicações. No entanto, quando as lesões por pressão ou as feridas crônicas desenvolvem, a duração do tratamento é demorada e dispendiosa. Como um paciente e a família precisam estar envolvidos com o tratamento da ferida, é importante conhecer as expectativas de um paciente. O paciente espera ter cuidados domiciliares? Há a expectativa de que paciente vai se curar para voltar rapidamente ao trabalho? Um paciente que tem metas realistas e é informado sobre o período para a cicatrização da ferida é mais propenso a aderir às terapias específicas projetadas para promover a cicatrização e evitar a ruptura da pele. Portanto, é importante avaliar a percepção de cada

paciente sobre o que está ocorrendo com as intervenções de cicatrização da ferida. Por exemplo, por que é que certos curativos estão sendo usados e como eles funcionam? Como enfermeiro, você quer determinar a compreensão de um paciente e de sua família sobre a avaliação da ferida; intervenções da ferida; e intervenções de apoio, como posicionamento, nutrição e deambulação.

Pele

Realize a avaliação sobre a pele de um paciente quando você iniciar os cuidados e, depois, no mínimo uma vez por turno (consulte as políticas da clínica). Entretanto, os pacientes em alto risco têm avaliações de pele mais frequentes, como a cada 4 horas. Avalie a pele quanto a sinais de ruptura e/ou desenvolvimento de úlcera (Procedimento 48-1). O paciente neurologicamente comprometido; o paciente cronicamente doente em cuidados de longa duração; o paciente com estado mental alterado; aqueles que estão na unidade de terapia intensiva (UTI), oncologia, *hospice* ou unidades ortopédicas; e os pacientes com instrumentos médicos aumentaram o potencial para o desenvolvimento de úlceras de pressão.

A avaliação quanto a danos de pressão do tecido inclui inspeção visual e tátil da pele. Realize uma coleta de dados básica para determinar as características normais da pele do paciente e de todas as áreas de ruptura reais ou potenciais. Individualize as características de avaliação da pele de um paciente, dependendo de seu tom de pele (NPUAP, EUPAP, PPPIA, 2014, Sommers, 2011). A avaliação precisa dos pacientes com pigmentação mais escura da pele é um procedimento essencial para todos os médicos (Nix, 2016). As características da avaliação da pele mais escura estão nos Quadros 48-2 e 48-3.

Preste muita atenção às áreas localizadas sobre proeminências ósseas; próximas de instrumentos médicos; e sob gessos, tração, talas, cintas, colares ou outros aparelhos ortopédicos. A frequência dos controles de pressão varia de acordo com o calendário de aplicação do aparelho e da resposta da pele à pressão externa (Fig. 48-8). Considere os adultos com instrumentos médicos (p.ex., sondas, sistemas de

drenagem e dispositivos de oxigênio) como pacientes em risco para lesões por pressão (Black et al., 2010; 2015). Evite posicionar o indivíduo diretamente em instrumentos médicos (NPUAP, EUPAP, PPPIA, 2014). Além disso, avalie cuidadosamente a pele exposta à fita adesiva ou outros instrumentos adesivos, que causam lesões cutâneas e teciduais e aumentam o risco para o desenvolvimento de lesão por pressão (McNichol et al., 2013).

FIGURA 48-8 Formação de lesão por pressão no calcanhar resultante da pressão externa do colchão da cama. (Cortesia de Janice Colwell, RN, MS, CWOCN, FAAN, Clinical Nurse Specialist, University of Chicago Medicine.)

Quando observar hiperemia, palpe delicadamente o tecido avermelhado; diferencie se a vermelhidão da pele é branqueável ou não branqueável. O eritema branqueável é uma vermelhidão visível da pele que se torna branca quando a pressão é aplicada e fica avermelhada quando a pressão é aliviada. Pode resultar da hiperemia reativa normal que deve desaparecer dentro de algumas horas ou do

eritema inflamatório com um leito capilar intacto. O eritema não branqueável é uma vermelhidão visível da pele que persiste com a aplicação de pressão. Indica um dano estrutural ao leito/microcirculação capilar. Essa é uma indicação para uma lesão por pressão de categoria/estágio I (NPUAP, EUPAP, PPPIA, 2014).

Faça uso da inspeção visual e tátil sobre as áreas do corpo mais frequentes ao risco para desenvolvimento de lesões por pressão (Fig. 48-9). Por exemplo, quando um paciente deita na cama ou se senta em uma cadeira, ele coloca o peso corporal pesadamente sobre certas proeminências ósseas. Vire o paciente na cama para inspecionar a pele e, uma vez que você retornar um paciente de uma cadeira para a cama, observe todas as áreas expostas à pressão. As superfícies do corpo sujeitas ao maior peso ou pressão estão em maior risco para a formação de úlcera de pressão.

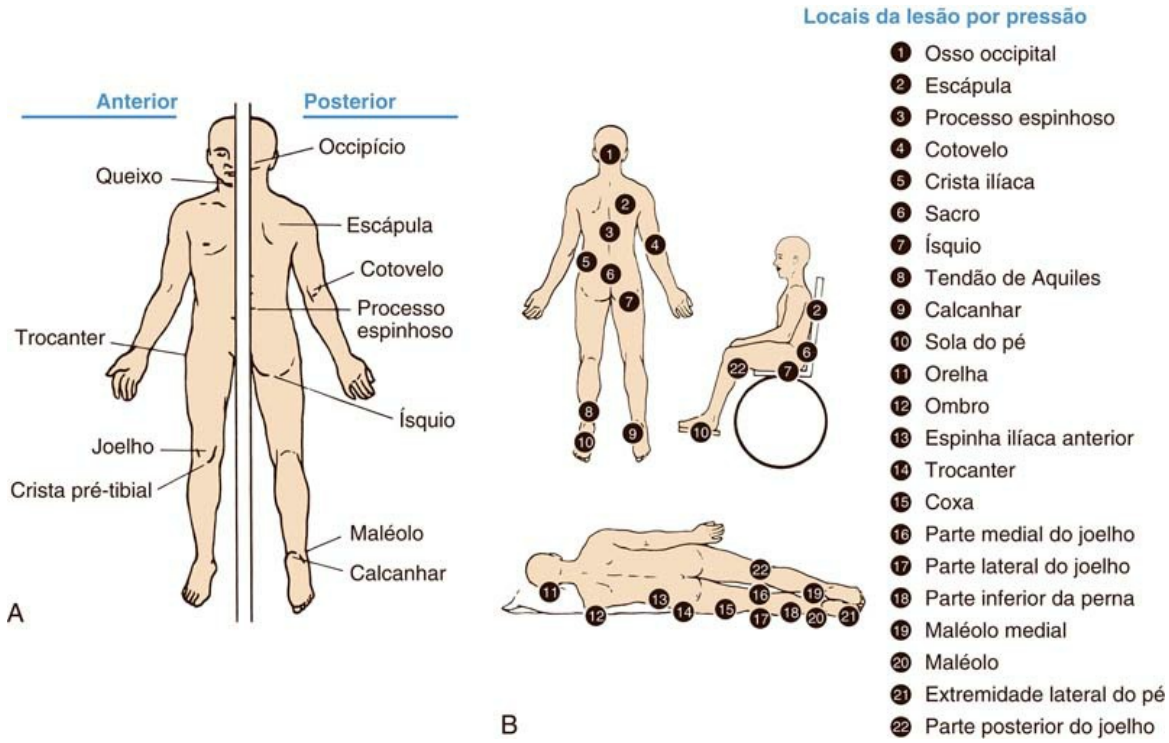


FIGURA 48-9 **A**, Proeminências ósseas mais sujeitas à lesão por pressão. **B**, Locais da úlcera de pressão. (Modificado de Trelease CC: Developing standards for wound care, *Ostomy Wound Manage* 20:46, 1988.)

Lesões por Pressão

As lesões por pressão têm múltiplos fatores etiológicos. Reveja a seção anterior nas páginas 1187-1189 para avaliação do estadiamento da lesão por pressão quando uma é identificada. A avaliação para o risco de lesão por pressão inclui usar uma medida preventiva adequada e avaliar a mobilidade, nutrição, presença de fluidos corporais e nível de conforto do paciente (Procedimento 48-1 nas pp.1221-1223).

Medidas Preditivas

Na admissão a hospitais de cuidados agudos e reabilitação, lares de idosos, cuidados domiciliares e outros centros de saúde, os indivíduos precisam ser avaliados para o risco de desenvolvimento de lesão por pressão (WOCN, 2010). Realize a avaliação para o risco de lesão por pressão sistematicamente (WOCN, 2010). Use uma ferramenta de avaliação, como a Escala de Braden (Tabela 48-3) ou uma ferramenta de preferência de sua clínica. A interpretação do significado dos escores numéricos totais difere com cada escala de avaliação de riscos relevante à sua população. Os escores numéricos mais baixos na Escala de Braden indicam que o paciente está em alto risco para solução de continuidade da pele. Um benefício dos instrumentos preditivos é aumentar a detecção precoce do enfermeiro de pacientes em maior risco para o desenvolvimento de lesão. Uma vez que você identificar esses pacientes, institua intervenções adequadas para manter a integridade cutânea e implantar estratégias de prevenção (WOCN, 2010). Realize uma nova avaliação para o risco de lesão por pressão de maneira programada.

Mobilidade

A avaliação inclui documentar o nível de mobilidade e os possíveis efeitos da mobilidade prejudicada na integridade cutânea. Documentar a avaliação sobre a mobilidade inclui obter dados a respeito da qualidade do tônus e força muscular. Por exemplo, determine se o paciente é capaz de levantar o seu peso fora da área sacral e rolar o corpo para uma posição lateral. Alguns pacientes têm

uma amplitude de movimento inadequada para mover-se de maneira independente em uma posição mais protetora. Por fim, avalie a tolerância de atividade de um paciente para determinar se ele pode ser transferido para uma cadeira ou deambular mais vezes para aliviar a pressão de ficar deitado (Cap. 39).

Você deve avaliar a mobilidade como parte dos dados de referência. Se um paciente tem algum grau de independência de mobilidade, reforce a frequência das mudanças de posição e medidas para aliviar a pressão. A frequência das mudanças de posição baseia-se na avaliação contínua da pele e é revisada à medida que os dados alteram.

Estado Nutricional

Uma avaliação do estado nutricional dos pacientes é parte integrante dos dados da avaliação inicial para todos os pacientes, sobretudo aqueles em risco de integridade cutânea comprometida (Stotts, 2016a). A Joint Comission (2008, 2015) recomenda avaliação nutricional dentro de 24 horas da admissão. A desnutrição é um fator de risco para desenvolvimento de lesão por pressão (Litchford et al., 2014). Pese o paciente e realize essa medida mais frequentemente nos pacientes em risco. Uma perda de 5% do peso habitual, peso inferior a 90% do peso corporal ideal e uma diminuição de 4,5 kg em um breve período são sinais de problemas nutricionais reais ou potenciais (Stotts, 2016a). Avalie também o apetite do paciente e as preferências alimentares para determinar quais escolhas alimentares podem ser adicionadas para melhor complementar a dieta. Avalie a boca e a pele do paciente quanto a sinais de deficiências nutricionais (Cap. 45).

Fluidos Corporais

A exposição contínua da pele aos fluidos corporais aumenta o risco de um paciente para solução de continuidade da pele e formação de lesão por pressão. Alguns fluidos corporais, como saliva e drenagem serossanguínea, não são tão cáusticos para a pele, e o risco de solução de continuidade da pele a partir da exposição a esses fluidos é baixo. No entanto, a exposição à urina, bile, fezes, líquido ascítico e exsudato da ferida purulenta carregam um risco moderado para ruptura da

pele, sobretudo em pacientes que têm outros fatores de risco, como doença crônica ou desnutrição. A exposição à drenagem gástrica e pancreática tem um risco maior de ruptura da pele. Esses fluidos têm qualidades digestivas que podem irritar e romper a pele rapidamente. É importante prevenir e reduzir a exposição do paciente aos fluidos corporais; quando a exposição ocorre, providencie uma higiene meticulosa e cuidados com a pele.

Dor

A pesquisa significativa tem sido realizada no estudo da dor em pacientes cirúrgicos com feridas. A avaliação de rotina da dor em pacientes cirúrgicos é fundamental para selecionar terapias adequadas de tratamento da dor e para determinar a capacidade de um paciente para progredir em direção à recuperação (Cap. 50). Até recentemente, tem havido pouca pesquisa sobre dor e lesões por pressão. A WOCN (2010) recomendou que a avaliação e o tratamento da dor sejam incluídos no atendimento de pacientes com lesões por pressão (NPUAP, EUPAP, PPPIA, 2014). Utilize as ferramentas de avaliação de dor padrão para medir a acuidade de dor e seja minucioso ao avaliar a característica da dor de um paciente (Cap. 44). Manter o controle da dor e o conforto adequado do paciente aumenta a vontade e a capacidade do paciente em aumentar a mobilidade, o que, por sua vez, reduz o risco de lesão por pressão.

Feridas

As feridas devem ser avaliadas de forma contínua: no momento da lesão, durante os cuidados da ferida, quando o estado geral do paciente muda e quase sempre de acordo com a programação. Independentemente do ambiente, é importante obter informações no início sobre a causa e histórico da ferida, tratamento e descrição da mesma bem resposta à terapia (Quadro 48-4).

Ambiente de Emergência

Você vê as feridas em qualquer ambiente, incluindo clínicas, departamentos de emergência, acampamentos juvenis ou no seu

próprio quintal. O tipo de ferida determina os critérios para a inspeção. Por exemplo, você não precisa inspecionar sinais de hemorragia interna após uma abrasão, mas deve inspecionar no caso de uma ferida por punção. Quando você julgar a condição de um paciente como estável devido à presença de respiração espontânea, uma via respiratória clara e um forte pulso da carótida (Caps. 30 e 41), inspecione a ferida para hemorragia. Uma **abrasão** é superficial com pouco sangramento e é considerada uma ferida de espessura parcial. A ferida muitas vezes parece "chorar" por causa do vazamento de plasma dos capilares danificados. Uma **laceração** às vezes pode sangrar mais profusamente, dependendo da profundidade e da localização da ferida. Por exemplo, lacerações menores do couro cabeludo tendem a sangrar profusamente devido ao fornecimento de sangue rico no couro cabeludo. Lacerações maiores que 5 cm de comprimento ou 2,5 cm de profundidade causam sangramento grave. As feridas por **punção** sangram em relação à profundidade, tamanho e localização da ferida (p.ex., um furo de prego não causa tanto sangramento como uma facada). Os principais perigos das feridas por punção são hemorragia interna e infecção.

Inspecione as feridas para corpos estranhos ou material contaminante. As feridas mais traumáticas estão sujas. Terra, vidro quebrado, pedaços de pano e substâncias estranhas presentes em objetos cortantes às vezes ficam incorporados em uma ferida.

O tamanho e profundidade de uma ferida são as próximas etapas da avaliação. Use um instrumento de medição da ferida descartável para medir a largura e o comprimento. Essa abordagem oferece um método uniforme e consistente de medição a fim de facilitar comparações significativas do estado da ferida ao longo do tempo (EPUAP, NPUAP PPPIA, 2014). Meça a profundidade usando um aplicador com ponta de algodão no leito da ferida (Procedimento 48-2). Uma laceração profunda requer sutura. Uma ferida grande, aberta, pode expor o osso ou o tecido que precisa ser protegido.

Quando uma lesão é um resultado de trauma de um objeto penetrante sujo, determine quando o paciente finalmente recebeu uma injeção antitetânica. As bactérias do tétano residem no solo e no

intestino de humanos e animais. Uma injeção antitoxina tetânica é necessária se o paciente não tiver tomado uma nos últimos 10 anos.

Ambiente Estável

Quando a condição de um paciente é estabilizada (p.ex., após a cirurgia ou o tratamento), avalie a ferida para determinar o progresso em direção à cicatrização. Se a ferida estiver coberta por um curativo e o médico não tiver solicitado a troca, não o inspecione diretamente a menos que você suspeite de complicações graves, como um grande volume de sangramento vermelho vivo, odor excessivo ou dor intensa sob o curativo. Nessa situação, inspecione apenas o curativo e quaisquer drenos externos. Se o médico preferir trocar o curativo, ele deve avaliar a ferida pelo menos uma vez ao dia. Ao remover curativos, tenha cuidado para evitar a remoção acidental ou o deslocamento de drenos subjacentes. Como a remoção de curativos pode ser dolorosa, é aconselhável dar um analgésico pelo menos 30 minutos antes de expor uma ferida. Avalie a ferida minuciosamente usando as medidas-padrão.

Aspecto da Ferida

Uma cicatrização de incisão cirúrgica por primeira intenção deve ter bordas limpas e bem aproximadas. Crostas formam-se com frequência ao longo de bordas da ferida do exsudato. Uma ferida por punção normalmente é uma ferida pequena, circular, com as bordas se unindo em direção ao centro. Se uma ferida estiver aberta, as bordas são separadas, e você inspeciona a condição do tecido na base da ferida. As bordas externas de um ferimento normalmente parecem inflamadas nos primeiros 2 a 3 dias, mas isso desaparece lentamente. Dentro de 7 a 10 dias, uma ferida de cicatrização normal ressurge com células epiteliais e as bordas fecham. A Tabela 48-5 lista as características da avaliação para a cicatrização anormal em feridas primárias e secundárias. Se a infecção se desenvolver, a área diretamente ao redor da ferida torna-se brilhantemente inflamada e inchada.

Tabela 48-5

Coleta de Dados da Cicatrização Anormal em Feridas de Primeira e Segunda Intenção

Feridas de Primeira Intenção	Feridas de Segunda Intenção
Linha de incisão mal aproximada	Tecido de granulação pálido ou frágil, leito do tecido de granulação excessivamente seco ou úmido
Drenagem presente mais de 3 dias após o fechamento	Presença de exsudado purulento
Aumento da inflamação nos primeiros 3–5 dias após a lesão	Tecido necrótico ou esfacelo presente na base da ferida
Sem epitelização das bordas da ferida no quarto dia	Epitelização não contínua Odor frutado, terroso ou pútrido presente Presença de fístula(s), encapsulamento, enfraquecimento

Modificado de Stotts NA, Cavanaugh CE: Assessing the patient with a wound, *Home Health Nurse* 17(1):27, 1999.

Em geral, a descoloração da pele resulta da contusão dos tecidos intersticiais ou formação de hematomas. A coleta de sangue sob a pele assume primeiro um aspecto azulado ou arroxeado. Gradualmente, à medida que o sangue coagulado é quebrado, tons de marrom e amarelo aparecem.

Característica da Drenagem da Ferida

Observe a quantidade, a cor, o odor e a consistência da drenagem da ferida. A quantidade de drenagem depende do tipo de ferida. Por exemplo, a drenagem é mínima após uma apendicectomia simples. Em contrapartida, é moderada por 1 a 2 dias após a drenagem de um grande abcesso. Quando você precisa de uma medição precisa da quantidade de drenagem dentro de um curativo, pese o curativo e compare-o com o peso do mesmo curativo que está limpo e seco. A regra geral é que 1g de drenagem é igual a 1 ml de volume da drenagem. Outro método de quantificar a drenagem da ferida é tabular o número de curativos usados e a frequência da mudança. Um aumento ou diminuição do número ou frequência de curativos indica um relativo aumento ou diminuição da drenagem da ferida.

A cor e a consistência da drenagem variam, dependendo dos

componentes. Os tipos de drenagem incluem: **serosa, sanguínea, serossanguínea** e **purulenta** (Tabela 48-2). Se a drenagem tiver um odor pungente ou forte, você deve suspeitar de uma infecção. Descreva o aspecto da ferida de acordo com as características observadas.

Segue um exemplo de um registro preciso:

A incisão abdominal no RLQ tem 5 cm de extensão; bordas bem aproximadas, sem inflamação ou exsudato. Círculo de 1,2 cm diâmetro da drenagem serosa presente em uma gaze de 4 × 4 trocada a cada 8 horas.

Drenos

O cirurgião insere um dreno em uma ferida cirúrgica, ou próximo dela, se houver uma grande quantidade de drenagem. Alguns drenos são suturados no local.

Tenha cuidado ao trocar um curativo em torno de drenos que não estão suturados no local para impedir a remoção acidental. Um dreno de Penrose encontra-se sob um curativo; no momento da colocação de um pino ou clipe ele é colocado através do dreno para evitar que deslize para mais longe em uma ferida (Fig. 48-10). Geralmente, é responsabilidade do médico puxar ou avançar o dreno à medida que a drenagem diminui para permitir a cicatrização profunda dentro do local do dreno. A ferida vai cicatrizar de dentro para fora.

FIGURA 48-10 Dreno de Penrose com curativo.

Avalie o número e o tipo dos drenos, a colocação do dreno, a característica da drenagem e a condição dos equipamentos de coleta. Observe a segurança do dreno e sua localização em relação à ferida. Em seguida, observe a característica da drenagem. Se houver um instrumento de coleta, meça o volume da drenagem. Visto que um sistema de drenagem deve ser permeável, procure pelo fluxo de drenagem através e ao redor da sonda. Uma súbita diminuição na drenagem através da sonda pode indicar um dreno entupido, e você precisa notificar o médico. Quando um dreno está conectado à sucção, avalie o sistema para certificar-se de que a pressão ordenada está sendo exercida. Unidades evacuadoras como um Hemovac ou Jackson-Pratt (Fig. 48-11) exercem uma pressão baixa constante contanto que o instrumento de sucção (bexiga ou recipiente) esteja totalmente comprimido. Esses tipos de instrumentos de drenagem são muitas vezes chamados de *autossucção*. Quando o instrumento de evacuação é incapaz de manter um vácuo por conta própria, notifique o cirurgião, que, então, solicitará um sistema de vácuo secundário (p.ex., sucção de parede). Se o líquido se acumular nos tecidos, a cicatrização de feridas não progredirá a um ritmo ideal, e isso aumentará o risco de infecção.

A

B

FIGURA 48-11 Instrumento de drenagem de Jackson-Pratt. **A**, Tubo de drenagem e reservatório. **B**, Esvaziamento do reservatório de drenagem.

Fechamentos de Feridas

Feridas cirúrgicas são fechadas com grampos, suturas ou adesivos. Um fechamento frequente de pele é o grampo de aço inoxidável. O grampo fornece mais força que as suturas de *nylon* ou seda e tende a causar menos irritação ao tecido. Procure por irritação com vermelhidão ao redor do grampo ou dos locais da sutura e observe se os fechamentos estão intactos. Normalmente, para os primeiros 2 a 3 dias após a cirurgia, a pele ao redor de suturas ou grampos é edematosa, devido à resposta inflamatória normal.

Dermabond é um adesivo tecidual líquido que forma uma ligação forte entre bordas aproximadas da ferida, permitindo que uma cicatrização normal ocorra abaixo. Pode ser usado para substituir pequenas suturas para reparo incisional. Um frasco contendo a solução de Dermabond é usado para aplicar o produto ao tecido aproximado. As bordas da ferida são mantidas juntas até a solução secar, proporcionando um fechamento adesivo. Os adesivos teciduais levam menos tempo para aplicar, têm menor risco de infecção, têm resistência à tração comparável à das suturas e também proporcionam menos dor e ansiedade (Januchowski e Ferguson, 2014).

Palpação da Ferida

Ao inspecionar uma ferida, observe se há inchaço ou separação das bordas da ferida. Usando luvas, pressione levemente as bordas da ferida, detectando áreas localizadas de sensibilidade ou coleta da drenagem. Se a pressão causa expressão fluida, observe a característica da drenagem. Via de regra, o paciente é sensível à palpação das bordas da ferida. Sensibilidade extrema indica infecção.

Culturas da Ferida

Se você detectar uma drenagem purulenta ou de aparência suspeita, relate ao profissional da saúde, porque uma amostra da drenagem

pode precisar ser obtida para cultura. Nunca colete uma amostra de cultura da ferida de uma drenagem velha. As colônias residentes da flora bacteriana da pele crescem dentro do exsudato e nem sempre são os verdadeiros organismos causadores de infecção de uma ferida. Limpe a ferida primeiro com soro fisiológico para remover a flora da pele. Os organismos aeróbios crescem em feridas superficiais expostas ao ar, e os organismos anaeróbicos tendem a crescer dentro de cavidades do corpo. Use um método diferente de coleta do espécime para cada tipo de organismo de acordo com a política da clínica (Quadro 48-5).

Quadro 48-5 Recomendações para as Técnicas Padronizadas para as Culturas de Feridas*

Procedimento de Aspiração por Agulha

- Limpe a pele intacta com uma solução desinfetante para remover a flora da pele. Deixe secar.
- Use uma seringa descartável de 10 mL com uma agulha de calibre 22, puxando 0,5 ml de ar para a seringa.
- Insira a agulha através da pele intacta ao lado da ferida; retire o êmbolo e aplique sucção até a marca de 10 mL.
- Mova a agulha para trás e para frente em ângulos diferentes para duas a quatro explorações.
- Remova e descarte com segurança a agulha, expila o excesso de ar da seringa, tampe e prepare a seringa para o laboratório (Stotts, 2016b).

Procedimento de Esfregaço Quantitativo

- Limpe a superfície da ferida com uma solução não antisséptica para remover a flora da pele. Deixe secar.
- Use um esfregaço estéril de um tubo *culturette* (Fig. 48-12).
- Umedeça o esfregaço com soro fisiológico.
- Gire o esfregaço em 1 cm^2 (0,4 $pol.^2$) do tecido limpo na ferida

aberta. Aplique pressão ao esfregaço para eliciar o fluido tecidual (Stotts, 2016b). Introduza a ponta do esfregaço no recipiente estéril adequado, etiquete e transporte para o laboratório.

Modificado de Stotts NA: Wound infection: diagnosis and management. Em Bryant RA, Nix DP, editores: *Acute and chronic wounds: current management concepts*, ed 5, St Louis, 2016, Elsevier.

* Verifique a política da clínica para determinar a necessidade de obter o pedido médico.

FIGURA 48-12 Tubo *culturette* para a ferida.

Colorações de Gram da drenagem são frequentemente executadas também. Esse teste permite que o médico solicite o tratamento apropriado mais cedo que quando apenas as culturas são feitas. Normalmente, não há necessidade de espécimes adicionais. O laboratório de microbiologia só precisa ser notificado para realizar o

teste adicional.

O padrão de ouro da cultura da ferida é a biópsia do tecido. Um médico ou especialista em cuidados de feridas com treinamento especial obtém a biópsia (Stotts, 2016b).

Psicossocial

Avalie como a ferida está influenciando a autopercepção e a socialização do paciente. Peça ao paciente para descrever como a ferida afeta o modo como vê a si mesmo. O paciente tem medos injustificados de que a ferida não vai cicatrizar? Uma ferida crônica interfere com a vontade do paciente em participar de atividades sociais em casa? Afeta a capacidade do paciente em continuar trabalhando? Certifique-se de que os recursos pessoais e sociais do paciente para adaptação são uma parte de sua avaliação. Há um cuidador familiar capaz de auxiliar com o cuidado da ferida em casa?

◆ Diagnóstico de Enfermagem

O histórico de enfermagem revela agrupamentos de dados para indicar se um diagnóstico de *Integridade Cutânea Prejudicada* está concentrado no problema ou se um diagnóstico de *Risco para Integridade Cutânea Prejudicada* existe. Além disso, os dados do histórico de enfermagem fornecem informações sobre o fator relacionado. Por exemplo, um paciente em pós-operatório tem drenagem purulenta de uma ferida cirúrgica e relata sensibilidade ao redor da área da ferida. Esses dados apoiam um diagnóstico em enfermagem de *Integridade Cutânea prejudicada* relacionada com a infecção (Quadro 48-6). Após concluir o histórico de enfermagem da ferida de um paciente, o enfermeiro identifica os diagnósticos de enfermagem que direcionam as intervenções que serão necessárias para auxiliar a cicatrização de feridas e prevenir complicações.

Quadro 48-6

Processo do Diagnóstico em Enfermagem

Integridade Cutânea Comprometida Relacionada com a Infecção

Atividades de Histórico de enfermagem	Características de Definição
Inspecione a superfície da ferida e da pele periferida.	Quebra na integridade cutânea Drenagem da ferida amarela, com odor fétido Bordas da ferida vermelhas e quentes, não aproximadas Área periferida macerada
Inspecione a ferida para sinais de cicatrização	Drenagem marrom-avermelhada ou bege 5 dias após a cirurgia. Bordas da ferida não aproximadas
Palpe a ferida e pergunte ao paciente se há sensibilidade.	O paciente manifesta dor na palpitação Edema periferida
Obtenha a temperatura, frequência cardíaca, contagem de leucócitos do paciente.	Paciente febril, frequência cardíaca de 125 batimentos/min., contagem de leucócitos 12.000/mm^3

Diversos diagnósticos em enfermagem estão associados à integridade cutânea comprometida e às feridas:

- *Risco de Infecção*
- *Nutrição Desequilibrada: Menor que as necessidades corporais*
- *Dor Aguda ou Crônica*
- *Mobilidade Física Prejudicada*
- *Integridade Cutânea Prejudicada*
- *Risco para Integridade Cutânea Prejudicada*
- *Perfusão Tecidual Periférica Ineficaz*
- *Integridade Cutânea Prejudicada*

Alguns pacientes estão em risco de cicatrização ruim por causa da presença de condições previamente definidas que comprometem a cicatrização. Assim, mesmo que a ferida de um paciente pareça normal, a enfermeira identifica diagnósticos de enfermagem como *Nutrição Prejudicada ou Perfusão Tecidual Periférica Ineficaz* que direcionam os cuidados de enfermagem para ajuda do reparo da ferida.

A natureza de uma ferida pode causar problemas não relacionados

com a cicatrização. Uma alteração no conforto com o diagnóstico de *Dor aguda e Mobilidade Prejudicada* tem implicações para a eventual recuperação do paciente. Por exemplo, uma grande incisão abdominal provoca dor suficiente para interferir na habilidade do paciente em se virar de maneira eficaz na cama, colocando-o em risco para integridade cutânea prejudicada.

◆ Planejamento de Enfermagem

Depois de identificar os diagnósticos de enfermagem, desenvolva um plano de cuidados para um paciente que tem diagnóstico concentrado no problema ou de risco para *Integridade Cutânea Prejudicada*. Durante o planejamento de enfermagem, sintetize as informações de vários recursos (Fig. 48-13). O pensamento crítico garante que o plano de cuidados do paciente integre tudo o que você sabe sobre os elementos do pensamento individuais e fundamentais. As normas profissionais são especialmente importantes para considerar quando você desenvolver um plano de cuidados.

Conhecimento

- Papel de outros médicos no cuidado de pacientes com feridas
- Efeito das opções de tratamento específico do cuidado da ferida
- Efeito dos instrumentos de redistribuição da pressão selecionada na integridade da pele

Experiência

- Respostas anteriores do paciente para as terapias planejadas de enfermagem para melhorar a integridade cutânea e a cicatrização (o que funcionou e o que não funcionou)

PLANEJAMENTO DE ENFERMGEM

- Selecione as intervenções de enfermagem para promover a integridade cutânea melhorada e/ou a cicatrização
- Consulte médicos, como nutricionistas e especialistas em cuidados de feridas
- Envolva o paciente e a família no uso de intervenções

Normas

- Terapia individualizada para a integridade cutânea do paciente e as necessidades de tratamento da ferida
- Usar as terapias consistentes com as diretrizes da WOCN (2010) para o tratamento de feridas e úlceras de pressão

Atitudes

- Use a criatividade para planejar as intervenções destinadas a promover a integridade cutânea e a cicatrização
- Demonstrar responsabilidade no planejamento das intervenções de enfermagem consistentes com as necessidades de cuidados da pele do paciente e diretrizes da WOCN (2010)

FIGURA 48-13 Modelo de pensamento crítico para a integridade cutânea e o planejamento de enfermagem do cuidado da ferida. *WOCN*, Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society.

Os pacientes que têm feridas grandes e crônicas ou feridas infectadas têm múltiplas necessidades de cuidado de enfermagem. Um mapa conceitual ajuda a individualizar os cuidados para um paciente que tem vários problemas de saúde e diagnósticos de enfermagem relacionados (Fig. 48-14). Esse mapa auxilia você a usar as habilidades do pensamento crítico para organizar a coleta de dados complexos do paciente em diagnósticos de enfermagem relacionados com diagnóstico médico principal do paciente. À medida que você identifica as ligações entre os diagnósticos de enfermagem e o diagnóstico médico principal, o mapa conceitual também liga as possíveis intervenções que se aplicam às necessidades de cuidados de saúde do paciente.

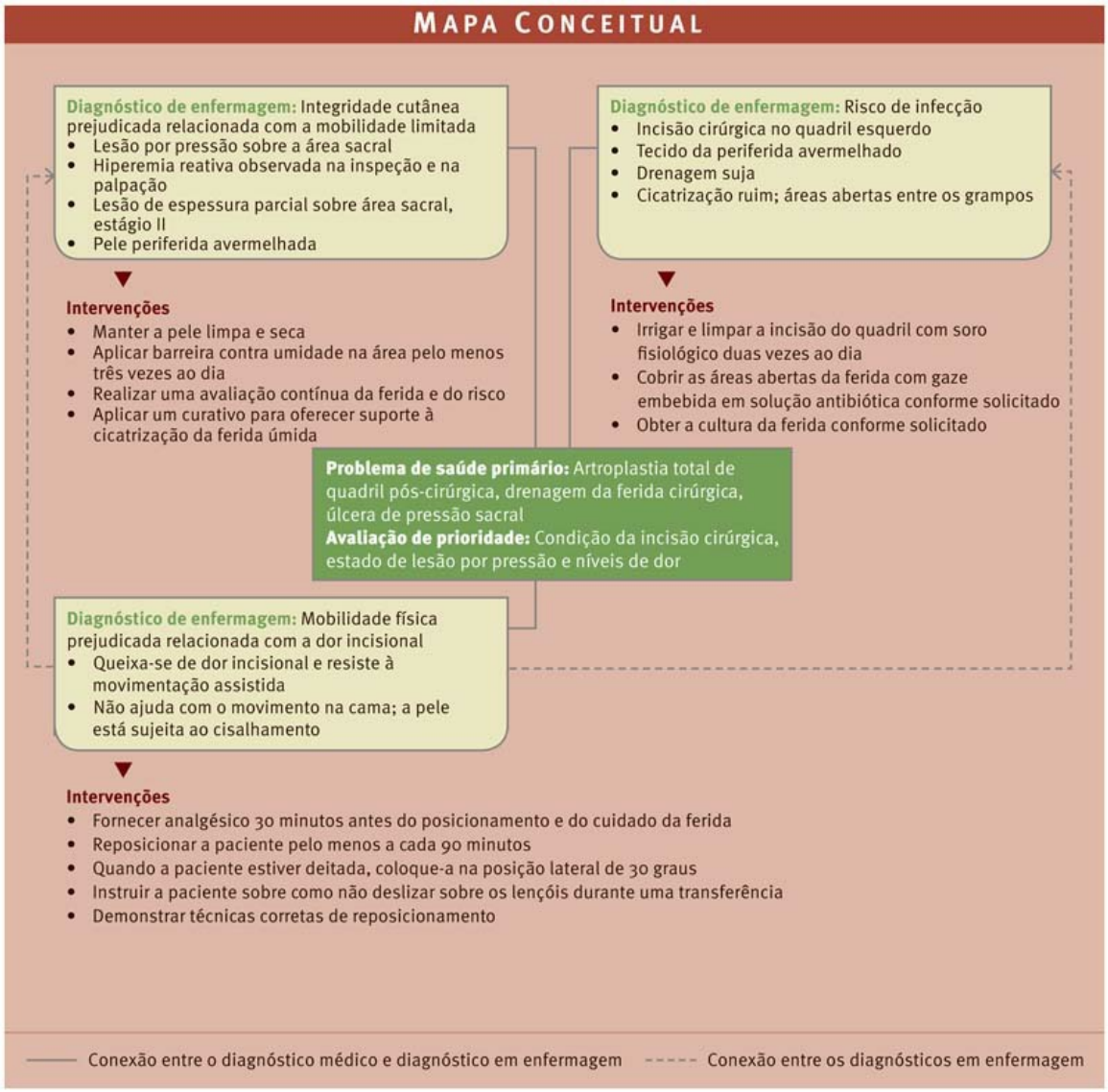


FIGURA 48-14 Mapa conceitual para a Sra. Stein.

Metas e Resultados

Os cuidados de enfermagem são fundamentados nas necessidades e prioridades identificadas de um paciente. Você estabelece as metas e os resultados esperados, e a partir das metas você planeja as intervenções de acordo com o risco das lesões por pressão ou do tipo e gravidade da ferida, e da presença de quaisquer complicações, como infecção, desnutrição, doenças vasculares periféricas ou imunossupressão, que podem afetar a cicatrização de feridas (consulte

Plano de Cuidados de Enfermagem). Uma meta frequentemente identificada quando estiver trabalhando com um paciente com uma ferida é ver esta progredir em direção à cicatrização dentro de um período de 2 semanas. Os resultados dessa meta podem incluir:

- Aumento do percentual do tecido de granulação na base da ferida
- Sem mais solução de continuidade da pele
- Aumento da ingestão calórica em 10%

Esses resultados são razoáveis se a meta geral para o paciente for cicatrizar a ferida. Planeje as terapias de acordo com a gravidade e o tipo de ferida e a presença de qualquer condição de complicação (p.ex., infecção, desnutrição, imunossupressão e diabetes) que afetam a cicatrização. Outras metas de cuidado para os pacientes com feridas incluem o seguinte: promover a hemostasia da ferida, evitar infecções, promover a cicatrização da ferida, manter a integridade da pele, obter conforto e promover a saúde.

Definição das Prioridades

Estabeleça as prioridades de cuidado de enfermagem no cuidado de feridas com base no histórico de enfermagem abrangente do paciente e das metas e resultados estabelecidos. Essas prioridades também dependem se a condição do paciente é estável ou emergente. Uma ferida aguda precisa de intervenção imediata; ao passo que, na presença de uma ferida crônica e estável, a higiene do paciente e sua orientação sobre o cuidado da ferida é mais importante. Quando há um risco para o desenvolvimento de lesão por pressão, intervenções preventivas como as práticas de cuidados da pele, eliminação de cisalhamento e posicionamento são grandes prioridades. A promoção da cicatrização de feridas é uma grande prioridade na enfermagem; e o tipo de cuidado administrado depende do tipo, tamanho e localização da ferida e das metas gerais de tratamento.

Outros fatores que os pacientes devem considerar ao estabelecer prioridades incluem as preferências do paciente, atividades diárias e fatores familiares. Esses fatores são importantes, independentemente do ambiente para os cuidados de saúde. As prioridades de cuidados podem não variar do ambiente ambulatorial, domiciliar, cuidado

agudo ou cuidado restaurador.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Com a alta antecipada dos ambientes de cuidados de saúde, é importante considerar o plano de alta para um paciente. Antecipar a alta das necessidades de cuidados da ferida do paciente e dos equipamentos e recursos relacionados, como o encaminhamento a uma clínica de atendimento domiciliar ou a uma clínica ambulatorial clínica de cuidados de feridas, ajuda a melhorar não apenas a cicatrização como também o nível de independência do paciente. Os pacientes e seus cuidadores familiares muitas vezes precisam dar sequência aos objetivos de tratamento das feridas após a alta (Quadro 48-7).

Quadro 48-7 Recomendações para o Cuidado Domiciliar

Coleta de Dados da Lesão/Ferida

A coleta de dados e a documentação de uma lesão por pressão precisam ocorrer pelo menos uma vez por semana, a menos que haja evidências de deterioração, caso em que o enfermeiro precisa reavaliar tanto a lesão por pressão quanto o tratamento geral do paciente imediatamente. No ambiente domiciliar, isso requer a ajuda do paciente e da família, porque a coleta de dados semanal nem sempre é viável.

Avaliação Psicossocial e Tratamento

- Avalie os recursos do paciente (p.ex., disponibilidade e habilidade dos cuidadores, finanças, equipamentos). Um programa de tratamento bem-sucedido requer um cuidador adequado e recursos de equipamentos.
- Avalie os cuidadores familiares quanto à sua capacidade de compreender e implementar as exigências do tratamento.

- Avalie os cuidadores familiares quanto ao seu nível de força e resistência.
- Considere os fatores econômicos, porque eles geralmente limitam o fornecimento e a disponibilidade de equipamentos e oportunidades de aliviar os cuidadores.
- Utilize uma abordagem que se concentre nos fatores psicossociais e físicos que afetam o cuidado da ferida.

Curativos para o Cuidado da Lesão

- Considere o tempo e a habilidade do cuidador familiar ao selecionar um curativo.
- No ambiente domiciliar alguns cuidadores familiares escolhem os materiais para curativos fabricados para reduzir a frequência das trocas de curativo.

Controle de Infecção

- Curativos limpos, ao contrário dos curativos estéreis, são recomendados para o uso domiciliar até que as pesquisas demonstrem o contrário. Essa recomendação está em consonância com os princípios referentes às infecções nosocomiais e com sucesso passado do cateterismo urinário limpo no ambiente familiar, e leva em consideração as despesas com curativos estéreis e a destreza necessária para a aplicação. O cuidador familiar pode usar a técnica "sem toque" para as trocas de curativos. Essa técnica é um método de troca dos curativos superficiais sem tocar a ferida ou a superfície de qualquer curativo que possa estar em contato com a ferida. Os curativos aderentes devem ser pegos pelo canto e removidos lentamente, ao passo que os curativos de gaze podem ser pinçados no centro e levantados.
- Os curativos contaminados em casa devem ser eliminados em conformidade com os regulamentos locais. A Agência de Proteção Ambiental recomenda colocar os curativos em sacos de plástico bem fechados antes de adicioná-los ao restante do lixo doméstico. No entanto, os regulamentos locais variam, e as clínicas de atendimento domiciliar e os pacientes precisam seguir os

procedimentos que estão em conformidade com as leis locais.

Modificado de Agency for Health Care Policy and Research, Panel for the Treatment of Pressure Ulcers in Adults: *Treatment of pressure ulcers*, Clinical Practice Guideline No. 15, AHCPR Pub No. 95-0653, Rockville, MD, 1994, Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services.

Considere cuidadosamente a capacidade de um cuidador familiar e a quantidade de tempo necessário para trocar um determinado curativo ao selecionar um curativo para o paciente usar após a alta. Por exemplo, no ambiente domiciliar, o cônjuge do paciente pode escolher materiais para curativos mais caros a fim de reduzir a frequência de trocas do curativo. É importante que você e o paciente trabalhem juntos para estabelecer maneiras de manter o envolvimento do paciente nos cuidados de enfermagem com o intuito de promover a cicatrização da ferida, esteja o paciente no hospital ou no domicílio.

Plano de cuidado de enfermagem

Integridade Cutânea Comprometida

Histórico de enfermagem

A Sra. Stein, que tem 76 anos, está a 7 dias do pós-operatório de uma artroplastia total de quadril em caráter eletivo. Ela desenvolveu vermelhidão e exsudato da drenagem de odor fétido e cor bege da incisão no quadril no quarto dia do pós-operatório. O histórico médico significativo inclui osteoartrite e hipertensão leve.

Sua permanência no hospital tem sido prolongada por causa do desenvolvimento de um coágulo sanguíneo do membro inferior. Em função da dor cirúrgica no local da incisão e de seu membro inferior, ela não se vira sozinha nem consegue se transferir facilmente da cama para a cadeira. No sétimo dia, ela observa dor na incisão e queixa-se de uma sensação de queimação dolorosa na região sacral. Ela é continente de urina e fezes, mas continua a "chegar" para o lado da cama quando se prepara para a transferência da cama para a cadeira.

Atividades de Histórico de Enfermagem	*Achados/Características de Definição*[*]
Obter uma temperatura oral.	A paciente tem temperatura elevada e é sudorífica.
Perguntar a Sra. Stein como o local cirúrgico ou qualquer outra coisa limita sua mobilidade.	Ela relata que seu quadril sempre dói **limitando o movimento** e a parte inferior de sua perna está dolorida e a dor aumenta na movimentação.
	Ela diz que prefere **manter o quadril e a perna imóveis** para manter a dor reduzida.
	A posição de conforto é em decúbito dorsal, e **a Sra. Stein resiste às mudanças de posição**.
Realize uma avaliação completa da pele do corpo, prestando muita atenção à incisão cirúrgica, aos membros inferiores e à área sacral.	
Área sacral.	Há uma **lesão de espessura parcial diretamente sobre a área sacral**.
	A paciente tem **eritema não branqueável** em torno da área sacral aberta; essa **área não embranquece à palpação**.
Quadril esquerdo, incisão cirúrgica.	**Pequenas aberturas entre os grampos exsudando um líquido bege de odor fétido. Área periferida vermelha e quente.**

[*] As **características de definição** são mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Integridade cutânea prejudicada relacionada com a pressão, atrito e forças de cisalhamento sobre a proeminência óssea sacral e à drenagem infecciosa do local cirúrgico

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	***Resultados Esperados (NOC)***[†]
	Integridade do Tecido: Pele e Mucosas
A lesão à pele e ao tecido subjacente da Sra. Stein resultante da pressão, atrito e cisalhamento sobre a proeminência óssea será reduzida em 2 a 4 semanas.	A Sra. Stein tem integridade cutânea intacta na área do eritema não branqueável. A lesão sacral da Sra. Stein mostra sinais de cicatrização. A Sra. Stein mantém a pele intacta sobre outros pontos de pressão.
A área vermelha ao redor da ferida do quadril e a drenagem de coloração bege estarão ausentes dentre de 5 dias.	A ferida do quadril esquerdo demonstra sinais de cicatrização.
	Consequências da Imobilidade: Fisiológicas
A capacidade da Sra. Stein para tolerar as mudanças de posição e trocar corretamente de posição vai melhorar dentro de 2 a 4 semanas.	Não há hiperemia em nenhum ponto de pressão.

	A hiperemia na região sacral tem uma diminuição nas áreas de pressão não branqueáveis.

† Rótulos de classificação do resultado de Moorhead S et al.: *Nursing outcomes classification (NOC)*, ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	**JUSTIFICATIVA**
Tratamento da Pressão	
Solicite e coloque sobre a cama da Sra. Stein uma superfície de redistribuição de pressão. Ajude a Sra. Stein com o reposicionamento a cada 90 minutos, conforme sua condição permitir. Use um lençol descartável para ajudar no reposicionamento.	O reposicionamento reduz a duração e a magnitude da pressão sobre as áreas vulneráveis do corpo e contribui para o conforto, higiene, dignidade e capacidade funcional (Bryant e Nix, 2016). O reposicionamento ainda é necessário para a redistribuição de pressão e o conforto quando uma superfície de apoio está em uso. Use um dispositivo para elevação ou um lençol de transferência para minimizar o atrito e/ou o cisalhamento durante o reposicionamento, mantendo a roupa de cama lisa e sem rugas (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).
Eleve a cabeceira da cama em não mais de 30 graus. O quadril da paciente pode não permitir o giro para uma posição lateral de 30 graus.	Se sentar-se na cama for necessário, evite a elevação da cabeceira da cama ou uma posição torta que coloca pressão e cisalhamento no sacro e no cóccix (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).
Mantenha a pele seca e limpa; evite esfregar ou massagear em torno da área aberta.	A presença de danos à pele por conta da umidade aumenta o risco de úlceras de pressão (Colwell et al., 2011; NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014). Esfregar ou massagear as áreas de eritema não branqueável causa mais danos ao tecido (WOCN, 2010).
Utilize uma pomada de barreira contra a umidade sobre a úlcera pelo menos três vezes ao dia para diminuir o atrito e fornecer umidade ao tecido aberto.	Uma pomada cobre a área, proporcionando umidade à base da úlcera, o que incentiva a cicatrização. A pomada impede que os lençóis esfreguem a área, diminuindo assim o atrito (Rolstad et al., 2016).
Cuidado da Ferida	
Irrigue a ferida com soro fisiológico duas vezes ao dia de acordo com o pedido do profissional de cuidados de feridas. Aplique um curativo (i.e., gaze umedecida com solução duas vezes ao dia após a irrigação) de acordo com o pedido do profissional de cuidados de feridas. Em intervalos frequentes, avalie o nível de dor do paciente e ofereça medicação para dor, conforme indicado pela coleta de dados.	Limpe a ferida e a área circundante de detritos e exsudato da ferida. Forneça terapia tópica adequada, colocando a ferida no melhor ambiente para a cicatrização (Rolstad et al., 2016). Forneça redução/alívio da dor à paciente, permitindo maior mobilidade e conforto (Krazner, 2016).

‡ Rótulos de classificação da intervenção de Bulechek GM et al.: *Nursing interventions classification (NIC)*, ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Resposta do Pacientes/Achados***	***Obtenção do Resultado***
Realize avaliações diárias completas da pele do corpo e da ferida. Resultados do gráfico. Palpe a área avermelhada ao redor do sacro.	Nenhuma nova solução de continuidade de pele observada. Vermelhidão reduzida na área sacral. Presença de reepitelização na área sacral. Redução na ferida do quadril, vermelhidão da periferida e quantidade de drenagem da ferida. A área sacral começa a mostrar sinais de hiperemia reativa e branqueamento após a palpação. Outros pontos de pressão têm hiperemia reativa e branqueamento.	Nenhuma outra área de dor ou desconforto foi relatada. Redução ou ausência de dor no local sacral foi relatada. A úlcera na região sacral está cicatrizada. A incisão cirúrgica não está mais aberta; sem drenagem e sem vermelhidão da periferida. A região sacral está melhorando; sem ruptura na epiderme. Outros pontos de pressão permanecem intactos.

◆ Implementação

Promoção da Saúde

Talvez a intervenção mais eficaz para os problemas com a integridade cutânea e o cuidado da ferida da pele é a prevenção. A identificação imediata dos pacientes em alto risco e de seus fatores de risco ajuda a identificar as intervenções necessárias para evitar lesões por pressão.

Prevenção das Lesões por Pressão

As intervenções de enfermagem para os pacientes que estão imóveis ou têm outros fatores de risco para lesões por pressão concentram-se na prevenção. A Tabela 48-6 descreve as medidas básicas para o cuidado de enfermagem para prevenir as lesões com base nos fatores de risco de um paciente.

Tabela 48-6

Guia Rápido para a Prevenção da Lesão por Pressão

Fator de Risco	Intervenções de Enfermagem
Percepção sensorial reduzida	Fornecer uma superfície de redistribuição de pressão. Certifique-se de incluir proteção para os pontos de pressão dos instrumentos médicos, como tubos de oxigênio, sondas de alimentação e gessos (Black et al., 2015; Fletcher, 2012).
Umidade	Após cada episódio de incontinência, limpe a área com limpador perineal sem enxágue e proteja a pele com pomada de barreira contra umidade (Rolstad et al., 2016). Mantenha a pele seca e livre de maceração (Gray et al., 2011; Colwell et al., 2011). Vire o paciente contra as áreas em risco.
Atrito e cisalhamento	Reposicione o paciente usando um lençol descartável ou uma superfície da placa de transferência. Forneça um trapézio para facilitar o movimento na cama. Posicione o paciente em um giro lateral de 30 graus e limite a elevação da cabeceira a 30 graus (Fig. 48-15).
Atividade/mobilidade reduzida	Estabeleça e coloque um cronograma de mudança de posição individualizado
Má nutrição	Forneça ingestão nutricional e de líquidos adequada; ajude com a ingestão conforme necessário Consulte um nutricionista para a avaliação nutricional e os nutrientes recomendados.

A prevenção minimiza o impacto que os fatores de risco ou os fatores contribuintes têm no desenvolvimento da lesão por pressão. As três áreas principais de intervenções de enfermagem para prevenção de lesões por pressão são: (1) cuidado da pele e tratamento de incontinência; (2) carga mecânica e instrumentos de suporte, que incluem o posicionamento adequado e o uso de superfícies terapêuticas; e (3) orientação (WOCN, 2010).

Cuidados Tópicos com a Pele e Tratamento da Incontinência

Quando você limpar a pele, evite sabonete e água quente. Utilize produtos de limpeza com surfactantes não iônicos que são suaves para a pele (WOCN, 2010). Muitos tipos de produtos estão disponíveis para o cuidado da pele, e você precisa combinar seu uso às necessidades específicas do paciente. Depois de limpar a pele e certificar-se de que está completamente seca, aplique hidratante para manter a epiderme bem lubrificada, mas não em excesso.

Faça um esforço para controlar, conter ou corrigir a incontinência, transpiração ou drenagem da ferida (Caps. 46 e 47). Os pacientes que têm incontinência fecal e que também estão recebendo alimentação por sonda enteral fornecem um desafio para o tratamento. Muitas vezes a alimentação pode resultar em diarreia. Quando os pacientes têm um episódio incontinente, limpe suavemente a área, seque e aplique uma camada espessa de barreira contra umidade às áreas expostas. Uma barreira contra umidade protege a pele da umidade excessiva e das bactérias encontradas na urina ou nas fezes.

É útil usar a experiência de um enfermeiro veterano com foco no cuidado de feridas ou no tratamento de incontinência durante o tratamento de pacientes em situação de risco. Os métodos para controlar ou conter a incontinência variam. A incontinência intestinal às vezes pode ser mais bem tratada com dieta e medicamentos adequados. A incontinência urinária é tratada com técnicas comportamentais, medicamentos e cirurgia. As técnicas comportamentais ajudam os pacientes a aprender maneiras de controlar os músculos da bexiga e do esfíncter. Dois exemplos são o treinamento da bexiga e do hábito, também chamado *micção cronometrada*.

Considere o uso de *pads* absorventes e vestuários apenas após a tentativa dessas medidas. Embora controversos, produtos absorventes como lençóis e vestuários são às vezes parte do plano de tratamento para um paciente incontinente. Use apenas produtos que mantenham a umidade longe da pele do paciente (WOCN, 2010).

Posicionamento

As intervenções de posicionamento redistribuem a pressão e a **força de cisalhamento** para a pele. Elevar a cabeceira da cama em 30 graus ou menos diminui a chance do desenvolvimento de lesão por pressão das forças de cisalhamento (WOCN, 2010). Mude a posição do paciente imobilizado de acordo com a tolerância do tecido, nível de atividade e mobilidade, condição médica geral, objetivos gerais de tratamento, condição da pele e conforto (NPUPA, EUPAP, PPPIA, 2014). Um intervalo de mudança de decúbito padrão de uma 1½ a 2

horas nem sempre impede o desenvolvimento da lesão por pressão. Considere o reposicionamento do paciente pelo menos a cada 2 horas, se permitido por sua condição geral. Ao reposicionar, utilize instrumentos de posicionamento para proteger as proeminências ósseas (WOCN, 2010). As diretrizes WOCN (2010) recomendam uma posição lateral de 30 graus (Fig. 48-15), que deve impedir o posicionamento diretamente sobre a proeminência óssea. Para evitar lesões de cisalhamento e atrito, use um instrumento de transferência para levantar em vez de arrastar o paciente quando mudar de posição (Cap. 39).

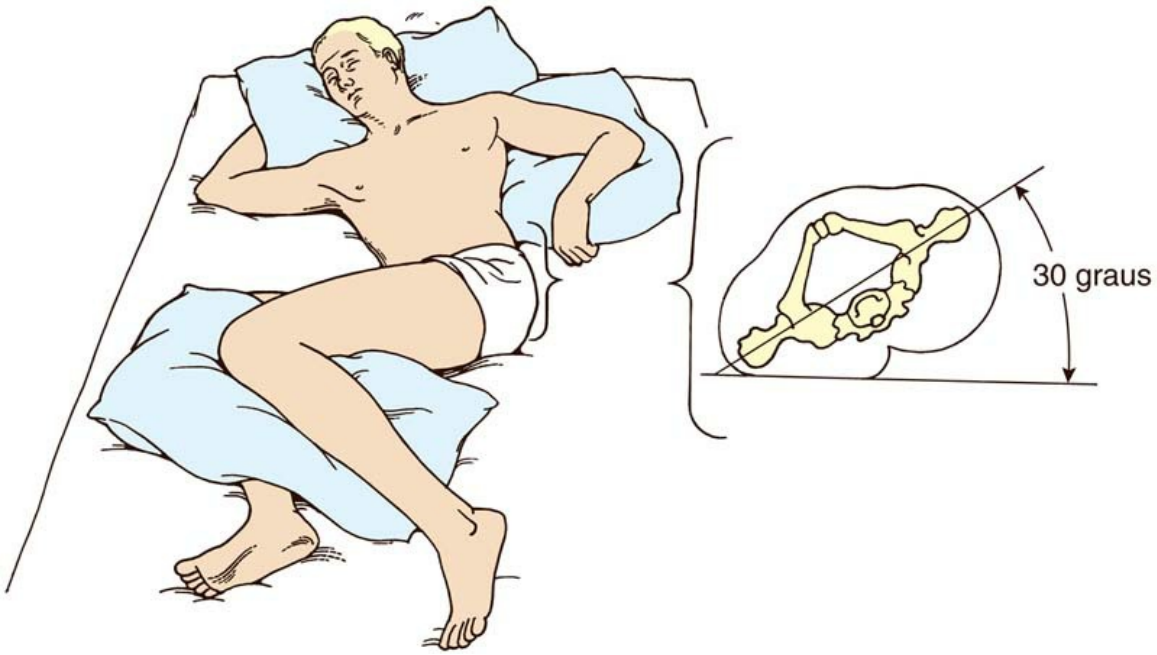


FIGURA 48-15 Posição lateral de 30 graus em que os pontos de pressão são evitados. (Adaptado de Bryant RA, Nix DP, editores: *Acute and chronic wounds: current management concepts*, ed 5, St Louis, 2016, Elsevier.)

Para pacientes em risco de solução de continuidade na pele que são capazes de sentar em uma cadeira, limite a quantidade de tempo sentado para 2 horas ou menos em um determinado momento. Na posição sentada, a pressão sobre as tuberosidades isquiais é maior que na posição supina. Além disso, ensine o paciente a transferir o peso a

cada 15 minutos enquanto estiver sentado (WOCN, 2010). Transferir o peso fornece alívio a curto prazo nas tuberosidades isquiais. Também o faça sentar em uma almofada de espuma, gel ou ar para redistribuir o peso para longe das áreas isquiais. Almofadas rígidas e em forma de rosquinha são contraindicadas porque elas reduzem o suprimento sanguíneo para a área, resultando em áreas mais amplas de isquemia (WOCN, 2010).

Após reposicionar o paciente, reavalie a pele. Lembre-se de ter cuidado ao avaliar os sinais iniciais de isquemia tecidual na pele com pigmentação escura. Para os pacientes com tons de pele mais claros, observe quanto à **hiperemia reativa** e branqueamento. Nunca massageie as áreas avermelhadas. Massagear as áreas avermelhadas aumenta a ruptura dos capilares nos tecidos subjacentes e leva ao risco de lesão e formação de úlcera de pressão (WOCN, 2010).

Superfícies de Apoio (Camas e Colchões Terapêuticos)

As superfícies de apoio são "instrumentos especializados para a redistribuição da pressão criados para gerenciar as cargas do tecido, o microclima e/ou outras funções terapêuticas (i.e., qualquer colchão, sistema de cama integrado, troca de colchão, sobreposição, almofada ou sobreposição de almofada)" (NPUAP, EUPAP, PPPIA, 2014). As superfícies de apoio reduzem os perigos de imobilidade para a pele e o sistema musculoesquelético. No entanto, nenhum elimina a necessidade do cuidado de enfermagem meticuloso. Nenhum único instrumento elimina completamente os efeitos da pressão sobre a pele.

Ao selecionar as superfícies de apoio, considere as necessidades exclusivas de um paciente. O conhecimento sobre as características da superfície de apoio (Tabela 48-7) ajuda na tomada de decisão clínica. Ao selecionar uma superfície de apoio, conheça a finalidade dela e os riscos do paciente; um fluxograma muitas vezes é útil (Fig. 48-16). Ensine aos pacientes e familiares o motivo e o uso adequado dos instrumentos (Quadro 48-8). Alguns erros comuns com superfícies de apoio são colocá-la do lado errado para o paciente; não ligá-la à fonte elétrica; não ligar a fonte de energia para as superfícies de apoio elétricas; não conseguir colocar uma mão entre o estrado de metal e o

colchão para determinar se o paciente afunda a ponto de tocar o estrado em algumas superfícies de apoio; e inflar impropriamente algumas superfícies de apoio. Quando usadas corretamente, elas ajudam a redistribuir a pressão para a pele dos pacientes que estão em risco ou têm ruptura de pele.

Tabela 48-7

Superfícies de Apoio

Categorias e Definições	Mecanismo de Ação	Indicações	Exemplos dos Nomes dos Fabricantes e dos Produtos
Baixa Perda de Ar			
Ar circulado através de um colchão/sobreposição, ou seja, envolto por uma cobertura permeável ao vapor d'água Disponível como um colchão colocado diretamente sobre o estrado existente ou uma sobreposição colocada diretamente em cima de uma superfície existente	Redistribuição de pressão Mantém um movimento de ar constante e ligeiro contra a pele para evitar o acúmulo de umidade e a solução de continuidade da pele Fornece um fluxo de ar para ajudar a gerenciar o calor e a umidade da pele	Prevenção ou tratamento da ruptura de pele	Hill Rom/Synergy Air Elite
Não Elétricas			
Qualquer superfície de apoio que não exige ou utiliza fontes externas de energia para a operação *Exemplos:* Células de espuma, interconectadas, cheias de ar	Reduz a pressão ao reduzir a pressão média da interface entre o tecido do paciente e o colchão Redistribuição de pressão O ar se move das células e para elas à medida que a posição do corpo muda	Prevenção ou tratamento da solução de continuidade da pele	ROHO/ Dry Flotation Mattress, Gaymar Industries/Sof-Care
Camas de Ar Fluidizado			
Superfícies que mudam as propriedades de distribuição de carga	Utiliza apoio de ar e fluido para fornecer a redistribuição de pressão através de um meio	Prevenção ou tratamento da ruptura de pele	Hill Rom/Clinitron

quando ligadas e quando o paciente está em contato com a superfície	do tipo fluido criado ao forçar o ar por meio dos grânulos, conforme caracterizado pela imersão e envoltória (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014)	Também pode ser usada para proteger os locais cirúrgicos recém-abertos ou enxertados e para pacientes com umidade excessiva	
Rotação Lateral			
Fornece movimento passivo para girar o paciente de um lado para outro em uma superfície de baixa perda de ar	O movimento passivo fornece alívio de pressão e mobilização das secreções respiratórias Uma característica de uma superfície de apoio que fornece rotação em torno de um eixo longitudinal, conforme caracterizado pelo grau, duração e frequência de giro do paciente	Tratamento e prevenção das complicações pulmonares, estasia venosa e complicações urinárias associadas à imobilidade	Hill Rom/TotalCare SpO2RT

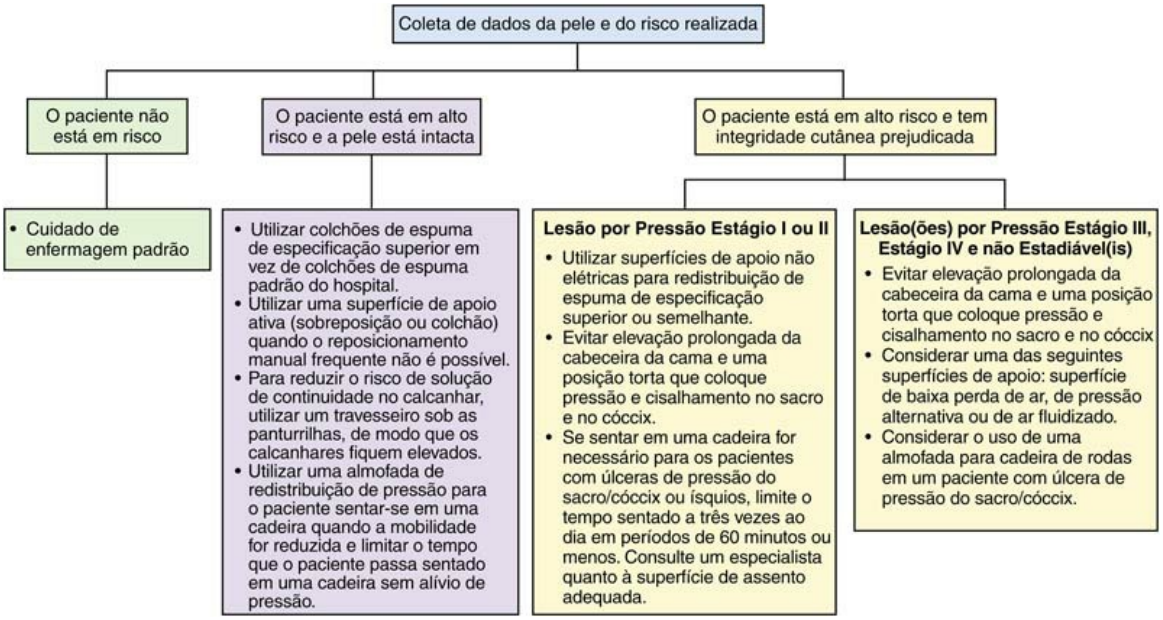


FIGURA 48-16 Considerações para a escolha da superfície de apoio apropriada. (Modificado de WOCN: *Guideline for prevention and management of pressure ulcers*, 2010, Mt Laurel, NJ; and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) and European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP): *International guideline for prevention and treatment of pressure ulcers*, Washington DC, 2009, National Pressure Ulcer Advisory Panel.)

Quadro 48-8

Orientação do paciente

Superfícies de Redistribuição de Pressão

Objetivo

- O paciente e o cuidador familiar descreverão a compreensão das finalidades e operações básicas da superfície de redistribuição de pressão.

Estratégias de Orientação

- Explique as razões para a superfície de redistribuição de pressão.
- Explique a necessidade de manter a mecânica adequada do corpo enquanto estiver usando a superfície de redistribuição de pressão. Demonstre a técnica.
- Discuta as possíveis sensações do paciente associadas ao instrumento.
- Instrua que camadas mínimas da roupa de cama devem ser colocadas sobre a superfície de redistribuição de pressão.
- Oriente a utilização e o cuidado com a superfície de redistribuição de pressão (WOCN, 2010) (com base nas diretrizes do fabricante).
- Explique os erros comuns no uso das superfícies de apoio.
- Explique as medidas adicionais de redistribuição de pressão (p.ex., virar, evitar o atrito, posição lateral de 30 graus.)

Avaliação

- O paciente e o cuidador familiar vão declarar as finalidades básicas para a superfície de redistribuição de pressão.
- O paciente e o cuidador familiar discutirão as possíveis sensações associadas à superfície de apoio.
- O paciente e o cuidador familiar serão capazes de descrever a

função da superfície de redistribuição de pressão.

- O paciente e o cuidador familiar serão capazes de demonstrar as técnicas de virar/reposicionar e o uso adequado da superfície de redistribuição de pressão.

Cuidado Agudo

Tratamento das Lesões por Pressão

O tratamento de pacientes com lesões por pressão exige uma abordagem holística que utiliza a experiência de vários médicos multidisciplinares (WOCN, 2010). Além do enfermeiro, estão envolvidos o médico, enfermeiro especialista em cuidados de feridas, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista e farmacêutico. Os aspectos do tratamento da lesão por pressão incluem o cuidado local da ferida e as medidas de suporte, como nutrientes adequados e redistribuição de pressão (Procedimento 48-2 nas pp. 1224-1226).

Antes de tratar uma lesão por pressão, reavalie a ferida quanto à localização, estágio, tamanho, tipo e quantidade de tecido, exsudato e condição da pele circundante (Nix, 2016). As feridas agudas exigem monitoramento atento (a cada 8 horas). A coleta de dados da ferida crônica ocorre com menos frequência. Dependendo do sistema de tratamento tópico, avalie a ferida em todas as trocas de curativo, normalmente não mais de uma vez ao dia.

A utilização e a documentação de uma abordagem sistemática para monitorar o progresso de uma lesão por pressão real leva à melhor tomada de decisões e a resultados ideais (Nix, 2016). Várias ferramentas de cicatrização e documentação estão disponíveis para documentar a avaliação da ferida ao longo do tempo. Utilizar uma ferramenta ajuda a conectar a coleta de dados aos resultados, de modo que uma avaliação do plano de cuidado diga os critérios objetivos (Nix, 2016). Por exemplo, a Bates-Jensen Wound Assessment Tool (Harris et al., 2010) aborda 15 características da ferida. Você marca itens individuais e calcula a soma total, fornecendo uma indicação geral do estado da ferida. A marcação ajuda a avaliar se os objetivos do tratamento da ferida são eficazes.

Tratamento da Ferida

A manutenção do ambiente fisiológico de uma ferida local é o objetivo do tratamento eficaz da ferida (Rolstad et al., 2016). Para manter o

ambiente de uma ferida saudável, você precisa abordar os seguintes objetivos: prevenir e tratar a infecção, limpar a ferida, remover o tecido não viável, manter a ferida em um ambiente úmido, eliminar o espaço morto, controlar o odor, eliminar ou minimizar a dor e proteger a ferida e a pele periferida (Ramundo, 2016).

Uma ferida não passa pelas fases de cicatrização se estiver infectada. Prevenir a infecção da ferida inclui limpar e remover o tecido não viável. Limpe as lesões por pressão *apenas com produtos de limpeza de feridas não citotóxicos*, como soro fisiológico ou produtos de limpeza de feridas comerciais. Esses produtos não danificam ou eliminam os fibroblastos e o tecido de cicatrização (Rolstad et al., 2016). Algumas soluções citotóxicas comumente usadas são a solução de Dakin (solução de hipoclorito de sódio), ácido acético, iodopovidona e peróxido de hidrogênio. Essas não devem ser usadas em feridas limpas e granulantes.

A irrigação é um método comum de fornecer uma solução de limpeza para a ferida. A irrigação da ferida debrida o tecido necrótico com pressão que pode remover detritos do leito da ferida, sem danificar os tecidos saudáveis (Ramundo, 2016). Um método para garantir uma pressão de irrigação dentro do alcance correto é usar um cateter angiográfico de calibre 19 e uma seringa de 35 ml que fornece soro fisiológico para uma úlcera de pressão de 8 psi (Fig. 48-17).

FIGURA 48-17 Irrigação da ferida.

Debridamento é a remoção de tecido não viável e necrótico. A remoção de tecido necrótico é necessária para livrar a ferida de uma fonte de infecção, permitir a visualização do leito da ferida e fornecer uma base limpa necessária para a cicatrização.

O método de debridamento depende do que é mais apropriado para a condição do paciente e das metas de cuidado (WOCN, 2010). É importante lembrar que, durante o processo de debridamento, algumas observações da ferida normal incluem um aumento no exsudato, odor e tamanho da ferida. Você precisa coletar os dados e prevenir ou tratar efetivamente a dor que ocorre com o debridamento (WOCN, 2010). Planeje administrar um analgésico solicitado 30 minutos antes do procedimento.

Os métodos de debridamento incluem mecânico, autolítico, químico e afiado/cirúrgico. Debridamento autolítico é a remoção do tecido morto por meio de lise do tecido necrótico por leucócitos e enzimas naturais do corpo (Ramundo, 2016). Você faz isso usando curativos que suportam a umidade na superfície da ferida. Se a base da ferida

estiver seca, use um curativo que adicione umidade; se houver exsudato excessivo, use um curativo que absorva a umidade excessiva enquanto mantém a umidade no leito da ferida. Alguns exemplos desses curativos são filme transparente e curativos de hidrocoloide.

Você pode fazer o debridamento químico com o uso de uma preparação enzimática tópica, solução de Dakin ou larvas estéreis. As enzimas tópicas induzem alterações no substrato, resultando na ruptura do tecido necrótico (Ramundo, 2016). Dependendo do tipo de enzima utilizada, a preparação digere ou dissolve o tecido. Essas preparações exigem a solicitação de um médico. A solução de Dakin rompe e solta o tecido morto em uma ferida. Embeba a gaze com a solução e aplique à ferida. As larvas estéreis são usadas em uma ferida porque se acredita que elas ingerem o tecido morto.

Debridamento cirúrgico é a remoção de tecido desvitalizado com um bisturi, tesoura ou outro instrumento pontiagudo. Médicos e, em alguns estados, enfermeiros treinados na prática avançada, realizam o debridamento cirúrgico de uma lesão ou ferida. Os enfermeiros devem verificar a Lei do Exercício de Enfermagem (Nurse Practice Act) do seu estado para ver se o debridamento cirúrgico é uma função de enfermagem. É o método mais rápido de debridamento. Em geral, é indicado quando o paciente tem sinais de celulite ou sepse. Outros métodos de debridamento mecânico são irrigação da ferida (irrigação de alta pressão e lavagem de alta pressão pulsátil) e tratamentos de hidromassagem (Ramundo, 2016).

Um ambiente úmido dá apoio ao movimento de células epiteliais e facilita o fechamento da ferida. Uma ferida que tem exsudato excessivo (drenagem) fornece um ambiente que suporta o crescimento bacteriano, macera a pele periferida e retarda o processo de cicatrização. Se houver exsudato excessivo da ferida, avalie o volume, a consistência e o odor da drenagem para determinar se há alguma infecção.

Lembre-se, a ferida não cicatrizará a menos que os fatores contribuintes sejam controlados ou eliminados. Portanto, é criticamente importante tratar os fatores causais (p.ex., cisalhamento, atrito, pressão e umidade), ou a cicatrização da ferida será improvável

apesar da terapia tópica (Rolstad et al., 2016).

O plano de tratamento precisa ser alterado à medida que uma ferida cicatriza. Por exemplo, um curativo de filme transparente é usado inicialmente para debridar autoliticamente (liquefazer o tecido usando a umidade do corpo) uma ferida necrótica. Assim que a ferida for limpa de tecido necrótico, descontinue o curativo de filme de transparente; e, levando em conta as características básicas da ferida, escolha um novo curativo. Uma ferida com drenagem excessiva requer um curativo com uma alta capacidade de absorção. A reavaliação continuada é o segredo para dar apoio à ferida à medida que ela passa pelas fases da cicatrização.

Proteção

Proteger uma ferida contra outra lesão é fundamental. Uma estratégia para evitar deiscência da ferida cirúrgica é colocar um cobertor fino dobrado ou um travesseiro sobre uma ferida abdominal, de modo que o paciente possa proteger a área durante a tosse. Como a tosse aumenta a pressão intra-abdominal, o paciente aplica uma pressão leve, porém firme sobre a ferida ao tossir para dar apoio ao tecido de cicatrização. Um paciente também pode usar uma atadura abdominal para fazer um movimento menos desconfortável e fornecer apoio ao abdome e ao local cirúrgico.

Ensine essa técnica ao paciente e mantenha a tala ao alcance da mão.

Orientação

Orientar o paciente e os cuidadores é uma função importante da enfermagem (Rolstad et al., 2016), assim como compreender e avaliar a experiência do paciente e apoiar essa pessoa são dimensões relevantes no tratamento de pessoas com lesões por pressão (WOCN, 2010). Os médicos começaram a explorar agora por meio de pesquisas a perspectiva do cuidador sobre preocupações e problemas enfrentados pelos cônjuges idosos frágeis que cuidam de seus entes queridos com lesões por pressão. Você precisa planejar as intervenções para atender às necessidades psicossociais identificadas

dos pacientes e das pessoas que o apoiam (WOCN, 2010).

Estado Nutricional

O apoio nutricional de um paciente com uma ferida baseia-se na apreciação de que a nutrição é fundamental para a integridade celular normal e o reparo do tecido (Stotts, 2016a). A intervenção precoce é necessária para corrigir a alimentação inadequada e dar apoio à cura. Encaminhe os pacientes com lesões por pressão a um nutricionista para intervenção precoce envolvendo dietas terapêuticas ou nutrição enteral ou parenteral (Cap. 45). Se a ingestão oral do paciente é inadequada, a nutrição enteral é uma escolha provável. O nutricionista recomendará uma ingestão individualizada de energia (calorias) com base na condição médica subjacente e no nível de atividade. Você fornecerá de 30 a 35 calorias/kg do peso corporal para os indivíduos com uma lesão por pressão que serão avaliados por estar em risco de desnutrição. O aumento da ingestão calórica ajuda a substituir o tecido subcutâneo. Os pacientes também receberão suplementos vitamínicos e minerais se houver suspeita de deficiências ou se elas existirem. A vitamina C promove a síntese de colágeno, integridade da parede capilar, função fibroblástica e função imunológica.

Os pacientes com lesões por pressão que estão abaixo do peso ou perderam peso precisam de uma suplementação proteica reforçada (WOCN, 2010). Um paciente pode perder até 50 g de proteína por dia em decorrência de uma lesão por pressão aberta e altamente exsudativa. Embora a ingestão recomendada de proteína para adultos seja de 0,8 g/kg/dia, uma maior ingestão de até 1,8 g/kg/dia é necessária para a cicatrização.

O aumento da ingestão de proteínas ajuda a reconstruir o tecido epidérmico (NPUAP, EUPAP, PPPIA, 2014). Avaliação de peso, valores laboratoriais e parâmetros de pele refletem as alterações no estado e nos efeitos das intervenções nutricionais (Stotts, 2016a).

Primeiros Socorros para Feridas

Use as medidas de primeiros socorros para proteção da ferida e

tratamento em situações de emergência. Em condições estáveis, uma variedade de intervenções garante a cicatrização. Quando um paciente sofre uma ferida traumática, as intervenções de primeiros socorros incluem estabilização da função cardiopulmonar (Cap. 41), promoção da hemostasia, limpeza da ferida e proteção contra novas lesões.

Hemostasia

Depois de avaliar o tipo e a extensão de uma ferida, controle a hemorragia aplicando pressão direta com um curativo estéril ou limpo, como uma toalhinha. Após a hemorragia diminuir, uma atadura adesiva ou gaze colocada sobre a laceração permite que as bordas da pele se fechem e um coágulo de sangue se forme. Se um curativo ficar saturado com sangue, adicione outra camada de curativo, continue aplicando pressão e eleve a parte afetada. Evite outra solução de continuidade das camadas da pele. Lacerações graves precisam ser suturadas por um médico. Os curativos de pressão utilizados durante as primeiras 24 a 48 horas após o trauma ajudam a manter a hemostasia.

Normalmente, permita que uma ferida por punção sangre para remover a sujeira e outros contaminantes, como a saliva de uma mordida de cachorro. Quando um objeto penetrante, como uma lâmina de faca, está presente, *não o remova*. A presença do objeto fornece pressão e controla a hemorragia. A remoção provoca hemorragia maciça e descontrolada. Com exceção das lesões do crânio, aplique pressão ao redor do objeto penetrante, mas não sobre ele, e transporte o paciente para um departamento de emergência.

Limpeza

O processo de limpeza de uma ferida envolve a seleção de uma solução de limpeza adequada e a utilização de meios mecânicos de fornecimento dessa solução sem causar lesão ao tecido da ferida em cicatrização (WOCN, 2010). Limpar suavemente uma ferida remove os contaminantes que servem como fontes de infecção. No entanto, a limpeza vigorosa usando um método com demasiada força mecânica causa hemorragia ou outras lesões. Para abrasões, lacerações menores

e pequenas feridas por punção, lave primeiro a ferida com soro fisiológico e cubra levemente a área com um curativo. Quando uma laceração está sangrando muito, limpe apenas os contaminantes superficiais e concentre-se na hemostasia até que o paciente possa ser cuidado em uma clínica ou hospital.

De acordo com as diretrizes da WOCN (2010), o soro fisiológico é o agente de limpeza preferencial. É fisiologicamente neutro e não prejudica o tecido. O soro fisiológico mantém a superfície da ferida úmida para promover o desenvolvimento e a migração do tecido epitelial. A limpeza suave com soro fisiológico e a aplicação de curativos embebidos em soro são comumente usadas para cicatrizar as feridas.

Proteção

Independentemente da hemorragia ter parado ou não, proteja uma ferida traumática contra outras lesões aplicando um curativo estéril ou limpo e imobilizando a parte do corpo. Um curativo leve aplicado sobre feridas menores impede a entrada de microrganismos.

Curativos

Quanto mais extensa uma ferida, maior a limpeza necessária. Por exemplo, um curativo volumoso aplicado com pressão minimiza o movimento dos tecidos subjacentes e ajuda a imobilizar a parte do corpo inteira. Uma atadura ou um tecido enrolado em torno de um objeto penetrante deve imobilizá-lo adequadamente.

Curativos alternativos estão disponíveis para cobrir e proteger certos tipos de feridas, como feridas grandes, feridas com tubos de drenagem ou cateteres de sucção na ferida, e feridas que precisam de troca frequente devido à drenagem excessiva. No ambiente domiciliar, uma toalha ou fralda limpa muitas vezes é o melhor curativo secundário. Bolsas ou sistemas especiais de coleta em ferida cobrem feridas com drenagem excessiva e coletam a drenagem. Alguns dos sistemas de coleta têm uma janela de plástico na parte frontal da bolsa de ferida, permitindo que você troque a embalagem sem remover a bolsa da pele.

O uso de curativos requer uma compreensão sobre a cicatrização de feridas. Uma variedade de material para curativos está disponível comercialmente. Sua correta seleção facilita a cicatrização da ferida (Rolstad et al., 2016). O tipo de curativo varia de acordo com a avaliação da ferida e a fase de cicatrização. Quando você identificar os objetivos para o cuidado da ferida, a escolha do curativo torna-se clara. Uma ferida que requer um tratamento da infecção exige um conjunto diferente de curativos do conjunto daquela que precisa da remoção de tecidos viáveis.

Para feridas cirúrgicas que cicatrizam por primeira intenção, é comum remover os curativos assim que a drenagem para. Em contrapartida, quando fazer o curativo de uma cicatrização por segunda intenção, o material do curativo torna-se um meio para fornecer umidade à ferida ou ajudar no debridamento.

Finalidades dos Curativos

Um curativo serve para diversas finalidades:

- Protege uma ferida contra contaminação de microrganismos
- Auxilia na hemostasia
- Promove a cura absorvendo a drenagem e debridando uma ferida
- Apoia ou suporta o local de uma ferida
- Promove isolamento térmico da superfície de uma ferida
- Fornece um ambiente úmido

Quando a pele tem uma solução de continuidade, um curativo ajuda a reduzir a exposição a microrganismos. No entanto, quando a drenagem é mínima, a necessidade dele é eliminada, porque o processo de cicatrização forma um selo de fibrina natural. As feridas com perda tecidual extensa sempre precisam de um curativo.

Os curativos de pressão promovem hemostasia. Aplicado com ataduras elásticas, um curativo de pressão exerce pressão localizada para baixo sobre um local de hemorragia real ou potencial. Elimina o espaço morto em tecidos subjacentes para que a cicatrização progrida normalmente. Verifique os curativos de pressão para ter certeza de que eles não interferem na circulação em uma parte do corpo. Avalie a cor da pele, os pulsos nos membros distais, o conforto do paciente e as

alterações na sensação. Os curativos de pressão não são removidos rotineiramente.

A principal função de um curativo em uma ferida em cicatrização é absorver a drenagem. A maioria dos curativos de gaze cirúrgica tem três camadas: uma camada de contato ou primária, uma camada absorvente e uma camada externa protetora ou secundária. O curativo de contato cobre a incisão e, em seguida, sobrepõe-se e cobre parte da pele adjacente. Fibrina, hemoderivados e detritos aderem à sua superfície. Um problema ocorre se a drenagem de ferida secar, fazendo que o curativo grude na linha de sutura. A remoção inadequada de um curativo rompe a superfície epidérmica cicatrizante. Se um curativo de gaze grudar em uma incisão cirúrgica, umedeça-a levemente com soro fisiológico. Isso satura o curativo e o solta da área incisional, evitando assim o trauma a essa área durante a remoção.

A técnica do curativo varia, dependendo do objetivo do plano de tratamento para uma ferida. Por exemplo, se o objetivo é manter um ambiente úmido para promover a cicatrização de feridas, é importante não deixar o curativo de gaze embebido em soro fisiológico secar e grudar na ferida. Isso está em contraste direto com a técnica de curativo que você usa se o objetivo do cuidado for debridar mecanicamente a ferida usando um curativo levemente embebido em soro. Quando as feridas como uma ferida necrótica necessitam de debridamento, uma técnica de curativo úmido a seco pode ser considerada. Você coloca o curativo úmido (curativo de contato) sobre o leito da ferida, cobre com uma gaze limpa e permite que a camada de contato seque. Nesse caso, o curativo de contato é permitido secar para que possa aderir ao tecido subjacente e debridar a ferida durante a remoção. Esse tipo de debridamento é não seletivo e pode remover o tecido viável; recomenda-se o debridamento em uma ferida necrótica (Ramundo, 2016).

Os curativos aplicados a uma ferida com drenagem exigem troca frequente para evitar o crescimento de microrganismos e a ruptura da pele. As bactérias crescem prontamente no ambiente escuro, quente, úmido sob um curativo. As superfícies da pele ficam maceradas e

irritadas. Minimize a ruptura da pele periférica ao manter a pele limpa e seca e reduzir o uso de esparadrapo. A camada interna do curativo absorvente serve como um reservatório para secreções. A ação de gotejamento dos curativos de gaze de lã puxa o excesso de drenagem para o curativo e para longe da ferida. A camada externa final do curativo ajuda a prevenir bactérias e outros contaminantes externos de alcançar a superfície da ferida. Geralmente o curativo externo é feito de um material curativo mais espesso. Aplique adesivos a essa camada para fixar os curativos.

Um curativo precisa oferecer suporte a um ambiente de ferida úmido se a ferida estiver cicatrizando por segunda intenção. Uma base úmida da ferida facilita o movimento da epitelização, permitindo assim que a ferida ressurja o mais rapidamente possível.

Tipos de Curativos

Os curativos variam por tipo de material e modo de aplicação (úmida ou seca) (Procedimento 48-3 nas pp. 1226-1230). Eles precisam ser fáceis de aplicar, confortáveis e feitos de materiais que promovem a cicatrização. As diretrizes da WOCN (2010) são úteis ao selecionar curativos com base no objetivo do tratamento da ferida (Quadro 48-9). Para evitar a geração de danos à pele periferida, é importante que a técnica de curativo que você usar trate as lesões por pressão e que outras feridas não fiquem excessivamente úmidas (Quadro 48-10).

Quadro 48-9 Considerações sobre os Curativos

- Limpe a área da ferida e periferida em cada troca de curativo, minimizando o trauma para a ferida (WOCN, 2010).
- Use um curativo que fornece continuamente um ambiente úmido.
- Execute os cuidados da ferida usando curativos tópicos conforme determinado por uma avaliação completa.
- Nenhum estudo específico comprovou um tipo de curativo ideal para úlceras de pressão (WOCN, 2010).
- Escolha um curativo que mantenha a pele periferida seca,

mantendo o leito da lesão úmido.

- Escolha um curativo que controle o exsudato, mas não desseque o leito da úlcera.
- O tipo de curativo pode mudar ao longo do tempo à medida que a úlcera de pressão cicatriza ou deteriora. A ferida deve ser monitorada a cada troca de curativo e regularmente avaliada para determinar se modificações no tipo de curativo são necessárias (WOCN, 2010).
- Considere o tempo do cuidador, a facilidade de utilização, a disponibilidade e o custo ao selecionar um curativo.

Quadro 48-10

Prática baseada em evidências

Lesão de Pele Associada à Umidade

Questão PICO: Em pacientes com lesões por pressão ou feridas crônicas, quais intervenções de cuidados de feridas previnem a lesão de pele associada à umidade na área periferida?

Resumo de Evidências

O tratamento de ferida apropriado para apoiar a cicatrização é fundamental para pacientes com lesões por pressão e outras feridas crônicas. Os avanços na cicatrização de feridas documentam o benefício de um ambiente úmido da ferida e a prática aceita da cicatrização da ferida úmida. Mas quando a umidade está presente em excesso e é permitida que entre na pele periferida, ela leva à maceração prejudicial. Maceração é definida como um amolecimento dos tecidos por imersão até que as fibras conectivas possam ser separadas (Colwell et al., 2011). Essa condição é classificada como lesões de pele associadas à umidade (MASD) — a inflamação e a erosão da pele causada por exposição prolongada a várias fontes de umidade e seu conteúdo, incluindo urina, fezes, transpiração, exsudato da ferida, muco ou saliva. O exsudato é

criado pelo processo inflamatório normal da cicatrização de feridas. Entretanto, quando ocorrem grandes volumes de exsudato, isso impõe dificuldades clínicas e a cicatrização pode ser afetada à medida que a pele excessivamente hidratada torna-se macerada, potencialmente levando à ruptura da pele.

As intervenções que se concentram nas medidas preventivas incluem o uso de um curativo que absorve a umidade excessiva enquanto mantém o leito de uma ferida úmido (Colwell et al., 2011), a seleção do curativo correto e do seu tamanho para absorver o exsudato da ferida, a frequência adequada das trocas de curativo e o uso de um protetor de pele na pele periferida (Guest et al., 2011).

Aplicação à Prática de Enfermagem

- O uso de um protetor de pele (barreira de filme sem ardor, protetor à base de petrolato ou à base de zinco) ajuda a prevenir a maceração da pele periferida (Gray e Weir, 2007; Guest et al., 2011).
- Debridamento enzimático é a aplicação tópica de enzimas sobre o tecido necrótico. A única enzima disponível nos Estados Unidos é a colagenase. A colagenase digere o tecido necrótico ao dissolver o colágeno do tecido morto (NPUAP, EPUAP, PPPIA, 2014).
- Avalie a ferida e a pele ao redor quanto à irritação, coceira, ardor ou quantidade de drenagem. Esses sintomas são exacerbados durante as trocas de curativo ou bolsa de colostomia (Gray et al., 2013).
- Previna a MASD peristomal selecionando um sistema de bolsa com um selo eficaz entre a pele peristomal e o material fecal (Gray et al., 2013).
- Faça mudanças no material de curativo e na frequência da troca do curativo com base na quantidade de drenagem da ferida (Rolstad et al., 2016).
- Avalie a pele perineal quanto à dermatite relacionada com a incontinência, que é um sinal precoce de MASD. Quando necessário, use uma barreira de umidade além da higiene perineal

frequente (Voegeli, 2012).

A maioria das lesões por pressão precisa de curativos. O tipo de curativo costuma ser fundamentado no estágio da lesão por pressão, no tipo de tecido na ferida e na função do curativo (Tabela 48-8). Antes de colocar um curativo em uma lesão por pressão, é importante fundamentar-se no diagnóstico de enfermagem para entender o objetivo do tratamento, o mecanismo de ação do curativo e os princípios da ferida em cicatrização.

Tabela 48-8

Curativos de acordo com o Estágio da Úlcera de Pressão

Categoria/Estágio da Úlcera de Pressão	Estado da Lesão por Pressão	Curativo	Comentários*	Mudança Esperada	Adjuvantes
I	Intacta	Nenhum Curativo transparente Hidrocoloide	Permite avaliação visual Protege contra cisalhamento e atrito Nem sempre permite avaliação visual	Resolve-se lentamente sem perda epidérmica durante 7–14 dias	Cronograma viragem Hidratação de apoio Apoio nutriciona Superfície de redistribui da pressão cadeira co almofada
II	Limpa	Filme composto Hidrocoloide Hidrogel	Limita o cisalhamento Trocar quando o selo do curativo romper; tempo de desgaste máximo de 7 dias Fornece um ambiente úmido	Cicatriza por meio da reepitelização	Cronograma viragem Hidratação de apoio Apoio nutriciona Tratar a incontinêr
III	Limpa	Hidrocoloide Hidrogel coberto com curativo de	A troca deve ser feita quando o selo do curativo	Cicatriza por meio da granulação e reepitelização	Consulte os estágios anteriores; avalie as

		espuma Alginato de cálcio Gaze	quebrar; tempo de desgaste máximo de 7 dias Aplicado sobre a ferida para proteger e absorver a umidade Usado com exsudato significativo; deve cobrir com curativo secundário Usada com soro fisiológico ou outra solução prescrita; deve ser desdobrada para fazer contato com a ferida		necessidac de redistribui de pressãc
IV	Limpa	Hidrogel coberto com curativo de espuma Alginato de cálcio Gaze	Aplicado sobre a ferida para proteger e absorver a umidade Usado com exsudato significativo; deve cobrir com curativo secundário Usada com soro fisiológico ou outra solução prescrita; deve ser desdobrada para fazer contato com a ferida; preencher todo o espaço morto com gaze	Cicatriza por meio da granulação e reepitelização	Consulta cirúrgica muitas vez necessária para o fechament
Não estadiável	Ferida coberta com escara	Filme aderente Gaze mais a solução ordenada Enzimas Nenhum	Facilita o amolecimento da escara Fornece a solução e amacia a escara	A escara eleva-se nas bordas à medida que o debridamento progride A escara suaviza	Consulte os estágios anteriores; consulta cirúrgica muitas vez

			Facilita o debridamento Nenhum curativo é usado se escara estiver seca e intacta, permitindo que esta atue como cobertura fisiológica; pode ser indicado para o tratamento de escara do calcanhar	A escara suaviza	considerac para o debridame

* Como com todos os curativos oclusivos, a ferida *não* deve ser clinicamente infectada.

Esponjas de gaze são o tipo de curativo mais antigo e mais comum. Elas são absorventes e são especialmente úteis em feridas para eliminar o exsudato. A gaze está disponível em texturas diferentes e vários comprimentos e tamanhos; o 4 × 4 é o tamanho mais comum. A gaze pode ser saturada com soluções e usado para limpar e cobrir uma ferida. Quando usada para cobrir uma ferida, a gaze é saturada com a solução (geralmente, soro fisiológico), torcida (deixando a gaze apenas úmida), desdobrada e levemente cobrindo a ferida. Desdobrar o curativo permite a fácil ação de drenagem. A finalidade desse tipo de curativo é fornecer umidade à ferida, ainda que permita que a drenagem da ferida seja gotejada em uma almofada, de gaze de cobertura seca.

Outro tipo de curativo é um filme autoadesivo transparente que retém a umidade sobre uma ferida, proporcionando um ambiente úmido (Fig. 48-18). O curativo de filme transparente é ideal para pequenas feridas superficiais, como uma lesão por pressão Estágio I ou uma ferida de espessura parcial. Use um curativo de filme como um curativo secundário e para o debridamento autolítico de pequenas feridas. Ele possui as seguintes vantagens:

- Adere à pele intacta
- Serve como uma barreira para líquidos externos e bactérias, mas ainda permite que a superfície da ferida "respire", porque o oxigênio atravessa o curativo transparente (Guest et al., 2011)

- Promove um ambiente úmido que acelera o crescimento de células epiteliais
- Pode ser removido sem danificar os tecidos subjacentes
- Permite a visualização de uma ferida
- Não exige um curativo secundário

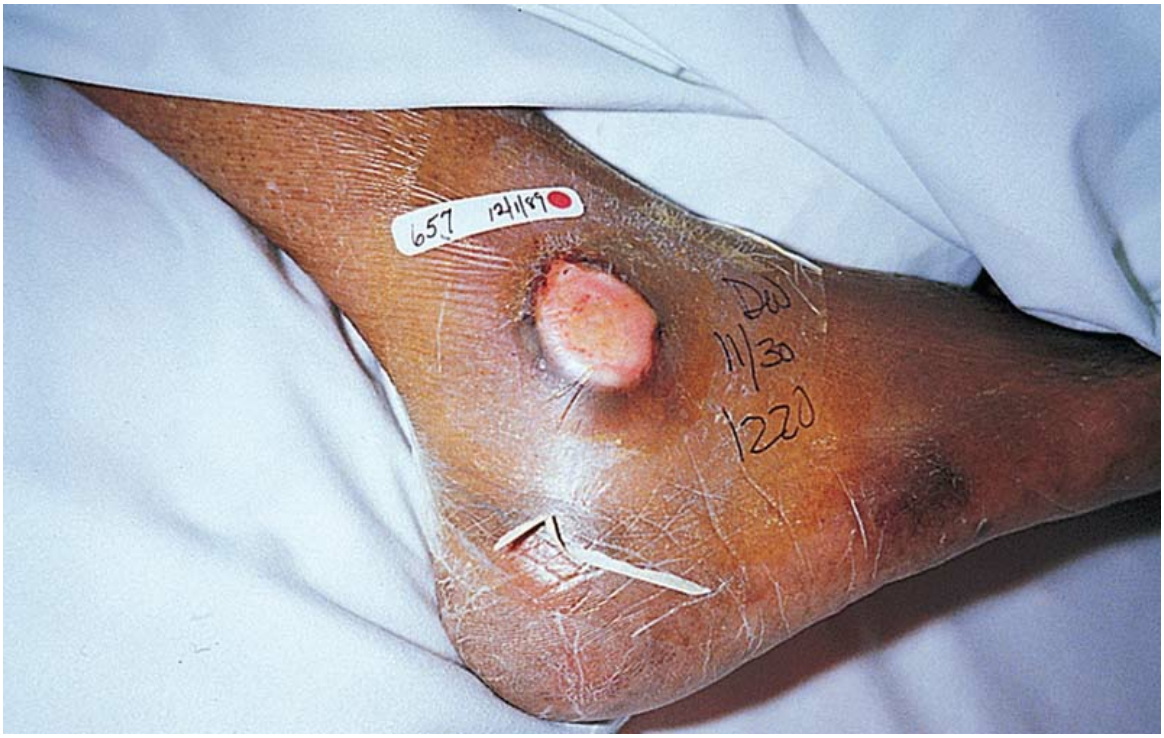


FIGURA 48-18 Curativo de filme transparente.

Curativos de hidrocoloide são curativos com formulações complexas de coloides e componentes adesivos. Eles são adesivos e oclusivos.

A camada de contato da ferida desse curativo forma um gel à medida que o exsudato da ferida é absorvido e mantém um ambiente cicatrizante úmido. Os hidrocoloides apoiam a cicatrização em feridas granulantes limpas e debridam autoliticamente as feridas necróticas; estão disponíveis em uma variedade de tamanhos e formatos. Esse tipo de curativo tem as seguintes funções:

- Absorver a drenagem por meio do uso de absorventes de exsudato no curativo

- Manter a ferida úmida
- Liquefazer lentamente os detritos necróticos
- É impermeável a bactérias e outros contaminantes
- É autoadesivo e molda-se bem
- Atua como um curativo preventivo para áreas de alto risco de atrito
- Pode ser deixado no lugar durante 3 a 5 dias, minimizando o trauma da pele e a interrupção da cicatrização

O curativo de hidrocoloide é útil em lesões dérmicas de superficiais a moderadamente profundas. Os curativos de hidrocoloide não conseguem absorver a quantidade de drenagem de feridas com alto teor de drenagem, e alguns são contraindicados para uso em feridas de espessura total e infectadas. A maioria dos hidrocoloides deixa um resíduo no leito da ferida que é fácil de confundir com a drenagem purulenta.

Os curativos de hidrogel são gaze ou curativos reutilizáveis impregnados com água ou gel amorfo à base de glicerina. Esse tipo de curativo hidrata as feridas e absorve pequenas quantidades de exsudato. Os curativos de hidrogel são para feridas de espessura parcial e de espessura total, feridas profundas com algum exsudato, feridas necróticas, queimaduras e pele danificada pela radiação. Eles podem ser muito úteis em feridas dolorosas, porque são muito calmantes para um paciente e não aderem ao leito da ferida provocando assim pouco trauma durante a remoção. Uma desvantagem é que alguns hidrogéis exigem um curativo secundário, e você deve tomar cuidado para evitar a maceração da periferida. Os hidrogéis vêm em um curativo em folha ou em um tubo; assim, você é capaz de esguichar o gel diretamente dentro da base da ferida. O hidrogel tem as seguintes vantagens:

- É calmante e pode reduzir a dor da ferida
- Fornece um ambiente úmido
- Debrida o tecido necrótico (ao suavizá-lo)
- Não adere à base da ferida e é fácil de remover.

Muitos outros tipos de curativos estão disponíveis. Os curativos de espuma e alginato são para feridas com grande quantidade de

exsudato e aquelas que precisam de embalagem. Os curativos de espuma também são usados em torno dos tubos de drenagem para absorvê-la. Os curativos de alginato de cálcio são fabricados a partir de algas marinhas e vêm em forma de folha e corda. O alginato forma um gel macio quando em contato com o fluido da ferida. Esses curativos altamente absorventes são para feridas com uma quantidade excessiva de drenagem e não causam trauma quando removidos da ferida. *Não os utilize em feridas secas; eles exigem um curativo secundário*. Diversos fabricantes produzem curativos compostos, que combinam dois tipos diferentes de curativo em um. Há pesquisas em andamento a respeito de qual tipo de curativo é o melhor para qual tipo de ferida.

Trocando os Curativos

Para se preparar para trocar um curativo, você precisa saber o tipo deste, a presença de drenos ou sondas subjacentes e o tipo de materiais necessários para o cuidado da ferida. O preparo ruim causa uma quebra na técnica asséptica (Cap. 29) ou desalojamento acidental de um dreno. Seu julgamento em modificar um procedimento de troca de curativo é importante durante o cuidado da ferida, sobretudo se a característica de uma ferida for alterada. Notificar o prestador de cuidados de saúde sobre qualquer mudança é essencial.

Às vezes (p.ex., com feridas crônicas não cirúrgicas) você usará técnica asséptica médica limpa para uma troca de curativo. A técnica limpa refere-se ao fato de que o enfermeiro mantém a assepsia médica em vez da assepsia estéril (Cap. 29). Você vai usar luvas de procedimento, porém os materiais dos curativos estão em embalagens estéreis e são cuidadosamente colocados sobre a ferida. As feridas profundas que exigem irrigação geralmente são irrigadas com uma solução estéril. Um histórico completo do paciente e da ferida são essenciais para determinar quando uma técnica de curativo limpo é apropriada. Por exemplo, as feridas com lesão por pressão crônica utilizam uma técnica limpa. Por outro lado, uma nova ferida cirúrgica pode exigir uma técnica estéril, o que requer o uso de luvas estéreis para não introduzir microrganismos na ferida em cicatrização.

A prescrição médica para trocar um curativo indica o tipo deste, a

frequência da troca e quaisquer soluções ou pomadas a serem aplicados na ferida. Um pedido para "reforçar o curativo SOS" (adicionar curativos sem remover o original) é comum após a cirurgia, quando o médico não deseja rompimento acidental da linha de sutura ou hemorragia. O prontuário médico ou da sala de operação normalmente indica se há drenos e a partir de qual cavidade corporal eles drenam. Após a primeira troca de curativo, descreva a localização dos drenos e o tipo de material e soluções para curativos a fim de colocar no plano de cuidados do paciente. Consulte o Procedimento 48-3 para quais diretrizes usar durante um procedimento de troca de curativo.

Muitas vezes é necessário ensinar os pacientes a trocar curativos em preparação para o atendimento domiciliar. Nesse caso, demonstre as trocas de curativo para um paciente e sua família e, em seguida, dê uma oportunidade para que eles pratiquem. Geralmente, a cicatrização já progrediu ao ponto em que os riscos de complicações, como deiscência ou evisceração, são mínimos. Um paciente precisa conseguir trocar um curativo de forma independente ou com a ajuda de um cuidador familiar antes da alta.

Os curativos contaminados no domicílio devem ser descartados em conformidade com os regulamentos locais. O Procedimento 48-3 descreve as etapas para trocar os curativos secos e úmidos.

Cobrindo uma Ferida

O primeiro passo para cobrir uma ferida é avaliar o seu tamanho, profundidade e formato. Essas características são importantes para determinar o tamanho e o tipo de curativo utilizado para cobrir uma ferida. Os curativos precisam ser flexíveis e estar em contato com toda a superfície da ferida. Certifique-se de que o tipo de material utilizado para cobri-la é apropriado. Muitos materiais novos para curativos, como os alginatos, também são utilizados para cobertura. Se a gaze for o material de curativo adequado, sature-a com a solução prescrita, torça-a, desdobre-a e coloque-a levemente na ferida. Toda a superfície da ferida precisa estar em contato com a parte úmida da gaze (Procedimento 48-3).

É importante lembrar-se de não cobrir uma ferida com demasiada força. Se isso for feito, pode provocar pressão sobre o tecido dela. Cubra a ferida somente até o material de cobertura atinja a superfície da mesma; nunca deve haver excesso de material de cobertura estendendo-se mais alto que a superfície da ferida. A cobertura que se sobrepõe para as bordas de ferida causa maceração da pele ao redor dela.

Uma modalidade de tratamento para feridas é a terapia de feridas por pressão negativa (NPWT) ou fechamento assistido a vácuo (um nome comercial é V.A.C.). A NPWT é a aplicação de pressão subatmosférica (negativa) a uma ferida por meio de sucção para facilitar a cicatrização e coletar o fluido da ferida (Netsch, 2016). O **fechamento assistido a vácuo (V.A.C.)** é um dispositivo que ajuda no fechamento de feridas aplicando pressão negativa localizada para contrair as bordas de uma ferida (Fig. 48-19, *A* e *B*). A NPWT apoia a cicatrização de feridas ao reduzir do edema e remoção do fluido, macrodeformação e contração da ferida, e microdeformação e perfusão por estiramento mecânico. Os efeitos secundários incluem angiogênese, formação de tecido de granulação e diminuição da biocarga bacteriana (Netsch, 2016) (Fig. 48-20). Houve modificações o V.A.C. Instilar permite instilação intermitente de fluidos em uma ferida, especialmente nas feridas que não respondem à NPWT tradicional (Wolvos, 2013).

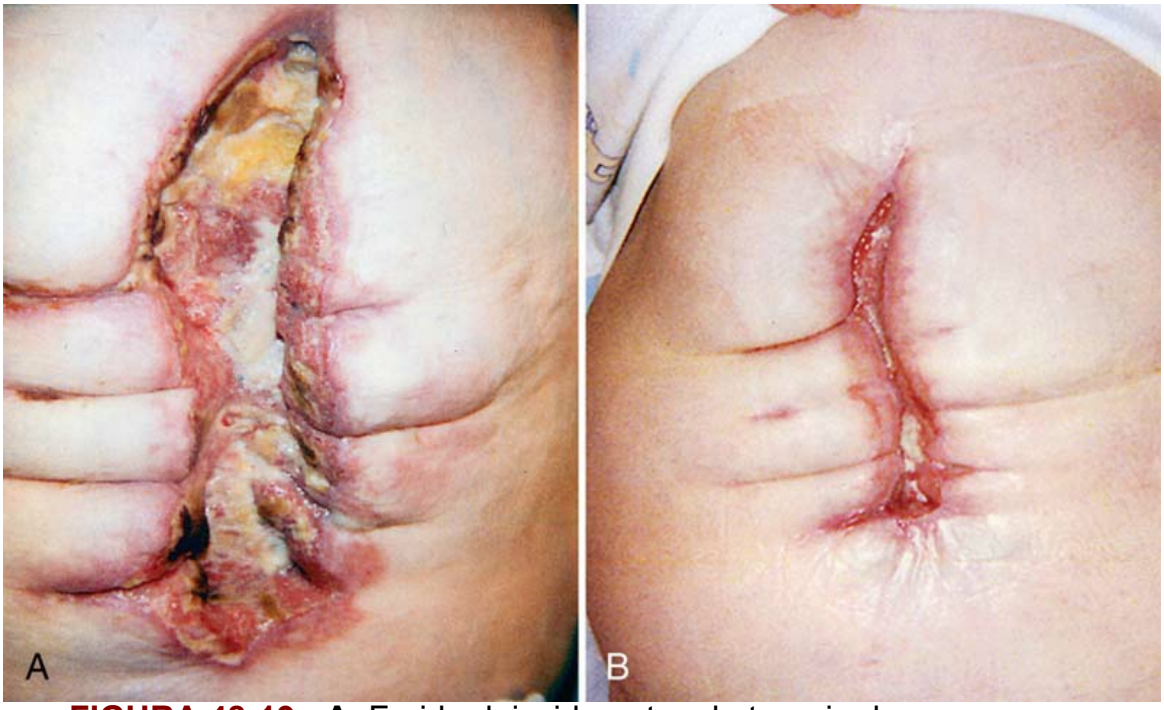


FIGURA 48-19 **A**, Ferida deiscida antes da terapia de feridas por pressão negativa. **B**, Ferida deiscida após a terapia de feridas por pressão negativa. *V.A.C.,* Fechamento assistido a vácuo. (Cortesia Kinetic Concepts, [KCI], San Antonio, TX.)

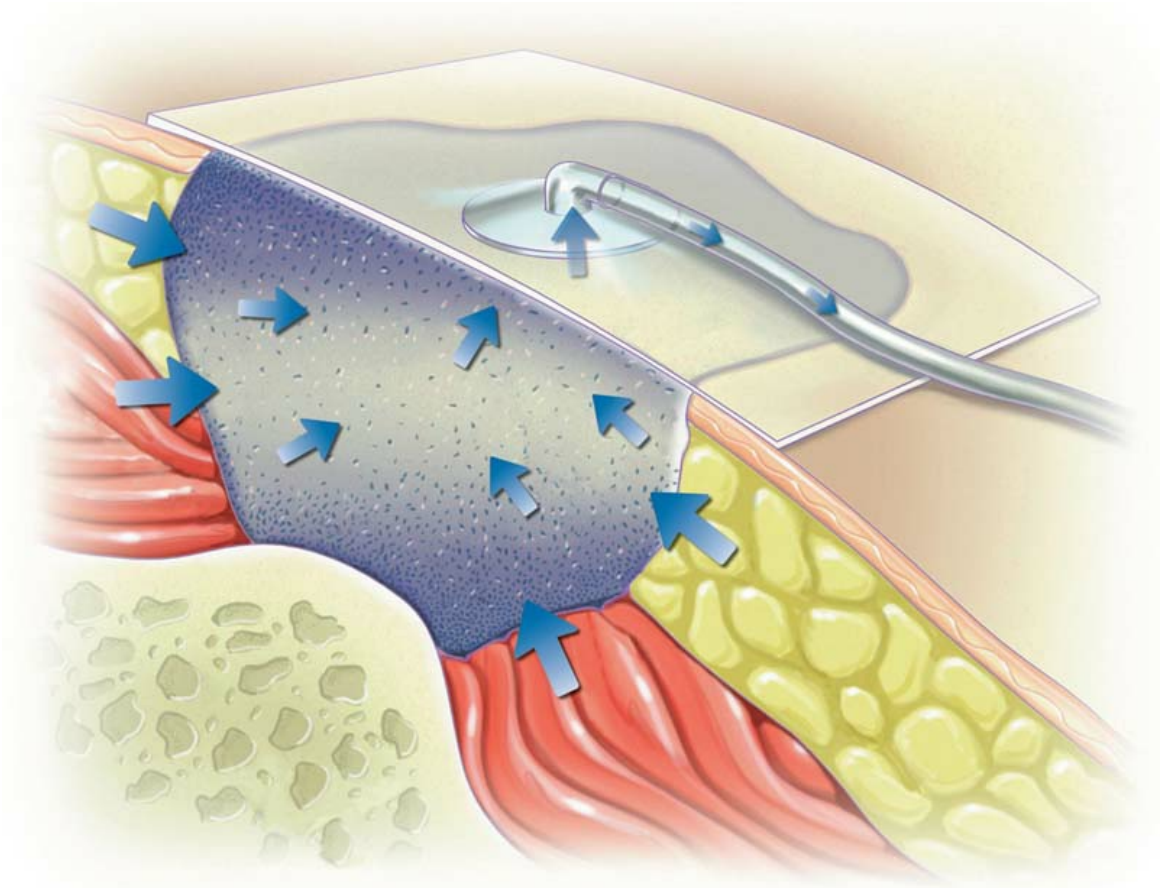


FIGURA 48-20 Sistema V.A.C. utilizando pressão negativa para remover o fluido da área ao redor da ferida, reduzindo o edema e melhorando a circulação na área. *V.A.C.*, Fechamento assistido a vácuo. (Cortesia Kinetic Concepts [KCI], San Antonio, TX.)

A NPWT trata feridas agudas e crônicas (Procedimento 48-4 nas pp. 1231-1234). O cronograma para a troca de curativos com NPWT varia, dependendo do tipo de ferida e da quantidade de drenagem. O tempo de desgaste para o curativo é a qualquer momento entre 24 horas a 5 dias. À medida que uma ferida cicatriza, o tecido de granulação alinha sua superfície. A ferida tem um aspecto pontilhado ou granulado. A área da superfície às vezes aumenta ou diminui, dependendo do local da ferida e da quantidade de drenagem removida pelo sistema NPWT. Este também melhora a aderência dos enxertos de pele de espessura dividida. É colocada sobre um enxerto no intraoperatório, reduzindo a capacidade do enxerto em deslocar e evacuar líquidos

que se acumulam sob ele (Netsch, 2016; Xie et al., 2010). Um selo hermético deve ser mantido (Quadro 48-11).

Quadro 48-11 Terapia de Feridas por Pressão Negativa: Mantendo um Selo Hermético

Para evitar a dessecação da ferida, ela precisa permanecer selada assim que a terapia é iniciada. As áreas seladas problemáticas incluem feridas em torno de articulações, áreas desiguais e a área próxima do sacro. As intervenções a seguir ajudam a manter um selo hermético:

- Apare os pelos ao redor da ferida.
- Seque a periferida cuidadosamente.
- Enquadre a área da periferida com selante cutâneo; barreira cutânea, hidrocoloide ou filme transparente para se estender de 3 a 5 cm (1,2 a 2 pol.) além do parâmetro da ferida.
- Preencha as superfícies desiguais da pele com um produto de barreira cutânea ou hidrocoloide.
- Proteja a pele próxima ou abaixo da sucção contra dermatite de contato com um curativo de hidrocoloide ou de filme transparente enquadrado sob a área vulnerável.
- Evite o removedor adesivo, porque ele deixa um resíduo que dificulta a aderência do filme.

De Netsch DS: Negative-pressure wound therapy, Em Bryant RS, Mix DP, editores: *Acute and chronic wounds: current management concepts*, ed 5, St Louis, 2016, Elsevier.

Fixando os Curativos

Use esparadrapo, amarras ou um curativo secundário para proteger um curativo sobre o local da ferida. A escolha da ancoragem depende do tamanho e localização da ferida, da presença de drenagem, da frequência das trocas do curativo e do nível de atividade do paciente.

Em geral, você usará tiras de esparadrapo para fixar os curativos. Esparadrapos não alérgicos de papel e silicone minimizam as reações

cutâneas. O esparadrapo adesivo comum adere bem à superfície da pele, ao passo que o esparadrapo adesivo elástico comprime-se intimamente em torno de bandagens de pressão e permite mais movimento de uma parte do corpo. A pele sensível ao esparadrapo adesivo torna-se gravemente inflamada e descoberta e, em alguns casos, até mesmo esfacela quando o esparadrapo é removido. É importante avaliar a pele sob o esparadrapo a cada troca de curativo.

O esparadrapo está disponível em várias larguras, como 1,3, 2,5, 5 e 7,5 cm. Escolha o tamanho que seja suficiente para fixar um curativo. Por exemplo, um grande curativo abdominal precisa permanecer fixo sobre uma grande área, independentemente do estresse frequente causado pelo movimento, esforço respiratório e possível distensão abdominal. Tiras de 7,5 cm de adesivo estabilizam melhor um curativo desse tamanho para que ele não escorregue continuamente. Ao aplicar o esparadrapo, certifique-se de sua aderência sobre vários centímetros da pele, em ambos os lados do curativo, e que seja colocado no centro do curativo. Ao fixar um curativo, pressione suavemente o esparadrapo. Certifique-se de exercer pressão longe de uma ferida para que a tensão ocorra em ambas as direções longe da ferida, minimizando a distorção e a irritação da pele. Nunca aplique o esparadrapo sobre a pele irritada ou rompida. Proteja a pele irritada usando uma barreira cutânea sólida e aplicando o esparadrapo sobre a barreira.

Para remover o esparadrapo com segurança, solte as extremidades e puxe cuidadosamente a extremidade exterior paralela com a superfície da pele em direção à ferida. Aplique uma leve tração à pele longe da ferida à medida que o esparadrapo é afrouxado e removido. A tração minimiza o ato de puxar a pele. O removedor adesivo também solta o esparadrapo da pele. Se o esparadrapo cobrir uma área de crescimento de pelos, o paciente sente menos desconforto se você puxá-lo na direção do crescimento dos pelos.

Para evitar a remoção repetida do esparadrapo na pele sensível, fixe os curativos com pares de correias de Montgomery reutilizáveis (Fig. 48-21). Cada seção consiste em uma tira longa; metade contém uma parte adesiva para aplicar na pele, e a outra metade é dobrável e

contém uma correia de tecido ou uma combinação de alfinete de segurança/banda de borracha que você prende em volta de um curativo e desamarra nas trocas do curativo. Um grande e volumoso curativo muitas vezes exige dois ou mais conjuntos de correias de Montgomery. Outro método para proteger a pele ao redor das feridas que precisam de trocas frequentes de curativo é colocar as tiras de curativos de hidrocoloide em ambos os lados das bordas da ferida, cobrir a ferida com um curativo e aplicar o esparadrapo a ele. Para fornecer um suporte nivelado a uma ferida e imobilizar uma parte do corpo, aplique gaze elástica, rede de estiramento elástico ou ataduras sobre um curativo.

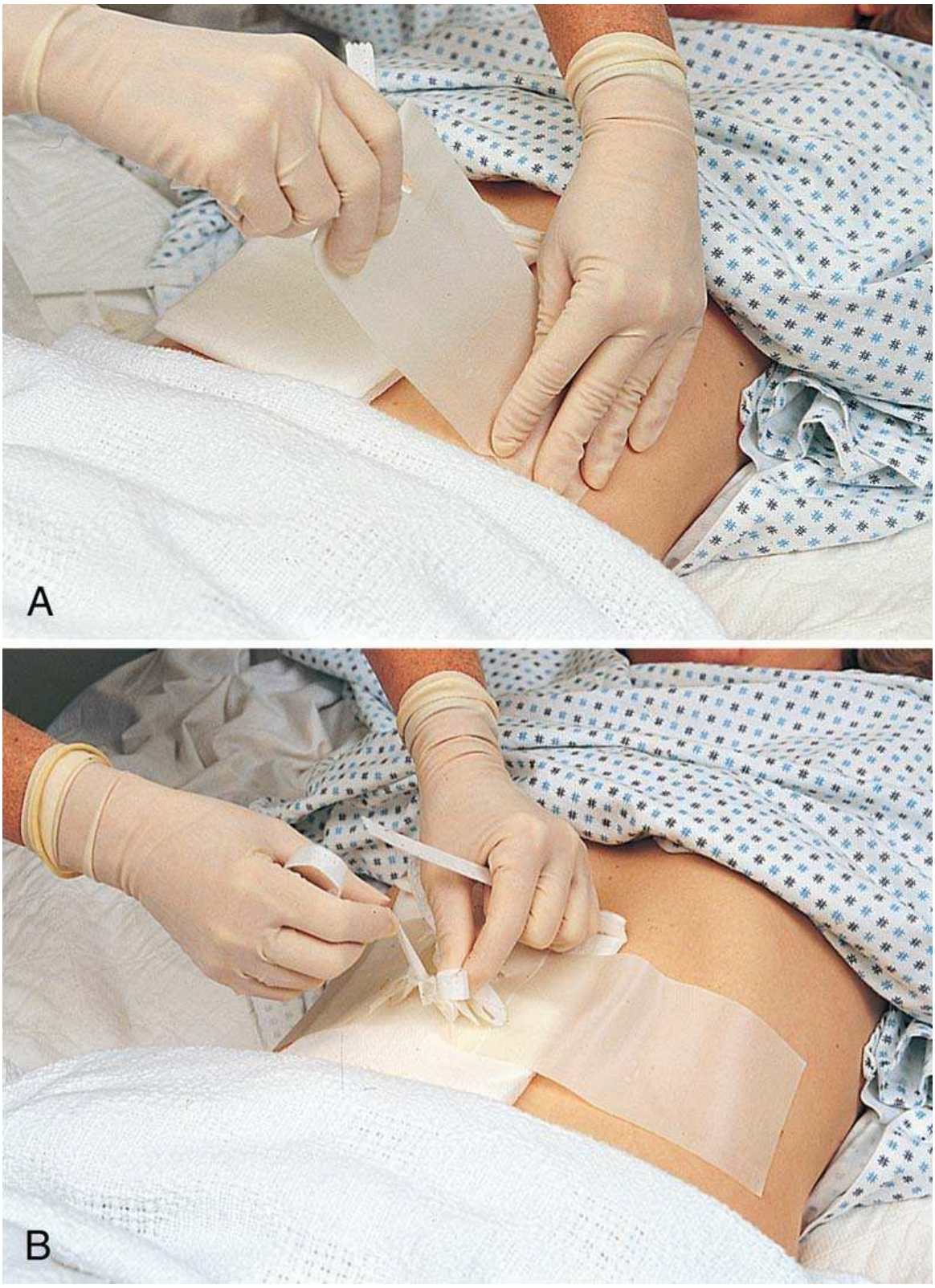


FIGURA 48-21 Correias de Montgomery. **A**, Cada correia é colocada na lateral do curativo. **B**, Prenda as correias envolvendo o curativo.

Medidas de Conforto

Uma ferida muitas vezes é dolorosa, dependendo da extensão da lesão tecidual; e o cuidado dela geralmente necessita do uso da analgesia bem cronometrada antes de qualquer procedimento para a ferida (Krazner, 2016). Administre medicações analgésicas de 30 a 60 minutos antes das trocas do curativo (dependendo do tempo de ação do pico de um fármaco). Além disso, diversas técnicas são úteis para minimizar o desconforto durante o cuidado da ferida. Remover o esparadrapo com cuidado, limpando suavemente as bordas da ferida e manipulando gentilmente os curativos e drenos minimiza a tensão em tecidos sensíveis. Virar e posicionar cuidadosamente também reduzem a pressão sobre uma ferida.

Limpando a Pele e os Locais de Drenagem

Embora uma quantidade moderada de exsudato da ferida promova o crescimento de células epiteliais, alguns médicos solicitam a limpeza de uma ferida ou local de drenagem se um curativo não absorver a drenagem corretamente ou se uma drenagem aberta depositar drenagem sobre a pele. A limpeza da ferida exige uma boa higiene das mãos e técnicas assépticas (Cap. 29). Às vezes, é possível usar irrigação para remover os detritos de uma ferida.

Limpeza Básica da Pele

Limpe as feridas cirúrgicas ou traumáticas aplicando soluções não citotóxicas com gaze estéril ou por irrigação. Os três princípios a seguir são importantes durante a limpeza de uma incisão ou da área que circunda um dreno:

1. Limpe no sentido da área menos contaminada, como de uma ferida ou incisão para a pele circundante (Fig. 48-22) ou de um local de dreno isolado para a pele circundante (Fig. 48-23).
2. Use um atrito suave ao aplicar as soluções localmente sobre a pele.
3. Ao irrigar, permita que a solução flua da área menos contaminada para a mais contaminada (Procedimento 48-5).

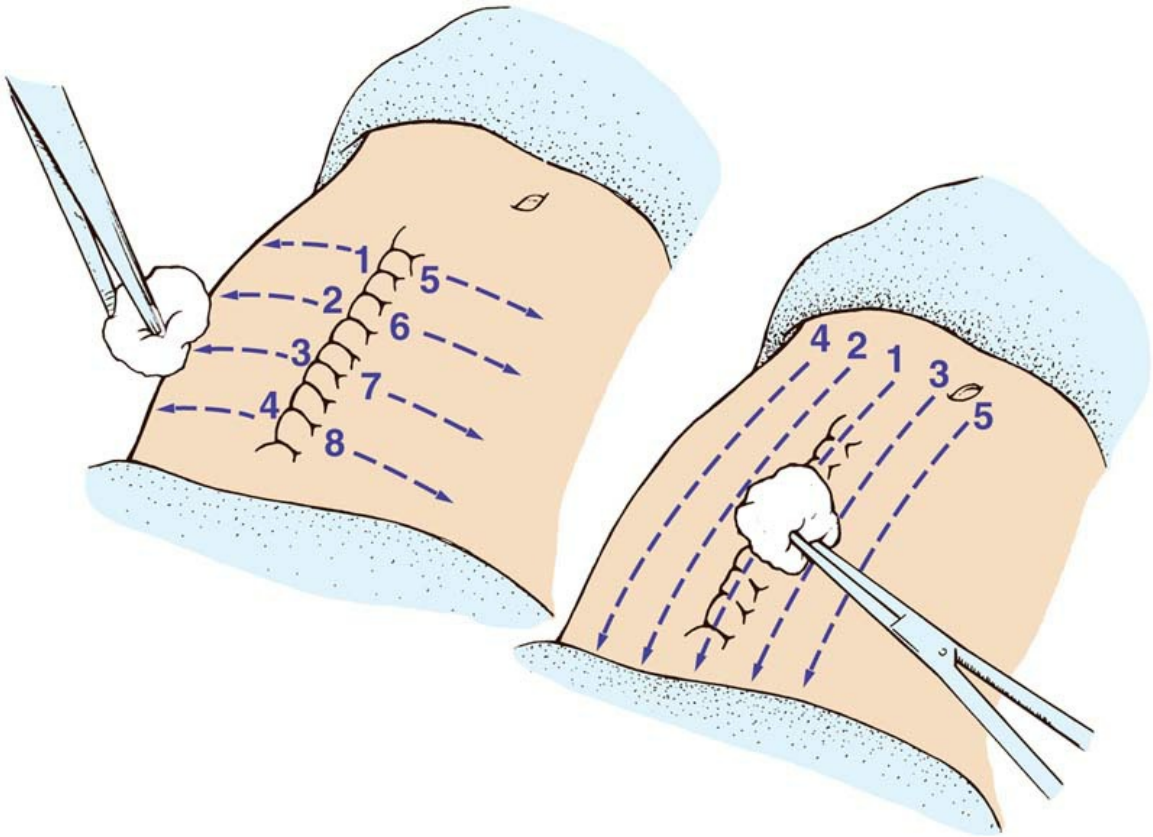


FIGURA 48-22 Métodos para a limpeza do local de uma ferida.

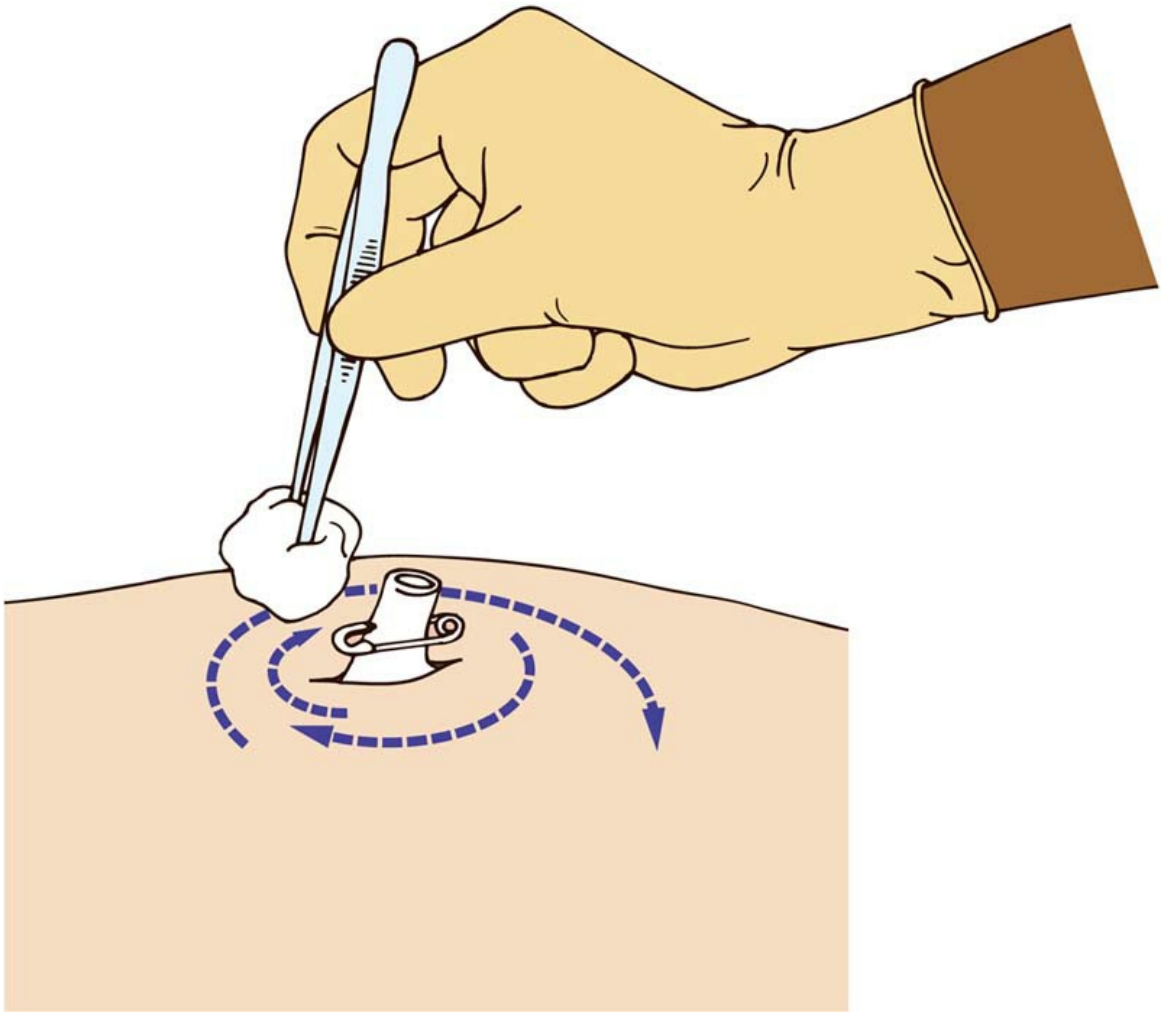


FIGURA 48-23 Limpeza do local de um dreno.

Após aplicar uma solução a uma gaze estéril, limpe-a da ferida. Nunca use o mesmo pedaço de gaze para limpar uma incisão ou ferida duas vezes.

Os locais de dreno são uma fonte de contaminação, porque a drenagem úmida abriga microrganismos. Se uma ferida tiver uma área incisional seca e um local de dreno úmido, a limpeza move-se da área incisional em direção ao dreno. Use dois pedaços de algodão ou almofadas de gaze, um para limpar de cima da incisão em direção ao dreno e outro para limpar da parte de baixo da incisão em direção ao dreno. Para limpar a área de um local de dreno isolado, limpe ao redor do dreno, movendo-se em rotações circulares para fora de um ponto mais próximo ao dreno. Nessa situação, a pele próxima do local

está mais contaminada que o próprio local. Para limpar feridas circulares, utilize a mesma técnica para limpar ao redor de um dreno.

Irrigação

Irrigação é uma forma de limpeza de feridas. Use uma seringa para irrigação a fim de lavar a área com um fluxo constante de baixa pressão da solução. A ação de lavagem suave da irrigação limpa o exsudato e os detritos de uma ferida. A irrigação é particularmente útil para as feridas abertas e profundas; para aquelas que envolvem uma parte inacessível do corpo, como o canal auditivo; ou durante a limpeza de partes sensíveis do corpo, como o revestimento da conjuntiva do olho.

Irrigações de Feridas

A irrigação de uma ferida aberta exige uma técnica estéril. Utilize uma seringa de 35 ml com um cateter angiográfico flexível de calibre 19 (Rolstad et al., 2016) para fornecer a solução. Esse sistema de irrigação tem uma pressão segura e não danifica o tecido da ferida em cicatrização. É importante nunca ocluir uma ferida abertura com uma seringa porque isso resulta na introdução do fluido de irrigação em um espaço fechado. A pressão do fluido provoca danos no tecido, desconforto e, possivelmente, força a infecção ou os detritos ao leito da ferida. Sempre irrigue uma ferida com a ponta da seringa sobre, mas não no local da drenagem. Certifique-se de que o líquido flua diretamente dentro da ferida e não sobre uma área contaminada antes de entrar na ferida. O Procedimento 48-5 nas pp. 1234-1236 lista as etapas para a irrigação da ferida.

Cuidados da Sutura

Um cirurgião fecha uma ferida ao unir as bordas dela o mais próximo possível para reduzir a formação de cicatriz. O fechamento adequado da ferida envolve o mínimo de trauma e tensão aos tecidos com controle de hemorragia.

Suturas são fios ou metais usados para costurar os tecidos do corpo (Fig. 48-24). O histórico de cicatrização de feridas de um paciente, o

local da cirurgia, os tecidos envolvidos e a finalidade das suturas determinam o material de sutura utilizado. Por exemplo, se um paciente tiver repetido a cirurgia para uma hérnia abdominal, o profissional pode escolher suturas em fio para fornecer mais força ao fechamento da ferida. Em contrapartida, uma pequena laceração do rosto exige o uso de suturas finíssimas de Dacron (poliéster) para minimizar a formação de cicatriz.

FIGURA 48-24 Incisão fechada com grampos de metal.

As suturas estão disponíveis em uma variedade de materiais, incluindo seda, aço, algodão, linho, arame, nylon e Dacron. Elas vêm com ou sem agulhas cirúrgicas afiadas afixadas. Grampos de aço são um tipo comum de fechamento da pele exterior que traumatiza o tecido menos que as suturas enquanto fornece força extra.

As suturas são colocadas dentro das camadas do tecido em feridas

profundas e superficialmente como o meio final para o fechamento da ferida. Em geral, as suturas profundas são compostas por um material absorvível que desaparece com o tempo. As suturas são corpos estranhos e, portanto, são capazes de causar inflamação local. Um cirurgião tenta minimizar a lesão tecidual utilizando a sutura mais fina possível e no menor número necessário.

As políticas variam nas instituições sobre quem está apto para remover suturas. Se for conveniente que o enfermeiro as removam, a prescrição médica será necessária. Uma prescrição para remoção de sutura não é fornecida até que o médico acredite que a ferida tenha fechado (normalmente em 7 dias). Uma tesoura especial com pontas de corte curvadas ou removedores de grampos especiais desliza sob os fechamentos da pele para a remoção da sutura (Fig. 48-25). O médico normalmente especifica o número de suturas ou grampos para remover. Se a linha de sutura parece estar cicatrizando melhor em certos locais que em outros, alguns profissionais optam por remover apenas algumas suturas (p.ex., alternada).

FIGURA 48-25 Removedor de grampos.

Para remover os grampos, introduza as pontas do removedor de

grampos sob cada grampo de arame. Enquanto fecha lentamente as extremidades do removedor de grampos, aperte o centro do grampo com as pontas, liberando-o da pele (Fig. 48-25). Para remover suturas, primeiro verifique o tipo de sutura utilizada (Fig. 48-26). Com uma sutura intermitente o cirurgião aperta cada sutura individual feita na pele. A sutura contínua, como o nome indica, é uma série de suturas com apenas dois nós, uma no início e outra no final da linha de sutura. As suturas de retenção são colocadas mais profundamente que as suturas cutâneas, e os enfermeiros podem ou não removê-las, dependendo da política da instituição. A maneira que a sutura cruza e penetra na pele determina o método de remoção. *Nunca puxe a parte visível de uma sutura através do tecido subjacente*. As suturas na superfície da pele abrigam microrganismos e detritos. A parte da sutura sob a pele é estéril. Puxar a parte contaminada da sutura através dos tecidos pode levar à infecção. Antes de remover as suturas, limpe a linha de sutura com soro fisiológico. Aperte os materiais de sutura o mais próximo possível da borda de pele de um lado e puxe a sutura do outro lado (Fig. 48-27).

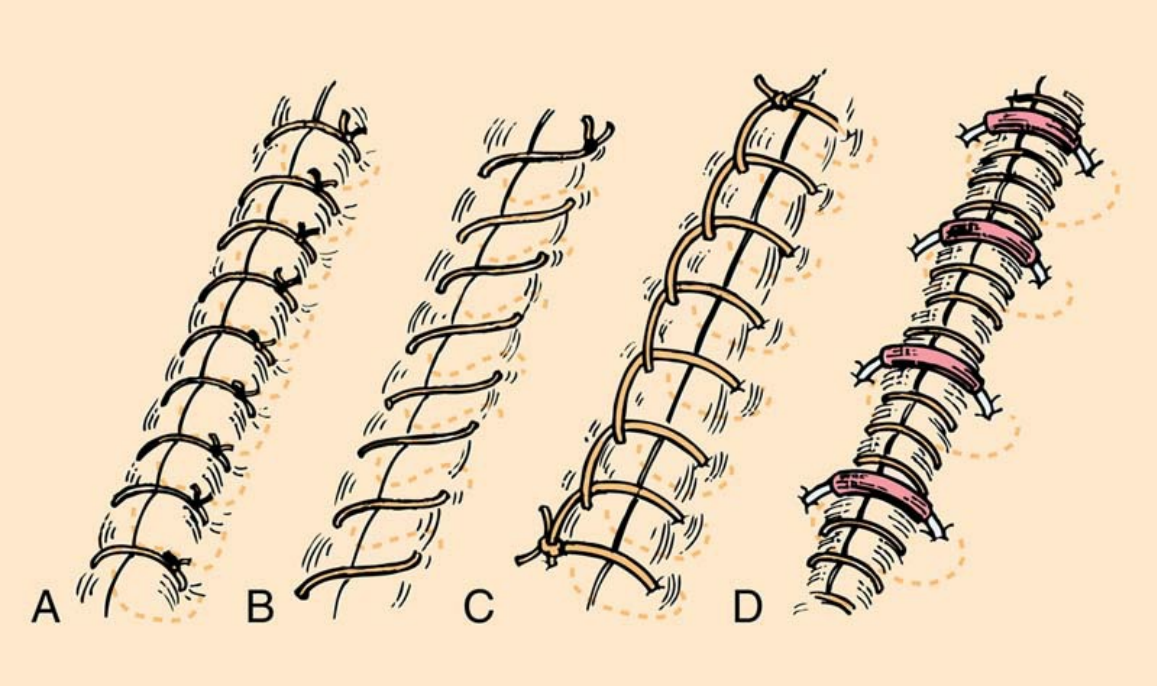


FIGURA 48-26 Exemplos dos métodos de sutura. **A**,

Intermitente. **B**, Contínua. **C**, Contínua festonada. **D**, Retenção.

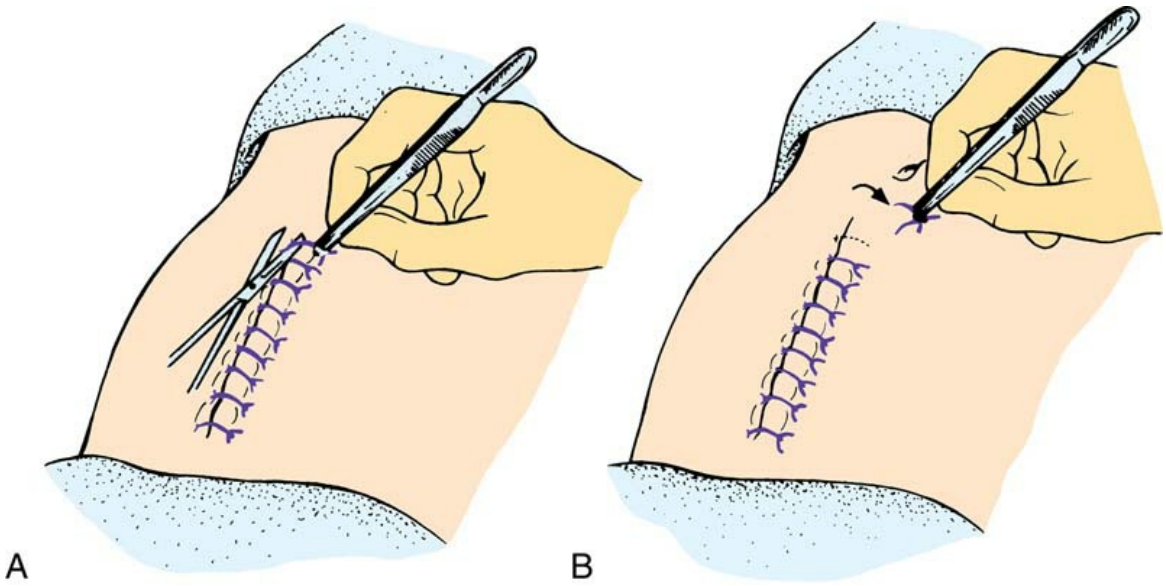


FIGURA 48-27 Remoção da sutura intermitente. **A**, Corte a sutura o mais próximo possível da pele, longe do nó. **B**, Remova a sutura e nunca puxe o ponto contaminado pelos tecidos.

Evacuação da Drenagem

Quando a drenagem interfere na cicatrização, a evacuação é obtida usando um dreno sozinho ou um tubo de drenagem com sucção contínua. Você pode aplicar barreiras cutâneas especiais, incluindo curativos de hidrocoloide semelhantes àqueles usados com ostomias (Cap. 47), em torno dos locais de drenagem com drenagem significativa. As barreiras cutâneas são materiais macios aplicados à pele com adesivo. A drenagem flui na barreira, mas não diretamente na pele.**Evacuadores de drenagem** (Fig. 48-28) são unidades portáteis convenientes que se conectam aos drenos tubulares no leito de uma ferida e exercem um vácuo seguro, constante, de baixa pressão, para remover e coletar a drenagem. Garanta que a sucção seja exercida e que os pontos de conexão entre o evacuador e a sonda estejam

intactos. O evacuador coleta a drenagem. Colete os dados para o volume e a característica de cada turno conforme necessário. Quando o evacuador encher, meça a saída esvaziando o conteúdo em um cilindro graduado e imediatamente reinicie o evacuador para aplicar a sucção.

FIGURA 48-28 Configurando a sucção no evacuador de drenagem. *1*, Com a porta de drenagem aberta, aumente o nível no diafragma. *2*, Empurre para baixo a alavanca para o diafragma inferior. *3*, O fechamento da porta impede o escape de ar e cria pressão a vácuo.

Bandagens e Ataduras

Um curativo de gaze simples muitas vezes não é suficiente para imobilizar ou dar apoio a uma ferida. Ataduras e bandagens aplicados sobre ou em torno de curativos fornecem proteção extra e benefícios terapêuticos pelo seguinte:

1. Criação de pressão sobre uma parte do corpo (p.ex, uma bandagem de pressão elástica aplicada sobre um local de punção arterial)
2. Imobilização de uma parte do corpo (p.ex., uma bandagem elástica aplicada em torno de um tornozelo torcido)
3. Apoio a uma ferida (p.ex., uma atadura abdominal aplicada sobre uma grande incisão e curativo abdominais)
4. Redução ou prevenção de edema (p.ex., uma bandagem de pressão por estiramento aplicada à parte inferior da perna)
5. Fixação de uma tala (p.ex., uma bandagem aplicada em torno de talas de mão para a correção de deformidades)
6. Fixação de curativos (p.ex., tira elástica aplicada em torno dos curativos da perna após um descascamento da veia)

As bandagens estão disponíveis em rolos de diferentes larguras e materiais, incluindo gaze, malha elástica, tira elástica, flanela e musselina. As bandagens de gaze são leves e baratas, moldam facilmente ao redor de contornos do corpo e permitem a circulação de ar para evitar a maceração da pele. As bandagens elásticas conformam-se bem às partes do corpo, mas também exercem pressão.

As ataduras são bandagens que são feitas de grandes pedaços de material para ajustar-se a uma parte específica do corpo. A maioria das ataduras é feita de elástico ou algodão. Uma atadura abdominal e uma atadura de mama são exemplos.

Princípios para a Aplicação de Bandagens e Ataduras

As bandagens e ataduras aplicadas corretamente não causam lesões às partes do corpo subjacentes e proximidades nem criam desconforto para o paciente. Por exemplo, uma atadura de tórax não deve ser tão apertada de modo a restringir a expansão da parede torácica. Antes de aplicar uma atadura ou bandagem, as responsabilidades do enfermeiro incluem o seguinte:

- Inspecionar a pele quanto a abrasões, edema, descoloração ou bordas expostas da ferida
- Cobrir as feridas expostas ou as abrasões abertas com um curativo
- Avaliar a condição dos curativos subjacentes e trocá-los se

estiverem sujos
- Coletar os dados da pele das áreas subjacentes que ficarão distais para a bandagem quanto a sinais de comprometimento circulatório (frieza, palidez ou cianose, pulsos diminuídos ou ausentes, inchaço, dormência e formigamento) para fornecer um meio de comparar as trocas na circulação após a aplicação da bandagem

Após aplicar uma bandagem, o enfermeiro coleta os dados, documenta e relata imediatamente as alterações na circulação, integridade da pele, nível de conforto e função do corpo (p.ex., ventilação ou movimento). O enfermeiro que aplica uma bandagem afrouxa-a ou reajusta-a conforme necessário. A prescrição médica é necessária antes de afrouxar ou remover uma bandagem aplicada por ele. O enfermeiro explica ao paciente que qualquer atadura ou bandagem parece relativamente firme ou apertada. Avalie cuidadosamente uma bandagem para certificar-se de que está aplicada corretamente e fornecendo o benefício terapêutico e substitua os curativos sujos.

Aplicação da Atadura

As ataduras são projetadas especialmente para a parte do corpo a ser suportada. O tipo mais comum de atadura é a abdominal (Quadro 48-12). Uma atadura abdominal suporta grandes incisões abdominais que são vulneráveis à tensão ou ao estresse, à medida que um paciente se move ou tosse (Fig. 48-29). Fixe uma atadura abdominal com alfinetes de segurança ou tiras de velcro.

Quadro 48-12

Diretrizes de procedimento

Aplicando uma Atadura

Considerações da Delegação

A habilidade de aplicar uma atadura abdominal pode ser delegada ao pessoal de nível técnico de enfermagem. O enfermeiro é

responsável pela avaliação da ferida; avaliação das intervenções de cuidados da ferida e coleta de dados da capacidade do paciente em respirar profundamente, tossir de maneira eficaz e se mover de maneira independente; coleta de dados de pele para irritação/abrasão, da incisão/ferida e do curativo; e do nível de conforto antes de uma atadura ou tipoia ser aplicada pela primeira vez. Direcione o técnico de enfermagem a:

- Notificar imediatamente o enfermeiro sobre qualquer mudança no estado respiratório do paciente.
- Relatar qualquer aumento na drenagem da ferida ao enfermeiro.
- Relatar ao enfermeiro quaisquer alterações na integridade cutânea sob a atadura ou adjacente à mesma.
- Remover a atadura nos intervalos prescritos.

Materiais

Luvas, se houver drenagem da ferida; atadura abdominal; atadura de tecido/elástica do tamanho correto; alfinetes de segurança (a menos que fechos de velcro ou de metal estejam afixados): seis a oito alfinetes de segurança costumam ser adequados para as ataduras abdominais

Etapas

1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição.
2. Observe o paciente com necessidade de apoio para o abdome. Observe a capacidade de respirar profundamente e tossir de maneira eficaz.
3. Reveja o prontuário para ver se o pedido médico para a atadura é exigido e quais as razões para a aplicação.
4. Inspecione a pele quanto a alterações reais ou possíveis na integridade. Observe quanto à irritação, abrasão, superfícies da pele que se esfregam uma contra a outra, ou resposta alérgica ao esparadrapo usado para fixar o curativo.
5. Inspecione qualquer curativo cirúrgico.

6. Avalie o nível de conforto do paciente, utilizando a escala analógica de 0 a 10 e observando quaisquer sinais e sintomas objetivos.
7. Explique o procedimento ao paciente e à família.
8. Higienize as mãos e calce as luvas (se o contato com a drenagem da ferida for provável).
9. Aplique a atadura abdominal.
    a. Posicione o paciente em decúbito dorsal com a cabeça ligeiramente elevada e os joelhos ligeiramente flexionados.
    b. Dobre continuamente a lateral da atadura em direção à sua linha média.
    c. Instrua e ajude o paciente a virar de lado, de costas para você e em direção à barra lateral levantada enquanto apoia firmemente a incisão abdominal e o curativo com as mãos.
    d. Coloque as extremidades dobradas da atadura sob o paciente.
    e. Instrua ou ajude o paciente a virar de volta sobre extremidades dobradas.
    f. Desdobre e estique as extremidades suavemente para o outro lado da cama.
    g. Instrua o paciente a voltar para a posição em decúbito dorsal.
    h. Ajuste a atadura para que o paciente em decúbito dorsal fique centralizado sobre ela, usando a sínfise púbica e as margens costais como marcações inferiores e superiores.
    i. Feche a atadura. Puxe uma extremidade da atadura sobre o centro do abdome do paciente. Enquanto mantém a tensão nessa extremidade, puxe a extremidade oposta sobre o centro e prenda-a com presilhas de velcro, fechos de metal ou alfinetes de segurança colocados na horizontal.
    j. Ajuste a atadura conforme necessário.
10. ***Colocar o sutiã esportivo pós-mastectomia:***
    a. Proteja a incisão cirúrgica com o curativo prescrito.
    b. Deslize os braços nas aberturas da alça do sutiã (o mesmo que vestir uma blusa) abrindo-o para a frente.

c. Feche o sutiã.
d. Se for usar um sutiã com alças de apoio adicionais ou atadura, siga as instruções do fabricante durante a colocação.

DECISÃO CLÍNICA: *Avalie a habilidade do paciente para respirar profundamente e tossir de maneira eficaz.*

11. Remova e descarte as luvas e higienize as mãos.
12. Observe o local quanto à integridade da pele, circulação e características da ferida. (Remova periodicamente a atadura e o curativo cirúrgico para avaliar as características da ferida.)
13. Avalie o nível de conforto do paciente, utilizando a escala analógica de 0 a 10 e anotando quaisquer sinais e sintomas objetivos.
14. Avalie a habilidade do paciente para ventilar adequadamente, incluindo a respiração profunda e tosse.
15. Use o método ***Ensino de retorno*** para determinar se o paciente compreende a aplicação da atadura. Diga: "Quero me certificar de que você entendeu como aplicar corretamente a atadura. Pode me demonstrar esse procedimento?" Revise sua orientação agora ou desenvolva um plano para a orientação revisada do paciente caso este não esteja capaz de demonstrar a aplicação correta da bandagem.

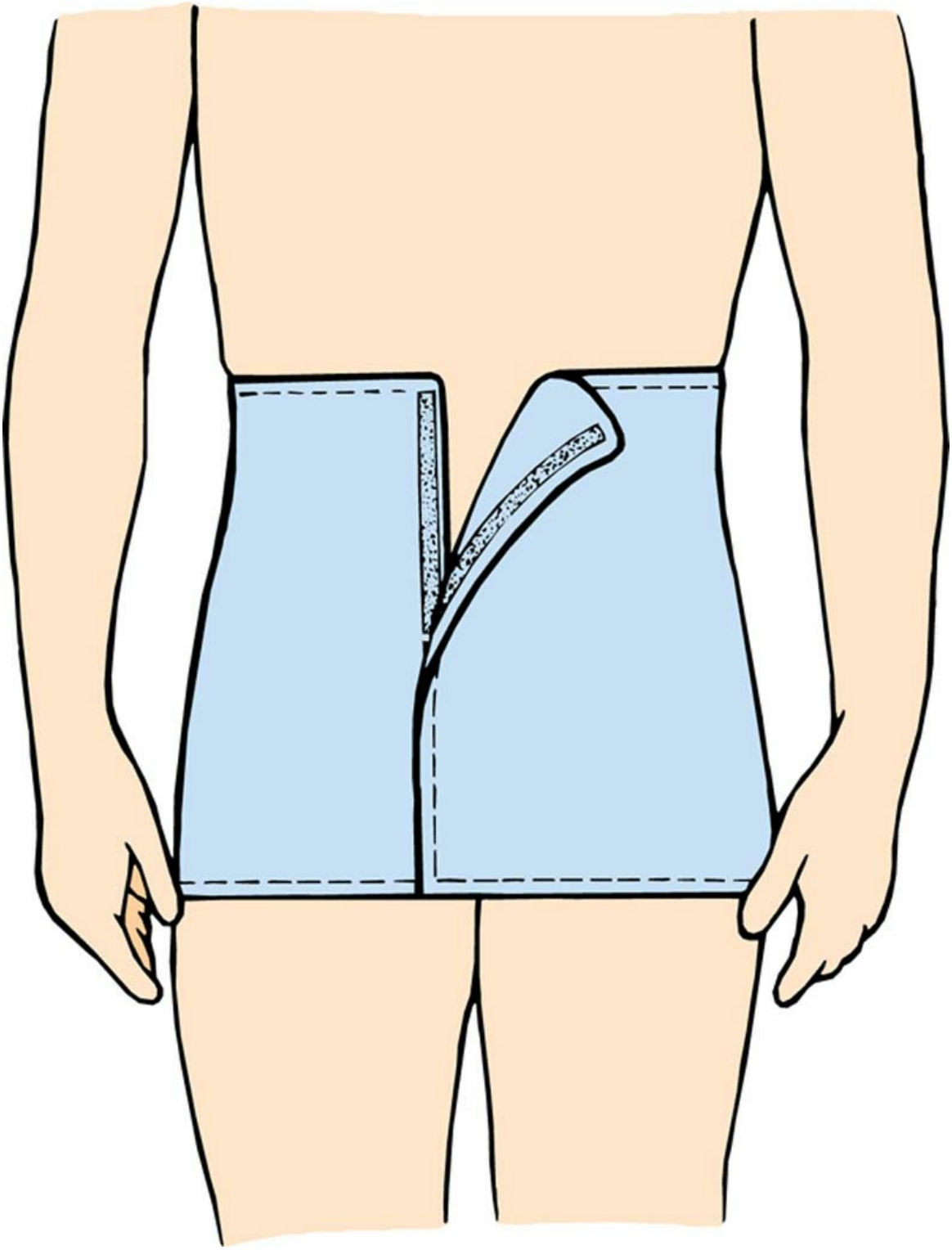


FIGURA 48-29 Fixar a atadura abdominal com velcro.

Tipoias

As tipoias suportam os braços com entorses musculares ou fraturas. Uma tipoia fabricada comercialmente consiste em uma manga comprida que se estende acima do cotovelo com uma alça que se ajusta ao redor do pescoço. Em casa os pacientes podem usar um grande pedaço triangular de tecido. O paciente senta-se ou deita em decúbito dorsal durante a aplicação da tipoia (Fig. 48-30). Instrua-o a dobrar o braço afetado, trazendo o antebraço para frente do peito. A tipoia aberta se encaixa sob o braço do paciente e sobre o peito, com a base do triângulo sob o pulso e o ponto do triângulo em seu cotovelo. Uma extremidade da tipoia se encaixa por trás do pescoço do paciente. Traga a outra extremidade acima e sobre o braço afetado enquanto suporta a extremidade. Amarre as duas extremidades ao lado do pescoço para que o nó não pressione contra a coluna cervical. Dobre o material solto no cotovelo uniformemente em torno do cotovelo e prenda-o com um alfinete. Sempre apoiar a parte inferior do braço e a mão a um nível acima do cotovelo para evitar a formação de edema dependente.

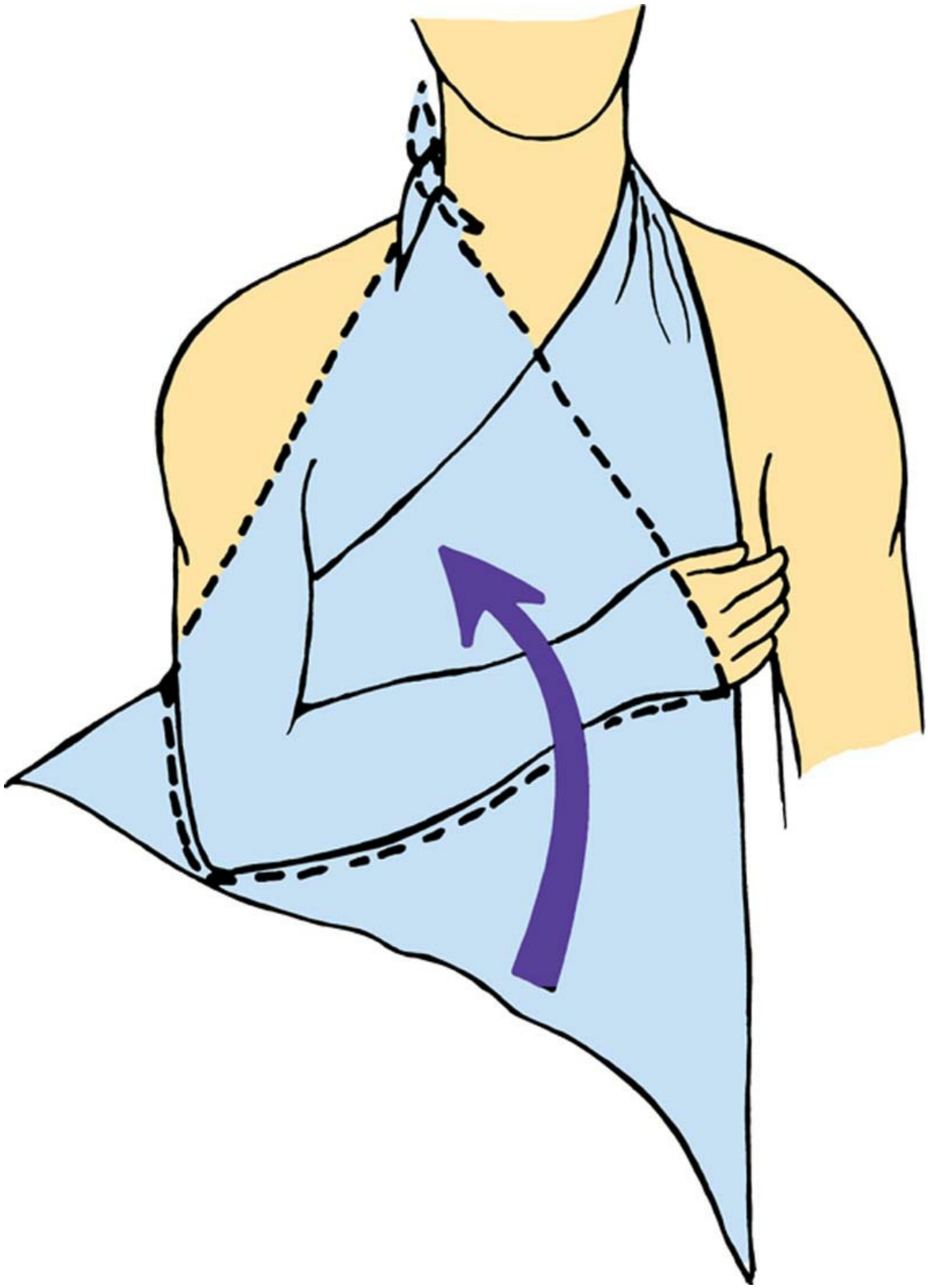


FIGURA 48-30 Aplicação da tipoia.

Aplicação da Bandagem em Rolo

Os rolos de bandagem prendem ou suportam curativos sobre partes do corpo de formato irregular. Cada rolo tem uma extremidade externa livre e uma extremidade terminal no centro do rolo. A parte enrolada da bandagem é seu corpo, e sua superfície externa é colocada contra a pele ou curativo do paciente. O Procedimento 48-6, nas págs. 1236-1237, descreve as etapas para a aplicação de uma bandagem elástica. Use uma variedade de giros da bandagem, dependendo da parte do corpo a ser enfaixada.

Termoterapia

Avaliação para a Tolerância da Temperatura

Antes de aplicar a termoterapia, avalie a condição física do paciente para detectar sinais de possível intolerância ao calor e ao frio. Primeiro, observe a área a ser tratada. Avalie a pele, à procura de quaisquer áreas abertas, como alterações na integridade da pele (p.ex., abrasões, feridas abertas, edema, hematomas, hemorragia ou áreas localizadas de inflamação) que aumentam o risco de lesão de um paciente. Como um profissional de saúde comumente solicita aplicações de calor e frio para as áreas traumatizadas, a avaliação básica da pele fornece um guia para avaliar as mudanças da pele que podem ocorrer durante a terapia. Também avalie a função neurológica, testando a sensação ao toque leve, picada e variações moderadas de temperatura (Cap. 31). O estado sensorial revela a capacidade de um paciente de reconhecer quando o calor ou o frio torna-se excessivo. Avalie o estado mental do paciente para certificar-se de que ele pode comunicar corretamente quaisquer problemas com a termoterapia. O nível de consciência influencia a capacidade de perceber o calor, o frio e a dor. Se um paciente estiver confuso ou não responder, o enfermeiro precisa fazer observações frequentes sobre a integridade da pele após o início da terapia.

A avaliação também inclui a identificação das condições que contraindicam a termoterapia. Não cubra uma área ativa de hemorragia com uma aplicação quente, porque aquela continuará. As

aplicações quentes são contraindicadas quando um paciente tem uma inflamação aguda e localizada, como apendicite, porque o calor pode causar o rompimento do apêndice. Se um paciente tem problemas cardiovasculares, não é aconselhável aplicar calor às grandes partes do corpo, porque a vasodilatação maciça resultante interrompe o fornecimento de sangue aos órgãos vitais.

O frio é contraindicado se o local da lesão já estiver edematoso. Ainda retarda a circulação na área e impede a absorção do líquido intersticial. Se um paciente tem circulação comprometida (p.ex., arteriosclerose), isso reduz ainda mais o fornecimento de sangue para a área afetada. A crioterapia também é contraindicada na presença de neuropatia, porque o paciente é incapaz de perceber a mudança de temperatura e os danos resultantes das temperaturas extremas. Outra contraindicação para crioterapia são calafrios. As aplicações de frio às vezes intensificam os calafrios e aumentam perigosamente a temperatura do corpo.

Se um paciente tem doença vascular periférica, preste especial atenção à integridade dos membros. Por exemplo, se a prescrição do médico for aplicar uma compressa fria a um membro inferior, analise a circulação na perna avaliando a recarga capilar; observando a cor da pele; e palpando as temperaturas de pele, pulsos distais e áreas edematosas. Se os sinais de insuficiência circulatória estiverem presentes, é importante que você questione o pedido.

Ao aplicar almofadas de calor ou frio, verifique os equipamentos elétricos quanto a cabos rachados, fios desgastado, isolamento danificado e componentes de aquecimento expostos. Certifique-se de que os equipamentos que contêm líquidos circulantes não tenham vazamentos. Verifique os equipamentos quanto à uniformidade de distribuição da temperatura.

A aplicação local de calor e frio para uma parte do corpo lesionada algumas vezes é terapêutica. Você é legalmente responsável por realizar avaliações necessárias para a administração segura de aplicações de calor e frio.

Respostas Corporais ao Calor e ao Frio

A exposição ao calor e ao frio provoca respostas sistêmicas e locais. As respostas sistêmicas ocorrem por meio de mecanismos de perda de calor (sudorese e vasodilatação) ou mecanismos de promoção da conservação do calor (vasoconstrição e piloereção) e produção de calor (calafrios) (Cap. 30). As respostas locais ao calor e ao frio ocorrem através da estimulação de terminações nervosas sensíveis à temperatura dentro da pele. Esse estímulo envia impulsos da periferia para o hipotálamo, que se torna consciente das sensações de temperatura local e desencadeia respostas adaptáveis para a manutenção da temperatura normal do corpo. Se as alterações ocorrerem ao longo dos caminhos da sensação de temperatura, a recepção e a percepção eventual de estímulos são alteradas.

O corpo é capaz de tolerar grandes variações na temperatura. A temperatura normal da superfície da pele é de 34°C (93,2°F), porém os receptores de temperatura costumam se adaptar rapidamente às temperaturas locais entre 15°C e 45°C. A dor desenvolve-se quando as temperaturas locais excedem essa variação. O calor excessivo provoca uma sensação de queimação. O frio produz uma sensação de dormência antes da dor.

A capacidade adaptativa do corpo cria o problema grave durante a proteção de pacientes contra uma lesão resultante das temperaturas extremas. Uma pessoa sente inicialmente uma mudança extrema de temperatura, mas dentro de um curto período dificilmente a percebe. Isso é perigoso, porque uma pessoa insensível ao calor e frio extremos pode sofrer uma grave lesão tecidual. Você precisa reconhecer os pacientes em maior risco de lesões causadas por aplicações de calor e frio (Tabela 48-9).

Tabela 48-9

Condições que Aumentam o Risco de Lesão em Função da Aplicação de Calor e Frio

Condição	Fatores de Risco
Pacientes muito jovens ou mais velhos	As camadas cutâneas mais finas em crianças aumentam o risco de queimaduras. Os pacientes idosos têm sensibilidade reduzida à dor e podem não perceber qualquer dor associada às aplicações de calor ou frio.

Feridas abertas, pele rompida, estomas	Os tecidos subcutâneos e viscerais são mais sensíveis às variações de temperatura. Eles também não contêm nenhuma temperatura e têm menos receptores de dor.
Áreas de edema ou formação de cicatriz	A sensação reduzida aos estímulos de temperatura ocorre por causa do espessamento das camadas cutâneas a partir do acúmulo de fluidos ou formação de cicatriz.
Doença vascular periférica (p.ex., diabetes, asterioesclerose)	Como resultado da circulação periférica reduzida, os membros são menos sensíveis à temperatura e aos estímulos de dor em função do comprometimento circulatório e da lesão tecidual local. A aplicação de frio ainda compromete o fluxo sanguíneo.
Confusão ou inconsciência	A percepção dos estímulos sensoriais ou dolorosos é reduzida.
Lesão da medula espinal	As alterações em vias nervosas impedem a recepção de estímulos sensoriais ou dolorosos.
Abscesso dentário ou apêndice	A infecção é altamente localizada. A aplicação de calor causa ruptura, com a disseminação sistemática de microrganismos.

Efeitos Locais de Calor e Frio

Os estímulos de calor e frio criam diferentes respostas fisiológicas. A escolha da termoterapia depende das respostas locais desejadas para a cicatrização (Tabela 48-10).

Tabela 48-10

Efeitos Terapêuticos das Aplicações de Calor e de Frio

Resposta Fisiológica	Benefício Terapêutico	Exemplos de Condições Tratadas
Calor		
Vasodilatação	Melhora o fluxo sanguíneo para parte do corpo lesionada; promove a entrega de nutrientes e a remoção de resíduos; diminui a congestão venosa em tecidos lesionados (Ebbinghaus e Kobayashi, 2010)	Feridas abertas, cirurgia do reto, episiotomia, hemorroidas doloridas, tensão muscular, inflamação vaginal, debridamento da ferida
Viscosidade sanguínea reduzida	Melhora a entrega de leucócitos e antibióticos para local da ferida	
Tensão muscular reduzida	Promove relaxamento muscular e reduz a dor do espasmo ou rigidez (Bleakley e Costello, 2013)	
Metabolismo tecidual	Aumenta o fluxo sanguíneo; fornece calor ao local	

aumentado		
Permeabilidade capilar aumentada	Promove o movimento de resíduos de produtos e nutrientes	
Frio		
Vasoconstrição	Reduz o fluxo de sangue para a parte do corpo lesionada impedindo a formação de edema; reduz a inflamação	Direciona o trauma (entorses, luxações, fraturas, espasmos musculares), laceração superficial ou ferida por punção, queimadura ligeira, suspeita de malignidade ou dor na área de lesão, injeções, artrite e trauma articular
Anestesia local	Reduz a dor localizada (Maxwell e Sterling, 2013)	
Metabolismo celular reduzido	Reduz as necessidades de oxigênio dos tecidos	
Viscosidade sanguínea aumentada	Promove a coagulação sanguínea no local da lesão	
Tensão muscular reduzida	Alivia a dor	

Efeitos da Aplicação de Calor

Geralmente, o calor é muito terapêutico, melhorando o fluxo sanguíneo para uma parte lesionada. No entanto, se for aplicado por uma hora ou mais, o corpo reduz o fluxo sanguíneo por um reflexo de vasoconstrição reflexa para controlar a perda de calor da área. A remoção periódica e a reaplicação de calor local restauram a vasodilatação. A exposição contínua ao calor danifica as células epiteliais, causando vermelhidão, sensibilidade localizada e, até mesmo, bolhas.

Efeitos da Aplicação de Frio

Inicialmente, a aplicação de frio diminui o inchaço e a dor. A exposição prolongada da pele ao frio resulta em uma vasodilatação reflexa. A incapacidade das células em receber fluxo sanguíneo e nutrientes adequados resulta em isquemia tecidual. A pele inicialmente assume um aspecto avermelhado, seguido de manchas roxo-azuladas, com dormência e uma dor tipo queimadura. Os tecidos cutâneos congelam com a exposição ao frio extremo.

Fatores que Influenciam a Tolerância ao Calor e ao Frio

A resposta do corpo à termoterapia depende dos seguintes fatores:

- Uma pessoa é mais capaz de tolerar a curta exposição a temperaturas extremas que uma exposição prolongada.
- Camadas de pele expostas e certas áreas da pele (p.ex., o pescoço, face interna do pulso e antebraço, e região perineal) são mais sensíveis às variações de temperatura. O pé e a palma da mão são menos sensíveis.
- O corpo responde melhor aos ajustes menores de temperatura. Se uma parte do corpo está fria e um estímulo de calor toca a pele, a resposta é maior que se a pele já estivesse quente.
- Uma pessoa tem menos tolerância às mudanças de temperatura às quais uma grande área do corpo é exposta.
- A tolerância às variações de temperatura muda com a idade. Os pacientes que são muito jovens ou velhos são mais sensíveis ao calor e ao frio.
- Se a condição física do paciente reduz a recepção ou percepção de estímulos sensoriais, a tolerância aos extremos de temperatura é alta, porém o risco de lesões também é alto.
- A distribuição desigual de temperatura sugere que o equipamento está funcionando incorretamente.

Aplicação de Termoterapias

Um pré-requisito para usar qualquer aplicação de calor ou frio é a prescrição médica, que inclui o local do corpo a ser tratado e o tipo, frequência e duração da aplicação. As diretrizes de segurança para o uso de calor e frio estão resumidas no Quadro 48-13. Consulte o manual de procedimentos da clínica para utilizar as temperaturas corretas.

Quadro 48-13 Sugestões de Segurança para Aplicar uma Termoterapia

- *Explique* ao paciente as sensações que serão sentidas durante o procedimento.

- *Prevenção*: As lesões das termoterapias são preveníveis (NQF, 2011).
- *Instrua* o paciente que as camadas de pele expostas são mais sensíveis à aplicação de calor e frio que a pele intacta. Por conseguinte, instrua o paciente e sua família a proteger a pele ao aplicar a termoterapia.
- *Instrua* o paciente a relatar as mudanças na sensação ou o desconforto imediatamente.
- *Forneça* um cronômetro ou relógio para que o paciente possa ajudar o enfermeiro a cronometrar a aplicação.
- *Verifique* o paciente e a pele com frequência a cada 20 minutos durante a terapia. Observar o excesso de vermelhidão, dor, formigamento.
- *Deixe* a luz de chamada ao alcance do paciente.
- *Consulte* o manual de políticas e procedimentos da instituição quanto às temperaturas seguras.
- *Não* deixe o paciente ajustar as configurações de temperatura.
- *Não* deixe o paciente mover uma aplicação ou colocar as mãos no local da ferida.
- *Não* coloque o paciente em uma posição que impeça o movimento longe da fonte de temperatura.
- *Não* abandone um paciente que é incapaz de sentir as mudanças de temperatura ou afastar-se da fonte de temperatura.

Você pode administrar as aplicações de calor e de frio em formas secas ou úmidas. O tipo de ferida ou lesão, a localização da parte do corpo e a presença de drenagem ou inflamação são fatores a considerar na seleção de aplicações secas ou úmidas. O Quadro 48-14 resume as vantagens e desvantagens de ambas.

Quadro 48-14 Escolha das Aplicações Secas e úmidas

Vantagens

Aplicações Úmidas

- A aplicação úmida reduz a secagem da pele e suaviza o exsudato da ferida.
- As compressas úmidas conformam-se bem à maioria das áreas do corpo.
- O calor úmido penetra profundamente nas camadas teciduais.
- O calor úmido não promove sudorese nem perda insensível de fluidos.

Aplicações Secas

- O calor seco tem menos risco de queimar a pele que as aplicações úmidas.
- A aplicação seca não provoca maceração da pele.
- O calor seco mantém a temperatura por mais tempo, porque a evaporação não ocorre.

Desvantagens

Aplicações Úmidas

- A exposição prolongada provoca maceração da pele.
- O calor úmido resfria-se rapidamente devido à evaporação da umidade.
- O calor úmido cria maior risco de queimaduras na pele, porque a umidade conduz o calor.

Aplicações Secas

- O calor seco aumenta a perda de fluidos corporais através da transpiração.
- As aplicações secas não penetram profundamente nos tecidos.
- O calor seco provoca aumento de secura da pele.

Compressas Quentes e Úmidas

As compressas quentes e úmidas melhoram a circulação, aliviam o

edema e promovem a consolidação da drenagem purulenta. Uma compressa é um pedaço de curativo de gaze umedecido em uma solução aquecida prescrita. Uma cobertura é um tecido ou curativo maior aplicado a uma área maior do corpo.

O calor das compressas quentes dissipa-se rapidamente. Para manter uma temperatura constante, é preciso trocar a compressa com frequência. Você pode usar uma camada de envoltório de plástico ou uma toalha seca para isolar a compressa e reter o calor. O calor úmido promove a vasodilatação e a evaporação do calor da superfície da pele. Por essa razão, um paciente pode sentir frio. Sempre tente controlar as correntes de ar dentro do quarto e mantenha o paciente coberto com um cobertor ou um roupão.

Banho Quente

A imersão de uma parte do corpo em uma solução aquecida promove a circulação, reduz o edema, aumenta o relaxamento muscular e fornece um meio de aplicar a solução medicamentosa. Às vezes, um banho também é acompanhado pelo envolvimento da parte do corpo em curativos e saturando-os com a solução aquecida.

Posicione o paciente confortavelmente, coloque almofadas impermeáveis sob a área a ser tratada e aqueça a solução para cerca de 40,5°C a 43°C. Após a imersão da parte do corpo, cubra o recipiente e o membro com uma toalha para reduzir a perda de calor. Via de regra, é necessário remover a solução resfriada e adicionar solução aquecida após cerca de 10 minutos. O desafio é manter a solução em uma temperatura constante. Nunca adicione uma solução mais quente enquanto a parte do corpo permanece imersa. Após qualquer banho, seque a parte do corpo completamente para evitar maceração.

Banhos de Assento

Um paciente que passou por uma cirurgia do reto, uma episiotomia durante o parto, tem hemorroidas doloridas ou inflamação vaginal beneficia-se de um banho de assento, um banho em que apenas a área pélvica é imersa em líquido quente ou, em algumas situações, frio. O paciente senta-se em uma banheira, cadeira ou uma bacia especial que

se encaixa no assento do vaso sanitário, de modo que as pernas e os pés permaneçam fora da água. Imergir o corpo todo provoca vasodilatação generalizada e anula o efeito da aplicação de calor local à área pélvica.

A temperatura desejada para um banho de assento depende se o objetivo é promover o relaxamento ou limpar uma ferida. Muitas vezes é necessário adicionar água quente ou fria durante o procedimento, que normalmente dura 20 minutos, para manter uma temperatura constante. Os manuais de procedimentos da clínica recomendam temperaturas seguras. Uma bacia descartável contém uma peça que se assemelha a uma bolsa para enema que permite a introdução gradual de mais água.

Evite a superexposição dos pacientes ao colocar cobertores de banho em torno de seus ombros e coxas e controlando as correntes de ar. Um paciente deve ser capaz de sentar-se na bacia ou banheira com pés no chão e sem pressão sobre o sacro ou as coxas. Como a exposição de uma grande parte do corpo ao calor provoca vasodilatação extensa, avalie o pulso e a cor facial e pergunte se o paciente sente tontura ou náuseas.

Bolsas Térmicas e Frias Comerciais

Bolsas térmicas descartáveis preparadas comercialmente aplicam calor quente e seco em uma área lesada. Os produtos químicos misturam-se e liberam calor quando você atinge, amassa ou espreme a bolsa. As instruções da embalagem recomendam o tempo de aplicação de calor.

As bolsas frias preparadas comercialmente, que são semelhantes às bolsas térmicas descartáveis para aplicações secas, estão disponíveis. Elas vêm em várias formas e tamanhos para se ajustar a diferentes partes do corpo. Ao usar compressas frias, observe as reações adversas, como queimaduras ou dormência, manchas na pele, vermelhidão, palidez extrema e uma descoloração azulada da pele.

Compressas Frias, Úmidas e Secas

O procedimento para a aplicação de compressas frias e úmidas é a

mesma que para compressas quentes. Aplique as compressas frias durante 20 minutos a uma temperatura de 15°C, para aliviar a inflamação e o inchaço. Você pode usar compressas estéreis ou limpas.

Banhos Frios

O procedimento para preparar banhos frios e imergir uma parte do corpo é o mesmo para o banho quente. A temperatura desejada para um banho frio de 20 minutos é de 15°C. Controle as correntes de ar e use coberturas externas para proteger o paciente do frio. Muitas vezes é necessário adicionar água fria durante o procedimento de manter uma temperatura constante.

Bolsas de Gelo ou Colares Térmicos

Para um paciente que tem uma distensão muscular, hemorragia ou hematoma localizada(o) ou que foi submetido a cirurgia odontológica, uma bolsa de gelo é ideal para evitar a formação de edema, controlar a hemorragia e anestesiar a parte do corpo. A utilização adequada da bolsa exige as seguintes etapas:

1. Encha a bolsa com água, feche a tampa, inverta para verificar se há vazamentos e derrame a água.
2. Encha dois terços da bolsa com gelo picado, de modo que você seja capaz de moldá-lo facilmente sobre uma parte do corpo.
3. Solte todo o ar da bolsa apertando suas laterais antes de fechar a tampa, porque o excesso de ar interfere na condução de frio.
4. Limpe o excesso de umidade.
5. Cubra a bolsa com uma flanela, toalha ou fronha.
6. Aplique a bolsa no local da lesão durante 30 minutos; você pode reaplicar a bolsa dentro de 1 hora.

◆ Avaliação de Enfermagem

Você avalia as intervenções de enfermagem para reduzir e tratar as lesões por pressão ao determinar a resposta do paciente às terapias de enfermagem e se ele alcançou todos os objetivos. Para avaliar os resultados e as respostas aos cuidados, é possível medir a eficácia das intervenções. Os resultados ideais são prevenir lesões na pele, reduzir

os danos à pele e aos tecidos subjacentes e possibilitar a cicatrização da ferida com restauração da integridade da pele.

Através dos Olhos do Paciente

É importante incluir o paciente e o cuidador familiar no processo de avaliação. Analise se suas expectativas de atendimento foram atendidas. Por exemplo, o paciente ficou satisfeito com o nível de conforto alcançado durante o cuidado da ferida? Feridas crônicas, como as úlceras de pressão, levam tempo para cicatrizar, por isso o cuidado domiciliar é provável. O paciente se sente confortável ou confiante em poder realizar o cuidado da ferida em casa? O cuidador familiar sente que tem as informações necessárias para saber quando relatar um problema com uma ferida? Se as expectativas do paciente e do cuidador familiar não forem atendidas, revise seu plano de cuidados para selecionar as melhores maneiras para apoiar e reeducar.

Resultados do Paciente

Os resultados selecionados para um paciente no plano de cuidados são as metas que você espera alcançar a fim de atender aos objetivos do cuidado. Cada paciente terá resultados únicos dependendo se ele tem uma ferida real ou se corre o risco de desenvolver uma ferida. Você avalia as intervenções de enfermagem para reduzir e tratar as lesões por pressão ao determinar a resposta do paciente às terapias de enfermagem e se ele alcançou todos os objetivos (Fig. 48-31).

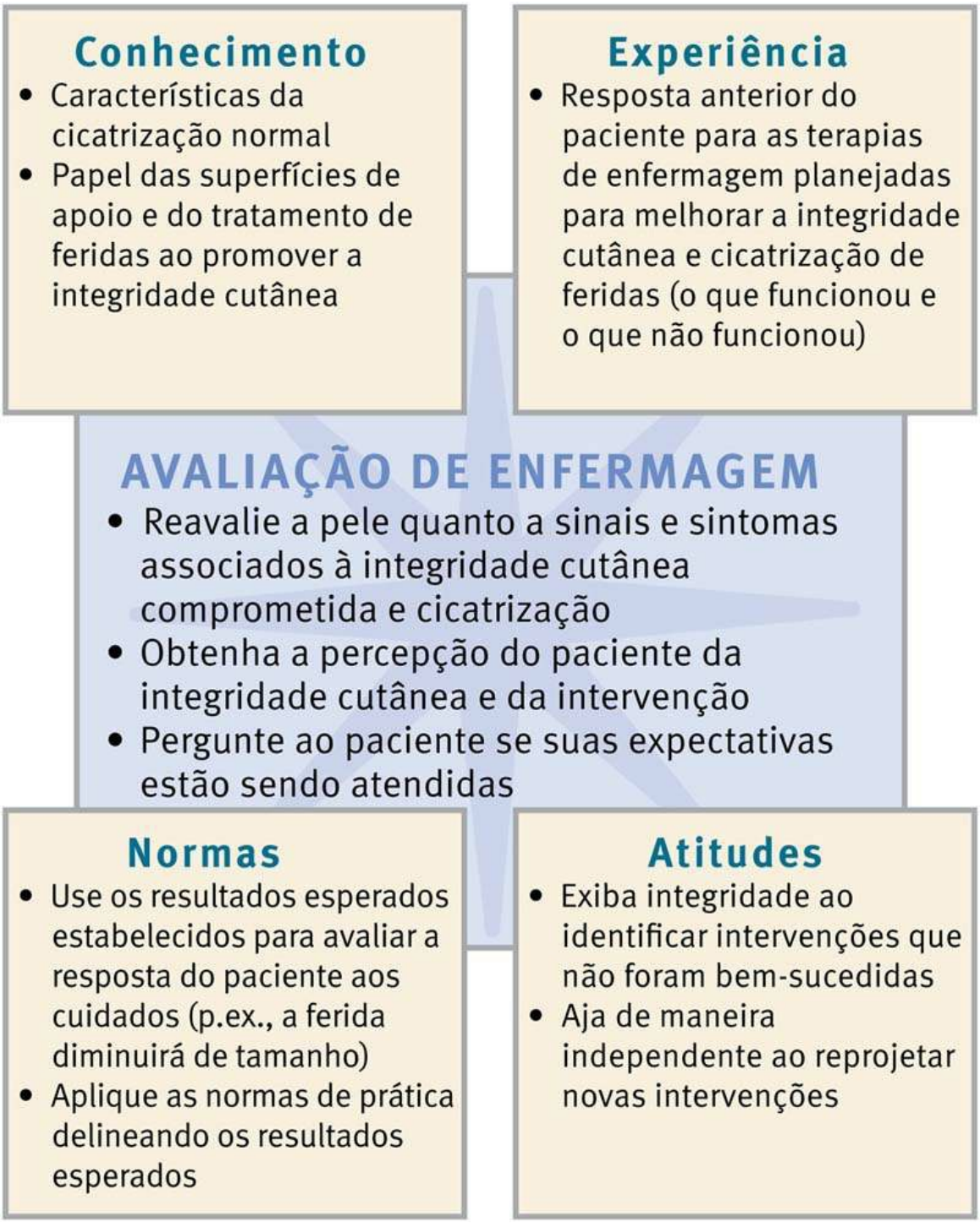


FIGURA 48-31 Modelo de pensamento crítico para a integridade cutânea e a avaliação de enfermagem do cuidado da ferida.

Você avaliará os pacientes com integridade cutânea comprometida em uma base contínua quanto aos fatores que contribuem para a

solução de continuidade da pele e o estado da ferida. Por exemplo, durante o contato direto com o paciente, se um paciente continuar diaforético ou incontinente, aplique os procedimentos de avaliação da ferida para observar a condição da pele e decidir se terapias adicionais serão necessárias. Sua avaliação incluirá elementos de uma reavaliação completa da pele. Use uma ferramenta de avaliação da ferida validada quando apropriado. A avaliação fornece informações a respeito do progresso do paciente em direção à cicatrização da ferida ou manutenção da integridade cutânea.

Se os resultados identificados não forem atendidos para um paciente com integridade cutânea comprometida, as perguntas a serem feitas incluem o seguinte:

- A etiologia do comprometimento cutâneo foi abordada? Os componentes de pressão, atrito, cisalhamento e umidade foram identificados; e o plano de cuidados diminuiu a contribuição de cada um desses componentes?
- A cicatrização de feridas foi apoiada fornecendo à base de ferida um ambiente úmido e protegido?
- Questões como a nutrição foram avaliadas e um plano de cuidados foi desenvolvido para fornecer ao paciente calorias necessárias para apoiar a cicatrização?

Por fim, avalie a necessidade de encaminhamentos adicionais a outros especialistas em cuidado de feridas e lesões por pressão, como enfermeiros certificados em cuidado de feridas. O cuidado de pacientes com uma lesão por pressão ou ferida requer uma abordagem de equipe multidisciplinar.

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é um papel essencial do enfermeiro profissional. Para garantir a segurança do paciente, comunique-se claramente com todos os membros da equipe de cuidados de saúde, avalie e incorpore as prioridades de cuidado e as preferências do paciente, e use as melhores evidências na tomada

de decisão sobre o atendimento. Ao executar os procedimentos neste capítulo, lembre-se dos seguintes pontos para garantir atendimento seguro, individualizado, centrado no paciente:

- Ao trocar os curativos, siga a técnica asséptica adequada. Mantenha um saco plástico ao seu alcance para descartar os curativos e evitar a contaminação cruzada. Tenhas luvas extras ao seu alcance para permitir uma troca de luvas se estas ficarem sujas.
- Se for irrigar a ferida, use óculos e outros equipamentos de proteção individual quando houver risco de respingo.
- Ao aplicar uma bandagem elástica, verifique o membro onde ela será aplicada quanto a mudanças de temperatura ou sensação.

Procedimento 48-1 Avaliação para o desenvolvimento de lesão por pressão

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de avaliar os pacientes para o risco de lesões por pressão não pode ser delegado para o pessoal de nível técnico de enfermagem. Instrua o técnico de enfermagem a:

- Relatar quaisquer alterações na pele do paciente, como vermelhidão, bolhas, abrasão ou cortes ao enfermeiro para outra avaliação de enfermagem.
- Manter a pele do paciente seca e proporcionar higiene após a incontinência fecal ou urinária ou a exposição a outros fluidos corporais.
- Reposicionar o paciente de acordo com a frequência estabelecida no plano de cuidados de enfermagem ou na política da clínica.
- Evitar traumas à pele do paciente devido a esparadrapo, pressão, atrito ou cisalhamento.

Material

- Instrumento de avaliação de risco, escala de Braden
- Registro de documentação

- Luvas de procedimento quando houver ferida aberta

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Identificar o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da clínica.	Certifica o paciente correto. Cumpre com as normas da The Joint Commission e melhora a segurança do paciente (TJC, 2016).
2. Inspecionar a pele durante o processo de admissão do paciente e pelo menos a cada turno para os indivíduos em risco que necessitam de prevenção e para fatores específicos que os colocam em risco.	Determina os fatores que aumentam o risco do paciente para o desenvolvimento de lesões por pressão (Bryant e Nix, 2016).
a. Usar o instrumento de avaliação de risco validada, como a escala de Braden. Coletar os dados do paciente e obter o escore de risco na admissão para cuidado agudo, hospitais de reabilitação intensiva, lares de idosos, programas de cuidados domiciliares e outros centros de cuidados de saúde.	A escala de avaliação da lesão por pressão fornece uma avaliação básica objetiva. Deve ser usada para todos os pacientes com um dos fatores de maior risco para o desenvolvimento de lesão por pressão: mobilidade restrita, umidade, sensação comprometida, nutrição comprometida e instrumentos médicos, como gessos ou sondas de drenagem (Bryant e Nix, 2016).
3. Coletar os dados do nível de consciência do paciente e sua capacidade de responder de forma significativa (p.ex., afastar-se) ao desconforto relacionados com a pressão (percepção sensorial).	O paciente com capacidade completa ou parcial limitada para responder ao desconforto relacionado com a pressão não pode comunicar seu desconforto, tem uma limitação na capacidade de sentir dor e, portanto, corre risco de desenvolver lesões por pressão.
4. Higienizar as mãos. Calçar luvas de procedimento e realizar uma avaliação sistemática da pele, da cabeça aos pés, com especial atenção às áreas sobre proeminências ósseas.	As proeminências ósseas são de alto risco para a solução de continuidade da pele devido às altas pressões exercidas sobre a área. Se um paciente tiver mobilidade restrita ou outro fator de risco, o risco de solução de continuidade da pele sobre proeminências ósseas aumenta (Bryant e Nix, 2016).
a. Observar as áreas em situação de risco, incluindo a parte de trás da cabeça, ombros, costelas, quadris, região sacral, ísquio, partes internas e externas dos joelhos, partes internas e externas dos tornozelos, calcanhares e pés (Fig. 48-9).	A presença de vermelhidão ou comprometimento à integridade cutânea exige o planejamento de intervenções adequadas.
5. Avalie os seguintes possíveis locais para ruptura de pele relacionada com instrumentos médicos:	A pressão dos instrumentos médicos ou como o instrumento é protegido aumenta o risco de um paciente para lesão tecidual e ruptura da pele sob e em torno do instrumento (Fletcher,

	2012; McNichol et al., 2013).
a. Orelhas e narinas	Cartilagem em que cânulas nasais ou compressas da sonda desenvolve necrose por pressão.
b. Lábios	Vias aéreas orais e sondas endotraqueais exercem pressão se deixadas no local por períodos prolongados.
c. Locais da sonda (p.ex., sondas de gastrostomia ou sonda nasogástrica, cateteres de Foley, drenos de Jackson-Pratt)	As sondas exercem pressão se coladas firmemente na pele ou se houver tensão no local de inserção (Black et al., 2015). Se houver umidade em torno dos locais de inserção da sonda, o vazamento de líquidos corporais comprometerá a integridade cutânea.
d. Instrumentos ortopédicos e de posicionamento de dispositivos (p.ex., gessos, aparelhos odontológicos, colar cervical)	Instrumentos encaixados ou aplicados incorretamente têm potencial para causar pressão na pele adjacente e no tecido subjacente (Black et al., 2010, 2015).
6. Avalie todas as superfícies da pele para o seguinte:	O dano às camadas superficiais da pele indica lesão por atrito ou umidade.
a. Ausência de camadas superficiais da pele	A área fica úmida e dolorida ao toque.
b. Bolhas	Sugere dano à pele por atrito e/ou remoção inadequada do esparadrapo (McNichol et al., 2013). As bolhas ocorrem quando a camada superior da pele é puxada ou friccionada, separando a epiderme da derme.
c. Qualquer perda de epiderme e derme	Indica danos à pele. Determine a causa desse dano a fim de selecionar as intervenções para prevenir mais danos.
7. Avalie o grau em que a pele do paciente é exposta à umidade. Se necessário, remova as luvas para palpar a superfície da pele. Depois descarte as luvas e higienize as mãos.	A exposição à umidade excessiva aumenta o risco de maceração e solução de continuidade da pele (Bryant, 2016; Colwell et al., 2011).
8. Avalie o nível de atividade do paciente.	O paciente acamado, confinado à cadeira ou que só caminha ocasionalmente está em risco para o desenvolvimento de áreas de pressão em função do grau de inatividade física (WOCN, 2010).
a. Determine a capacidade do paciente para mudar e controlar a posição do corpo (mobilidade).	O potencial para atrito e cisalhamento aumenta quando o paciente está completamente dependente de outros para trocar de posição.
b. Determine as posições preferidas do paciente.	O peso do corpo está em determinadas proeminências ósseas, e o paciente resiste aos reposicionamento fora dessas áreas.

9. Avalie o padrão de ingestão de alimentos habitual do paciente (nutrição).	O paciente que raramente ou nunca come uma refeição completa corre risco de formação de lesão por pressão.
a. Revise o padrão de peso recente no mês passado, a ingestão diária de calorias e os valores nutricionais laboratoriais.	O estado nutricional diminuído está ligado com a formação de lesão por pressão e à cicatrização ruim (WOCN, 2010).
b. Complete a avaliação sobre a ingestão de líquidos.	O desequilíbrio de líquidos, seja desidratação ou edema, aumenta o risco do paciente para lesões por pressão (Stotts, 2016a).
10. Avalie a presença de atrito e/ou cisalhamento.	O paciente que tem um problema em se mover, que necessita de assistência máxima para se mover ou que desliza contra os lençóis quando movido corre um alto risco de danos à pele (Bryant, 2016).
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
1. Explicar os procedimentos para reduzir o risco de lesão por pressão do paciente.	Promove a cooperação do paciente e reduz a ansiedade.
IMPLEMENTAÇÃO	
1. Observe a pontuação na escala de coleta de dados de riscos de Braden.	A documentação fornece uma linha de base para comparação do aumento ou redução do risco para o desenvolvimento de lesões por pressão e permite o planejamento de intervenções.
a. À medida que os escores da escala de Braden tornam-se mais baixos, o risco previsto torna-se mais alto.	*Escores*:
	15 a 18, para a população geral de risco, 13 para os pacientes de UTI em risco 13 a 14, risco moderado 10 a 12, risco alto 9 ou menos, risco muito alto
b. Conecta a coleta de dados de riscos aos protocolos preventivos. Higienize as mãos e calce as luvas.	Os protocolos visam às áreas problemáticas para ajudar a evitar a solução de continuidade da pele.
(1) Institua as intervenções em situação de risco (escore de 15 a 18). Considere a instituição de viragem frequente, proteção dos calcanhares do paciente, utilização de uma superfície de redistribuição de pressão e o tratamento da umidade.	Diminui o risco de solução de continuidade da pele.
(2) Institua as intervenções de risco moderado (escore de 13 a 14). Considere o protocolo da viragem frequente; proteção dos calcanhares do paciente, utilização de uma superfície de redistribuição de pressão; fornecimento de cunhas	Diminui a pressão nas proeminências ósseas e reduz o risco aumentado de ruptura da pele.

de espuma para o posicionamento lateral de 30 graus; e o tratamento da umidade, cisalhamento e atrito.	
(3) Institua intervenções de alto risco (escore de 10 a 12). Considere o protocolo que aumenta a frequência de viragem; complementa a viragem com pequenas mudanças na posição; facilita a remobilização máxima; protege os calcanhares do paciente; fornece superfície de redistribuição de pressão; fornece cunhas de espuma para posicionamento lateral de 30 graus; e trata a umidade, o atrito e o cisalhamento. Se necessário, institua intervenções nutricionais para reduzir o risco de desenvolvimento de lesão por pressão.	Aborda os fatores que contribuem com a solução de continuidade da pele e planeja intervenções para abordar os fatores causais (Bryant, 2016). A terapia nutricional promove a cicatrização da pele (Stotts, 2016a).
(4) Institua intervenções de risco muito alto (escore de 9 ou menos). Considere o protocolo que incorpora pontos para pacientes de alto risco e que usa a superfície de redistribuição de pressão se o paciente tem dor intratável ou dor severa agravada ao virar.	Planeja as intervenções para diminuir os efeitos da imobilidade, percepção sensorial reduzida, umidade, atrito, cisalhamento, atividade reduzida e questões nutricionais no indivíduo de alto risco.
2. Quando você observar uma área avermelhada, verifique o seguinte:	Pode indicar que o tecido estava sob pressão.
a. Descoloração de pele (p.ex., vermelhidão na pele de tom claro; arroxeada ou azulada na pele de pigmentação escura) (Quadro 48-3)	O eritema branqueável é uma indicação precoce de pressão e geralmente se resolve sem perda tecidual se a pressão for eliminada. Eritema branqueável é uma área de eritema que fica branca (branqueia) sob a aplicação de pressão (Pieper, 2016).
b. Eritema branqueável	Indica possíveis danos aos vasos sanguíneos e dano tecidual. Uma vez que os vasos sanguíneos são danificados, a área vermelha não vai clarear, porque o tecido e os vasos sanguíneos estão inflamados. A cor da pele pode ser de vermelho vivo intenso a vermelho escuro ou roxo (Pieper, 2016). Posicione o paciente longe da área.
c. Eritema não branqueável	A hipóxia persistente nos tecidos altera a circulação e pode ocorrer palidez ou manchas.
d. Palidez ou manchas	Reduz a transmissão de infeção
3. Remova as luvas e higienize as mãos. Reposicione o paciente em uma posição lateral de 30 graus (Fig. 48-15).	Posiciona o paciente longe das proeminências ósseas.
4. Oriente o paciente e a família sobre os fatores de risco e a prevenção específicos da lesão por pressão.	Ajuda os pacientes e a família a entender e aderir às intervenções destinadas a reduzir o risco de úlcera de pressão (Berlowitz, 2014a).

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observe a condição da pele do paciente a cada turno, sobretudo as áreas de risco (verifique a política da clínica).	Determina ao longo do tempo a resposta do paciente para as intervenções de redistribuição de risco.
2. Observe a tolerância do paciente para o posicionamento.	A mudança frequente da posição reduz ainda mais o risco do paciente para o desenvolvimento de lesão por pressão.
3. Compare a avaliação de riscos atual com os escores anteriores.	Documenta a eficácia das intervenções e ajuda a fornecer o plano de cuidados individualizado.
4. Avalie a ingestão de alimentos e os valores nutricionais laboratoriais.	Determina o sucesso dos suplementos nutricionais na melhoria do estado nutricional.
5. Use o método ***Ensino de retorno*** para determinar a compreensão do paciente e da família sobre o risco e a prevenção das lesões por pressão. Diga: "Quero ter certeza que expliquei as razões pelas quais você está em risco de ter uma lesão por pressão. Pode me explicar os fatores de risco de lesão por pressão que afetam você?" Revise sua instrução agora ou desenvolva um plano para a orientação revisada do paciente se esse não for capaz de repetir suas orientações corretamente.	Avalia o que o paciente e a família conseguem explicar ou demonstrar.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONADAS

1. A pele não branqueia quando pressionada firmemente, tem descoloração púrpura ou tem mudança de cor significativa.
   - Reavalie a frequência do cronograma de viragem.
   - Implemente os protocolos de cuidados da pele da clínica.
   - Considere o uso da superfície de redistribuição de pressão para reduzir o risco de úlcera de pressão.

REGISTRO E RELATO

- Registre o escore de risco do paciente e o aspecto da pele sob pressão nas notas de progresso no prontuário eletrônico do paciente ou no gráfico.
- Registre a posição, os intervalos de viragem, aparelhos de redistribuição de pressão, e outras estratégias de prevenção utilizadas e a resposta do paciente no prontuário eletrônico do paciente ou no gráfico.
- Relate qualquer necessidade de consultas adicionais para o paciente de alto risco.
- Documente sua avaliação sobre a aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Instrua o cuidador familiar sobre o uso da posição lateral de 30 graus e sobre como auxiliar o paciente na posição. Essa posição prolonga o tempo entre as mudanças de posição, resultando em menos interrupções de sono para o paciente e o cuidador.
- Individualize a manobras de redistribuição de pressão para as necessidades do paciente e o ambiente familiar.
- Forneça recursos comunitários para equipamentos hospitalares para a família.

Procedimento 48-2 Tratando as lesões por pressão

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de tratar lesões por pressão não pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. Em alguns cenários de prática é possível delegar a aplicação de curativos *não estéreis* para feridas crônicas e estabelecidas quando um enfermeiro avaliou e designou um protocolo. O enfermeiro é responsável pela *avaliação* da ferida, mesmo se a troca de curativo for delegada. Instrua o técnico a:

- Relatar mudanças na integridade cutânea ao enfermeiro imediatamente.
- Relatar dor, febre ou drenagem da ferida ao enfermeiro imediatamente.
- Relatar qualquer possível contaminação ao curativo existente (p.ex., incontinência do paciente ou outros fluidos corporais; o curativo deslocou-se).

Material

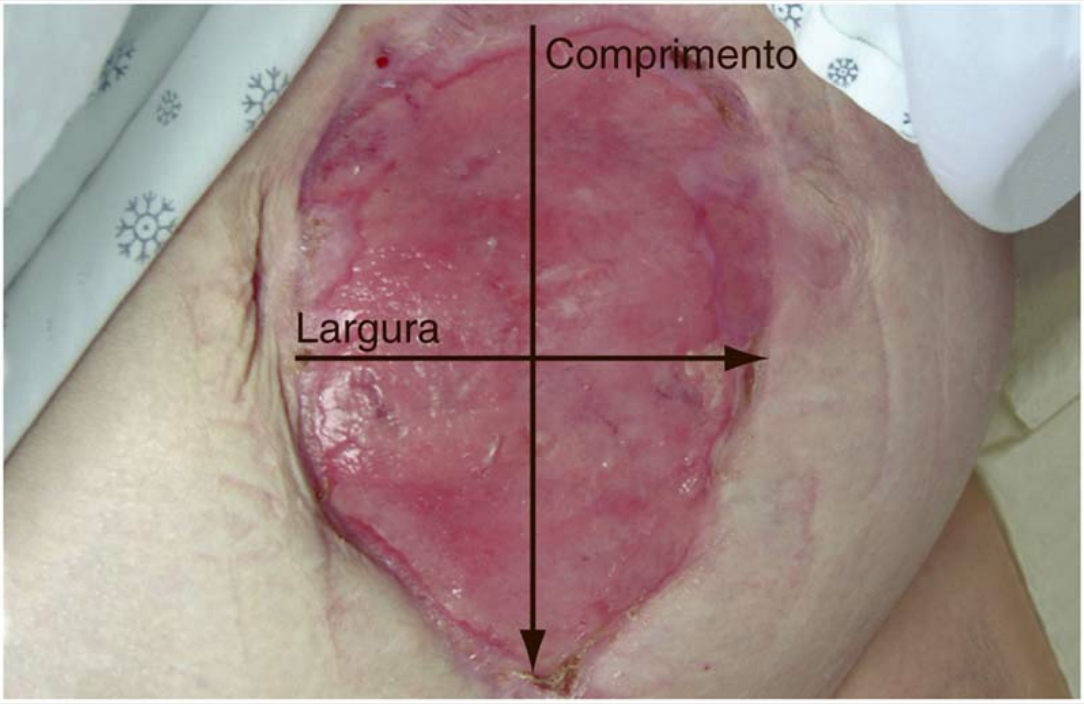
- Luvas de procedimento
- Luvas estéreis (verificar a política da clínica)
- Óculos de proteção e equipamentos de proteção individual, se houver risco de respingo
- Saco plástico para descarte do curativo
- Instrumento de medição
- Aplicadores com ponta de algodão
- Agente de limpeza tópica
- Curativo de escolha (Tabela 48-8)
- Esparadrapo hipoalergênico (se necessário)
- Registro de documentação
- Escala para avaliar a cicatrização da ferida

PASSOS	JUSTIFICATIVA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identifique o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da clínica.	Certifica o paciente correto. Cump as normas da The Joint Commi melhora a segurança do pacien (TJC, 2016).
2. Avalie o nível de conforto do paciente usando uma escala de 0 a 10 e determine a necessidade de medicação para a dor.	Os pacientes toleram melhor o procedimento de troca de cura a dor for controlada. Alguns cu também podem conter uma preparação de espuma de um analgésico, como o ibuprofeno, ajudar no conforto do paciente (Berlowitz, 2014b).
3. Determine se o paciente tem alergia a agentes tópicos.	Os agentes tópicos causam reaçõe cutâneas localizadas.
4. Revise o pedido para o agente tópico ou curativo e localização.	Garante que você administre a me e o tratamento adequados.
5. Feche a porta do quarto ou as cortinas da cabeceira. Descreva ao paciente o que será feito. Posicione o paciente para permitir o acesso à lesão e a remoção do curativo.	Dá privacidade e garante que a ár acessível para a troca de curati
6. Higienize as mãos e calce luvas limpas. Remova o curativo e coloque-o em saco plástico. Se a luva se sujar com a drenagem, remova-a, higienize as mãos e calce uma nova luva.	Diminui a ansiedade do paciente.
7. Colete os dados da(s) lesões por(s) de pressão.	Reduz a transmissão de microrgan e impede a exposição acidental fluidos corporais.
a. Observe a cor, o tipo e o percentual do tipo de tecido presente na base da ferida.	A coleta de dados consistente forn base para avaliar o progresso d ferida (Nix, 2016). O tipo de tec ajuda na escolha do curativo.
b. Meça a largura e o comprimento da(s) lesões(s). Determine a largura medindo da esquerda para direita e o comprimento de cima para baixo usando um instrumento de medição (consulte a ilustração).	O tamanho da lesão muda à medi a cicatrização progride; portan áreas maiores e mais amplas d mudam ao longo do tempo. M largura e o comprimento ao m áreas consistentes fornece uma medição consistente (Nix, 2016
c. Meça a profundidade da úlcera por pressão com um aplicador com ponta de algodão estéril ou outro instrumento que permita a medição da profundidade da ferida.	A medida da profundidade é imp para determinar o volume da f Embora a área da superfície represente adequadamente a p tecidual em úlceras de estágio volume representa de modo m adequado a perda tecidual em de estágio III e IV.
d. Meça a profundidade do enfraquecimento usando um aplicador com ponta de algodão e sonde suavemente sob as bordas da pele.	O enfraquecimento representa a p tecido subjacente (subcutâneo muscular). Indica uma perda te progressiva e precisa ser acom com um curativo adequado.
8. Colete os dados da pele periferida; verifique se há maceração,	

vermelhidão, área desnuda.	
9. Remova e descarte as luvas. Higienize as mãos. Auxilie o paciente a ficar em uma posição confortável.	Reduz a transmissão de microrgan
10. Revise o prontuário médico para avaliar a perda de peso significativa (> 5% de mudança em 30 dias ou > 10% em 180 dias).	Os pacientes que estão abaixo do p perdendo peso precisam aume suplementos calóricos e protei (Berlowitz, 2014b; WOCN, 201



PASSO 7B Medição da largura, comprimento e enfraquecimento da ferida. (De Bryant RA, Nix DP, editores: *Acute and chronic wounds: current management concepts*, ed 5, St Louis, 2016, Elsevier.)

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Explique o procedimento ao paciente e à família.	As explicações preparatórias aliviá ansiedade, corrigem quaisquer equívocos sobre a úlcera e seu tratamento e oferecem uma oportunidade para orientar o p e sua família.
2. Prepare os seguintes equipamentos e materiais necessários:	
a. Lavatório, água quente, sabonete, toalha de rosto e toalha de banho	
b. Soro fisiológico ou outro agente de limpeza de feridas em	A superfície da úlcera deve ser lim

um recipiente de solução estéril	antes da aplicação de agentes t e novos curativos.
DECISÃO CLÍNICA: *Utilize apenas agentes não citotóxicos, como soro fisiológico ou limpadores de feridas dis comercialmente para limpar úlceras.*	
c. Agente tópico prescrito (p.ex., agentes enzimáticos, antibiótico tópico). Siga as instruções do fabricante na bula cuidadosamente.	As enzimas debridam o tecido mo para limpar a superfície da lesã antibióticos tópicos são usados diminuir a biocarga de ferida e ser considerados para uso se a cicatrização não for observada a 4 semanas de cuidados ideais (WOCN, 2010).
DECISÃO CLÍNICA: *Se for utilizar o agente debridante enzimático, não utilize agentes de limpeza de feridas c metais.*	
d. Selecione o curativo e o esparadrapo adequados com base nas características da lesão por pressão, na finalidade para qual o curativo é pretendido e no ambiente de cuidado do paciente (Tabela 48-8).	O curativo deve manter o ambient úmido para a ferida enquanto mantém a pele ao redor seca.
3. Posicione o paciente para permitir a remoção do curativo e coloque o saco plástico para descartá-lo.	A área deve ser acessível para a tr curativo. O descarte adequado curativo antigo promove o mar adequado de resíduos contami

IMPLEMENTAÇÃO

1. Higienize as mãos. Abra as embalagens estéreis e os recipientes de solução tópica conforme necessário.	Reduz a transmissão de microrgar Proporciona o acesso organiza materiais.
2. Remova a roupa de cama e a roupa do paciente conforme necessário para expor a lesão e a pele circundante. Mantenha as partes restantes cobertas e calce luvas de procedimento.	Previne a exposição desnecessária partes do corpo. Reduz a transmissão de microrgar
3. Limpe a úlcera cuidadosamente com soro fisiológico ou um agente de limpeza. Limpe com uma seringa de irrigação para lesões profundas.	Remove os detritos da ferida.
4. Remova as luvas, higienize as mãos e calce luvas de procedimento ou estéreis.	A técnica asséptica deve ser manti durante a limpeza e todas as fa tratamento da lesão por pressã Verifique a política da clínica s uso de luvas de procedimento estéreis.
5. Aplique os agentes tópicos como prescrito:	
a. **Enzimas debridantes**	
(1) Aplique uma camada fina e uniforme de pomada apenas sobre as áreas necróticas da úlcera. Não aplique a enzima à pele circundante. Verifique as instruções do fabricante quanto à frequência da aplicação.	A camada fina absorve e age de m mais eficaz que a camada gros Medicação em excesso irrita a p circundante (Rolstad et al., 201 Algumas enzimas causam queimadura, parestesia e derm pele circundante.
(2) Aplique um curativo de gaze diretamente sobre a lesão.	Protege a ferida e mantém as enzi

	lugar. Impede a entrada de bac na ferida.
(3) Fixe firmemente com esparadrapo.	Mantém o curativo no lugar.
b. **Hidrogel**	
(1) Cubra a superfície da úlcera com hidrogel usando um aplicador ou a mão enluvada.	Os curativos de hidrogel são proje para hidratar e doar a umidade ferida, facilitando assim a cicat da ferida úmida (Rolstad et al.,
(2) Aplique um curativo de gaze seca, hidrocoloide ou de filme transparente sobre a ferida e fixe-o à pele intacta.	Cobre a base da ferida, mantendo hidrogel na interface da ferida.
c. **Alginato de cálcio**	Os curativos de alginato absorven líquido seroso ou exsudato, for um gel hidrofílico não adesivo, ajusta ao formato da ferida (Ro et al., 2016).
(1) Cubra a ferida com alginato usando um aplicador ou a mão enluvada.	Fornece a manutenção da umidad ferida durante a absorção do ex de drenagem.
(2) Aplique gaze seca ou espuma sobre alginato. Fixe com esparadrapo.	Mantém o alginato contra a super ferida.
6. Reposicione o paciente confortavelmente fora da área de pressão e de outros pontos de pressão.	Reduz a pressão sobre a ferida exi diminui a pressão sobre as área risco.
7. Remova as luvas e descarte os materiais sujos. Higienize as mãos.	Reduz a transmissão de microrgan

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Avalie a condição da lesão por pressão em cada troca de curativo ou antes, se ferida ou a condição do paciente se deteriorar (Nix, 2016). Use a ferramenta da clínica para a avaliação da ferida.	Nem todos os pacientes com ferid demonstram uma rápida cicatr devido a outros problemas de s A avaliação da ferida fornece u relatório do progresso de cicatr ou a ausência dela.
2. Compare os achados da ferida (p.ex., tipo e quantidade de drenagem, tamanho da ferida, aspecto do tecido) com os achados anteriores.	Avalia o progresso de cicatrização feridas.
DECISÃO CLÍNICA: *Uma lesão por pressão limpa deve mostrar evidências de cicatrização dentro de 2 a 4 sem Não utilize o sistema de estadiamento da lesão por pressão para medir a cicatrização. O sistema mede a profu da ferida, não a cicatrização (WOCN, 2010).*	
3. Use o método *Ensino de retorno* para determinar a compreensão do paciente e de sua família sobre o tratamento da lesão por pressão. Diga: "Quero ter certeza que expliquei como cobrir a ferida da lesão por pressão. Pode me mostrar como você usará o aplicador para cobrir sua ferida?" Revise sua instrução agora ou desenvolva um plano para a orientação revisada do paciente se esse não for capaz de repetir suas orientações corretamente.	Avalia o que o paciente e a família conseguem explicar ou demon

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. A pele circundante da lesão torna-se macerada.
   - Reduza a exposição da pele circundante a agentes tópicos e umidade.
   - Considere o uso de uma barreira cutânea líquida na pele periferida.
2. A lesão torna-se mais profunda com aumento ou odor fétido da drenagem e dor.
   - Notifique o médico sobre a possível mudança no estado da lesão por pressão.
   - Obtenha as culturas necessárias da ferida.
   - Consulte o médico sobre a possível troca de analgésico.
   - Obtenha consultas adicionais (p.ex., especialista em cuidados de feridas).

REGISTRO E RELATO

- Complete a documentação da ferida exigida para o instrumento de avaliação da ferida de acordo c protocolo da clínica.
- Registre a avaliação da lesão; descreva o tipo de agente tópico, curativo aplicado e resposta do paci
- Relate qualquer deterioração na avaliação de lesão ao enfermeiro ou médico responsável.
- Documente sua avaliação sobre a aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Os pacientes precisam descartar os curativos contaminados em casa de uma maneira consistente co regulamentos locais para resíduos contaminados.
- Oriente o paciente e o cuidador familiar sobre os sinais de infecção da ferida.
- Discuta a necessidade de uma superfície ou cama de redistribuição de pressão em casa e se caberá algum cômodo.

Procedimento 48-3 Aplicando curativos secos e úmidos

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento para aplicar curativos secos ou úmidos a uma nova ferida aguda não pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. Em alguns âmbitos, os aspectos do cuidado da ferida, como trocar os curativos usando uma técnica *limpa* para feridas crônicas, são delegados. É de responsabilidade do enfermeiro a *avaliação* da ferida, mesmo se a troca de curativo for delegada. Direcione o técnico a:

- Relatar dor, febre, hemorragia ou drenagem da ferida ao enfermeiro imediatamente.
- Relatar qualquer possível contaminação ao curativo existente (p.ex., incontinência ou outros líquidos corporais do paciente, curativo desalojado).
- Adaptar-se ao procedimento (p.ex., necessidade de um

esparadrapo especial ou instrumento para fixar o curativo).

Material

- Luvas estéreis
- Variedade de curativos de gaze e almofadas
- Kit de irrigação
- Solução de limpeza
- Solução estéril: água, soro fisiológico, hipoclorito de sódio (solução de Dakin).
- Luvas de procedimento e descartáveis
- Esparadrapo, correias ou bandagem conforme necessário
- Almofadas e saco impermeáveis
- Curativos de gaze extra ou curativos de esponja (*pads* ABD)
- Correias de Montgomery; rede elástica
- Máscara, óculos de proteção ou vestimenta cirúrgica para risco de respingo

PASSOS
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
1. Identifique o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário médico) de acordo com a política da instituição.
2. Revise o prontuário médico para obter informações sobre o tamanho e a localização da ferida.
3. Avalie o nível de conforto do paciente usando uma escala de 0 a 10.
4. Revise os pedidos para o procedimento de troca do curativo.
5. Avalie o paciente quanto a alergias aos agentes de limpeza de feridas ou esparadrapo.
6. Avalie o conhecimento do paciente e de sua família sobre a finalidade e os passos da troca do curativ
7. Avalie sobre o risco de cicatrização tardia ou ruim (p.ex., idade, obesidade, diabetes, doenças vascula periféricas, estado nutricional ruim, medicamentos esteroides, estresse, medicamentos de imunossup e radioterapia).
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM
1. Explique o procedimento ao paciente e instrua-o a não tocar na área da ferida ou nos materiais estére

2. Posicione o paciente confortavelmente e faça um campo estéril com o cobertor de banho para expor a o local da ferida.

3. Planeje a troca do curativo para 30 a 60 minutos após a administração da analgesia.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Feche a porta do quarto ou puxe as cortinas de cabeceira. Higienize as mãos e calce as luvas.

2. Posicione o paciente confortavelmente e faça o campo estéril apenas para expor o local da ferida.

3. Coloque o saco descartável ao alcance da área de trabalho. Dobre a parte superior do saco para fazer manguito (consulte a ilustração).

4. *Remova o esparadrapo*: Afaste suavemente a pele do esparadrapo enquanto puxa o adesivo da pele.

5. Com a mão enluvada, remova cuidadosamente os curativos de gaze, uma camada de cada vez, toma cuidado para não deslocar drenos ou sondas.

   a. Se o curativo grudar no curativo seco, umedeça com soro fisiológico e, em seguida, remova-o.

DECISÃO CLÍNICA: *Nunca use um curativo de úmido a seco em uma ferida granulante limpa. Utilize apenas p (solução de Dakin) em vez de água ou soro fisiológico (Ramundo, 2016).*

6. Observe a cor, edema, drenos e exsudados da ferida bem como a quantidade de drenagem no curati

7. Dobre os curativos com drenagem e remova as luvas de dentro para fora. Para curativos pequenos, r as luvas de dentro para fora sobre o curativo (consulte a ilustração). Descarte as luvas e os curativos no saco descartável. Higienize as mãos.

PASSO 3 Saco descartável impermeável colocado próximo do local do curativo.

8. Abra a bandeja de curativos estéreis ou os materiais estéreis embrulhados individualmente. Posicion mesa de cabeceira e calce luvas limpas.

9. Limpe a ferida limpa com a solução. Usando uma gaze ou um esfregaço antisséptico, limpe a área m contaminada, que é a incisão ou o centro da ferida, para a área mais contaminada, que é fora da incis pele circundante (Cap. 29). Seque a área. Remova e descarte as luvas e higienize as mãos.

10. Se a ferida tiver que ser irrigada:

a. Despeje a solução ordenada em um recipiente estéril de irrigação.

b. Calce luvas limpas, óculos de proteção, máscara e vestimenta cirúrgica se necessário. Coloque a al impermeável sob o paciente. Usando a seringa, permita que a solução flua gentilmente sobre a feri (Alguns produtos de limpeza comerciais vêm em um frasco de *spray*. Borrife a ferida para soltar os detritos).

c. Continue até que a irrigação crie um fluxo claro da solução.

d. Seque a pele circundante com almofadas de gaze.

e. Meça a ferida (Procedimento 48-1). Em seguida, remova e descarte as luvas. Higienize as mãos.

11. Aplique o curativo:

a. **Curativo seco**

(1) Calce luvas de procedimento ou estéreis. Verifique a política da clínica.

(2) Inspecione a ferida quanto ao aspecto, drenos, drenagem e integridade.

(3) Aplique um curativo de gaze (4 × 4, 2 × 2) de tecido frouxa e seca, cobrindo a ferida. Aplique ur adicional conforme necessário.

DECISÃO CLÍNICA: Quando um dreno estiver presente, utilize uma gaze pré-cortada, dividida. Nunca c vão desgastar e entrarão na ferida ou irritarão o tecido da periferida.

(4) Aplique o curativo de esponja (p.ex., ABD) se indicado.

b. **Curativo úmido a seco**

(1) Calce luvas estéreis (consulte a política da clínica).

(2) Avalie o aspecto da pele circundante (consulte a ilustração). Procure por maceração.

(3) Umedeça a gaze com a solução prescrita. Esprema delicadamente o excesso da solução. Desdob

PASSO 11B(2) A exposição da ferida facilita a avaliação da ferida e da pele circundante.

(4) Aplique a gaze como uma única camada diretamente sobre a superfície da ferida (consulte a ilustração). Se a ferida é profunda, cubra suavemente sua base com o curativo usando a mão até todas as superfícies dela estejam em contato com a gaze. Se houver encapsulação, use um aplica com ponta de algodão para colocar a gaze na área encapsular. Certifique-se de que a gaze não to pele circundante.

(5) Cubra com gaze seca estéril e curativo de esponja.

12. Fixe o curativo.

a. *Esparadrapo*: Aplique o esparadrapo de 2,5–5 cm além do curativo. Use um esparadrapo não alérgi fixar o curativo.

b. Correias de Montgomery (Fig. 48-21)

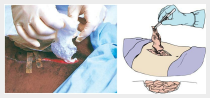
(1) Abra expondo a superfície adesiva do esparadrapo na extremidade de cada correia.

(2) Coloque as correias em lados opostos do curativo.

(3) Coloque o adesivo diretamente sobre a pele ou aplique uma barreira cutânea sólida e fixe a extremidade do esparadrapo na barreira cutânea.

(4) Fixe o curativo amarrando as correias através dele.

c. Para curativos em um membro, fixe o curativo com a gaze em rolo ou a rede elástica (consulte a ilustração).



PASSO 11B(4) Cobertura da ferida com uma única camada de gaze.

PASSO 12C Rede elástica fixando o curativo no membro inferior.

13. Remova as luvas e descarte-as no saco. Remova qualquer máscara, óculos ou vestimenta.

14. Escrever à tinta a data e a hora que o curativo foi aplicado no esparadrapo que fixa o curativo (não marcador).

15. Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável.

16. Descarte os materiais e higienize as mãos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Inspecione a condição da ferida e de qualquer drenagem.

2. Peça o paciente para classificar o nível de dor durante e após o procedimento.

3. Inspecione a condição do curativo e observe qualquer drenagem observável a cada turno.

4. Use o método *Ensino de retorno* para determinar a compreensão do paciente e de sua família sobre o procedimento de troca do curativo. Diga: "Falamos sobre como aplicar um curativo de gaze em casa. me mostrar como aplicar o curativo?" Revise sua instrução agora ou desenvolva um plano para a ori revisada do paciente se esse não for capaz de repetir suas orientações corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

1. A ferida parece inflamada, sensível, com ou sem drenagem.
   - Monitore o paciente para sinais de infecção (p.ex., aumento da temperatura, contagem de leucócito
   - Obtenha a cultura da ferida de acordo com o pedido.
   - Notifique o médico.
2. A drenagem da ferida aumenta.
   - Aumente a frequência das trocas do curativo.
   - Notifique o médico, que pode considerar a colocação do dreno para facilitar a drenagem da ferida.
3. A ferida sangra durante a troca do curativo.
   - Observe a cor. Se a drenagem for vermelha brilhante e excessiva, você precisa aplicar pressão.
   - Inspecione o curativo e embaixo do paciente para determinar a quantidade de hemorragia.
   - Obtenha os sinais vitais, conforme necessário.
   - Notifique o médico.
4. O paciente relata uma sensação de que "algo se soltou sob o curativo."
   - Observe a ferida para o aumento de drenagem ou a separação das suturas.
   - Proteja a ferida. Se os órgãos subjacentes estiverem salientes, cubra com o curativo úmido estéril.
   - Instrua o paciente a ficar quieto e coloque-o no *status* NPO.
   - Notifique o médico.

REGISTRO E RELATO

- Relate a hemorragia rápida, brilhante, vermelha ou a evidência de deiscência ou evisceração da fer
- Registre a condição da ferida e o aspecto, cor, tipo de tecido, presença e características de exsudato do paciente ao procedimento no prontuário eletrônico do paciente ou no gráfico.
- Registre o nível de conforto do paciente e a resposta ao analgésico.
- Documente sua avaliação sobre a aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Curativos de especialidade mais caros às vezes são usados porque diminuem a frequência de troca
- Curativos limpos também podem ser utilizados no ambiente domiciliar.
- Os pacientes precisam descartar os curativos contaminados em casa de uma maneira consistente c
- Certifique-se de que o paciente tenha um cuidador familiar capaz de auxiliar e/ou aplicar o curativ
- Certifique-se de que o paciente e o cuidador familiar conheçam os sinais de infecção e saibam quan

Procedimento 48-4 Implementação da terapia de feridas por pressão negativa

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento da terapia de feridas por pressão negativa (NPWT) não pode ser delegada ao pessoal de nível técnico de enfermagem. Instrua o técnico a:

- Tomar cuidado ao posicionar e virar o paciente para evitar o deslocamento da sonda.
- Relatar ao enfermeiro qualquer alteração na temperatura e nível de conforto do paciente.
- Relatar a mudança na pressão na unidade de NPWT.
- Relatar qualquer alteração na integridade do curativo.

Material

- Unidade de NPWT (Para esse procedimento, a unidade de fechamento assistido a vácuo [V.A.C.] é usada para ilustração; diversos outros sistemas estão disponíveis, e sua aplicação pode ser ligeiramente diferente; consulte as instruções do fabricante; exige pedido médico.)
- Curativo de NPWT (curativo de gaze ou espuma e curativo transparente) (verifique as instruções do fabricante)
- Dispositivo de aspiração NPWT
- Sonda para conexão entre a unidade de NPWT e o curativo
- Luvas de procedimento e estéreis
- Tesoura estéril
- Preparação da pele/barreira cutânea
- Tecido úmido
- Saco de risco biológico impermeável e descartável
- Saco de linho
- Vestimenta de proteção, máscara, óculos de proteção se houver risco de respingo da drenagem da ferida

PASSOS

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identifique o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e núm prontuário médico) de acordo com a política da instituição.
2. Revise o prontuário médico para sinais e sintomas relacionados com a condição da ferida do pacient
3. Avalie a localização, aspecto e tamanho da ferida a receber o curativo (Procedimento 48-2).
4. Revise as prescrições do médico para a frequência de troca do curativo, tipo de espuma a usar e a quantidade de pressão negativa a ser usada.
5. Avalie o nível de conforto do paciente usando uma escala de 0 a 10.
6. Avalie o conhecimento do paciente e do membro da família sobre a finalidade do curativo.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Explique ao paciente o que envolve uma troca de curativo, incluindo as sensações a serem sentidas.
2. Administre o analgésico ordenado 30 minutos antes da troca do curativo.
3. Higienize as mãos. Junte os materiais.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Feche a porta do quarto ou as cortinas do cubículo.
2. Posicione o paciente confortavelmente e coloque o campo estéril de modo a expor apenas o local da f Instrua o paciente a não tocar na ferida ou nos materiais estéreis.
3. Coloque o saco impermeável descartável ao alcance da área de trabalho com a parte superior dobrad fazer um manguito.
4. Calce luvas de procedimento. Se houver risco de respingo ou borrifo, aplique a vestimenta de proteç óculos de proteção e a máscara.
5. Mantenha o sistema no modo "de vac" por 30 a 60 minutos antes de trocar o curativo.
6. Quando a NPWT estiver no local, aperte o botão liga/desliga da terapia (siga as instruções do fabrica
   a. Mantenha os conectores da sonda com a unidade NPWT, eleve os conectores da sonda acima do n unidade NPWT; desconecte as sondas uma da outra para drenar os líquidos no reservatório.
   b. Antes de baixar, aperte a braçadeira na sonda do reservatório, desconecte o reservatório e fixe os curativos nos pontos de conexão.
7. Remova o filme transparente puxando-o suavemente no sentido horizontal e de maneira lenta para l pele.
8. Remova o curativo velho, observando a drenagem no curativo. Tome cuidado para evitar tensão em qualquer um dos drenos que estiverem presentes. Descarte o curativo e remova as luvas. Higienize a

DECISÃO CLÍNICA: *Verifique se toda a espuma do curativo anterior foi removida. As infecções por partes reti antibióticos e infecções resistentes da ferida (Netsch, 2016).*

9. Calce luvas estéreis ou de procedimento (consulte a política da instituição). Irrigue a ferida com soro fisiológico ou outra solução prescrita pelo médico (Procedimento 48-3). Seque com a gaze.

DECISÃO CLÍNICA: *Quando a drenagem estiver purulenta, a quantidade ou a cor mudar, ou tiver um odor féti para essa troca de curativo em especial (Netsch, 2016; Stotts 2016b).*

10. Meça a ferida como solicitado: a troca de curativo deve ser feita semanalmente; alta da terapia. Rem descarte as luvas. Higienize as mãos.

11. Dependendo do tipo de ferida, calce novas luvas estéreis ou limpas.

12. Prepare a pele da periferida por meio da aplicação do filme de proteção/barreira cutânea para prote melhorar a aderência do esparadrapo adesivo.

13. Prepare o curativo de espuma.

a. Selecione a espuma apropriada (siga as instruções do fabricante).

DECISÃO CLÍNICA: *A marca da NPWT ou do preenchedor específico da ferida pode precisar ser ajustada co (Netsch, 2016).*

b. Usando uma tesoura estéril, corte espuma para o tamanho exato da ferida com a altura da espuma estendendo-se 1–2 cm acima da superfície da pele. O curativo deve ajustar-se ao tamanho e format ferida, incluindo as áreas encapsuladas e enfraquecidas.

DECISÃO CLÍNICA: *Alguns pacientes têm mais dor com a espuma preta por causa da contração excessiva da causa menos contração e é menos suscetível para permitir o crescimento da granulação para o curativo (Netsc*

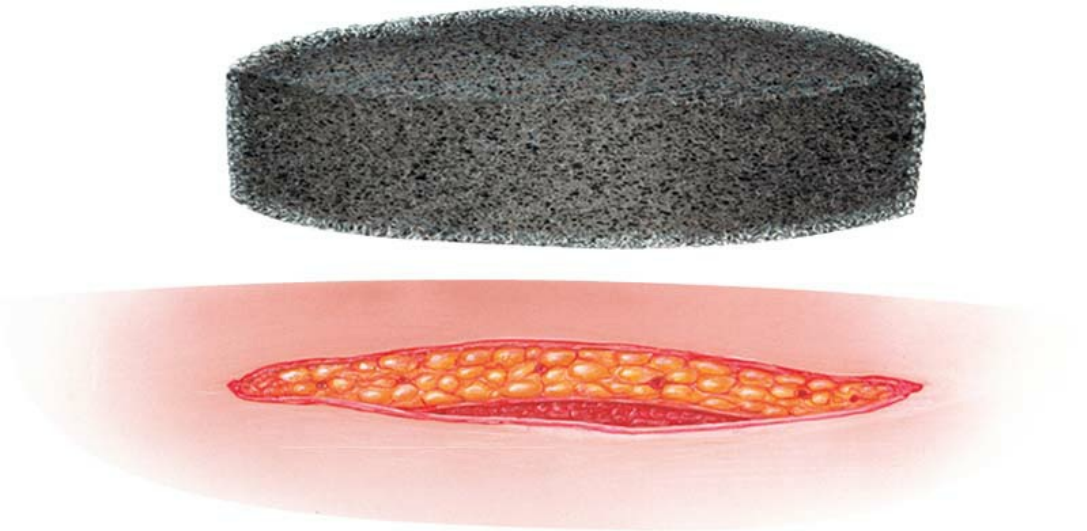
14. Coloque a espuma suavemente na ferida; certifique-se de que ela esteja em contato com toda a base ferida, margens e áreas encapsuladas e enfraquecidas (consulte a ilustração).

15. Aplique o curativo transparente livre de rugas sobre a espuma e a 3–5 cm da pele circundante saud Fixe a sonda à unidade (consulte a ilustração).

16. Fixe a sonda ao filme transparente, alinhando os orifícios da drenagem para garantir o selo oclusivo aplique tensão ao campo estéril e à sonda.

17. Fixe a sonda vários centímetros longe do curativo, evitando os pontos de pressão.

DECISÃO CLÍNICA: *Evite as lesões por pressão relacionadas com o instrumento médico (MD PUs) evitando a proeminências ósseas e outras áreas de risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão (Black et al., 2015*



PASSO 14 Aplicação do curativo. Espuma do tamanho adequado para cobrir a ferida.

18. Assim que você cobriu completamente a ferida (consulte a ilustração), conecte a sonda do curativo à do reservatório e unidade NPWT.

a. Remova o reservatório da embalagem estéril e empurre-o na unidade até ouvir um clique. OBSERVAÇÃO: Um alarme soa se o reservatório não estiver encaixado corretamente.

b. Conecte a sonda do curativo à sonda do reservatório. Certifique-se de que ambas as pinças estão a

c. Coloque a unidade sobre uma superfície plana ou pendure-a no pé da cama. OBSERVAÇÃO: A un soa os alarmes e desativa a terapia se estiver inclinada além de 45 graus.

d. Pressione o botão de energia de luz verde e defina a pressão conforme solicitado.

19. Descarte os materiais do curativo antigo; remova as luvas, descarte e higienize as mãos.

20. Inspecione o sistema NPWT para verificar se a pressão negativa foi alcançada.

a. Verifique se a tela exibe THERAPY ON.
b. Certifique-se de que as pinças estejam abertas e a sonda esteja patente.
c. Ouça se há vazamentos de ar.
d. Se houver vazamento, use tiras de filme transparente para remendar as áreas em torno das bordas ferida.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Inspecione a condição da ferida continuamente; observe a drenagem e o odor.
2. Peça para o paciente avaliar a dor usando uma escala de 0 a 10.
3. Compare o tamanho da ferida e condição com a coleta de dados básica da ferida.
4. Verifique o selo hermético do curativo e a pressão negativa correta.
5. Meça a drenagem da ferida no reservatório com regularidade de acordo com a política da clínica.
6. Use o método *Ensino de retorno* para determinar a compreensão do paciente e de sua família sobre **ter lesões por pressão negativa**. Diga: "Quero ter certeza que expliquei por que você tem esse dispositiv sucção afixado ao seu curativo. Pode me dizer o que essa sucção faz para ajudar a cicatrizar sua ferid Revise sua instrução agora ou desenvolva um plano para a orientação revisada do paciente se esse n capaz de repetir suas orientações corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONAI

1. A ferida parece inflamada e sensível, a drenagem aumentou e um odor está presente.
   - Notifique o médico.
   - Obtenha a cultura da ferida de acordo com o pedido.
   - Aumente a frequência das trocas do curativo.
2. O paciente relata aumento da dor.
   - Se utilizar uma espuma preta, alterne para o produto de espuma PVA.
   - Às vezes, o paciente precisa de mais apoio analgésico quando a NPWT é iniciada.
   - Reduza a sucção.
3. O selo de pressão negativa está quebrado.
   - *Tome medidas preventivas*: Apare os pelos ao redor da ferida, evite rugas no curativo transparente e e dificulta a aderência do filme.
   - Reforce com tiras de curativo transparente.

PASSO 18 Espuma, curativo transparente e sonda fixos sobre o ferimento existente. (Cortesia Kinetic Concepts, Inc

REGISTRO E RELATO

- Registre o aspecto, tamanho, cor da ferida, as características de qualquer drenagem, a presença de cicatrizaçã no prontuário eletrônico do paciente ou no gráfico.
- Registre a configuração de pressão da NPWT.
- Registre a data e a hora da troca do curativo.
- Relate a hemorragia rápida e brilhante; as evidências de uma cicatrização ruim; e a possível infecção da ferida
- Documente sua avaliação sobre a aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Os pacientes podem usar a NPWT em casa com segurança. Alguns pacientes precisam de visitas de enfermei cicatrização de feridas.
- Forneça recursos ao paciente para os materiais para a NPWT.
- Instrua a família e o cuidador familiar sobre o descarte adequado do produto contaminado.

Procedimento 48-5 Realizando a irrigação da ferida

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de irrigação da ferida não pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. Direcione o técnico a:

- Relatar qualquer mudança no aspecto da ferida ou aumento da drenagem da ferida ao enfermeiro.
- Relatar a dor do paciente.

Materiais

- Solução de irrigação/limpeza (volume 1,2 a 2 vezes o volume de ferida estimado)
- Sistema de fornecimento de irrigação, dependendo da quantidade de pressão desejada:
- Seringa de 35 ml para irrigação estéril com cateter angiográfico flexível estéril calibre 19 (Rolstad et al., 2016)
- Luvas de procedimento e luvas estéreis (verificar a política da clínica)
- Almofada inferior impermeável, se necessário
- Materiais para curativos de gaze
- Saco impermeável descartável
- Vestimenta cirúrgica, óculos de proteção ou máscara, se houver risco de borrifos

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Identifique o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da clínica.	Certifica o paciente correto. Cumpre com as normas da The Joint Commission e melhora a segurança do paciente (TJC, 2016).
2. Avalie o nível de dor do paciente.	Fornece a base para medir a resposta do paciente à terapia. O desconforto está relacionado diretamente com a ferida ou indiretamente a tensão muscular ou imobilidade.
3. Revise o prontuário médico para a prescrição do médico para a irrigação da ferida aberta e o tipo de solução a ser usada.	A irrigação da ferida aberta exige pedido médico, incluindo o tipo de solução a ser utilizada.
4. Revise o prontuário médico para sinais e sintomas relacionados com a ferida aberta do paciente. a. O grau de comprometimento da integridade cutânea, incluindo o tamanho da ferida (Meça o comprimento, a largura e a profundidade em centímetros na seguinte ordem: comprimento, largura e profundidade.) b. Verifique o número e os tipos de drenos presentes. c. A drenagem da ferida (quantidade e cor) (A quantidade pode ser medida por parte do curativo saturado ou em termos de quantidade [p. ex., escassa, moderada, abundante].) d. Odor (é preciso declarar se há odor ou não) e. Cor do tecido da ferida f. Consistência da drenagem g. Relatórios de cultura h. Condição do curativo: seco e limpo; evidências de hemorragia, drenagem profusa	Os dados fornecem a base para indicar a mudança na condição da ferida (Nix, 2016). Avalia o volume necessário de solução de irrigação. Os dados também usados como base para indicar a mudança na condição da ferida. A conscientização da colocação de dreno facilita a remoção segura do curativo e identifica o tipo e a quantidade de novos curativos necessários. Espere a quantidade diminuir à medida que a cicatrização ocorre. A drenagem sérica é clara como plasma; a drenagem sanguínea ou vermelha brilhante indica nova

	hemorragia; a drenagem serossanguínea é cor-de-rosa; a drenagem purulenta é espessa e amarela, verde-clara ou branca. O odor forte indica um processo infeccioso. A cor representa o equilíbrio entre o tecido necrótico e o novo tecido cicatricial. A seleção apropriada dos produtos da ferida com base na cor da ferida facilita a remoção do tecido necrótico e promove o crescimento do tecido novo (Nix, 2016). O tipo e a cor da drenagem dependem da umidade da ferida e do tipo de organismos presentes. As feridas crônicas cicatrizam por segunda intenção e não são colonizadas com frequência por bactérias. Fornece uma avaliação inicial da drenagem de ferida presente.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
1. Explicar o procedimento de irrigação e limpeza da ferida e como você vai preparar o paciente.	A informação reduz a ansiedade do paciente.
2. Administrar o analgésico prescrito de 30 a 60 minutos antes de iniciar o procedimento de irrigação da ferida.	Promove controle da dor e permite que o paciente se mova com mais facilidade e fique posicionado para facilitar a irrigação da ferida.
3. Posicione o paciente para acessar a ferida a fim de facilitar a irrigação.	
a. Posicione confortavelmente de modo que a ferida fique vertical para a cuba de coleta, o que permite o fluxo gravitacional da solução de irrigação através da ferida e no receptáculo de coleta.	Direcionar a solução de cima para baixo da ferida e da área limpa para a área contaminada reduz a propagação da infecção. Posicione o paciente tendo em mente as superfícies da cama necessárias para a preparação posterior dos equipamentos.
b. Coloque o recipiente da solução de irrigação/limpeza na cuba de água quente para aquecer a solução à temperatura do corpo.	A solução aquecida aumenta o conforto e reduz a resposta de constrição vascular nos tecidos.
c. Coloque *pads* ou toalhas extras na cama.	Protege a roupa de cama.
IMPLEMENTAÇÃO	
1. Higienize as mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
2. Forme um manguito no saco impermeável e coloque-o perto da cama.	Esse formato ajuda a manter uma grande abertura, permitindo assim a colocação do curativo contaminado

	sem tocar o saco de lixo.
3. Feche a porta do quarto e as cortinas da cama.	Mantém a privacidade.
4. Coloque a vestimenta cirúrgica, a máscara ou os óculos de proteção, se necessário.	Protege o enfermeiro contra respingos ou borrifos de sangue e fluidos corporais.
5. Calce luvas de procedimento e remova o curativo sujo descartando-o no saco impermeável. Descarte as luvas e higienize as mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
6. Prepare o material; abra os materiais estéreis.	
7. Calce luvas de procedimento ou estéreis (verifique a política da clínica).	Reduz a transmissão de microrganismos.
8. Para irrigar uma ferida com ampla abertura:	
a. Encha a seringa de 35 ml com solução de irrigação.	Irrigar a ferida ajuda a remover os detritos e facilita a cicatrização por segunda intenção.
b. Afixe o cateter angiográfico flexível calibre 19 (Fig. 48-17).	Fornece a pressão ideal para a limpeza e remoção de detritos (Ramundo, 2016).
c. Segure a ponta da seringa a 2,5 cm (1 polegada) acima da extremidade superior da ferida e sobre a área a ser limpa.	Impede a contaminação da seringa. A colocação cuidadosa da seringa evita a pressão insegura da solução em fluxo.
d. Utilizando pressão contínua, irrigue a ferida; repita os passos 8a, b e c até que a drenagem da solução para a cuba esteja clara.	A solução clara indica que você removeu todos os detritos.
9. Para irrigar uma ferida profunda com uma abertura muito pequena:	
a. Afixe o cateter angiográfico flexível de calibre 19 para encher a seringa de irrigação.	Cateter permite fluxo direto de irrigação na ferida. A espera para a ferida esvaziar demora mais quando a abertura é pequena.
b. Introduza suavemente a ponta do cateter na ferida e puxe-o para fora cerca de 1 cm	Remove a ponta da parede interna frágil da ferida.
c. Utilizando uma pressão lenta e contínua, irrigue a ferida. *ATENÇÃO*: Às vezes ocorre respingos durante esse passo.	Limpa todas as superfícies da ferida.
d. Pince o cateter logo abaixo da seringa mantendo o cateter no lugar.	Evita a contaminação da solução estéril.
e. Remova a seringa e a encha novamente. Reconecte-a ao cateter e repita até que a drenagem da solução para a cuba esteja clara.	Indica a ferida limpa de detritos.
DECISÃO CLÍNICA: *A lavagem de alta pressão pulsátil pode ser a irrigação de escolha para as feridas necróticas. O tamanho do irrigante depende do tamanho da ferida. As configurações da pressão no dispositivo devem permanecer entre 8 e 15 psi. Não utilize a lavagem de alta pressão pulsátil em vasos sanguíneos, músculos, tendões e ossos expostos. Esse tipo de irrigação não deve ser usado com locais de enxerto e deve ser usado com cautela em pacientes recebendo terapia anticoagulante (Ramundo, 2016).*	
10. Obtenha culturas, se solicitado, após a limpeza com	O tipo de cultura da ferida obtida

soro não bacteriostático.	depende dos recursos disponíveis nos centros de enfermagem. Os três tipos mais comuns de espécimes de ferida são biópsia de tecido, líquido da ferida aspirado por agulha e técnica de esfregaço (Stotts, 2016b).
DECISÃO CLÍNICA: *Considere a cultura de uma ferida se tiver um odor fétido e purulento; a inflamação envolver a ferida; uma ferida de não drenagem começa a drenar; ou o paciente estiver febril.*	
11. Avalie o tipo de tecido no leito da ferida e na pele periferida. 12. Seque as bordas da ferida com gaze. 13. Aplique o curativo adequado (Procedimentos 48-2 e 48-3). 14. Remova as luvas e, se tiverem sido usados, a máscara, os óculos de proteção e a vestimenta cirúrgica. 15. Descarte o material e os materiais sujos. Higienize as mãos. 16. Ajude o paciente a ficar em uma posição confortável.	Identifica o progresso de cicatrização de feridas e determina se a ferida aumentou de tamanho. Evita a maceração do tecido circundante causada por excesso de umidade. Mantém a barreira protetora e o ambiente de cicatrização para a ferida. Impede a transferência de microrganismos. Reduz a transmissão de microrganismos.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Inspecione o curativo periodicamente. 2. Determine o nível de dor do paciente. 3. Observe a presença de irrigante retido. 4. Use o método *Ensino de retorno* para determinar a compreensão do paciente e de sua família sobre a necessidade de a ferida ser irrigada. Diga: "Quero ter certeza que expliquei o motivo da irrigação de sua ferida abdominal. Pode me dizer por que a irrigação é importante?" Revise sua instrução agora ou desenvolva um plano para a orientação revisada do paciente se esse não for capaz de repetir suas orientações corretamente.	Determina a resposta do paciente à irrigação da ferida e a necessidade de modificar o plano de cuidados. A dor do paciente não deve aumentar como resultado da irrigação da ferida. O irrigante retido é um meio para o crescimento bacteriano e infecção subsequente. Avalia o que o paciente e a família conseguem explicar ou demonstrar.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONADAS

1. A ferida não parece cicatrizar.
   - Obtenha a cultura da ferida de acordo com a prescrição.
   - Notifique o médico, que pode alterar a frequência da troca e/ou irrigação do curativo.
2. A drenagem da ferida aumenta.
   - Aplique mais gaze absorvente; considere um curativo mais absorvente, como um alginato.
   - Aumente a frequência da irrigação.

REGISTRO E RELATO

- Registre a irrigação da ferida, a resposta do paciente e o aspecto da ferida nas notas de progresso no prontuário eletrônico do paciente ou no gráfico.
- Relate imediatamente qualquer evidência de nova hemorragia, aumento agudo da dor, retenção do irrigante ou sinais de choque ao médico responsável pelo atendimento.
- Documente sua avaliação sobre a aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES
• Oriente o paciente e o cuidador familiar sobre como fazer soro fisiológico, sobretudo se o custo for um problema. O soro fisiológico se faz usando 8 colheres de chá de sal para 1 galão (3,785 L) de água destilada. • Instrua o cuidador familiar na técnica de irrigação e faça-o demonstrar. • Certifique-se de que o paciente e sua família conhecem os sinais de infecção e quando devem notificar o médico.

Procedimento 48-6 Aplicando uma bandagem elástica

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento para aplicar uma bandagem elástica pode ser delegado ao pessoal de nível técnico de enfermagem. O enfermeiro é responsável por avaliar a ferida e pela adequação da circulação ao membro distal para a bandagem. Direcione o técnico de enfermagem a:

- Relatar quaisquer restrições que o paciente tiver (p.ex., incapaz de levantar a perna ou rolar sobre ela de forma independente).
- Relatar qualquer mudança na cor da pele do membro lesionado do paciente.
- Relatar qualquer aumento na dor do paciente.

Materiais

- Largura e número de bandagens corretos
- Alfinetes de segurança, clipes ou esparadrapo
- Luvas de procedimento se houver drenagem da ferida

PASSOS	JUSTIFICATIVA
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	
1. Identifique o paciente usando dois identificadores (p.ex., nome e data de nascimento ou nome e número do prontuário médico) de acordo com a política da instituição.	Certifica o paciente correto. Cumpre com as normas da The Joint Commission e melhora a segurança do paciente (TJC, 2016).
2. Revise o prontuário médico para pedidos específicos relacionados com a aplicação da bandagem elástica. Observe a área a ser coberta, o tipo de bandagem necessário, a frequência da troca e a resposta anterior ao tratamento.	Pedidos específicos às vezes direcionam o procedimento, incluindo fatores como extensão da aplicação (p.ex., dedo do pé ao joelho, dedo do pé à virilha) e duração do tratamento.
3. Higienize as mãos e calce luvas, se necessário. Inspecione a pele por alterações na integridade	A integridade cutânea alterada contraindica o uso de bandagens elásticas.

conforme indicado por abrasões, descoloração, atrito ou edema. (Olhe atentamente as proeminências ósseas). 4. Inspecione o curativo cirúrgico se houver. Remova as luvas e higienize as mãos. 5. Observe se a circulação é adequada (distal à bandagem) verificando a temperatura da superfície, cor da pele e sensação nas partes do corpo a serem envolvidas.	A substituição ou reforço do curativo cirúrgico antecede a aplicação de qualquer bandagem. Reduz a transmissão de microrganismos. A comparação da área antes e após a aplicação da bandagem é necessária para garantir a circulação adequada continuada. O comprometimento da circulação pode resultar em frieza ao toque quando comparado ao lado oposto do corpo, cianose, palidez da pele, diminuição ou ausência dos pulsos, edema ou acúmulo localizado, e dormência ou formigamento da parte.
PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
1. Explicar cada passo do procedimento ao paciente. 2. Demonstrar o procedimento ao paciente e cuidador familiar durante a aplicação da bandagem.	O aumento do conhecimento promove a cooperação e reduz a ansiedade. Ajuda a garantir a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.
DECISÃO CLÍNICA: *Aplique as bandagens para abaixar os membros antes do paciente se sentar ou levantar. Eleve os membros dependentes por 20 minutos antes da aplicação da bandagem para melhorar o retorno venoso.*	
IMPLEMENTAÇÃO	
1. Feche a porta do quarto ou as cortinas. 2. Ajude o paciente a assumir posição confortável e anatomicamente correta. 3. Higienize as mãos e calce luvas se houver drenagem. 4. Segure o rolo da bandagem elástica na mão dominante e use a outra mão para segurar levemente o início da bandagem na parte distal do corpo. Continue a transferir o rolo com a mão dominante à medida que a bandagem é aplicada.	Mantém o conforto e a dignidade do paciente. Mantém o alinhamento. Evita a deformidade musculoesquelética. Reduz a transmissão de microrganismos. Mantém a tensão adequada e consistente da bandagem.
DECISÃO CLÍNICA: *Os dedos dos pés ou os dedos das mãos precisam estar visíveis para o acompanhamento da avaliação circulatória.*	
5. Aplique a bandagem do ponto distal para o limite proximal utilizando a variedade de curvas para cobrir os vários formatos das partes do corpo.	A bandagem é aplicada de forma que se conforme uniformemente à parte do corpo e promova o retorno venoso.
a. O curativo em espiral é frequentemente usado para cobrir as partes cilíndricas do corpo, como pulso ou parte superior do braço. Para aplicar a bandagem em um movimento ascendente, sobreponha a bandagem anterior em metade os dois terços da largura da bandagem.	
b. Use o curativo em oito para cobrir a articulação porque o ajuste confortável	

proporciona uma excelente imobilização. *Para aplicar*: Sobreponha os giros, ascendendo e descendendo alternadamente sobre a parte enfaixada; cada giro cruzando um anterior para formar o número oito.	
6. Desenrole e estique ligeiramente a bandagem.	Mantém a tensão uniforme da bandagem.
7. Sobreponha os giros de metade a dois terços da largura do rolo da bandagem.	Impede a tensão desigual da bandagem e o comprometimento circulatório.
8. Fixe a primeira bandagem com um clipe ou esparadrapo antes de aplicar outros rolos.	
9. Aplique outros rolos sem deixar nenhuma superfície da pele descoberta. Fixe a última bandagem aplicada.	Evita o enrugamento ou pontas soltas.
10. Remova as luvas, se forem usadas, e higienize as mãos.	Reduz a transmissão de microrganismos.
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Avalie a circulação distal quando a aplicação de bandagem for concluída e pelo menos duas vezes durante o período de 8 horas.	A detecção e o tratamento precoce do comprometimento circulatório garantem um estado neurovascular saudável.
a. Observe a cor da pele quanto à palidez ou cianose.	
b. Palpe a pele para verificar se está quente.	
c. Palpe pulsos e compare-os bilateralmente.	
d. Pergunte se o paciente está consciente da dor, dormência, formigamento ou outro desconforto.	As alterações neurovasculares indicam retorno venoso comprometido.
e. Observe a mobilidade do membro.	Determina se a bandagem está muito apertada, restringindo o movimento, ou se a imobilidade articular foi atingida.
2. Use o método *Ensino de retorno* para determinar a compreensão do paciente e de sua família sobre a aplicação da bandagem. Diga: "Quero ter certeza que você consegue aplicar corretamente a bandagem. Pode demonstrar como aplicar a bandagem elástica para mim?" Revise sua instrução agora ou desenvolva um plano para a orientação revisada do paciente se esse não for capaz de repetir suas orientações corretamente.	Avalie o que o paciente e sua família são capazes de demonstrar.
RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONADAS	
1. Circulação distal comprometida para a bandagem elástica • Solte a bandagem. • Palpe o membro e avalie o pulso, a temperatura e a recarga capilar. • Reaplique o curativo com menos pressão.	

2. Ruptura da pele sob a bandagem elástica
   - Remova a bandagem.
   - Reaplique a bandagem sobre uma área diferente da pele com menos pressão.
3. O paciente é incapaz de realizar a troca do curativo
   - Oriente novamente o paciente ou o cuidador familiar na aplicação da bandagem.
   - Observe o paciente ou o cuidador familiar aplicar a bandagem.

REGISTRO E RELATO

- Documente a condição da ferida, a integridade do curativo, a aplicação da bandagem, a circulação e o nível de conforto do paciente em notas de progresso no prontuário eletrônico do paciente ou no gráfico.
- Relate quaisquer alterações no estado neurológico ou circulatório ao enfermeiro ou médico.
- Documente sua avaliação sobre a aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Instrua o paciente ou o cuidador a não apertar demais as bandagens, o que interfere na circulação.
- Bandagens elásticas que reduzem o inchaço são mais bem aplicadas aos pés e tornozelos pela manhã, antes de sair da cama.
- Sempre remova uma bandagem elástica diariamente e inspecione a pele sob ela.
- Certifique-se de que o paciente tenha dois conjuntos de bandagens para alternar, o que facilita a limpeza de um conjunto enquanto o outro está aplicado.

Pontos-chave

- As lesões por pressão contribuem para o desconforto do paciente e diminuem o estado funcional, aumentam o tempo de permanência em ambientes de cuidados agudos e estendidos e aumentam o custo dos cuidados.
- A avaliação da ferida determina o progresso em direção à cicatrização da lesão por pressão; não utilize o sistema de estadiamento para essa finalidade.
- Avalie todos os pacientes regularmente para os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de qualquer tipo de integridade cutânea comprometida, como bolhas ou sensação de queimação.
- As alterações na mobilidade, percepção sensorial, nível de consciência e nutrição, e a presença de umidade aumentam o risco do desenvolvimento de lesão por pressão.
- Pressão, força de cisalhamento e atrito são fatores contribuintes para o desenvolvimento de lesões por pressão.
- A avaliação contínua meticulosa da pele e a identificação dos fatores de risco são importantes na diminuição da oportunidade

para o desenvolvimento de lesões por pressão.

- O cuidado preventivo da pele destina-se ao controle da pressão externa sobre as proeminências ósseas e mantém a pele limpa, bem lubrificada e hidratada e livre do excesso de umidade.
- O posicionamento adequado reduz os efeitos da pressão e protege contra a força de cisalhamento.
- Camas e colchões terapêuticos redistribuem os efeitos da pressão; no entanto, faça uma seleção básica dos dados da coleta de dados para identificar a melhor superfície de apoio por necessidades individuais.
- Os agentes de limpeza e tópicos usados para tratar lesões por pressão variam de acordo com o estágio da lesão por pressão e condição do leito da ferida. A avaliação da lesão permite que o enfermeiro selecione os agentes de cuidados da pele adequados.
- Direcione as intervenções nutricionais para melhorar a cicatrização por meio do aumento dos níveis de proteínas e calorias. A coleta de dados da ferida exige uma descrição do aspecto da base, tamanho, presença de exsudato da ferida e a condição de pele da periferida.
- As chances de infecção da ferida são maiores quando uma ferida contém tecido morto ou necrótico, quando corpos estranhos estão na ferida ou próximos dela e quando o suprimento de sangue é reduzido.
- Os princípios dos primeiros socorros da ferida incluem controle da hemorragia, limpeza e proteção.
- Um ambiente úmido oferece suporte à cicatrização de feridas.
- Uma entorse aguda, fratura fechada ou hematoma responde melhor às aplicações de frio.
- A seleção do tipo de curativo é determinada pelo tipo e condição de uma ferida.
- Utilize a assepsia médica em vez da assepsia cirúrgica ao aplicar curativos sobre uma ferida crônica limpa em vez de uma nova ferida cirúrgica.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seu conhecimento de enfermagem?

1. Ao reposicionar um paciente imóvel, o enfermeiro percebe vermelhidão sobre o osso do quadril. O que está indicado quando uma área avermelhada branqueia ao toque de um dedo?
    1. Uma infecção cutânea local que exige antibióticos
    2. Pele sensível que necessita de roupa de cama especial
    3. Uma lesão por pressão de estágio III precisando do curativo adequado
    4. Hiperemia branqueável, indicando a tentativa do corpo em superar o episódio isquêmico
2. Combine as categorias/estágios da lesão por pressão com a definição correta.
    1. Categoria/estágio I
    2. Categoria/estágio II
    3. Categoria/estágio III
    4. Categoria/estágio IV
        a. Vermelhidão não branqueável da pele intacta. Descoloração, calor, edema ou dor também podem estar presentes.
        b. Perda da espessura total da pele; a gordura subcutânea pode estar visível. Pode incluir enfraquecimento.
        c. Perda da espessura total do tecido; músculos e ossos visíveis. Pode incluir enfraquecimento.
        d. Perda da espessura parcial da pele ou bolha intacta com fluido serossanguíneo.
3. Ao obter a cultura de uma ferida para determinar a presença de uma infecção, de onde o espécime deve ser tirado?
    1. Tecido necrótico
    2. Drenagem de ferida
    3. Circunferência da ferida
    4. Ferida limpa

4. Após a cirurgia, o paciente com uma ferida abdominal fechada relata um “estouro” repentino após a tosse. Quando o enfermeiro examina o local da ferida cirúrgica, as suturas estão abertas, e pedaços do intestino delgado são observados na parte inferior da ferida recém-aberta. Quais são as intervenções de enfermagem prioritárias? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Notificar o cirurgião.
    2. Permitir que a área a ser exposta areje até que a drenagem tenha parado.
    3. Colocar várias bolsas frias sobre a área, protegendo a pele ao redor da ferida
    4. Cobrir a área com toalhas estéreis e embebidas em soro fisiológico imediatamente.
    5. Cobrir a área com gaze estéril e aplicar uma atadura abdominal.
5. Qual é a correta sequência das etapas para realizar a irrigação de uma grande ferida aberta?
    1. Utilizar pressão lenta e contínua para irrigar a ferida.
    2. Afixar um cateter angiográfico de calibre 19 à seringa.
    3. Encher a seringa com fluido de irrigação.
    4. Colocar um saco impermeável próximo da cama.
    5. Posicionar o cateter angiográfico sobre a ferida.
6. Para um paciente que tem uma entorse muscular, hemorragia localizada ou hematoma, qual produto de cuidados de feridas ajuda a prevenir a formação de edema, controlar a hemorragia e anestesiar a parte do corpo?
    1. Atadura
    2. Saco de gelo
    3. Bandagem adesiva
    4. Curativo absorvente
7. Quais as medidas de cuidados da pele são usadas para tratar um paciente que sofre de incontinência fecal e/ou urinária? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Mudanças de posição frequentes

2. Manter as nádegas expostas ao ar em todos os momentos
3. Usar uma fralda absorvente grande, trocando-a quando saturada
4. Usar um limpador de incontinência
5. Limpar frequentemente, aplicando uma pomada e cobrindo as áreas com uma toalha absorvente grossa
6. Aplicar uma pomada de barreira de umidade

8. Qual dos seguintes descreve um curativo hidrocoloide?
    1. Um derivado de algas marinhas que é altamente absorvente
    2. Gaze pré-umedecida colocada sobre uma ferida granulante
    3. Uma enzima debridante que é usada para remover o tecido necrótico
    4. Um curativo que forma um gel que interage com a superfície da ferida
9. Qual das seguintes é uma indicação para uma atadura colocada ao redor de um paciente cirúrgico com uma nova ferida abdominal? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Coleta da drenagem da ferida
    2. Fornecimento de apoio aos tecidos abdominais durante a tosse ou a caminhada
    3. Redução do inchaço abdominal
    4. Redução da tensão sobre a incisão abdominal
    5. Estímulo do peristaltismo (retorno da função intestinal) da pressão direta
10. Quando uma aplicação de uma compressa quente para uma entorse muscular do tornozelo é indicada? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Aliviar o edema
    2. Reduzir os calafrios
    3. Melhorar o fluxo sanguíneo para uma parte lesionada
    4. Proteger as proeminências ósseas das úlceras de pressão
    5. Imobilizar a área
11. Como se chama a remoção do tecido desvitalizado de uma ferida?

    1. Debridamento
    2. Redução de pressão
    3. Terapia de feridas por pressão negativa
    4. Sanitização
12. Dê o nome de três dimensões importantes para a medição consistente para determinar a cicatrização de feridas.
13. O que a escala de Braden avalia?
    1. Integridade cutânea em proeminências ósseas, incluindo quaisquer feridas
    2. Fatores de risco que colocam o paciente em risco de ruptura da pele
    3. A quantidade de reposicionamento que o paciente pode tolerar
    4. Os fatores que colocam o paciente em risco para a cicatrização ruim
14. Ao avaliar a lesão por pressão sacral de seu paciente, você observa que o tecido sobre o sacro é escuro, duro e aderente à borda da ferida. Qual é a categoria/estágio correta(o) para a lesão por pressão desse paciente?
    1. Categoria/estágio II
    2. Categoria/estágio IV
    3. Não estadiável
    4. Suspeita de dano do tecido profundo
15. Qual das seguintes são medidas para reduzir o dano tecidual do cisalhamento? (Selecione todas que se aplicam.)
    1. Utilizar um instrumento de transferência (p.ex., placa de transferência)
    2. Elevar a cabeceira da cama ao transferir o paciente
    3. Deixar a cabeceira da cama plana ao reposicionar o paciente
    4. Elevar a cabeceira da cama a 60 graus quando o paciente estiver em decúbito dorsal
    5. Elevar a cabeceira da cama a 30 graus quando o paciente estiver em decúbito dorsal

Respostas: **1.** 4; **2.** 1a, 2d, 3b, 4c; **3.** 4; **4.** 1, 4; **5.** 4, 3, 2, 5, 1; **6.** 2; **7.** 1,

4, 6; **8.** 4; **9.** 2, 4; **10.** 1, 3; **11.** 1; **12.** Largura, comprimento e profundidade; **13.** 2; **14.** 3; **15.** 1, 3, 5

Referências

Ayello EA, et al. Pressure ulcers. In: Baranoski S, Ayello AE, eds. *Wound care essentials: practice principles*. ed 3 Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Baranoski S, et al. Wound assessment. In: Baranoski S, Ayello AE, eds. *Wound care essentials: practice principles*. ed 3 Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2012.

Berlowitz D: *Prevention of pressure ulcers*, UpToDate 2014a. http://www.uptodate.com/contents/prevention-of-pressure-ulcers. Accessed January 2016.

Berlowitz D: *Clinical staging and management of pressure ulcers*, UpToDate 2014b. http://www.uptodate.com/contents/clinical-staging-and-management-of-pressure-ulcers. Accessed January 2016.

Bryant RA. Types of skin damage and differential diagnosis. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Bryant RA, Nix DP. Developing and maintaining a pressure ulcer prevention program. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Colwell JC, et al. MASD Part. 3: Peristomal moisture–associated dermatitis and periwound moisture–associated dermatitis a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011;38(5):541.

Doughty DB, Sparks-Defriese B. Wound-healing physiology. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 6 St Louis: Elsevier; 2016.

Ebbinghaus S, Kobayashi A. Safe heat application for pediatric patients. *J Nurs Care Qual*. 2010;25(2):168.

Fletcher J. Device-related pressure ulcers made easy. *Wounds UK*. 2012;8(2):1.

Gaskin FC. Detection of cyanosis in the person with dark skin. *J Natl Black Nurses Assoc*. 1986;1:52.

Gray M, et al. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011;38(3):233.

Harris C, et al. Bates Jensen wound assessment tool: pictorial guide validation project. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(3):253.

Henderson CT, et al. Draft definition of stage I pressure ulcers: inclusion of persons with darkly pigmented skin. *Adv Wound Care*. 1997;10(5):16.

KCI USA: *The VAC: therapy safety information, product information*, San Antonio,

2007, Author.

Krazner DL. Wound pain: impact and assessment. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: nursing management*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Litchford MD, et al. Malnutrition as a precursor of pressure ulcers. *Adv Wound Care*. 2014;3(1):54.

McNichol L, et al. Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(4):365.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers (NPUAP, EPUAP, PPPIA): Haesler Emily, editor: *Clinical Practice Guideline*, Osborne Park, Western Australia, 2014, Cambridge Media.

National Quality Forum (NQF): *National Voluntary Consensus Standards for Public Reporting of Patient Safety Event Information, National Quality Forum*, 2011, http://www.qualityforum.org/Publications/2011/02/National_Voluntary_Consen Accessed July 15, 2015.

Netsch DS. Negative-pressure wound therapy. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Nix D. Skin and wound inspection and assessment. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Pieper B. Pressure ulcers: impact, etiology, and classification. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Ramundo JM. Wound debridement. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Rolstad BS, et al. Topical management. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Sommers MS. Color awareness: a must for patient assessment. *Am Nurs Today*. 2011;6(1):6.

Stotts NA. Nutritional assessment and support. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Stotts NA. Wound infection: diagnosis and management. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

The Joint Commission (TJC): *Nutritional, functional and pain assessments and screens*, 2008, http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFAQId=471. Accessed September 2015.

The Joint Commission (TJC): *Pain management*, 2015. Available at

http://www.jointcommission.org/topics/pain_management.aspx. Accessed December 2015.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals*. Oakbrook Terrace, IL: The Commission; 2016: Available at, http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015.

Wolvos T. The use of negative pressure wound therapy with an automated volumetric fluid administration. *Wounds*. 2013;25(2):75.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) *Guideline for prevention and management of pressure ulcers, WOCN Clinical Practice Guideline Series*. Mount Laurel, NJ: WOCN; 2010.

Wysocki AB. Wound-healing physiology. In: Bryant RA, Nix DP, eds. *Acute and chronic wounds: current management concepts*. ed 5 St Louis: Elsevier; 2016.

Referências de pesquisa

Berry KM, et al. Implementation of a pressure ulcer prevention program (PUPP) at two urban hospitals. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(S1).

Black JM, et al. Medical device related pressures in hospitalized patients. *Int Wound J*. 2010;7(5):358.

Black JM, et al. Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *Int Wound J*. 2015;12:322.

Bleakley CM, Costello JT. Do thermal agents affect range of movement and mechanical properties in soft tissues? A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94:140.

Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus*. 1989;2(3):50.

Braden BJ, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Res Nurs Health*. 1994;17(6):459.

Burton AC, Yamada S. Relation between blood pressure and flow in the human forearm. *J Appl Physiol*. 1951;4(5):329.

Gray M, Weir D. Prevention and treatment of moisture-associated skin damage (maceration) in the periwound skin. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007;34(2):153.

Gray M, et al. Peristomal moisture-associated skin damage with fecal ostomies: a comprehensive review and consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013;40(4):389.

Guest JF, et al. Clinical and economic evidence supporting a transparent barrier film dressing in incontinence-associated dermatitis and peri-wound skin protection. *J Wound Care*. 2011;20(2):76.

Hyun S, et al. Predictive validity of the Braden scale for patients in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2013;22(6):514.

Januchowski R, Ferguson WJ. The clinical use of tissue adhesives: a review of the literature. *Osteopath Fam Phys*. 2014;2:25.

Maxwell S, Sterling M. An investigation of the use of a numeric pain rating scale with ice application to the neck to determine cold hyperalgesia. *Man Ther*. 2013;18:172.

Pham B, et al. Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: a cost-effectiveness analysis. *Ann Emerg Med*. 2011;58(5):468.

Pierpont VN, et al: Obesity and surgical wound healing: a current review, ISRN Obes 2014. http://dx.doi.org/10.1155/2014/638936.

Upton D, Andrews A. Pain and trauma in negative pressure wound therapy: a review. *Int Wound J*. 2015;12(1):100.

Voegeli D. Moisture-associated skin damage: aetiology, prevention and treatment. *Br J Nurs*. 2012;21(9):517.

Xie X, et al. The clinical effectiveness of negative-pressure wound therapy: a systematic review. *J Wound Care*. 2010;19(11):490.

49

Alterações Sensoriais

OBJETIVOS

• Diferenciar os processos de recepção, percepção e reação aos estímulos sensoriais.

• Discutir a relação entre a função sensorial e o nível de bem-estar de um indivíduo.

• Discutir as causas e os efeitos das alterações sensoriais comuns.

• Discutir alterações sensoriais comuns que normalmente ocorrem com o envelhecimento.

• Avaliar o estado sensorial do paciente.

• Identificar os diagnósticos de enfermagem relevantes para pacientes com alterações sensoriais.

• Desenvolver um plano de cuidado para pacientes com déficits sensoriais.

• Listar intervenções para prevenir a privação sensorial e controlar a sobrecarga sensorial.

• Descrever as condições na instituição de cuidados de saúde ou no domicílio do paciente que você pode modificar para promover o estímulo sensorial significativo.

• Discutir maneiras de manter um ambiente seguro para os pacientes com déficits sensoriais

TERMOS-CHAVE

Afasia de recepção, p. 1240
Afasia expressiva, p. 1240
Afasia, p. 1240
Auditivo, p. 1233
Cinestésico, p. 1233
Déficit sensorial, p. 1234
Erro de refração, p. 1242
Estereognosia, p. 1233
Estrabismo, p. 1242
Gustativo, p. 1233
Hiperestesia, p. 1245
Olfativo, p. 1233
Otorrinolaringologista, p. 1238
Ototóxico, p. 1240
Perda auditiva condutiva, p. 1245
Privação sensorial, p. 1234
Proprioceptivo, p. 1235
Sobrecarga sensorial, p. 1234
Tátil, p. 1233

Imagine o mundo sem a visão, a audição, a capacidade de sentir objetos ou a capacidade de sentir os aromas ao seu redor. As pessoas dependem de uma variedade de estímulos sensoriais para dar sentido e ordenar os eventos que ocorrem no seu ambiente. Os sentidos formam a base da percepção do nosso mundo. O estímulo vem de várias fontes dentro e fora do corpo, particularmente por meio dos sentidos da visão (**visual**), audição **(auditivo),** toque **(tátil),** cheiro

(olfativo) e sabor **(gustativo)**. O corpo também tem um sentido **cinestésico** que permite que uma pessoa tenha consciência da posição e do movimento de partes do corpo sem vê-las. **Estereognosia** é uma sensação a qual permite que uma pessoa reconheça o tamanho, a forma e a textura de um objeto. A capacidade de falar não é um sentido, mas é semelhante na medida em que alguns pacientes perdem a capacidade de interagir de forma significativa com outras pessoas. Estímulos significativos permitem que uma pessoa aprenda sobre o meio ambiente e são necessários para o funcionamento saudável e o desenvolvimento normal. Quando a função sensorial é alterada, a capacidade de uma pessoa de se relacionar e funcionar no ambiente muda drasticamente.

Muitos pacientes que procuram cuidados de saúde têm alterações sensoriais preexistentes. Outros as desenvolvem como resultado de um tratamento médico (p.ex., perda da audição decorrente do uso de antibióticos ou perda da audição ou visão decorrente de remoção de um tumor do cérebro) ou hospitalização. O ambiente de cuidados de saúde é um lugar de cenários, sons e cheiros desconhecidos e contato mínimo com a família e amigos. Se o paciente se sente despersonalizado e é incapaz de receber estímulos significativos, às vezes ocorrem alterações sensoriais graves.

Como enfermeira(o) você atende às necessidades de pacientes com alterações sensoriais existentes e reconhece aqueles em maior risco para o desenvolvimento de problemas sensoriais. Você também pode ajudar aqueles que tenham perda parcial ou completa de um sentido principal a encontrar meios alternativos de viver com segurança em seu ambiente.

Base de conhecimento científico

Sensibilidade Normal

O sistema nervoso recebe continuamente milhares de bits de informações de órgãos nervosos sensoriais, retransmite a informação através de canais neurológicos apropriados e integra as informações em uma resposta significativa. Os estímulos sensoriais alcançam os órgãos sensoriais para provocar uma reação imediata ou armazenar uma informação no encéfalo para usar no futuro. O sistema nervoso deve estar intacto para que os estímulos sensoriais cheguem aos centros encefálicos apropriados e para que um indivíduo perceba a sensação. Depois de interpretar o significado de uma sensação, a pessoa é, então, capaz de reagir ao estímulo. A Tabela 49-1 resume a audição e a visão normais.

Tabela 49-1

Visão e Audição Normais

Função	Anatomia e Fisiologia
Orelha	
Transmite ao encéfalo um padrão de todos sons recebidos do ambiente, a intensidade relativa desses sons e a sua direção	As duas orelhas fornecem audição estereofônica para analisar a direção do som. O meato acústico externo abriga o tímpano e mantém a temperatura e a umidade relativamente constantes para manter a elasticidade. A orelha média é um espaço contendo ar entre o tímpano e a janela do vestíbulo. Ela contém três pequenos ossos (ossículos). O tímpano e os ossículos transferem o som para a orelha interna, que é preenchida com líquido. O movimento do estribo na janela do vestíbulo cria vibrações no líquido que banha o labirinto membranoso, que contém os órgãos finais de audição e equilíbrio. A união das partes vestibular (equilíbrio) e coclear (audição) do labirinto explica a combinação de sintomas de audição e de equilíbrio que ocorrem com transtornos da orelha interna. A vibração do tímpano transmite os estímulos através dos ossículos. As vibrações na janela do vestíbulo transmitem os estímulos para a perilinfa dentro da orelha interna, para estimular células ciliadas que enviam impulsos ao longo do oitavo nervo craniano ao encéfalo.

Olho	
Transmite um padrão de luz ao encéfalo que é refletido de objetos sólidos do ambiente e se transforma em cores e matizes	Raios de luz penetram a córnea convexa e começam a convergir. Um ajuste dos raios de luz ocorre à medida que atravessam a pupila e a lente. A mudança na forma da lente foca a luz na retina. A retina tem uma camada pigmentada de células que melhora a acuidade visual. A retina sensorial contém bastonetes e cones (i.e., células fotorreceptoras sensíveis à estimulação da luz). Células fotorreceptoras enviam potenciais elétricos através do nervo óptico ao encéfalo

Recepção, percepção e reação são os três componentes da qualquer experiência sensorial. A recepção começa com o estímulo de uma célula nervosa chamada *receptor*, que geralmente é específico para um tipo de estímulo, como luz, toque, paladar ou som. No caso dos sentidos especiais, os receptores são agrupados ou localizados em órgãos especializados, como as papilas gustativas da língua ou a retina do olho. Quando um impulso nervoso é criado, ele viaja ao longo das vias para a medula espinhal ou diretamente para o encéfalo. Por exemplo, as ondas sonoras estimulam os receptores das células ciliadas dentro do órgão espiral (de Corti) da orelha, o que faz que impulsos viajem ao longo do oitavo nervo craniano até a área acústica do lobo temporal. As vias nervosas sensoriais normalmente se cruzam enviando estímulos para os lados opostos do encéfalo.

A percepção real ou consciência das sensações únicas depende da região de recepção do córtex cerebral, onde neurônios especializados interpretam a qualidade e a natureza dos estímulos sensoriais. Quando uma pessoa se torna consciente de um estímulo e recebe a informação, a percepção ocorre. A percepção inclui a integração e a interpretação de estímulos com base nas experiências da pessoa. O nível de consciência de uma pessoa influencia a percepção e a interpretação de estímulos. Quaisquer fatores de redução da consciência prejudicam a percepção sensorial. Se a sensação é incompleta, como a visão turva, ou se a experiência passada é inadequada para a compreensão de estímulos, como a dor, a pessoa pode reagir de forma inapropriada ao estímulo sensorial.

É impossível reagir a todos os estímulos que entram no sistema nervoso. O encéfalo impede o bombardeio sensorial descartando ou

armazenando informações sensoriais. Uma pessoa normalmente reage a estímulos que são mais significativos ou importantes em determinado momento. Com a recepção contínua do mesmo estímulo, a pessoa pára de responder, e a experiência sensorial passa despercebida. Por exemplo, uma pessoa que se concentra na leitura de um bom livro não tem consciência da música de fundo. Esse fenômeno de adaptabilidade ocorre com a maioria dos estímulos sensoriais, exceto para os de dor.

O equilíbrio entre os estímulos sensoriais que entram no cérebro e aqueles que realmente chegam à consciência mantém o bem-estar de uma pessoa. Se um indivíduo tenta reagir a cada estímulo no ambiente ou se a variedade e a qualidade dos estímulos são insuficientes, ocorrem alterações sensoriais.

Alterações Sensoriais

Os tipos mais comuns de alterações sensoriais são déficits sensoriais, privação sensorial e sobrecarga sensorial. Quando um paciente tem mais de uma alteração sensorial, a sua capacidade de funcionar e relacionar-se de forma efetiva no ambiente é gravemente prejudicada.

Déficits Sensoriais

Um déficit da função normal da recepção e percepção sensoriais consiste em um **déficit sensorial.** Quando uma pessoa perde a acuidade visual ou auditiva, ela se recolhe, evitando a comunicação ou socialização com outros em uma tentativa de lidar com a perda sensorial. Torna-se difícil para a pessoa interagir com segurança no ambiente até que ela aprenda novas habilidades. Quando um déficit se desenvolve gradualmente, ou quando se passou tempo considerável desde o início de uma perda sensorial aguda, a pessoa aprende a confiar nos sentidos não afetados. Alguns sentidos podem até mesmo se tornar mais agudos para compensar uma alteração. Por exemplo, um paciente cego desenvolve um sentido de audição agudo para compensar a perda visual.

Os pacientes com déficits sensoriais muitas vezes mudam o

comportamento em formas adaptativas ou não adaptativas. Por exemplo, um paciente com deficiência auditiva vira-se com a orelha não afetada em direção ao alto-falante para ouvir melhor, ao passo que outro evita as pessoas porque fica envergonhado por não ser capaz de entender o que elas dizem. O Quadro 49-1 resume déficits sensoriais comuns e a sua influência nos pacientes afetados.

Quadro 49-1 Déficits Sensoriais Comuns

Déficits Visuais

Presbiopia: Declínio gradual da capacidade da lente de se acomodar ou focalizar objetos próximos. O indivíduo é incapaz de ver objetos próximos claramente.

Catarata: Áreas turvas ou opacas em parte da lente ou em toda a lente, que interferem na passagem da luz através da lente, causando problemas com luminosidade e visão turva. A catarata geralmente se desenvolve gradualmente, sem dor, vermelhidão ou lacrimejamento nos olhos.

Secura dos olhos: Ocorre quando as glândulas lacrimais têm muito baixa produção de lágrimas, resultando em prurido, ardor ou, até mesmo, redução da acuidade visual.

Glaucoma: Aumento lento e progressivo da pressão intraocular que, se não tratado, causa pressão progressiva contra o nervo óptico, resultando em perda da visão periférica, diminuição da acuidade visual com dificuldades de adaptação à escuridão e um efeito de halo em torno de luzes.

Retinopatia diabética: Alterações patológicas que ocorrem nos vasos sanguíneos da retina, resultando em diminuição ou perda da visão causada por hemorragia e edema macular.

Degeneração macular: Condição na qual a mácula (parte especializada da retina responsável pela visão central) perde a sua eficiência. Os primeiros sinais incluem embaçamento do material de leitura, distorção ou perda da visão central e distorção das linhas verticais.

Déficits Auditivos

Presbiacusia: Um distúrbio auditivo progressivo comum em idosos.
Acúmulo de cerume: acúmulo de cera no meato acústico externo. O cerume endurece e se acumula no meato, causando surdez de condução.

Déficits de Equilíbrio

Tontura e desequilíbrio: Condição comum em idosos, geralmente resultante da disfunção vestibular. Frequentemente, uma mudança na posição da cabeça precipita um episódio de vertigem ou desequilíbrio.

Déficits Gustatórios

Xerostomia: Diminuição da produção de saliva que leva ao espessamento do muco e secura da boca. Muitas vezes interfere na capacidade de comer e causa problema de apetite e nutricionais.

Déficits Neurológicos

Neuropatia periférica: Distúrbio do sistema nervoso periférico, caracterizado por sintomas que incluem dormência e formigamento da área afetada e tropeço na marcha.
Acidente vascular encefálico (AVE): distúrbio causado por coágulo, hemorragia ou êmbolos interrompendo o fluxo sanguíneo para o encéfalo. Altera a propriocepção, com incoordenação e desequilíbrio acentuados. Também ocorre perda da sensibilidade e da função motora nos membros, controladas pela área afetada do cérebro. O AVE que afeta o hemisfério esquerdo do cérebro resulta em sintomas no lado direito, como dificuldades na fala. O AVE no hemisfério direito provoca sintomas no lado esquerdo, que incluem alterações visuais espaciais, como perda da metade de um campo visual ou desatenção e negligência, especialmente para o lado esquerdo.

Privação Sensorial

O sistema de ativação reticular no tronco encefálico medeia todos os

estímulos sensoriais para o córtex cerebral; assim os pacientes são capazes de receber estímulos, mesmo enquanto dormem profundamente. O estímulo sensorial deve ser de qualidade e quantidade suficientes para manter a consciência do indivíduo. Os três tipos de **privação sensorial** são os estímulos sensoriais reduzidos (déficit sensorial por perda da visão ou audição), a eliminação de padrões ou significado do estímulo (p.ex., a exposição a ambientes estranhos) e ambientes restritivos (p.ex., repouso) que causam monotonia e tédio (Touhy e Jett, 2014).

A privação sensorial tem muitos efeitos (Quadro 49-2). Em adultos, os sintomas são semelhantes aos da doença psicológica, confusão, sintomas de desequilíbrio eletrolítico grave ou a influência de fármacos psicotrópicos. Portanto, esteja sempre ciente da função sensorial existente de um paciente e da qualidade de estímulos no ambiente.

Quadro 49-2 Efeitos da Privação Sensorial

Cognitivos

- Capacidade reduzida de aprender
- Incapacidade para pensar ou resolver um problema
- Fraco desempenho de uma tarefa
- Desorientação/confusão
- Pensamentos bizarros
- Necessidade aumentada de socialização, mecanismos de atenção alterados

Afetivos

- Tédio
- Inquietação
- Ansiedade aumentada
- Labilidade emocional
- Pânico

- Necessidade aumentada de estímulo físico

Perceptuais

- Alterações na coordenação visual/motora
- Percepção de cores reduzida
- Menor precisão tátil
- Alterações na capacidade de perceber tamanho e forma
- Alterações na percepção de tempo e espaço

Sobrecarga Sensorial

Quando uma pessoa recebe múltiplos estímulos sensorial e não pode desconsiderar perceptivelmente ou ignorar seletivamente alguns estímulos, ocorre **sobrecarga sensorial**. A estimulação sensorial excessiva impede o encéfalo de responder adequadamente ou ignorar certos estímulos. Por causa da enorme quantidade de estímulos que levam à sobrecarga, uma pessoa não percebe mais o ambiente de modo a fazer sentido. A sobrecarga impede a resposta significativa pelo encéfalo; os pensamentos do paciente se esvaem, a atenção se dispersa em muitas direções, e ocorrem ansiedade e inquietação. Como resultado, a sobrecarga causa um estado semelhante ao provocado por privação sensorial. No entanto, diferente da privação, a sobrecarga é individualizada. A quantidade de estímulos necessária para a função saudável varia de acordo com cada indivíduo. As pessoas são muitas vezes sujeitas a mais sobrecarga ambiental em um momento que em outro. A tolerância de uma pessoa a sobrecarga sensorial varia com o nível de fadiga, com a atitude e com o bem-estar emocional e físico.

Um paciente que está gravemente doente, especialmente aquele em unidade de cuidados intensivos, sofre sobrecarga sensorial facilmente. Um paciente com dor constante ou que se submete a monitoramento frequente dos sinais vitais também está em risco. Múltiplo estímulos se combinam para causar sobrecarga mesmo quando a enfermeira oferece uma palavra de conforto ou uma massagem delicada nas

costas. Alguns pacientes não se beneficiam da intervenção da enfermagem, porque a sua atenção e energia estão focadas em estímulos mais estressantes. Em uma unidade de cuidados intensivos onde a atividade é constante, as luzes são frequentemente acesas. Os pacientes podem ouvir sons do equipamento de monitoramento, conversas entre os funcionários, alarmes de equipamentos e as atividades das pessoas que entram na unidade.

É fácil confundir as mudanças comportamentais associadas a sobrecarga sensorial com mudanças de humor ou desorientação simples. Observe os sintomas como pensamentos acelerados, atenção dispersa, inquietação e ansiedade. Às vezes, pacientes em unidades de cuidados intensivos (UTI) brincam constantemente com tubos e curativos. Reorientação e controle constante de estímulos excessivos são uma parte importante do cuidado do paciente.

Base de conhecimentos de enfermagem

Fatores que Influenciam a Função Sensorial

Muitos fatores influenciam a capacidade de receber ou perceber estímulos. Como enfermeira, você controla todas essas condições ou situações quando fornece o cuidado ao paciente.

Idade

Lactentes e crianças estão em risco de deficiência visual e auditiva por causa de várias condições genéticas, pré-natais e pós-natais. Uma preocupação com recém-nascidos de alto risco é a de que os primeiros estímulos visuais e auditivos intensos possam afetar negativamente as vias visuais e auditivas e alterar o curso do desenvolvimento de outros órgãos sensoriais (Hockenberry e Wilson, 2015). Alterações visuais na vida adulta incluem a presbiopia e a necessidade de óculos para leitura. Essas alterações geralmente ocorrem entre as idades de 40 a 50. Além disso, a córnea, que auxilia na refração de luz para a retina, torna-se achatada e mais espessa, o que muitas vezes leva a astigmatismo. O pigmento da íris é perdido; e fibras de colágeno acumulam-se na câmara anterior, o que aumenta o risco de glaucoma por diminuir a reabsorção de líquido intraocular. Outras alterações visuais normais associadas ao envelhecimento incluem redução dos campos visuais, aumento da sensibilidade à luminosidade, visão noturna prejudicada, percepção de profundidade reduzida e discriminação de cor reduzida.

As alterações auditivas começam aos 30 anos de idade. Aqueleas associadas ao envelhecimento incluem diminuição da acuidade auditiva, da inteligibilidade da fala e da discriminação da altura do som. Sons de baixa altura são mais fáceis de ouvir, mas é difícil ouvir uma conversa com um ruído de fundo. Também é difícil discriminar consoantes *(z, t, f, g)* e sons de alta frequência *(s, sh, ph, k).* Vogais que

têm altura baixa são mais fáceis de ouvir. Os sons da fala são distorcidos, e há recepção e reação retardadas à fala. Uma preocupação com as alterações sensoriais normais relacionadas com a idade é que idosos com um déficit às vezes são indevidamente diagnosticados com demência (Touhy e Jett, 2014).

Alterações gustativas e olfativas começam em torno dos 50 anos de idade e incluem uma diminuição no número de papilas gustativas e células sensoriais no revestimento nasal. Discriminação do gosto e sensibilidade a odores reduzidas são comuns.

As alterações **proprioceptivas** comuns após os 60 anos incluem a maior dificuldade com o equilíbrio, orientação espacial e coordenação. A pessoa não pode evitar os obstáculos tão rapidamente, e a resposta automática para proteger e se apoiar ao cair é mais lenta. Há também alterações táteis, incluindo diminuição da sensibilidade à dor, pressão e temperatura decorrente de doença vascular periférica e neuropatias.

Estímulos Significativos

Estímulos significativos reduzem a incidência de privação sensorial. Em casa, os estímulos significativos são, por exemplo, animais de estimação, música, televisão, fotos de membros da família, calendário e relógio. Os mesmos estímulos precisam estar presentes em ambientes de cuidados de saúde. Observe se os pacientes têm companheiros de quarto ou visitantes. A presença de outras pessoas proporciona estímulo positivo. Porém, um companheiro de quarto que constantemente assiste a televisão, tenta falar persistentemente ou mantém continuamente luzes acesas contribui para a sobrecarga sensorial. A presença ou a ausência de estímulos significativos influenciam o estado de alerta e a capacidade de participar no cuidado.

Quantidade de Estímulos

Estímulos excessivos em um ambiente causam sobrecarga sensorial. A frequência das observações e procedimentos realizados em um cenário de assistência à saúde é muitas vezes estressante. Se um

paciente está com dor ou com os movimentos restritos por gesso ou tração, a estimulação excessiva é, geralmente, um problema. Além disso, a proximidade da sala a ruídos repetitivos ou altos (p.ex., elevador, escadaria ou central de enfermagem) contribui para a sobrecarga sensorial.

Interação Social

A quantidade e a qualidade do contato social com membros da família e outras pessoas importantes para o paciente influenciam a função sensorial. A ausência de visitantes durante a hospitalização ou permanência em um centro de cuidados prolongados influenciam o grau de isolamento que um paciente sente. Esse é um problema comum nos ambientes de cuidados intensivos dos hospitais, onde a visitação é muitas vezes restrita. A capacidade de discutir as preocupações com os entes queridos é um mecanismo de enfrentamento importante para a maioria pessoas. Portanto, a ausência de conversa significativa resulta em sentimentos de isolamento, solidão, ansiedade e depressão pelo paciente. Muitas vezes isso não é aparente até que ocorram alterações comportamentais.

Fatores Ambientais

A ocupação de uma pessoa a coloca em risco de alterações de audição, de visão e dos nervos periféricos. Os indivíduos que têm profissões as quais impliquem exposição a níveis elevados de ruído (p.ex., funcionários de uma fábrica ou aeroporto) estão em risco de perda auditiva induzida por ruído e precisam ser examinados quanto a deficiências auditivas. Ruídos perigosos são comuns em ambientes de trabalho e atividades recreativas. Atividades recreacionais barulhentas que enfraquecem a capacidade auditiva incluem tiro ao alvo e caça, escultura em madeira e ouvir música alta. Indivíduos que têm profissões as quais impliquem risco de exposição a substâncias químicas ou objetos livres (p.ex., máquinas de soldar) estão em risco de ferimentos nos olhos e devem ser examinados quanto a deficiência

visual. As atividades desportivas e de consumo de fogos de artifício também colocam indivíduos em risco de alterações visuais. Ocupações que envolvem movimentos repetitivos do pulso ou dos dedos (p.ex., trabalho pesado em linha de montagem, longos períodos em uso de computador) causam pressão no nervo mediano, resultando na síndrome do túnel do carpo. A síndrome do túnel do carpo altera a sensação táctil e é uma das lesões mais comuns ou relacionadas com o trabalho industrial. Pacientes com risco de síndrome do túnel do carpo devem ser cuidadosamente avaliados quanto a dormência, formigamento, fraqueza e dor.

Um paciente que está internado pode estar em risco de alterações sensoriais como resultado da exposição a estímulos ambientais ou mudança de entrada sensorial. Pacientes que estão imobilizados em repouso no leito ou que têm uma deficiência crônica são incapazes de experimentar todas as sensações normais do movimento livre. Outro grupo de risco inclui pacientes isolados em um ambiente de cuidados de saúde ou em casa por causa de condições como tuberculose ativa (Cap. 29). Estes ficam em quartos privativos e são geralmente incapazes de desfrutar de interações normais com visitantes.

Fatores Culturais

Certas alterações sensoriais ocorrem mais comumente em alguns grupos culturais. A análise de dados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) e do National Health Interview Survey (NHIS) mostrou que pessoas brancas não hispânicas tinham maior prevalência de degeneração macular relacionada com a idade que pessoas negras não hispânicas, mas menor prevalência de retinopatia diabética e glaucoma (Zhang et al., 2012). Disparidades culturais relacionadas com a deficiência visual são significativas, em parte porque a perda da visão tem um impacto significativo nas atividades da vida diária, sintomas de depressão e sentimentos de ansiedade (Quadro 49-3) (Kempen et al., 2012). Alterações na audição e na acuidade visual também impactam a leitura e escrita da pessoa e a sua capacidade de compreender medicamentos, procedimentos e intervenções restauradoras e de cuidados domiciliares, que são ainda

mais complicados quando em um outro idioma.

Quadro 49-3

Aspectos culturais do cuidado

Diferenças nas Práticas de Cuidado Ocular

O diagnóstico e o tratamento precoces da deficiência visual em pessoas de outras culturas poderiam melhorar a sua qualidade de vida (Wang et al., 2014). Todavia, alguns indivíduos, especialmente os idosos, nem sempre dão informações sobre suas deficiências ou procuram aconselhamento profissional por causa de razões culturais ou dificuldades de linguagem (Higginbottom et al., 2014). O desconhecimento sobre os serviços existentes também contribui para as disparidades no uso dos recursos de cuidados oculares. Dados de Behavioral Risk Factor Surveillance System mostraram disparidades entre os estados em relação ao cuidado ocular por cultura, renda anual e nível de educação (Chou et al., 2012). Em alguns estados, os hispânicos e afro-americanos não hispânicos menos provavelmente tinham visitado um oculista no ano anterior em comparação com brancos não hispânicos. Em quase todos os estados, a falta de conscientização a respeito da saúde da visão foi maior entre as pessoas de níveis mais baixos de renda e educação (Chou et al., 2012).

Implicações para o Cuidado Centrado no Paciente

- Incentive os pacientes a discutirem alterações na acuidade visual ou outros problemas oculares ou visuais fazendo algumas perguntas específicas.
- Melhore o seu conhecimento dos serviços de cuidados oculares disponíveis aos pacientes.
- Facilite o acesso a serviços para promover a detecção e o tratamento precoces de deficiência visual.
- Quando o paciente fala outra língua, identifique o seu método

preferido de comunicação; se necessário, use um serviço de intérprete.

- Certifique-se de que informações escritas sobre o cuidado ocular estão disponíveis no idioma e no formato adequados (p.ex., letras grandes).

Pensamento crítico

O pensamento crítico bem-sucedido requer uma síntese do conhecimento e informações obtidas a partir dos pacientes, da experiência, de atitudes de pensamento crítico e de padrões intelectuais e profissionais. Os julgamentos clínicos exigem que a enfermeira preveja as informações necessárias, analise os dados e tome decisões sobre o atendimento ao paciente. As condições dos pacientes estão sempre em mudança. Durante a avaliação (Fig. 49-1), considere todos os elementos de pensamento crítico que ajudem a fazer diagnósticos de enfermagem apropriados. No caso de alterações sensoriais, integre o conhecimento da fisiopatologia de déficits sensoriais, fatores que afetam a função sensorial e princípios de comunicação terapêutica. Esse conhecimento permite-lhe conduzir avaliações adequadas, prever o que reconhecer quando um paciente descreve um problema sensorial e fazer julgamentos de anormalidades. Por exemplo, saber os sintomas típicos causados por catarata ajuda a reconhecer o padrão de alterações visuais que um paciente com catarata relata.

Conhecimento

- Fisiopatologia do déficit sensorial específico
- Fatores que podem alterar a função sensorial
- Efeitos da privação/ sobrecarga sensorial
- Princípios de comunicação usados para interagir com pacientes com déficits sensoriais

Experiência

- Cuidado de pacientes com alterações sensoriais repentinas e de longo prazo
- Experiência pessoal com déficit sensorial temporário ou permanente

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Práticas de promoção da saúde do paciente
- História de enfermagem sobre a importância dos riscos e dos déficits sensoriais existentes
- Revisão dos fatores que afetam a função sensorial do paciente
- Extensão das alterações do estilo de vida e do autocuidado
- Expectativas do paciente quanto às alterações sensoriais

Padrões

- Aplique padrões intelectuais de clareza, precisão, acurácia e profundidade quando avaliar a função sensorial do paciente
- Padrões de cuidados de:
  - American Academy of Ophthalmology
  - American Speech-Language-Hearing Association

Atitudes

- Mostre confiança na sua capacidade de fornecer cuidados seguros
- Use a curiosidade para esclarecer e explorar a natureza dos sinais e sintomas e descartar outras causas além de alteração sensorial

FIGURA 49-1 Modelo de pensamento crítico para o histórico de enfermagem de alterações sensoriais.

Experiências anteriores no atendimento de pacientes com déficits sensoriais ajudam a reconhecer as limitações no funcionamento de um paciente e como essas limitações afetam a capacidade de realizar atividades diárias. Por exemplo, depois de cuidar de um paciente com deficiência auditiva, você é capaz de realizar uma avaliação mais eficaz do próximo paciente usando abordagens anteriormente bem-sucedidas que promovam a capacidade dele de ouvir suas perguntas.

Quando as atitudes de pensamento crítico e as normas são aplicadas durante avaliação, elas garantem um banco de dados completo e preciso a partir do qual se podem tomar decisões. Por exemplo, é preciso ter determinação para aprender detalhes sobre como as mudanças visuais influenciam a capacidade de socialização do paciente. Normas baseadas em evidências de cuidado e prática como as da American Academy of Ophthalmology e da American Speech-Language-Hearing Association fornecem critérios para o rastreio de problemas sensoriais e o estabelecimento de padrões para o cuidado e a prática seguros, eficazes e competentes. Use o pensamento crítico para conduzir uma avaliação completa e, em seguida, planejar, implementar e avaliar os cuidados que possibilitam que o paciente realize as suas funções de modo seguro e efetivo (Quadro 49-4).

Quadro 49-4

Prática baseada em evidências

Deficiência Visual e Qualidade de Vida

Questão PICO: Os idosos que têm doença ocular relacionada com a idade têm maior risco de piora da qualidade de vida relacionada com a saúde?

Resumo das Evidências

De acordo com o National Health Interview Survey, apenas 11,2%

das pessoas com deficiência visual utilizavam dispositivos auxiliares e adaptáveis em 2008. A pesquisa também constatou que serviços de reabilitação da visão foram pouco utilizados entre adultos cegos ou com visão subnormal (USDHHS, 2015b). Essas conclusões são significativas já que os tratamentos direcionados à baixa visão poderiam ajudar a melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A pesquisa mostra que idosos com deficiência visual são mais propensos que aqueles sem deficiência visual a ter níveis mais baixos da função em atividades do cotidiano (Kempen et al., 2012). Estudos recentes também constataram que a deficiência visual está associada a níveis mais elevados de depressão e sentimentos de ansiedade (Kempen et al., 2012), especialmente entre indivíduos com baixas capacidades de enfrentamento (Stone et al., 2012)

Aplicação para a Prática de Enfermagem

- Informar os pacientes sobre os serviços de reabilitação da visão disponíveis na comunidade.
- Dar aos pacientes o tempo necessário para discutir o impacto pessoal da baixa visão (Kempen et al., 2012).
- Incentivar os pacientes a aceitarem o apoio de outros com deficiências visuais.
- Ouvir ativamente e dar oportunidade para perguntas.
- Identificar mecanismos positivos e negativos (Stone et al., 2012).
- Ensinar os pacientes sobre as capacidades adaptáveis da vida diária.

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico no cuidado dos pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para você desenvolver e implementar um plano de cuidados individualizado para seus pacientes.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem, avalie cuidadosamente cada paciente e analise criticamente os achados para garantir que tomará as decisões clínicas centradas no paciente necessárias para o cuidado de enfermagem seguro.

Pelo Olhar do Paciente

Durante a avaliação, valorize o paciente como um parceiro de pleno direito no planejamento de enfermagem, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem. Os pacientes muitas vezes hesitam em admitir as perdas sensoriais. Portanto inicie a coleta de informações, estabelecendo um relacionamento terapêutico com eles. Estimule que mostrem os seus valores, preferências e expectativas em relação à sua deficiência sensorial. Muitos têm um plano definido de como querem seu cuidado prestado. Alguns esperam que os cuidadores reconheçam e adequadamente gerenciem e ajustem o seu ambiente para satisfazer as suas necessidades sensoriais. Isso inclui ajudar a família e o paciente a aprender e se adaptar a um estilo de vida modificado com base no déficit sensorial específico. Determine por meio do paciente que intervenções foram úteis no passado no manejo das limitações. Avalie a competência dele com a própria saúde e sintomas. Lembre-se sempre de que os pacientes com alterações sensoriais reforçam os seus outros sentidos e esperam que os cuidadores prevejam as suas necessidades (p.ex., de prevenção e segurança).

Ao avaliar um paciente com ou em risco de alteração sensorial,

primeiro considere a fisiopatologia dos déficits existentes e os fatores que influenciam a função sensorial para prever a forma de abordar a sua avaliação. Por exemplo, se um paciente tem uma deficiência auditiva, ajuste o seu estilo de comunicação e concentre a avaliação em critérios relevantes relacionados com os déficits auditivos. Colete uma história que também avalie o estado sensorial atual do paciente e o grau em que o déficit sensorial afeta o estilo de vida dele, a adaptação psicossocial, o estado de desenvolvimento, a capacidade de autocuidado e hábitos de promoção da saúde e segurança. Concentre-se também na avaliação da qualidade e da quantidade de estímulos no ambiente do paciente.

Indivíduos em Risco

Os idosos são um grupo de alto risco por causa das alterações fisiológicas normais que envolvem os órgãos sensoriais. Contudo, tenha cuidado para não pressupor automaticamente que o problema sensorial de um paciente é relacionado com o envelhecimento. Por exemplo, perda auditiva neurossensorial no adulto é frequentemente causada por exposição a ruído em excesso ou prolongado, alterações vasculares, metabólicas e outras alterações sistêmicas. Alguns pacientes beneficiam-se do encaminhamento a um fonoaudiólogo ou **otorrinolaringologista** quando sérios problemas de audição são identificados durante a avaliação.

Outros indivíduos em risco de alterações sensoriais incluem aqueles que vivem em um ambiente confinado como em uma casa de repouso. Embora a maioria das casas ou centros de repouso qualificados ofereçam estimulação significativa por meio de atividades em grupo, projetos ambientais e encontros nas horas de refeição, há exceções. Um indivíduo que está confinado a uma cadeira de rodas, sofre de problemas de audição e/ou visão, tem menos energia e evita o contato com outras pessoas está em risco significativo de privação sensorial.

Os pacientes que estão gravemente doentes também estão em risco por causa do ambiente desconhecido e irresponsivo. Isso não significa que todos os hospitalizados têm alterações sensoriais. Todavia, é preciso cuidado ao avaliar pacientes submetidos à estimulação

sensorial contínua (p.ex., em UTI, hospitalização prolongada ou múltiplos tratamentos). Avalie o ambiente do paciente, tanto na instituição de cuidados de saúde quanto no domicílio, à procura de fatores que apresentem riscos ou precisem de ajuste para fornecer segurança e estimulação sensorial mais adequada.

História das Alterações Sensoriais

A história de enfermagem inclui a avaliação da natureza e das características das alterações sensoriais ou de qualquer problema relacionado com uma alteração (Quadro 49-5). Quando avaliar a história, considere a origem étnica ou cultural do paciente, porque determinadas alterações são mais comuns em alguns grupos culturais.

Quadro 49-5 Questões de Avaliação de Enfermagem

Natureza do Problema

- Que tipo de problema você está tendo com a sua visão/audição?
- O que você tentou para corrigir as dificuldades de visão/audição?
- Você usa algum aparelho para melhorar a sua visão/audição?
- Quão eficazes são os seus óculos ou aparelhos auditivos?

Sinais e Sintomas

- Pergunte ao paciente com alterações visuais: você precisa de livros com letras grandes ou material em áudio? Você é capaz de preparar uma refeição ou preencher um cheque? Você observa alguma irritação ocular ou secreção?
- Pergunte ao paciente com alterações auditivas: que tipos de sons ou tons você tem dificuldades de ouvir? As pessoas dizem que precisam "gritar" para você ouvi-las? As pessoas pedem para você não falar tão alto? Você sente tinido, estalido ou zumbido nas orelhas? Você sente dor: aguda, vaga, queimante, como em prurido? Você notou alguma vermelhidão, inchaço ou secreção?

Algum sinal de infecção?

Início e Duração

- Quando você notou o problema? Quanto tempo ele durou?
- Ele surge e desaparece, ou é constante?
- O que torna o problema melhor ou pior?

Fatores Predisponentes

- Você trabalha ou participa de alguma atividade que têm o potencial para lesão da visão/audição? Em caso afirmativo, como você protege a sua audição e visão?
- Você tem história familiar de catarata, glaucoma, degeneração macular ou perda de audição?
- Quando foi o seu último exame de visão/audição?

Efeito no Paciente

- Que efeito o seu problema de visão/audição teve no seu trabalho, na relação com a família ou vida social?
- As alterações na sua visão/audição afetaram os seus sentimentos de independência?
- Como o seu problema de visão/audição faz você se sentir?
- Você tem problemas com os cuidados rotineiros de óculos, lentes de contato ou aparelho auditivo?

Também é oportuno fazer com que o paciente tenha uma autoavaliação do seu déficit sensorial pedindo que ele "Classifique a sua audição como excelente, boa, regular, ruim ou péssima". Em seguida, com base na autoavaliação dele, explore a sua percepção da perda sensorial de forma mais completa. Isso fornece um olhar mais profundo de como a perda sensorial influencia a qualidade de vida do paciente. No caso de problemas de audição, uma ferramenta de triagem, como a Hearing Handicap Inventory for the Elderly (HHIE-S) identifica de forma eficaz pacientes que precisam de intervenção

audiológica (Tomioka et al., 2013). O HHIE-S é um questionário de 10 itens que avalia, em 5 minutos, a forma como o indivíduo percebe os efeitos sociais e emocionais da perda auditiva. Quanto maior a pontuação HHIE-S, maior será o efeito incapacitante de uma deficiência auditiva.

A história de enfermagem também revela as alterações recentes no comportamento do paciente. Geralmente, os amigos ou a família são as melhores fontes para essas informações. Faça à família as seguintes perguntas:

- O seu familiar teve alguma alteração de humor recente (p.ex., explosões de raiva, nervosismo, medo ou irritabilidade)?
- Você já reparou que o seu familiar evita atividades sociais?

Estado Mental

A avaliação do estado mental é valiosa quando se suspeita de privação ou sobrecarga sensorial. A observação do paciente quando se obtém o histórico, durante o exame físico (Cap. 31) e enquanto se prestam os cuidados de enfermagem, proporciona dados valiosos sobre seu comportamento e estado mental. Observe a aparência física e o comportamento do paciente, avalie a capacidade cognitiva e o seu estado emocional. O miniexame do estado mental (MMSE, *mini-mental state examination*) é um instrumento que a enfermeira pode usar para medir a desorientação, a mudança na capacidade de solução de problemas, alterações de conceituação e pensamento abstrato (Cap. 31). Por exemplo, um paciente com privação sensorial grave nem sempre é capaz de manter uma conversa, permanecer atento ou usar a memória recente ou passada. Um passo importante para a prevenção da incapacidade relacionada com a cognição é a orientação pelos enfermeiros sobre o processo da doença, os serviços disponíveis e os dispositivos de assistência.

Avaliação Física

Para identificar déficits sensoriais e sua gravidade, use técnicas de avaliação física para avaliar a visão; a audição; o olfato; o paladar; e a

capacidade de discriminar o tato fino, a temperatura, a dor e a posição (Cap. 31). A Tabela 49-2 resume técnicas de avaliação específicas para identificar déficits sensoriais. Pode-se coletar dados mais precisos quando a sala de exame é privada, tranquila e confortável para o paciente. Além disso, confie na observação pessoal para detectar alterações sensoriais. Os pacientes com deficiência auditiva podem parecer desatentos aos outros, responder com raiva inadequada quando abordados, acreditar que as pessoas estão falando deles, responder a perguntas inadequadamente, ter dificuldade de seguir orientações claras, ter qualidade de voz monótona e falar incomumente alto ou suavemente.

Tabela 49-2

Avaliação da Função Sensorial

Atividades de Avaliação	Comportamento que Indica Déficit (Crianças)	Comportamento que Indica Déficit (Adultos)
Visão		
Peça ao paciente que leia um jornal, uma revista ou um texto no menu. Peça ao paciente que identifique cores na cartela de cores ou giz de cera. Observe o paciente realizar AVDs.	Autoestimulação, como esfregar os olhos, balanço do corpo, fungar ou cheirar, girar o braço; impulsionar-se (usar as pernas para se impulsionar enquanto se senta em uma posição) em vez de engatinhar	Má coordenação, estrabismo, pouca ou muita extensão para alcançar objetos, reposicionamento persistente de objetos, visão noturna prejudicada, quedas acidentais
Audição		
Avalie a acuidade auditiva do paciente (Cap. 31) usando testes de palavra falada e com diapasão. Avalie história de zumbido. Observe o paciente conversando com outras pessoas.	Sente-se assustado quando pessoas desconhecidas o abordam, não tem resposta reflexa ou proposital aos sons, não é acordado por ruído alto, desenvolvimento da fala lento ou ausente, maior resposta ao movimento que, ao som, evita a interação social com outras crianças	Olhares em branco, diminuição da atenção, falta de reação a ruídos, volume aumentado da fala, posicionamento da cabeça na direção do som, sorri e balança a cabeça em aprovação quando alguém fala, usa de outros meios de comunicação como a leitura de lábios ou escrita, reclama de zumbido nas orelhas

Examine o meato acústico quanto a cerume endurecido. Observe o comportamento dos pacientes em grupo.		
Tato		
Verifique a capacidade do paciente para discriminar entre estímulos nítidos e vagos. Avalie se o paciente é capaz de distinguir os objetos (moeda ou alfinete) na mão, com os olhos fechados. Pergunte se o paciente tem sensações incomuns.	Incapacidade de realizar tarefas de desenvolvimento relacionadas com a preensão de objetos ou desenho, lesões repetidas pela manipulação de objetos nocivos (p.ex., fogão quente, faca afiada)	Descuido, reação exagerada ou reduzida ao estímulo doloroso, não responde ao toque, evita o toque, sensação de formigamento e agulhadas, dormência. Incapaz de identificar um objeto colocado na mão
Olfato		
Faça o paciente fechar os olhos e identificar vários odores não irritantes (p.ex., café, baunilha).	Dificuldade de avaliar crianças com menos de 6 ou 7 anos de idade, dificuldade de discriminar odores nocivos.	Incapacidade de reagir ao odor forte ou nocivo, odor corporal aumentado, sensibilidade reduzida aos odores
Paladar		
Peça ao paciente que prove e distinga diferentes gostos (p.ex., limão, açúcar, sal). (Peça ao paciente que beba um gole de água e espere 1 minuto entre cada sabor).	Incapacidade de dizer se a comida é salgada ou doce, possível ingestão de coisas de gosto estranho	Alteração no apetite, uso excessivo de temperos e açúcar, queixas sobre o sabor dos alimentos, alteração de peso

AVDs, Atividades da vida diária.

Capacidade de Realizar o Autocuidado

Avalie as capacidades funcionais dos pacientes no seu ambiente doméstico ou de cuidados de saúde, incluindo a capacidade com atividades como de alimentação, vestimenta, limpeza e higiene. Por exemplo, avalie se o paciente com visão alterada é capaz de achar itens em uma bandeja de refeição e ler instruções sobre receita médica. Também determine a sua capacidade de realizar atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), como ler contas e cheques, diferenciar notas de dinheiro e conduzir um veículo durante a noite. Se o paciente parece ter um déficit sensorial, ele mostra preocupação com a limpeza corporal? Sua perda de equilíbrio o impede de levantar do vaso sanitário com segurança? O paciente que está se recuperando de um acidente vascular encefálico pode manipular botões ou zíperes para se vestir? Se uma alteração sensorial prejudica a capacidade funcional de um paciente, fornecer recursos dentro do domicílio é parte necessária do planejamento da alta. Os achados da sua avaliação podem indicar a necessidade de uma consulta de terapia ocupacional.

Hábitos de Promoção da Saúde

Avalie as rotinas diárias que os pacientes seguem para manter a função sensorial. Qual tipo de cuidado ocular e auditivo é parte da higiene diária do paciente? Para os indivíduos que participam de atividades desportivas (p.ex., *squash*) ou recreativas (p.ex., direção de motocicleta) ou que trabalham em um ambiente em que a lesão ocular ou auditiva é uma possibilidade (p.ex., exposição química, a soldas, a polimento de vidro ou pedra, ou constante exposição a ruído alto), verifique se eles usam óculos de segurança ou dispositivos de proteção auditiva (DPA). Aqueles que usam dispositivos de assistência, como óculos, lentes de contato ou aparelhos auditivos, sabem realizar os cuidados diários (Cap. 40)? Os pacientes usam os dispositivos, e estes estão em boas condições de funcionamento?

Também é importante avaliar a adesão do paciente à rotina de avaliação de saúde. Quando foi a última vez que ele teve exame ocular ou avaliação auditiva? Para os adultos, o exame de rotina das funções auditiva e visual é imperativo para detectar problemas mais cedo. Isso é especialmente verdadeiro no caso de glaucoma, que, se não

detectado, leva a perda visual permanente. Diretrizes de avaliação recomendadas geralmente são baseadas na idade. Quando um paciente começa a mostrar um déficit auditivo, inclua a avaliação de rotina em exames regulares.

Riscos Ambientais

Pacientes com alterações sensoriais estão em risco de lesão se o ambiente em que vivem não são seguros. Por exemplo, um paciente com visão reduzida não pode ver claramente os riscos potenciais. Quando apresenta problemas proprioceptivos, perde o equilíbrio facilmente. Se a sensação é reduzida, não pode perceber temperaturas quentes-*versus*-frias. A condição da casa, dos quartos e das entradas da frente e dos fundos é muitas vezes problemática para aquele com alterações sensoriais. Avalie o domicílio do paciente em relação a perigos comuns, como os seguintes:

- Calçadas rachadas irregulares que dão caminho à porta da frente/dos fundos
- Extensões e cabos de telefone no caminho principal da casa
- Área de tapetes soltos e passadeiras postas sobre carpetes
- Banheiros sem barras de apoio no chuveiro ou na banheira
- Torneiras de água não marcadas para designar quente e fria
- Escadarias apagadas, falta de corrimãos
- Má iluminação em escadas, corredores e portas de entrada

No ambiente hospitalar, as pessoas muitas vezes esquecem de reorganizar móveis e equipamentos para manter as vias livres entre a cama e a cadeira para o banheiro e a entrada. É oportuno andar para a sala do paciente procurando por riscos de segurança:

- A luz de chamada tem acesso fácil e seguro?
- Os suportes de soro estão sobre as rodas e fáceis de mover?
- As máquinas de sucção, bombas IV ou sacos de drenagem estão posicionados de modo que o paciente pode se levantar da cama ou cadeira facilmente?
- As áreas e mesas à beira do leito estão organizadas?

Um outro problema enfrentado por pacientes que são deficientes visuais é a incapacidade de ler os rótulos dos medicamentos e marcas

na seringa. Peça-lhe que leia uma etiqueta a fim de determinar se ele é capaz de ler a dosagem e a frequência. Se tem uma deficiência auditiva, verifique se os sons de uma campainha, telefone, alarme de fumaça e despertador são fáceis de discriminar.

Métodos de Comunicação

Para compreender a natureza de um problema de comunicação, você precisa saber se o paciente tem problemas para falar, compreender, dar nomes, ler ou escrever. Os pacientes com déficits sensoriais frequentemente desenvolvem formas alternativas de comunicação. Para interagir com ele e promover a interação com os outros, compreenda o seu método de comunicação (Fig. 49-2). A visão torna-se um sentido quase primário para as pessoas com deficiência auditiva. Como resultado, a comunicação face a face é essencial. Os pacientes com deficiência visual são incapazes de observar expressões faciais e outros comportamentos não verbais para esclarecer o conteúdo da comunicação falada. Em vez disso, confiam em tons de voz e inflexões para detectar o tom emocional da comunicação. Alguns pacientes com déficits visuais aprendem a ler braille. Aqueles com **afasia** têm graus variados de incapacidade de fala, interpretação ou compreensão da linguagem. **Afasia expressiva**, um tipo de afasia motora, é a incapacidade de nomear objetos comuns ou expressar ideias simples em palavras ou por escrito. Por exemplo, um paciente entende a pergunta, mas é incapaz de expressar uma resposta. Afasia sensorial, ou **afasia receptiva,** é a incapacidade de compreender a linguagem escrita ou falada. Um paciente é capaz de expressar palavras, mas é incapaz de compreender as perguntas ou comentários dos outros. Afasia global é a incapacidade de compreender o idioma ou comunicar-se oralmente. A perda temporária ou permanente da capacidade de falar é extremamente traumática para um indivíduo. Avalie os métodos de comunicação alternativos e se eles causam ansiedade. Os pacientes que se submeteram a laringectomia muitas vezes escrevem notas, usam placas de comunicação ou computadores, falam com vibradores mecânicos, ou utilizam a voz esofágica. Pacientes com tubos endotraqueais ou de traqueostomia têm perda

temporária da fala. A maioria usa um bloco de notas para escrever suas perguntas e pedidos. Porém, alguns se tornam incapacitados e incapazes de escrever mensagens. Verifique se o paciente desenvolveu um sistema de linguagem de sinais ou símbolos para comunicar as suas necessidades.

FIGURA 49-2 A enfermeira senta-se ao nível dos olhos para que a paciente com deficiência auditiva possa se comunicar.

Apoio Social

Verifique se o paciente vive sozinho e se a família ou amigos o visitam com frequência. Avalie as habilidades sociais e o nível de satisfação dele com o apoio dado pela família e amigos. Está satisfeito com o apoio disponível? Ele é capaz de resolver problemas com membros da família? Há um cuidador da família que oferece apoio quando ele necessita de assistência após uma perda sensorial? Os efeitos em longo prazo de alterações sensoriais influenciam a dinâmica da família e a

disposição do paciente a continuar ativo na sociedade.

Uso de Dispositivos de Assistência

Avalie o uso de dispositivos de assistência (p.ex., de um aparelho auditivo ou óculos). Avalie se o paciente acredita que esses dispositivos são benéficos. Isso inclui saber quantas vezes ele usa os dispositivos diariamente, o método pelo qual o cuidador familiar ou o paciente cuidam e limpam os dispositivos e o conhecimento do paciente sobre o que fazer quando surge um problema. Quando você identifica que um paciente tem um dispositivo de assistência, lembre-se de que isso não significa que ele funciona ou que o paciente o usa ou tem benefícios com ele.

Outros Fatores que Afetam a Percepção

Outros fatores além da privação ou sobrecarga sensorial causam prejuízo à percepção (p.ex., medicamentos ou dor). Avalie o histórico de medicações do paciente, que inclui medicamentos prescritos e sem prescrição e produtos à base de plantas. Também reúna informações sobre a frequência, a dose, a via de administração e a última vez que esses medicamentos foram tomados. Alguns antibióticos (p.ex., estreptomicina, gentamicina, tobramicina) são **ototóxicos** e danificam permanentemente o nervo auditivo, enquanto o cloranfenicol às vezes irrita o nervo óptico. Os analgésicos opioides, sedativos e antidepressivos muitas vezes alteram a percepção de estímulos. Faça uma avaliação completa da dor (Cap. 44) quando suspeitar de que ela esteja causando problemas de percepção.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Após o histórico de enfermagem, revise todos os dados disponíveis e observe criticamente os padrões e tendências sugestivos de um problema de saúde relativo a alterações sensoriais (p.ex., problemas visuais [Quadro 49-6]). Valide os achados para garantir a precisão do diagnóstico. Determine o fator que provavelmente causa o problema

de saúde do paciente. A etiologia ou o fator relacionado de um diagnóstico são condições que podem ser afetadas pelas intervenções de enfermagem. A etiologia tem de ser precisa; caso contrário, as terapias de enfermagem serão ineficazes.

Quadro 49-6

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Risco de Lesão

Atividades de Avaliação	Características Definidoras
Avalie a acuidade visual do paciente.	Capacidade reduzida de ver objetos claramente; precisa de luz mais brilhante para ler; tem dificuldades para distinguir as bordas das escadas
Visite o ambiente domiciliar e procure por perigos que impõem riscos ao paciente.	Iluminação muito fraca nas salas, corredores e escadas; tapete antigo na sala de estar, com as bordas enroladas; degraus que levam à entrada da frente da casa
Revise o registro médico da consulta clínica.	Catarata bilateral

Alguns pacientes têm problemas de saúde cuja etiologia é a alteração sensorial, tal como com o diagnóstico de *risco de lesão.* Você seleciona os diagnósticos de enfermagem reconhecendo a via pelas quais as alterações sensoriais afetam a capacidade de funcionamento do paciente (p.ex., *déficit de autocuidado*). Além disso, a maioria dos pacientes se apresenta aos profissionais de saúde com múltiplos diagnósticos (Fig. 49-3). No exemplo do mapa conceitual, um paciente com catarata tem os diagnósticos de enfermagem de *risco de lesão, ansiedade, medo* e *risco de quedas*. A alteração sensorial causada pela catarata é uma etiologia tanto para o risco de lesões quanto para o risco de quedas. Além disso, o medo ocorre como resposta a uma percepção do risco de queda. É preciso reconhecer padrões de dados que revelem problemas de saúde criados por uma alteração sensorial do paciente. Exemplos de diagnósticos de enfermagem que se aplicam a pacientes com alterações sensoriais incluem os seguintes:

- *Comportamento de saúde que tende ao risco*
- *Comunicação verbal prejudicada*
- *Risco de lesão*
- *Mobilidade física prejudicada*
- *Déficit de autocuidado para o banho*
- *Baixa autoestima situacional*
- *Risco de quedas*
- *Isolamento social*

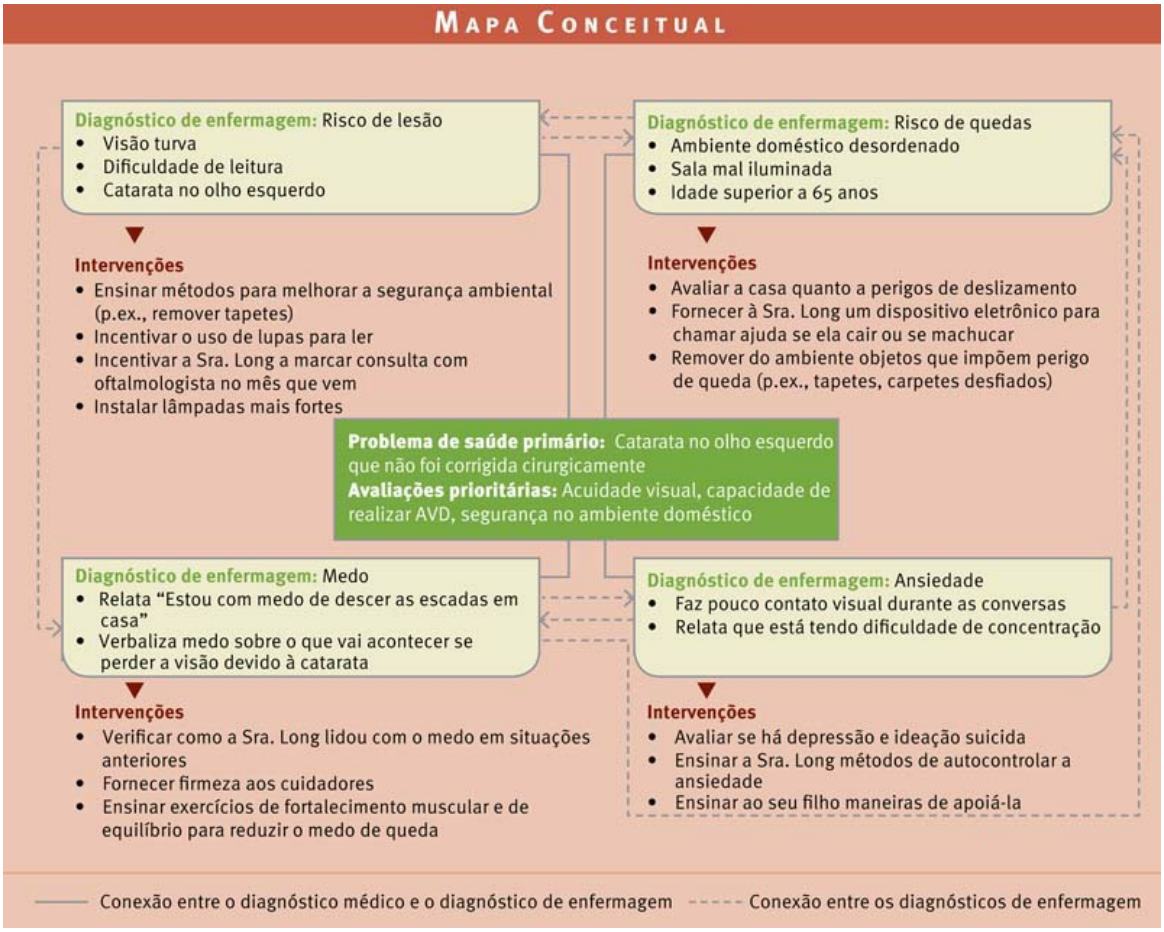


FIGURA 49-3 Mapa conceitual para a Sra Long.

Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento de enfermagem, sintetize as informações de

várias fontes (Fig. 49-4). Reflita sobre o conhecimento adquirido a partir do histórico de enfermagem e do conhecimento de como os déficits sensoriais afetam o funcionamento normal. Dessa forma, você é capaz de reconhecer a extensão do déficit do paciente e saber o tipo de intervenções com maior chance de ser bem-sucedido. Considere também o papel que os profissionais de saúde desempenham no planejamento dos cuidados e os recursos disponíveis da comunidade que serão úteis. A experiência anterior no cuidado de pacientes com alterações sensoriais é inestimável.

Conhecimento

- Compreensão de como um déficit sensitivo pode afetar o estado funcional do paciente
- Conhecimento de tratamentos que promovem ou restauram a função sensorial
- O papel que outros profissionais de saúde podem desempenhar para o manejo da função sensorial
- Fontes de serviços da comunidade
- Princípios de orientação de adultos para aplicar à orientação do paciente e sua família

Experiência

- Respostas anteriores do paciente para planejar intervenções de enfermagem e promover a função sensorial

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- Selecionar estratégias para ajudar o paciente a manter a sua capacidade funcional em casa
- Adaptar terapias na dependência do déficit sensitivo ser curto ou ser prolongado
- Envolver a família na ajuda ao paciente para se ajustar às limitações
- Encaminhar ao profissional de saúde adequado e/ou instituição local

Padrões

- Individualizar os tratamentos os quais possibilitem que o paciente se adapte à perda sensorial em qualquer cenário
- Aplicar padrões de segurança

Atitudes

- Usar a criatividade para encontrar intervenções que ajudem o paciente a se adaptar ao ambiente domiciliar

FIGURA 49-4 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem em casos de alterações sensoriais.

Quanto da aplicação do pensamento crítico para o planejamento do cuidado, os padrões profissionais são particularmente úteis. Esses padrões recomendam intervenções baseadas em evidências para a condição do paciente. Por exemplo, pacientes que têm déficits visuais e estão hospitalizados são muitas vezes colocados em um protocolo de prevenção de queda que incorpora as precauções baseadas em pesquisas para garantir a segurança do paciente.

Metas e Resultados

Durante o planejamento, desenvolva um plano de cuidados individualizado para cada diagnóstico de enfermagem (ver Plano de Cuidado de Enfermagem). Torne-se parceiro do seu paciente e desenvolva um plano realista que incorpore o que você sabe sobre seus problemas sensoriais e o grau em que se pode manter ou melhorar a função sensorial. As metas e os resultados devem ser realistas e mensuráveis. Um exemplo de uma meta de tratamento para um paciente com alteração sensorial real ou potencial é: "O paciente conseguirá melhorar a acuidade auditiva em 2 semanas". Os resultados associados a esse objetivo incluem os seguintes:

- O paciente e a família relatam o uso de técnicas de comunicação para enviar e receber mensagens no período de 2 dias.
- O paciente demonstra com sucesso a técnica correta para a limpeza do aparelho auditivo no período de 1 semana.
- O paciente relata melhora da sua acuidade auditiva.

Definindo Prioridades

Considere o tipo e a extensão da alteração sensorial que afeta o paciente para determinar as prioridades de atendimento. Por exemplo, um paciente que entra no departamento de emergência depois de sofrer trauma ocular tem prioridades de redução da ansiedade e prevenção do agravamento da lesão do olho. Por outro

lado, um paciente que está saindo de um departamento de cirurgia ambulatorial após a remoção da catarata tem a prioridade de aprender sobre as restrições de autocuidado. A segurança é sempre uma prioridade. O paciente também ajuda a priorizar os aspectos dos cuidados. Ele deseja aprender maneiras de se comunicar de forma mais eficaz ou participar em passatempos favoritos considerando os seus limites.

Algumas alterações sensoriais são de curto prazo (p.ex., um paciente com sobrecarga sensorial em uma UTI). Assim, as intervenções apropriadas podem ser temporárias (p.ex., reorientação frequente ou a introdução de estímulos agradáveis, como uma massagem nas costas). Algumas alterações sensoriais, tais como a perda visual permanente, exigem metas de cuidado de longo prazo para que os pacientes se adaptem. Aqueles que têm alterações sensoriais no momento que entram em um estabelecimento de saúde são geralmente mais informados sobre como adaptar as intervenções aos seus estilos de vida. Por exemplo, permita que pacientes que perderam a visão controlem todas as partes que conseguirem do seu cuidado. Às vezes, é necessário que o paciente faça grandes mudanças nas atividades de autocuidado, comunicação e socialização para garantir cuidados de enfermagem seguros e eficazes.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Ao desenvolver um plano de cuidados, considere todos os recursos disponíveis para os pacientes. A família desempenha um papel fundamental no fornecimento de estimulação significativa e no aprendizado de maneiras de ajudar o paciente a se adaptar a quaisquer limitações. Envolver a família ou o seu substituto é uma habilidade fundamental do cuidado centrado no paciente (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2015). A enfermeira também frequentemente encaminha os pacientes a outros profissionais de saúde. Por exemplo, se um paciente tem uma grande perda da função sensorial e também é incapaz de gerenciar as necessidades médicas, como a autoadministração de medicação ou troca de curativos, o encaminhamento para o atendimento domiciliar é uma opção.

Valorizar a colaboração interprofissional é uma competência essencial da enfermeira que resulta em melhores resultados de saúde do paciente e maior satisfação do paciente e da família (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011). Muitos recursos comunitários (p.ex., nos Estados Unidos, a divisão local da Society for the Blind and Visually Impaired e a Area Agency on Aging) também estão disponíveis. Tente conseguir um voluntário para visitar o paciente ou disponibilize materiais impressos que descrevam maneiras de lidar com problemas sensoriais.

◆ Implementação

As intervenções de enfermagem envolvem o paciente e sua família, de modo que este seja capaz de manter um ambiente seguro, agradável e estimulante sensorialmente. As intervenções mais eficazes permitem que o paciente com alterações sensoriais viva com segurança com os déficits existentes e continue tendo um estilo de vida normal. Os pacientes podem aprender a se ajustar às deficiências sensoriais em qualquer idade com o apoio e recursos adequados. Use medidas para manter a função sensorial do paciente ao mais alto nível possível.

Promoção da Saúde

A boa função sensorial começa com a prevenção. Quando um paciente procura por cuidados de saúde, forneça orientações sobre intervenções que reduzam o risco de perdas sensoriais. Também recomende diretrizes visuais e auditivas relevantes. Lembre-se de avaliar a capacidade do paciente de processar e compreender a informação de saúde para garantir que tome as decisões apropriadas quanto à sua saúde.

Triagem

Estima-se que 285 milhões de pessoas no mundo tenham deficiência visual (OMS, 2010). A cegueira evitável é uma preocupação de saúde mundial que começa na infância e requer exame adequado. Quatro intervenções são recomendadas: (1) triagem para a rubéola, sífilis,

clamídia e gonorreia em mulheres que consideram engravidar; (2) defesa do pré- -natal adequado para evitar parto prematuro (com o risco de exposição da criança a oxigênio excessivo); (3) administração de profilaxia ocular com pomada de eritromicina aproximadamente 1 hora após o nascimento do bebê; e (4) rastreio periódico de todas as crianças, especialmente recém-nascidas a pré-escolares, quanto a cegueira congênita e deficiência visual causada por erros de refração e **estrabismo** (Hockenberry e Wilson, 2015).

Deficiências visuais são comuns na infância. O problema visual mais comum é um **erro de refração**, como miopia. O papel da enfermeira é detectar, orientar e encaminhar. Os pais devem conhecer os sinais de deficiência visual (p.ex., incapacidade de reagir a luz e reduzido contato visual da criança). Oriente os pais a informar esses sinais ao seu médico imediatamente. A triagem da visão de crianças em idade escolar e adolescentes ajuda a detectar problemas precocemente (USDHHS, 2015b). As enfermeiras da escola são geralmente responsáveis por testes de visão.

Nos Estados Unidos, o glaucoma é a segunda principal causa de cegueira na população em geral e a principal causa de cegueira em afro-americanos. Se não identificado e não tratado, leva a perda visual permanente. A American Optometric Association (2014) recomenda um exame médico oftalmológico regular anualmente para aqueles com mais de 60 anos de idade. Também é recomendada a triagem a cada 1 ou 2 anos para indivíduos entre 18 e 60 anos de idade que estão em risco de desenvolver problemas oculares e visuais. Indivíduos em risco incluem os seguintes: pessoas com diabetes, hipertensão ou história familiar de doença ocular; trabalhadores em profissões com alta demanda visual ou que impõem perigo aos olhos; pessoas que estejam tomando medicamentos tanto de prescrição quanto sem prescrição com efeitos colaterais oculares; ou que usam lentes de contato. Indivíduos que se submeteram a cirurgia do olho ou que têm outras preocupações ou condições de saúde também estão em risco para o desenvolvimento de problemas de visão.

Plano de cuidado de enfermagem

Risco de Lesão

Histórico de enfermagem

A Sra. Judy Long é uma viúva aposentada de 70 anos que reside em uma casa de estilo rancho com seu filho. A sala de estar e de trabalhos manuais situa-se em uma área isolada no porão. Ela diz à enfermeira de saúde da comunidade que está tendo maior dificuldade de dirigir à noite e tem visão embaçada. Ela gosta de ler e costurar; entretanto, a sua visão reduzida limita a sua capacidade de realizar essas atividades. A Sra. Long relata que sua visão é borrada mesmo quando ela usa óculos e que tem medo de cair. Ela se consultou com um oftalmologista há 1 ano, mas não seguiu o tratamento recomendado.

Atividades de Avaliação	*Conclusões/Definindo Características*[*]
Peça à Sra. Long para descrever as suas alterações de visão.	A Sra. Long relata: "O meu olho esquerdo parece estar coberto por um filme, o que torna a minha **visão turva**. Eu estou tendo **dificuldades com a leitura**. Eu também tenho **dificuldades em dirigir à noite**".
Peça à Sra. Long para descrever as mudanças de vida que ocorreram desde a alteração na visão.	A Sr. Long relata: "Perdi a minha independência, porque eu já não posso dirigir à noite. **Tenho medo de usar as escadas em casa, porque não posso ver bem os degraus**".
Avalie a acuidade visual da Sra. Long.	A Sra. Long relata que não pode ler a tabela de Snellen com o olho esquerdo.
Pergunte à Sra. Long os resultados da consulta com o oftalmologista.	A Sra. Long relata "Ele disse que eu tinha **catarata no olho esquerdo** e recomendou cirurgia."
Realize uma avaliação de risco em casa.	Há **desordem na casa, fraca iluminação** e **escadas com pouca iluminação e um corrimão quebrado.**

[*] As **características definidoras** estão mostradas em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Risco de lesão

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Meta	*Resultados Esperados (NOC)*[†]
	Ambiente Domiciliar Seguro
A Sra. Long manterá a independência em um ambiente seguro em casa.	A Sra. Long e seu filho fazem as alterações recomendadas na iluminação, no corrimão e na desordem do ambiente da casa em 4 semanas.

	A Sra. Long relata maior sensação de segurança em casa e independência em 4 semanas.

† Identificações de classificação de resultados de Moorhead S et al: Nursing outcomes classifi cation (NOC), ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)‡	JUSTIFICATIVA
Controle do Ambiente	
Ensine à Sra. Long e seu filho métodos para melhorar a segurança no ambiente, tais como instalação de corrimãos ao longo de escadas, fixação de carpetes, remoção de tapetes e pintura das escadas.	Os fatores do ambiente e de saúde colocam um paciente em risco de queda. Modificações na segurança do ambiente reduzem o risco de quedas e lesões (Lim e Sung, 2012).
Ensine à Sra. Long a usar uma luz por cima do ombro para leitura e costura.	Iluminação adequada com uma lâmpada ajustável ajuda a reduzir a fadiga ocular e aumentar o aproveitamento (Perlmutter et al., 2013).
Explique o uso de uma lupa de bolso e ofereça uma lista de locais onde a Sra. Long pode adquirir uma.	A lupa amplia imagens visuais durante a leitura ou trabalho próximo dos olhos (Touhy e Jett, 2014).
Faça a Sra. Long marcar consulta com o oftalmologista nas próximas 4 semanas.	Os idosos precisam de um exame oftalmológico de rotina anualmente ou conforme recomendado (Touhy e Jett, 2014).
Apoio Emocional	
Incentive a Sra. Long a discutir com a família e amigos como a perda da visão afeta a sua independência e estilo de vida.	A deficiência visual pode levar à depressão, isolamento social e algumas deficiências funcionais, que podem ter efeitos adversos na qualidade de vida de uma pessoa (Higginbottom ou et al., 2014).

‡ Identificações de classificação de intervenção de Bulechek GM et al:Nursing interventions classification (NIC), ed 6, St Louis, 2013, Mosby

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	*Resposta do Paciente/Conclusões*	*Resultados Alcançados*
Peça à Sra. Long para descrever as alterações feitas na casa para reduzir os riscos ambientais.	A Sra. Long responde que organizou os objetos e colocou corrimãos na entrada. Ela também colocou iluminação por trás de sua cadeira e uma lâmpada de 100 watts na sala de estar. Ela tem uma lâmpada especial para os trabalhos manuais que fornece iluminação adicional "sobre o ombro".	A Sra. Long relata que está se sentindo mais segura andando pelas escadas e movendo-se em sua casa. Ela reduziu os perigos em casa. Ela agora aproveita mais os trabalhos manuais.
Peça à Sra. Long que leia um rótulo de medicação utilizando a sua	A Sra. Long é capaz de ler o nome do remédio e a dosagem corretamente.	A acuidade visual não foi mais prejudicada.

lente de aumento.		
Pergunte à Sra. Long se ela é capaz de manter um grau de independência com as modificações ambientais e de estilo de vida.	A Sra. Long relata "Eu sou mais independente em casa e até a cirurgia eu não me importo de ter alguém para dirigir para mim".	A Sra. Long alcançou algum grau de independência.

A deficiência auditiva é uma das deficiências mais comuns no Estados Unidos. A prevalência de perda auditiva é quase 50% naqueles com mais de 75 anos de idade (NIDCD, 2014). A surdez, ou deficiência auditiva, afeta não só os idosos mas também as crianças. Crianças em risco incluem aquelas com história familiar de deficiência auditiva na infância, infecção perinatal (rubéola, herpes ou citomegalovírus), baixo peso ao nascimento, infecção crônica da orelha e síndrome de Down. Informe as mulheres grávidas sobre a importância do tratamento pré-natal precoce, da prevenção de fármacos ototóxicos e dos testes para a sífilis ou rubéola.

As crianças com infecções crônicas da orelha média, uma causa comum de deficiência auditiva, precisam ser submetidas a testes auditivos periódicos. Alerte os pais sobre os riscos e para que procurem assistência médica se a criança tiver sintomas de infecção da orelha ou respiratória.

Como o envelhecimento está associado a alterações degenerativas na orelha, os pacientes precisam fazer exames de audição pelo menos a cada década até os 50 anos de idade e a cada 3 anos depois disso (American Speech-Language-Hearing Association, 2014). Uma vez que o paciente relata uma perda auditiva, testes regulares também se tornam necessários. Além disso, o paciente que trabalha ou vive em um ambiente de alto nível de ruído precisa de triagem anual. Enfermeiras de saúde do trabalhador desempenham um papel fundamental na avaliação do sistema auditivo e no encaminhamento imediato do paciente. A identificação e o tratamento precoces dos problemas ajudam os idosos a serem mais ativos e saudáveis.

Medidas Preventivas

O trauma é uma causa comum de cegueira em crianças. Lesões penetrantes de objetos de propulsão, como fogos de artifício ou estilingues, ou feridas penetrantes de varas, tesoura ou armas de brinquedo são apenas alguns exemplos. Os pais e as crianças precisam de aconselhamento sobre as formas de prevenir o trauma ocular, evitando o uso de brinquedos com saliências longas e pontiagudas, e ensinar as crianças a não caminhar ou correr enquanto carregam objetos pontiagudos. Informe aos pacientes que eles podem encontrar o equipamento de segurança na maioria das lojas de esporte e grandes lojas de departamento.

Os adultos correm risco de lesão ocular quando praticam esportes e trabalham em empregos que envolvam exposição a substâncias químicas ou objetos livres. A Occupational Safety and Health Administration (OSHA) tem diretrizes para a segurança no trabalho. Os funcionários são orientados a ter pontos de lavagem dos olhos e usar óculos de proteção e/ou equipamentos como DPA para reduzir o risco de lesões. O *Healthy People 2020* (USDHHS, 2015a) identifica metas que incluem a redução de novos casos de perda auditiva relacionada com o trabalho, induzida por ruído. Os enfermeiros de saúde do trabalhador reforçam o uso de dispositivos de proteção. Além disso, os enfermeiros precisam examinar rotineiramente os pacientes quanto a exposição a ruído e participar no fornecimento de aulas de conservação auditiva para professores, estudantes e pacientes.

Outro meio de prevenção envolve a imunização regular de crianças contra doenças capazes de causar perda de audição (p.ex., rubéola, caxumba e sarampo). Enfermeiras que trabalham em escritórios de prestadores de cuidados de saúde, escolas e clínicas comunitárias devem orientar os pacientes sobre a importância da imunização precoce e oportuna. Tenha cuidado ao administrar medicamentos ototóxicos em todas as populações.

Uso de Dispositivos de Assistência

Os pacientes que usam lentes de contato corretivas, óculos ou

aparelhos auditivos precisam ter certeza de que estes são limpos, acessíveis e funcionais (Cap. 40). É conveniente ter um membro da família ou amigo que também saiba como limpar e cuidar de um dispositivo de assistência. Uma pessoa que usa lentes de contato deve limpá-las com frequência (Cap. 40) e usar as soluções adequadas para a limpeza e desinfecção. Usuários de lentes de contato estão sujeitos a infecções oculares graves causadas pela pouca frequência de desinfecção das lentes, pela contaminação dos estojos de armazenamento ou das soluções para lentes de contato e pelo uso de solução salina caseira. Nadar usando lentes de contato também propicia risco grave de infecção. Reforce o cuidado adequado de lentes de contato em qualquer discussão de manutenção da saúde.

Pessoas idosas são muitas vezes relutantes em usar aparelhos auditivos. As razões citadas com mais frequência são o custo, a aparência, o pouco conhecimento sobre aparelhos auditivos, amplificação de ruído competitivo e as expectativas não realistas. Alterações neuromusculares em idosos, como rigidez dos dedos, inchaço das articulações e diminuição da percepção sensorial também tornam o manuseio e o cuidado de um aparelho auditivo difíceis. Felizmente, hoje em dia, há uma grande variedade de aparelhos que não só melhoram a audição de uma pessoa, mas também são esteticamente aceitáveis e úteis para as pessoas com questões de destreza manual. O Capítulo 40 resume os tipos de aparelhos auditivos disponíveis e apresenta dicas para o cuidado e o uso adequado.

Reconhecer a necessidade de melhorar a audição é o primeiro passo de uma pessoa. Dê informações úteis ao paciente sobre os benefícios do uso de um aparelho auditivo. Uma pessoa que entende a necessidade da boa audição provavelmente será influenciada a usar aparelhos auditivos. É também importante ter outra pessoa próxima disponível para ajudar no ajuste do aparelho auditivo (Quadro 49-7). Nos Estados Unidos, os regulamentos federais exigem que potenciais usuários de aparelhos auditivos façam um exame médico ou assinem um documento dizendo que não desejam usá-los. A finalidade do exame é excluir uma razão médica para a perda de audição antes de

os aparelhos auditivos serem comprados (US Food and Drug Administration, 2014). Os distribuidores de aparelhos auditivos devem solicitar que seus potenciais usuários consultem o seu médico ou um otorrinolaringologista quanto às seguintes condições: deformidade congênita ou traumática visível da orelha; secreção ativa durante os últimos 90 dias; perda auditiva súbita ou progressiva nos últimos 90 dias; tontura aguda ou crônica; perda de audição súbita unilateral nos últimos 90 dias; acúmulo de cerume visível ou corpo estranho no meato acústico externo; dor ou desconforto na orelha; ou um *gap* aéreo-ósseo audiométrico de 15 decibéis ou mais (US Food and Drug Administration, 2015).

Quadro 49-7

Educação em saúde do paciente

Uso Efetivo de um Aparelho Auditivo

Objetivo

- O paciente e o seu familiar descreverão como usar um aparelho auditivo corretamente.

Estratégias de Orientação

- Mostrar ao paciente e ao seu familiar locais no aparelho auditivo onde podem ocorrer danos (p.ex., fissuras, desgaste): molde ou estojo do aparelho, fone de ouvido, mostradores, cabo e plugues de conexão.
- Orientar ao paciente e ao seu familiar como avaliar a integridade do aparelho diariamente.
- Demonstrar a substituição da bateria: ter um conjunto extra de baterias não utilizadas disponível.
- Orientar ao paciente como armazenar baterias em lugar seco e seguro, longe de animais de estimação e de crianças.
- Orientar ao paciente a limpar diariamente o meato acústico

externo.

- Orientar ao paciente a não usar *spray* de cabelo e outros produtos de cabelo quando estiver usando o aparelho auditivo
- Método de avaliação para verificar o volume: conecte o volume no máximo e verifique. A voz está clara?
- Fatores de revisão para relatar ao laboratório do aparelho auditivo: estático, distorção da qualidade de som, baixa qualidade do volume.

Avaliação

- Peça ao paciente e ao seu familiar para demonstrarem como avaliar danos no aparelho auditivo.
- Peça ao paciente e ao familiar para demonstrarem a remoção da bateria e limpeza.
- Peça ao paciente para descrever onde armazenar a bateria com segurança.

Promoção da Estimulação Significativa

A vida torna-se mais enriquecedora e gratificante quando há estímulos significativos e agradáveis no ambiente. Você pode ajudar o paciente a ajustar o seu ambiente de muitas maneiras de modo que ele se torne mais estimulante. Os resultados serão melhores se você considerar as alterações fisiológicas normais que acompanham os déficits sensoriais.

Visão

A capacidade da pupila de se ajustar à luz diminui como resultado das alterações normais do envelhecimento; por isso, os idosos muitas vezes são muito sensíveis à claridade. Sugira o uso de lentes amarelas ou cor de âmbar e persianas ou venezianas nas janelas para minimizar a claridade. O uso de óculos escuros no ambiente externo obviamente reduz o brilho da luz solar direta. Outras intervenções para melhorar a visão de pacientes com deficiência visual incluem iluminação

incandescente quente e cores com grande contraste e intensidade.

A capacidade de leitura é importante. Portanto permita que os pacientes usem seus óculos sempre que possível (p.ex., durante os procedimentos e instruções). Alguns pacientes com acuidade visual reduzida precisam mais que lentes corretivas. Uma lupa de bolso ajuda o paciente a ler mais materiais impressos. Óculos de lentes telescópicas são menores e mais fáceis de focalizar e têm alcance maior. Também há disponíveis livros e outras publicações em impressão maior. Se o paciente deseja ler um texto que considere importante, máquinas copiadoras convencionais têm funções de ampliação. Também há disponíveis *software* que convertem texto em saída de voz artificial (Touhy e Jett, 2014).

Com o envelhecimento, as pessoas experimentam uma mudança na percepção da cor. A percepção das cores azul, violeta e verde geralmente declinam. Cores brilhantes como o vermelho, laranja e amarelo são mais fáceis de ver. Sugira maneiras de decorar um quarto ou pintar corredores ou escadas de modo que o paciente seja capaz de diferenciar superfícies e objetos no quarto.

Audição

Para maximizar a função da audição residual, trabalhe em estreita colaboração com o paciente para sugerir maneiras de modificar o meio ambiente. Os pacientes podem amplificar o som de telefones e televisões. Uma forma inovadora de enriquecer as vidas de pacientes com deficiência auditiva é a música gravada. Alguns pacientes com perda auditiva grave são capazes de ouvir música gravada nos ciclos sonoros de baixa frequência.

Uma maneira de ajudar um indivíduo com perda auditiva é garantir que o problema não é cerume impactado. Com o envelhecimento, o cerume se espessa e se acumula no meato acústico externo, cuja oclusão provoca **perda auditiva condutiva**. Instilar um agente emoliente, como 0,5 a 1 ml de óleo mineral aquecido no meato acústico, seguido de irrigação de uma solução de peróxido de hidrogênio a 3% em um litro de água aquecida remove o cerume e melhora significativamente a capacidade de audição do paciente

(Touhy e Jett, 2014).

Paladar e Olfato

Promova o sentido do paladar, utilizando medidas para melhorar a percepção remanescente do sabor. Uma boa higiene bucal mantém as papilas gustativas bem hidratadas. Comer separadamente alimentos de diferentes texturas, bem temperados, aumenta a percepção gustativa. Vinagre aromatizado ou sumo de limão acrescentam acidez aos alimentos. Sempre pergunte ao paciente quais alimentos são mais atraentes para ele. A melhora da percepção do paladar aumenta a ingestão de alimentos e também o apetite.

A estimulação do sentido do olfato com aromas, como café coado, alho cozido e pão, melhora o sentido do paladar. Os pacientes devem evitar a combinação ou mistura de alimentos, porque essas ações dificultam a identificação dos gostos. As pessoas mais velhas devem mastigar os alimentos cuidadosamente para permitir que mais comida contacte as papilas gustativas remanescentes.

Torne o ambiente mais agradável e melhore o olfato do paciente reforçando o estímulo olfativo por meio de aromas, como água de colônia, desodorizantes de ambiente leves, flores perfumadas e sachês. Consulte o paciente para descobrir quais aromas ele pode tolerar. A remoção de odores desagradáveis (p.ex., urinol ou pensos) também melhora a qualidade do ambiente do paciente.

Toque

Pacientes com diminuição da sensibilidade tátil geralmente têm a deficiência em uma parte limitada de seus corpos. Fornecer a terapia do toque estimula a função existente. Se o paciente desejar ser tocado, escovar e pentear os cabelos, massagear as costas e tocar os braços ou ombros são formas de aumentar o contato tátil. Quando a sensação é reduzida, muitas vezes é necessária uma pressão firme para que o paciente sinta a mão da enfermeira. Virá-lo e reposicioná-lo também melhora a qualidade da sua sensação tátil.

Se o paciente é muito sensível a estímulos táteis (**hiperestesia**),

minimize os estímulos irritantes. Manter a roupa de cama solta para minimizar o contato direto com o paciente e proteger a pele da exposição a substâncias irritantes são medidas úteis. Fisioterapeutas podem recomendar talas especiais de pulso para a dorsiflexão do pulso e aliviar a pressão do nervo quando o paciente tem dormência e formigamento ou dor nas mãos, como acontece com a síndrome do túnel do carpo. Para aqueles que usam computadores, teclados especiais e almofadas de pulso estão disponíveis para diminuir a pressão sobre o nervo mediano, ajudar no alívio da dor e promover a cura.

Estabelecimento de Ambientes Seguros

Quando a função sensorial torna-se prejudicada, os indivíduos tornam-se menos seguros dentro de sua casa e local de trabalho. A segurança é necessária para que a pessoa se sinta independente. Faça recomendações para melhorar a segurança dentro de ambiente de vida do paciente sem restringir a independência. Durante uma visita domiciliar ou ao completar um exame na clínica, dê sugestões úteis para a segurança em casa. A natureza da perda sensorial real ou potencial determina as precauções de segurança que você toma.

Adaptações para a Perda Visual

Quando um paciente sofre uma diminuição da acuidade visual, visão periférica, adaptação ao escuro ou percepção de profundidade, a segurança torna-se uma preocupação. Com a visão periférica reduzida, o paciente não pode ver de forma panorâmica, porque o campo visual externo é menos distinto. Com a percepção de profundidade reduzida, o paciente torna-se incapaz de julgar o quão longe os objetos estão localizados. Esse é um perigo especial quando ele desce escadas ou anda em superfícies irregulares.

Dirigir é um risco de segurança particular para idosos com alterações visuais. A visão periférica reduzida impede que um motorista veja um carro em uma pista adjacente. A sensibilidade à luminosidade cria um problema para dirigir à noite com os faróis. A visão é uma consideração primordial para a segurança, mas também

há outros fatores. No caso dos idosos, a diminuição do tempo de reação, a redução da audição e a diminuição da força nas pernas e braços comprometem ainda mais as habilidades de condução. Algumas dicas de segurança para compartilhar com aqueles que continuam a dirigir incluem as seguintes: dirigir em áreas familiares; não dirigir durante a hora de tráfego intenso; evitar autoestradas interestaduais; dirigir defensivamente; usar retrovisor e espelhos laterais ao mudar de faixa; evitar dirigir ao entardecer ou à noite; dirigir devagar, mas não muito lentamente; manter o carro em bom estado de funcionamento; e levar consigo um telefone celular pré--programado.

A ocorrência de alterações visuais torna difícil para uma pessoa realizar atividades normais da vida diária dentro da casa. Por causa da redução da percepção de profundidade, os pacientes podem tropeçar em tapetes, corredores, ou na borda da escada. Oriente os pacientes e familiares a manter todos os pisos em bom estado, e os aconselhe a usar carpetes de pelo curto. Os limiares entre os cômodos devem ser nivelados com o chão. Recomende a remoção de lixo para garantir o caminho livre para andar e para o arranjo de mobiliário, de modo que o paciente possa se movimentar facilmente sem medo de tropeçar ou bater em objetos. Sugira que o corrimão das escadarias esteja bem fixo ou que se estenda por todo o comprimento da escada.

As entradas da frente e dos fundos da casa, as áreas de serviço e as escadas devem estar adequadamente iluminadas. As luminárias devem ter lâmpadas de alta potência com iluminação ampla. É preciso haver um interruptor de luz na parte superior e inferior das escadas. Também é importante ter certeza de que a iluminação nas escadas não projeta sombras. Peça que um membro da família pinte as bordas dos degraus para que o paciente possa ver cada degrau, especialmente o primeiro e o último, de forma clara. Quando possível, faça com que o paciente substitua as escadas internas e externas por rampas.

Uma consideração adicional é administrar medicamentos oculares com segurança (Cap. 32). Os pacientes precisam respeitar rigorosamente os horários de medicação regulares para condições como glaucoma. As etiquetas em embalagens de medicamentos

precisam estar em letras grandes. Certifique-se de que um amigo ou o cônjuge esteja familiarizado com esquemas de dosagem no caso do paciente ser incapaz de autoadministrar um medicamento. Aqueles com deficiência visual muitas vezes têm dificuldade de manipular conta-gotas.

Adaptações para Audição Reduzida

Os pacientes ouvem melhor importantes sons ambientais (p.ex., campainhas e despertadores) se eles são amplificados ou alterados para um som de menor frequência semelhante a uma sirene. Lâmpadas projetadas para acender em resposta a sons como campainhas, alarmes, detectores de fumaça e choro de bebês também estão disponíveis. Os familiares e todos que telefonam para o paciente regularmente devem aprender a deixar o telefone chamar por um período mais longo. Existem amplificadores para telefones e dispositivos de comunicação telefônica (TCDS) que usam um computador e impressora para transferir palavras pelo telefone para os deficientes auditivos. O remetente e o destinatário precisam ter o dispositivo especial para completar uma chamada.

Adaptações para Olfato Reduzido

O paciente com sensibilidade reduzida a odores é frequentemente incapaz de sentir o cheiro de gás vazando, de cigarro queimando, de fogo ou de comida estragada. Aconselhe-os a usar detectores de fumaça e tomar precauções, como verificar cinzeiros ou colocar pontas de cigarro na água. Além disso, oriente os pacientes a verificar datas de embalagem de alimentos, inspecionar a aparência dos mesmos e manter sobras em recipientes rotulados com a data de preparação. As chamas de gás piloto precisam ser verificadas visualmente.

Adaptações para Sensação Tátil Reduzida

Quando os pacientes apresentam diminuição da sensibilidade em seus membros, eles correm o risco de comprometer a integridade da pele e

sofrer ferimentos causados por exposição a temperaturas extremas. Sempre avise a esses pacientes sobre o uso de dispositivos de aquecimento e arrefecimento (Cap. 48). O ajuste da temperatura do aquecedor de água em casa não deve ultrapassar 48,8°C. Se um paciente também tem uma deficiência visual, é importante ter certeza de que as torneiras de água estão claramente marcadas com "quente" e "frio", ou com códigos de cores (ou seja, vermelho para quente e azul para o frio). Aconselhe esses pacientes a não usar almofadas de aquecimento.

Comunicação

Um déficit sensorial muitas vezes faz que uma pessoa se sinta isolada por causa da incapacidade de se comunicar com os outros. É importante que os indivíduos sejam capazes de interagir com as pessoas ao seu redor. A natureza da perda sensorial influencia os métodos e estilos de comunicação que os enfermeiros usam durante as interações com os pacientes (Quadro 49-8). A enfermeira também ensina métodos de comunicação aos membros da família e outros métodos significativos. Para os pacientes com déficits visuais ou cegueira, fale normalmente, não distante, e certifique-se de que há iluminação suficiente.

Quadro 49-8 Métodos de Comunicação

Pacientes com Afasia

- Ouça o paciente e dê tempo suficiente para que ele se comunique.
- Não grite ou fale em voz alta (perda auditiva não é o problema).
- Se o paciente tem problemas com a compreensão, faça perguntas simples, curtas e gestos faciais para dar pistas adicionais.
- Fale de coisas familiares e de interesse para o paciente.
- Se o paciente tem problemas de fala, faça perguntas que precisem de respostas simples como sim ou não ou piscar dos olhos. Ofereça figuras ou quadros de comunicação de modo que o paciente possa apontar.

- Fale devagar e dê tempo para o paciente compreender; seja calmo e paciente; não pressione ou canse o paciente.
- Evite frases paternalistas e infantis.

Pacientes com Via Respiratória Artificial

- Use figuras, objetos ou cartões de palavras para os quais os pacientes podem apontar.
- Ofereça um papel e lápis ou "lousa mágica" para o paciente escrever mensagens.
- Não grite ou fale em voz alta.
- Dê tempo ao paciente para escrever mensagens, porque os pacientes cansam-se facilmente.
- Forneça uma caixa de voz artificial (vibrador) para que o paciente com laringectomia use para falar.

Pacientes com Deficiência Auditiva

- Mantenha a atenção do paciente. Não o assuste quando entrar no quarto.

Não aborde o paciente por trás. Certifique-se de que ele sabe que você quer falar.

- Encare o paciente e fique em pé ou sente-se no mesmo nível. Tenha certeza de que seu rosto e lábios estão iluminados para promover a leitura labial. Mantenha as mãos longe da boca.
- Certifique-se de que o ambiente não é barulhento.
- Certifique-se de que o paciente mantém os óculos limpos de modo que ele possa ver os seus gestos e o seu rosto.
- Se o paciente usa um aparelho auditivo, verifique se está sendo usado e se está funcionando.
- Fale devagar e articule claramente. Às vezes, as pessoas com deficiência auditiva levam mais tempo para processar as mensagens verbais.
- Use um tom normal de voz e inflexão da fala. Não fale com algo em sua boca.

- Quando você não for compreendida, reformule, em vez de repetir a frase.
- Usar expressões visíveis. Fale com suas mãos, rosto e olhos.
- Não grite. Sons altos têm geralmente maior intensidade e muitas vezes impedem de ouvir por acentuar sons de vogais e ocultar consoantes. Se você precisar levantar a voz, fale em tons mais baixos.
- Fale em direção à orelha normal ou de melhor funcionamento do paciente.
- Use informações escritas para realçar a palavra falada.
- Não restrinja as mãos do paciente que é surdo. Nunca permita que o paciente tenha linhas intravenosas em ambas as mãos se o método preferido de comunicação for a língua de sinais.
- Evite comer, mascar ou fumar enquanto fala.
- Evite falar de outro quarto ou enquanto estiver se afastando

O paciente com deficiência auditiva é muitas vezes capaz de falar normalmente. Para ouvir com mais clareza o que ele comunica, familiares e amigos precisam aprender a afastar-se do ruído de fundo, reformular, em vez de repetir frases, ser positivos e ter paciência. Em ambiente de grupo é melhor formar um semicírculo na frente do paciente para que ele possa ver quem falará a seguir; isso ajuda o envolvimento do grupo de acolhimento. Por outro lado, alguns pacientes com perda da audição têm graves alterações da fala. Alguns usam a linguagem de sinais ou leitura labial, usam aparelhos auditivos especiais, escrevem com bloco e lápis ou aprendem a usar um computador para a comunicação. Quadros de comunicação especiais que contêm termos comuns (p.ex., *dor, banheiro, tontura* ou *andar*) ajudam os pacientes a expressar as suas necessidades.

A educação do paciente é um aspecto da comunicação. Folhetos de ensino estão disponíveis em letras grandes para pacientes com perda visual. O paciente com perda da visão muitas vezes precisa de descrições verbais mais frequentes e detalhadas da informação. Isso é particularmente verdadeiro quando não há folhetos de instrução

escritos em braille. Os pacientes com deficiência visual também podem aprender ouvindo as sessões de instruções em áudio. Aqueles com deficiência auditiva muitas vezes se beneficiam de materiais de instrução escritos e auxiliares de ensino visuais (p.ex., cartazes e gráficos). As demonstrações feitas pela enfermeira são muito úteis. Os hospitais devem ter intérpretes profissionais disponíveis para ler a língua de sinais para os pacientes com perda auditiva.

Cuidado Agudo

Quando os pacientes entram em ambientes de cuidados agudos para o manejo terapêutico dos déficits sensoriais ou como resultado de uma lesão traumática, use abordagens diferentes para maximizar a função sensorial existente no momento. A segurança é uma prioridade óbvia até que o estado sensorial do paciente seja estabilizado ou melhorado. Por exemplo, os pacientes com déficits sensoriais estão em alto risco de quedas no ambiente de cuidados agudos. É muito importante saber a extensão de qualquer deficiência sensorial existente antes do episódio agudo da doença para que você possa reforçar o que o paciente já sabe sobre o autocuidado ou plano para obter mais instruções antes e após a alta.

Orientação para o Ambiente

Um paciente com deficiência sensorial precisa de orientação completa para o ambiente imediato. Oriente-o conforme necessário no ambiente institucional, assegurando que as etiquetas com o nome em uniformes são visíveis, abordando o paciente pelo nome, explicando onde o paciente está (especialmente se ele é transportado a diferentes áreas de tratamento) e usando pistas nas conversas em relação ao tempo ou à localização. Reduza a tendência dos pacientes se tornarem confusos, oferecendo repetidas explicações curtas e simples e passando tranquilidade. Incentive os familiares e visitantes a ajudarem os pacientes a se orientar nos arredores do hospital.

Os pacientes com grave deficiência visual precisam se sentir confortáveis sabendo os limites do ambiente imediato. Normalmente, as pessoas veem limites físicos dentro de uma sala. Os pacientes com

perda da visão ou com deficiências visuais graves muitas vezes tocam nas bordas ou objetos para ganhar um sentido dos seus arredores. O paciente precisa caminhar por uma sala e sentir as paredes para criar um senso de direção. Ajude os pacientes, explicando os objetos dentro do quarto do hospital, como móveis ou equipamento. Leva tempo para que o paciente se acostume com o arranjo do quarto. Ele muitas vezes precisa se reorientar novamente à medida que você explica a localização de itens-chave (p.ex., luz para chamar a enfermeira, telefone e cadeira). Lembre-se de abordar o paciente pela frente para não assustá-lo.

É importante manter todos os objetos na mesma posição e lugar. Depois que um objeto é movido até mesmo por uma curta distância, ele não existe mais para uma pessoa que perdeu a visão. O simples movimento de uma cadeira cria um risco de segurança. Pergunte ao paciente se algum item precisa ser reorganizado para tornar a sua deambulação mais fácil. Deixe o caminho até o banheiro livre. Dê tempo extra ao paciente para ele executar tarefas. Ele precisa da descrição detalhada de como realizar uma atividade e se move lentamente para permanecer seguro.

Os pacientes confinados ao leito estão em risco de privação sensorial. Normalmente, o movimento dá uma consciência de si por meio de estimulação vestibular e tátil. Padrões de movimento influenciam a percepção sensorial. O movimento limitado de repouso na cama muda a forma como uma pessoa interpreta o ambiente; o entorno parece diferente, e os objetos parecem assumir formas diferentes do normal. Uma pessoa que está em repouso no leito precisa de estimulação rotineira por meio de exercícios de amplitude de movimento, posicionamento e participação em atividades de autocuidado (conforme o caso). Medidas de conforto, como lavar o rosto e as mãos e massagens nas costas melhoram a qualidade do estímulo e diminuem a chance de privação sensorial. Planejar o tempo para conversar com os pacientes também é essencial. Explique os ruídos ambientais e sensações desconhecidas. Uma abordagem calma, sem pressa, proporciona a você um bom tempo para ajudar a reorientar e familiarizar o paciente com as atividades de cuidado. O

paciente que está bem o suficiente para ler se beneficiará de uma variedade de material de leitura.

Comunicação

O distúrbio de linguagem mais comum após um acidente vascular encefálico é a afasia. Dependendo do tipo desta, a incapacidade de se comunicar é muitas vezes frustrante e assustadora (Quadro 49-8). Inicialmente, você precisa estabelecer uma comunicação muito básica e reconhecer que ela não indica deficiência intelectual ou degeneração da personalidade. Explique situações e tratamentos que são pertinentes para o paciente, porque ele é capaz de entender as palavras de quem está falando. Como o acidente vascular encefálico muitas vezes provoca paralisia parcial ou completa de um dos lados do corpo, o paciente precisa de dispositivos de assistência especiais. Uma variedade de quadros de comunicação para diferentes níveis de deficiência está disponível. Interruptores sensíveis à pressão ativados pelo toque da orelha, nariz ou queixo controla placas de comunicação eletrônica (Touhy e Jett, 2014). Faça encaminhamentos para fonoterapeutas a fim de desenvolver planos de reabilitação adequados.

Nos hospitais de cuidados agudos ou instalações de cuidados prolongados, as enfermeiras geralmente cuidam de pacientes com vias respiratórias artificiais (como tubo endotraqueal) (Cap. 41). A colocação de um tubo endotraqueal impede o paciente de falar. Nesse caso, a enfermeira utiliza métodos de comunicação especiais para facilitar a capacidade do paciente de expressar as suas necessidades. O paciente às vezes está completamente alerta e capaz de ouvir e ver a enfermeira normalmente. Dar-lhe tempo para transmitir qualquer pedido ou necessidade é muito importante. Use técnicas de comunicação criativas (p.ex., comunicação com quadro ou *tablet* eletrônico) para promover e fortalecer as interações entre o paciente e os profissionais de saúde, familiares e amigos.

Controle dos Estímulos Sensoriais

Os pacientes precisam de tempo para descansar e perder o estresse

causado pelo monitoramento frequente e testes repetidos. Reduza a sobrecarga sensorial por meio da organização de plano de cuidados do paciente. Combine atividades como trocas de curativos, tomar banho e medição dos sinais vitais em uma só visita para conservar a energia do paciente e evitar a fadiga. O paciente também precisa de tempo programado para descanso e sossego. O planejamento de períodos de repouso muitas vezes requer a cooperação da família, visitantes e colegas de cuidados de saúde. A coordenação com o laboratório e departamentos de radiologia minimiza o número de interrupções para os procedimentos. A solução criativa para diminuir os estímulos ambientais excessivos que impedem o repouso e o sono reparador é a instituição do "tempo de silêncio" nas UTIs. O tempo de silêncio significa diminuir as luzes em toda a unidade, abaixando as cortinas e fechando as portas. Os dados coletados de um hospital que implementou uma hora de tempo de silêncio diariamente mostraram diminuição do ruído do pessoal e da unidade e maior satisfação do paciente (Haupt, 2012).

Quando os pacientes sofrem sobrecarga sensorial ou privação, é geralmente difícil para a família ou amigos aceitarem o seu comportamento. Oriente a família a não discutir ou contradizer o paciente, mas explicar calmamente a sua localização, identidade e hora do dia. Envolver o paciente em uma conversa normal, sobre temas familiares, ajuda na reorientação. Prever as necessidades do paciente, tais como micção, ajuda a reduzir estímulos desconfortáveis.

Tente controlar ruídos estranhos e em volta do quarto do um paciente. Muitas vezes é necessário pedir a um colega de quarto para baixar o volume da televisão ou mudar o paciente para um quarto tranquilo. Mantenha o ruído dos equipamentos ao mínimo. Desligue o equipamento da beira do leito se não estiver em uso, como equipamentos de aspiração e oxigênio. Evite fazer ruídos altos abruptos, como deixar cair objetos, ou ajustar repentinamente a mesa de cabeceira ao nível mais baixo. A equipe de enfermagem também precisa controlar as conversas fora dos quartos dos pacientes. Permita que os pacientes fechem as portas do seu quarto.

Quando um paciente deixa um ambiente de cuidados agudos e

passa para o ambiente domiciliar, comunique-se com os colegas no atendimento domiciliar sobre os déficits sensoriais existentes e as intervenções que ajudaram o paciente a se adaptar aos problemas sensoriais. Você pode conseguir a continuidade dos cuidados quando o paciente precisa fazer apenas mínimas alterações no ambiente doméstico.

Medidas de Segurança

Um paciente com deficiência visual recente muitas vezes requer ajuda com a deambulação. A colocação de um tapa-olho, a instilação frequente de colírio e o inchaço das estruturas palpebrais após a cirurgia são apenas alguns dos fatores que fazem que o paciente precise de mais ajuda que o habitual. Um guia promove confiança a pacientes com deficiências visuais e garante a mobilidade segura. A American Foundation for the Blind (2015) enumera várias sugestões para um guia:

1. Pergunte ao paciente se ele deseja um "guia visual". Se a assistência for aceita, ofereça o seu braço. Toque com o dorso da sua mão na mão do paciente. O paciente então segurará o seu braço diretamente acima do cotovelo (Fig. 49-5).
2. Relaxe e ande em um ritmo confortável. Ande um passo à frente da pessoa que você está guiando, exceto em partes superiores e inferiores de escadas e ruas. Nesses locais, pare e fique ao lado do paciente. Certifique-se de que o paciente está segurando firmemente o seu braço.
3. Enquanto caminha com o paciente, descreva o ambiente e garanta que os obstáculos foram removidos. Nunca deixe um paciente com deficiência visual sozinho em uma área desconhecida.
4. Para guiar o paciente a um assento, coloque a mão do paciente na parte traseira do assento. Ele encontrará o assento seguindo a extensão do seu braço.

FIGURA 49-5 A enfermeira ajuda a paciente com deficiência visual a deambular. (De Sorrentino SA, Remmert LN: Mosby's textbook for nursing assistants, ed 8, St Louis, 2012, Mosby.)

É importante ensinar aos membros da família técnicas que ajudem com a deambulação. A equipe de enfermagem também deve garantir que o paciente saiba onde está a luz para chamar a enfermeira antes de deixá-lo sozinho. Coloque objetos necessários na frente do paciente para evitar quedas causadas pela tentativa de alcançá-los longe da cabeceira. O uso adequado de trilhos laterais também é uma opção.

As enfermeiras muitas vezes confiam nos pacientes em ambientes de cuidados de saúde para relatar sons incomuns, como de aparelho de sucção funcionando de forma inadequada ou um alarme de bomba IV. No entanto, o paciente com perda auditiva nem sempre ouve esses sons e, portanto, precisa de visitas mais frequentes da enfermeira. Também é oportuno que o paciente aprenda a usar a visão para descobrir fontes de perigo. É aconselhável anotar no sistema de intercomunicação na estação da enfermeira e no registro médico se o paciente é surdo e/ou cego. Um paciente com incapacidade de falar não pode chamar para obter assistência. Os pacientes precisam ter quadros de mensagens e luzes para chamada da enfermeira ao seu alcance.

Pacientes com sensação tátil reduzida correm risco de lesão quando as suas condições os confinam ao leito, porque eles são incapazes de sentir a pressão sobre as proeminências ósseas ou a necessidade de mudar de posição. Esses pacientes dependem de enfermeiros para o reposicionamento conveniente, movimento de tubos ou dispositivos nos quais estão deitados e movimento do corpo para evitar a ruptura da pele. Quando um paciente é menos capaz de detectar variações de temperatura, tenha cuidado extra na aplicação de terapias de calor e frio (Cap. 48) e preparação da água do banho. Verifique com frequência a condição da pele do paciente.

Cuidados Restauradores e Continuados

Manutenção do Estilo de Vida Saudável

Depois que um paciente sofre uma perda sensorial, torna-se importante compreender as implicações da perda e fazer os ajustes necessários para que ele mantenha um estilo de vida normal. As

deficiências sensoriais não devem impedir que o indivíduo tenha uma vida ativa e gratificante. Muitas das intervenções aplicáveis à promoção da saúde, como a adaptação do ambiente doméstico, são úteis depois que o paciente deixa o cenário de cuidados agudos.

Compreensão da Perda Sensorial

O paciente que tenha sofrido uma perda sensorial recente precisa entender como se adaptar para que seus ambientes de vida sejam seguros e apropriadamente estimulantes. Todos os membros da família precisam entender como a deficiência sensorial do paciente afeta as atividades diárias normais. Família e amigos são mais favoráveis quando eles entendem os déficits sensoriais e os fatores que pioram ou diminuem os problemas sensoriais. Por exemplo, eles precisam aprender a se comunicar com uma pessoa com perda auditiva. Existem recursos públicos que fornecem informações para ajudar pacientes com necessidades pessoais de tratamento. Nos Estados Unidos, há a American Foundation for the Blind, a American Red Cross e a National Association for Speech and Hearing, que oferecem materiais e informações sobre o tema.

Socialização

A capacidade de se comunicar é gratificante. Ela testa a inteligência do indivíduo, abre oportunidades e permite-lhe expressar os sentimentos que tem sobre os outros. Quando alterações sensoriais dificultam as interações, um indivíduo se sente ineficiente e perde a autoestima. Quando os pacientes se sentem socialmente não aceitos, eles percebem que as perdas sensoriais prejudicam seriamente a sua qualidade de vida. A interação com as outras pessoas torna-se um fardo para muitos pacientes com alterações sensoriais. Eles perdem a motivação para envolver-se em situações sociais, o que resulta em profunda sensação de solidão. Use terapias para reduzir isso, especialmente para idosos (Quadro 49-9). Esses princípios apoiam o objetivo do *Healthy People 2020* de aumentar a proporção de adultos com deficiência que relatam apoio emocional suficiente. Além disso, os membros da família precisam aprender a se concentrar na capacidade

do paciente de se interagir, em vez da sua deficiência. Por exemplo, não suponha que uma pessoa que está com dificuldade de audição não quer falar. Uma pessoa que é cega ainda pode desfrutar de um passeio por um parque com um companheiro que descreve os pontos turísticos ao redor.

Quadro 49-9

Foco em idosos

Princípios para Reduzir a Solidão de Pacientes com Deficiências Sensoriais

- Dedique tempo com o paciente, em silêncio ou conversando.
- Quando culturalmente apropriado, use o contato físico (p.ex., segurar a mão, abraçar o ombro) para transmitir carinho.
- Recomende alterações no modo de vida se o isolamento físico for um fator.
- Ajude o paciente a manter contato com pessoas importantes para eles.
- Forneça informações sobre grupos de apoio ou grupos que fornecem serviços de assistência.
- Organize serviços de acompanhante de segurança conforme necessário.
- Introduza a ideia de trazer um companheiro, como um animal de estimação, para casa, quando apropriado.
- Apresente ao paciente as organizações que estão em sintonia com as necessidades sociais de adultos mais velhos.

Promoção do Autocuidado

A capacidade de realizar o autocuidado é essencial para a autoestima. Frequentemente, os membros da família e enfermeiras acreditam que as pessoas com deficiências sensoriais precisam de assistência, quando

na verdade elas são capazes de ajudar a si mesmas. Para ajudar com as refeições, organize os alimentos no prato e condimentos, salada ou bebidas de acordo com os números de um relógio (Fig. 49-6). O paciente também pode usar esse método para colocar itens de cuidados pessoais na cabeceira ou no banheiro. É fácil para o paciente se orientar quanto aos itens depois que a enfermeira ou um membro da família explica a localização de cada um deles.

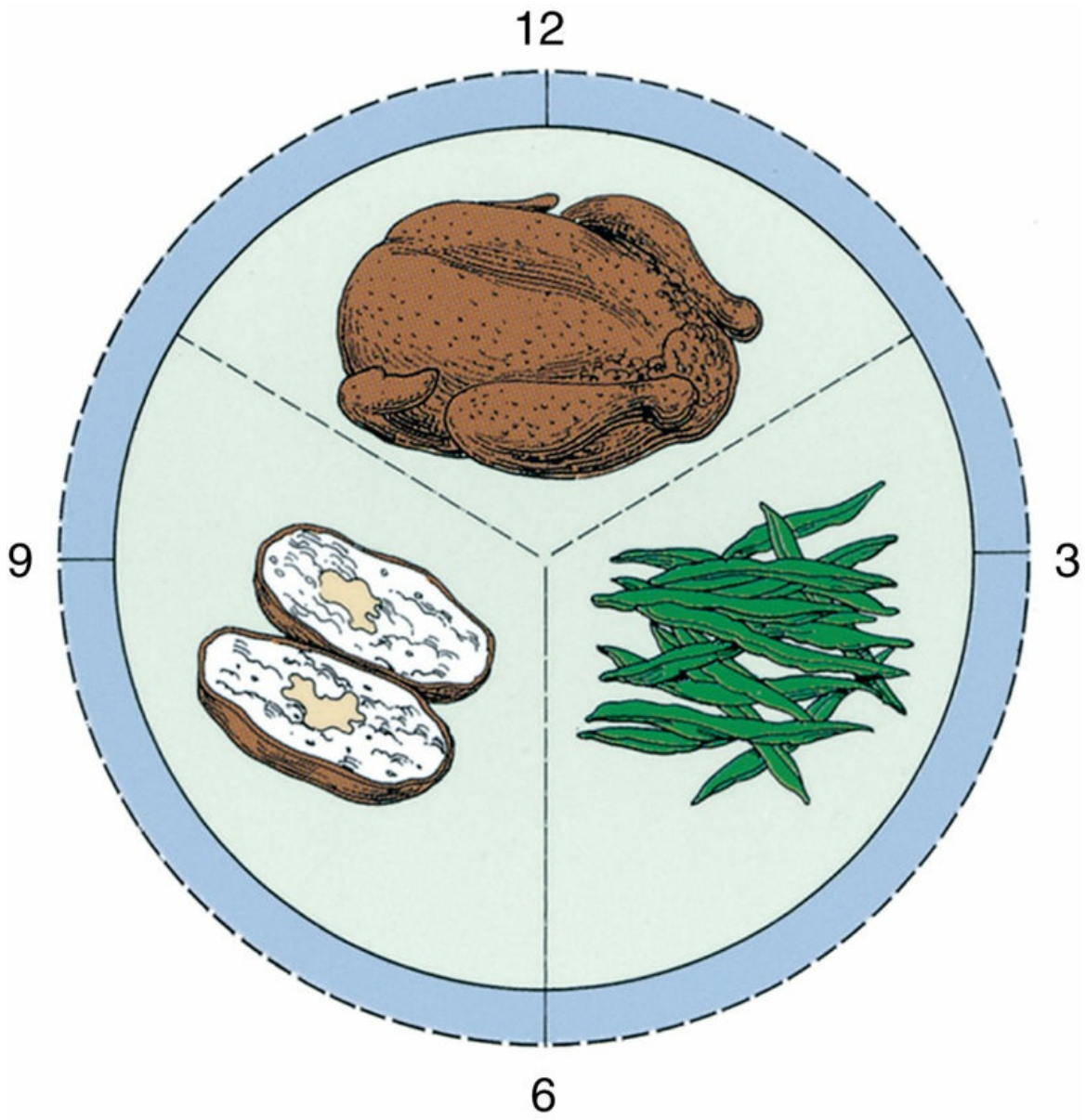


FIGURA 49-6 Posicionamento dos alimentos usando o

relógio como quadro de referência.

Ajude o paciente a alcançar as instalações sanitárias com segurança. Barras de segurança precisam ser instaladas perto do vaso sanitário. Muitas vezes, é útil ter a barra de cor diferente da parede para facilitar a visibilidade. Nunca coloque toalhas em uma barra de segurança, porque interferem na compreensão do paciente. O papel higiênico precisa ser de fácil acesso. Cores contrastantes na sala ajudam o paciente com visão parcial e promovem a independência funcional. Princípios gerais para promover o autocuidado para idosos também incluem o uso de iluminação incandescente quente e controle da luminosidade usando cortinas e persianas (Touhy e Jett, 2014).

Se o sentido do tato está reduzido, o paciente pode se vestir mais facilmente com zíperes ou tiras de velcro, blusas ou pulôver e cinturas elásticas. Se um paciente tem paralisia parcial e sensação reduzida, ele veste o lado afetado primeiro. Estimule o membro da família que escolhe as roupas do paciente com deficiência visual a seguir as preferências do paciente. Qualquer deficiência sensorial tem uma influência significativa na imagem corporal, e é importante para o paciente sentir-se bem vestido e atraente. Alguns pacientes precisam de ajuda com a preparação básica, como escovar os dentes, pentear e lavar o cabelo. Outros precisam de ajuda com a administração de medicamentos, identificação de roupas e aprender a gerenciar os procedimentos de rotina, como medir a pressão arterial e monitorar a glicose. Uma variedade de dispositivos para baixa visão já está disponível. É importante fazer encaminhamentos adequados para permitir que o paciente mantenha um grau máximo de independência.

Os pacientes com problemas proprioceptivos muitas vezes perdem o equilíbrio facilmente. Certifique-se de que os banheiros têm superfícies antiderrapantes na banheira e no chuveiro. Instale barras de apoio vertical ou horizontal em banheiras e chuveiros, dependendo de como o paciente é capaz de segurar a barra. Oriente os membros da família a supervisionar quando o paciente deambula e se senta, fazer verificações frequentes para evitar quedas e advertir o paciente quando esse se inclina para frente.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelo Olhar do Paciente

É importante avaliar se as medidas de cuidado mantêm ou melhoram a capacidade do paciente de interagir e funcionar no ambiente. O paciente é a fonte para avaliar os resultados. Ele é o único que sabe se as suas capacidades sensoriais melhoraram e quais intervenções ou tratamentos específicos são mais bem-sucedidos no sentido de facilitar uma mudança em seu desempenho (Fig. 49-7). Colabore com os membros da família para determinar se as funções do paciente no domicílio melhoraram.

Conhecimento

- Características de audição, visão, toque ou paladar melhorados
- A habilidade do paciente para reconhecer alterações sensitivas

Experiência

- Respostas anteriores do paciente a intervenções planejadas de enfermagem para promover a função sensorial

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Reavalie sinais e sintomas de alteração sensorial
- Determine a capacidade do paciente para manter a função normal no domicílio ou em um ambiente de cuidados de saúde
- Peça ao paciente para demonstrar ou explicar a capacidade de autocuidado recém-aprendidas
- Pegunte ao paciente se as expectativas estão sendo atendidas

Padrões

- Use os resultados esperados estabelecidos (p.ex., melhora da acuidade sensorial, criação de um ambiente seguro em casa) para avaliar a resposta do paciente ao cuidado

Atitudes

- Pense de forma independente e considere os pontos de vista do paciente sobre se o seu nível de cuidado melhorou o seu estado sensorial
- Use a criatividade e observe o paciente em casa para avaliar adequadamente a função sensorial

FIGURA 49-7 Modelo de pensamento crítico para avaliação

de enfermagem quanto às alterações sensoriais

Se você desenvolveu um relacionamento positivo com o paciente, observe que os comportamentos sutis muitas vezes indicam o nível de sua satisfação. Você pode notar que o paciente responde de forma adequada, como por exemplo, sorrindo. Contudo, é importante perguntar ao paciente se suas necessidades sensoriais foram cumpridas. Por exemplo, pergunte: "Será que fizemos tudo o que poderíamos ter feito para ajudar a melhorar a sua capacidade de ouvir?" Se as expectativas do paciente não foram atendidas, pergunte-lhe: "Como a equipe de cuidados de saúde pode atender melhor às suas necessidades?" Trabalhar em estreita colaboração com o paciente e a família permite redefinir expectativas que podem ser atendidas de forma realista dentro dos limites da condição e do tratamento do paciente. O seu trabalho foi efetivo quando os objetivos e expectativas do paciente foram atendidos.

Resultados dos Pacientes

Para avaliar a eficácia de intervenções de enfermagem específicas, utilize o pensamento crítico e faça comparações com os dados de avaliação sensorial de base para avaliar se as alterações sensoriais mudaram. É de sua responsabilidade determinar se os resultados esperados foram alcançados. Por exemplo, use os dados de avaliação para determinar se as medidas de cuidados melhoraram ou pelo menos mantiveram a capacidade do paciente de interagir e funcionar no ambiente. A natureza das alterações sensoriais do paciente influencia como você avalia o resultado do tratamento. Ao cuidar de um paciente com déficit auditivo, aplique técnicas de comunicação adequadas e, em seguida, avalie se ele adquiriu a capacidade de ouvir ou interagir de forma mais eficaz. Quando os resultados esperados não são atingidos, há necessidade de alterar intervenções ou alterar o ambiente do paciente. Se os resultados não forem atendidos, é importante fazer perguntas como: "Como você está se sentindo emocionalmente?", "Você sente que está em risco de lesão?"

Se você tiver realizado cuidados de enfermagem de melhoramento

ou manutenção da acuidade sensorial, avalie a integridade dos órgãos sensoriais e a capacidade do paciente para perceber estímulos. Avalie as intervenções concebidas para aliviar problemas associados a alterações sensoriais com base na capacidade do paciente de funcionar normalmente, sem prejuízo. Quando você altera diretamente ou indiretamente (por meio das orientações) o ambiente do paciente, observe se o paciente fez mudanças ambientais. Ao projetar as orientações aos pacientes para melhorar a função sensorial, é importante determinar se eles estão seguindo as terapias recomendadas atingindo as metas mutuamente. Pedir ao paciente para explicar ou demonstrar habilidades de autocuidado é uma medida de avaliação eficaz. Muitas vezes, é necessário reforçar a orientação anterior se o paciente não tiver aprendido. Se os resultados não forem atendidos, esses são exemplos de perguntas que podem ser feitas:

- "Quantas vezes você utiliza aparelhos/lentes corretivas?"
- "Você é capaz de participar de um pequeno grupo de discussão?"
- "Você é capaz de ler o jornal sem apertar os olhos?"

Os resultados da sua avaliação determinarão se deve continuar o plano de cuidado, se deve fazer modificações ou terminar as intervenções selecionadas.

Pontos-chave

- A recepção sensorial envolve a estimulação de fibras nervosas sensoriais e a transmissão de impulsos para os centros superiores do cérebro.
- A privação sensorial resulta da qualidade ou quantidade insuficientes de estímulos sensoriais.
- O envelhecimento resulta de um declínio gradual da acuidade em todos os sentidos.
- Pacientes mais velhos, imobilizados ou confinados em ambientes isolados, correm o risco de alterações sensoriais.
- A avaliação dos hábitos de promoção da saúde de um paciente revela riscos para deficiência sensorial.

- A avaliação dos riscos no ambiente requer que a enfermeira visite áreas de convívio da casa e observe condições que aumentam as chances de lesão, como quedas.
- O plano de cuidados para pacientes com alterações sensoriais precisa incluir a participação de membros da família. A extensão do apoio dos familiares e outras pessoas importantes para o paciente influencia a qualidade das experiências sensoriais.
- Pacientes com déficits sensoriais frequentemente desenvolvem formas alternativas de comunicação que dependem de outros sentidos.
- O cuidado de pacientes em risco de privação sensorial inclui a introdução de estímulos significativos e agradáveis para todos os sentidos.
- Para evitar a sobrecarga sensorial, controle os estímulos e oriente o paciente quanto ao ambiente.
- Pacientes com vias respiratórias artificiais são capazes de se comunicar de forma efetiva com quadros de comunicação, computadores portáteis e mensagens escritas.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. Um paciente esteve em isolamento de contato por 4 dias por causa de uma infecção hospitalar. Ele recebeu algumas visitas e teve poucas oportunidades para sair do quarto. Sua deambulação também ainda está limitada. Quais são as intervenções de enfermagem corretas para reduzir a privação sensorial? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Ensinar como atividades como a leitura e o uso de palavras cruzadas promovem estimulação
    2. Mudar o paciente para um quarto longe da central de enfermagem

    3. Acender as luzes e levantar as cortinas dos quartos
    4. Sentar, falar, tocar e ouvir os seus sentimentos e percepções
    5. Fornecer estimulação auditiva para o paciente, mantendo a televisão ligada continuamente
2. A enfermeira de cuidado domiciliar está orientando um técnico de enfermagem sobre intervenções para facilitar a localização de itens para os pacientes com deficiência visual. Quais são as estratégias eficazes para melhorar os problemas de visão do paciente? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Iluminação fluorescente
    2. Iluminação incandescente quente
    3. Uso de lentes amarelas ou cor de âmbar para diminuir a luminosidade
    4. Uso de persianas ajustáveis, cortinas ou estofos
    5. Iluminação indireta para reduzir a luminosidade
3. Um paciente idoso com perda auditiva bilateral usa um aparelho auditivo na orelha esquerda. Qual das seguintes abordagens mais facilita a comunicação com esse paciente?
    1. Falar com o paciente a uma distância de modo que ele possa ler seus lábios.
    2. Manter os braços ao seu lado; falar diretamente à orelha esquerda do paciente.
    3. Encarar o paciente quando fala; demonstrar ideias que você deseja transmitir.
    4. Posicionar o paciente de modo que a luz se direcione ao seu rosto quando fala.
4. Uma enfermeira está cuidando de um paciente com glaucoma. Ao desenvolver um plano de alta, que intervenção prioritária permite que o paciente viva com segurança com os déficits existentes e continue tendo um estilo de vida normal?
    1. Incentivar o paciente a reorganizar seus móveis de casa regularmente para se manter ativo.
    2. Propor ao paciente que considere a ideia de se mudar para uma casa menor ou uma instituição de cuidados prolongados.

    3. Não dizer nada, porque é mais adequado que o paciente identifique intervenções pessoais para compensar uma alteração sensorial.
    4. Trabalhar em estreita colaboração com o paciente e sua família para identificar modificações em casa que crie um ambiente confortável e acessível.
5. Uma paciente está retornando para um apartamento de cuidado assistido após o diagnóstico de perda visual progressiva. Embora ela esteja familiarizada com o seu apartamento e a sua casa, ela relata que se sente um pouco insegura sobre andar sozinha. Há um degrau para o seu apartamento. Seus filhos estão se programando para ficarem disponíveis para a sua mãe nas próximas 2 semanas. Qual das seguintes abordagens você ensinará aos filhos para ajudar a deambulação da paciente? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Caminhar meio passo atrás e ligeiramente para o lado dela.
    2. Fazer com que ela segure o seu braço pouco acima do cotovelo e andar em um ritmo confortável.
    3. Ficar ao seu lado, na parte superior e inferior da escada.
    4. Ficar um passo à frente da mãe no topo das escadas.
    5. Colocar-se ao seu lado e segurar a sua cintura.
6. Uma nova enfermeira ajudará um paciente a caminhar pelo corredor e sentar em uma cadeira. O paciente tem um tapa-olho no olho esquerdo e má visão no olho direito. Qual é a ordem correta de passos para ajudar o paciente a andar com segurança pelo corredor e se sentar na cadeira?
    1. Dizer ao paciente quando você estiver se aproximando da cadeira.
    2. Andar em um ritmo relaxado.
    3. Guiar a mão do paciente pela sua mão, descansando um pouco acima do cotovelo.
    4. Posicionar-se meio passo à frente do paciente.
    5. Posicionar a mão do paciente nas costas da cadeira.
7. Como a deficiência auditiva é uma das deficiências mais comuns entre as crianças, uma intervenção de promoção à

saúde é orientar pais e filhos a:

1. Evitar atividades em que possa haver multidões.
2. Atrasar imunizações da criança até que a audição seja examinada.
3. Tomar precauções quando se envolver em atividades associadas a ruídos de alta intensidade.
4. Administrar antibióticos profilaticamente para reduzir a incidência de infecções.

8. Uma enfermeira está realizando a orientação de alta para um paciente com sensação tátil diminuída. Qual das seguintes declarações feitas pelo paciente indica que é necessária orientação adicional?
   1. "Estou em risco de lesão por temperaturas extremas."
   2. "Eu sou capaz de me vestir mais facilmente com zíperes ou pulôveres."
   3. "A enfermeira de cuidado domiciliar pode me ajudar a descobrir como ser mais independente."
   4. "Eu tenho paralisia parcial e sensação reduzida no lado direito, de modo que eu deveria vestir o lado esquerdo do meu corpo em primeiro lugar."
9. Qual das seguintes é a melhor intervenção de enfermagem quando se comunica com um paciente que tem afasia expressiva?
   1. Fazer perguntas abertas.
   2. Falar com o paciente como se ele fosse uma criança.
   3. Usar um quadro branco ou papel e caneta para escrever mensagens.
   4. Evitar o uso de gestos e outras formas não verbais de comunicação.
10. Um paciente com deficiência visual progressiva teve de entregar a sua carteira de motorista há 6 meses. Ele visita a clínica médica para um exame de rotina, acompanhado de seu filho. Sua esposa morreu há 2 anos, e ele admite que se sente solitário na maior parte do tempo. Qual das seguintes intervenções reduz a solidão? (Selecione todas que se

apliquem.)

1. Compartilhamento de informações sobre serviços de transporte de idosos.
2. Tranquilizar o paciente que a solidão é uma parte normal do envelhecimento.
3. Manter distância ao falar para evitar superestimulação do paciente.
4. Fornecer informações sobre os grupos sociais locais no bairro do paciente.
5. Recomendar que o paciente faça acomodações na vida que o coloque mais próximo da família ou amigos.

11. Uma enfermeira está realizando uma avaliação sobre um paciente internado na unidade após tratamento no departamento de emergência para trauma ocular bilateral grave. Durante a admissão do paciente, as intervenções prioritárias da enfermeira incluem qual das seguintes? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Conduzir uma avaliação da segurança domiciliar e identificar riscos no ambiente de vida do paciente.
    2. Reforçar a segurança ocular no trabalho e em atividades que colocam o doente em risco de lesão ocular.
    3. Colocar objetos necessários, tais como a luz para chamar a enfermeira e água, na frente do paciente para evitar quedas causadas pela tentativa de alcançá-los.
    4. Orientar o paciente no ambiente para reduzir a ansiedade e evitar mais prejuízos ao olho.
    5. Colocar sinalização na porta do quarto e no leito do paciente para alertar os profissionais de saúde sobre o estado visual do paciente.
12. Qual paciente tem maior probabilidade de sofrer sobrecarga sensorial?
    1. Um paciente na unidade de cuidados intensivos cuja dor não está bem controlada.
    2. Um paciente com uma faixa de proteção em seu olho direito após cirurgia de catarata.

3. Uma mulher cujo aparelhos auditivos foram perdidos quando se transferiu para uma instalação de cuidados prolongados.
4. Um residente com deficiência visual de um lar de idosos que gosta de participar de diferentes passatempos e atividades.

13. Um idoso com pneumonia é transferido de um lar de idosos especializado para uma unidade médica. Uma revisão do registro médico revela que ele teve um acidente vascular encefálico que afetou o hemisfério direito do cérebro há 6 meses e foi levado para o lar de idosos especializado, porque era incapaz de cuidar de si mesmo. Qual desses achados de avaliação a enfermeira espera encontrar? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Estilo de comportamento cauteloso, lento.
    2. Desatenção e descuido, especialmente para o lado esquerdo.
    3. Áreas turvas ou opacas em parte das lentes ou nas lentes inteiras.
    4. Alterações visuais espaciais, como a perda de metade de um campo visual.
    5. Perda da sensação e da função motora do lado direito do corpo.
14. Uma enfermeira está realizando uma avaliação de atendimento domiciliar de um paciente com deficiência auditiva. O paciente relata o seguinte: “Eu acho que o meu aparelho auditivo está quebrado. Não consigo ouvir nada”. Qual das seguintes estratégias de orientação a enfermeira pode implementar? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Demonstrar a substituição da bateria do aparelho auditivo.
    2. Rever o método para verificar o volume do aparelho auditivo.
    3. Demonstrar como lavar o molde da orelha e o microfone com água quente.
    4. Discutir a importância de remover o acúmulo de cera do

meato acústico externo.

5. Recomendar uma substância de limpeza química para o acúmulo difícil de remover.

Respostas: 1. 1, 3, 4; **2.** 2, 3, 4; **3.** 3; **4.** 4; **5.** 2, 3; **6.** 3, 4, 2, 1, 5; **7.** 3; **8.** 4; **9.** 3; **10.** 1, 4, 5; **11.** 3, 4, 5; **12.** 1; **13.** 2, 4; **14.** 1, 2, 4.

Referências

American Foundation for the Blind: *Being a sighted guide*, 2015, http://www.afb.org/info/friends-and-family/etiquette/being-a-sighted-guide/235. Accessed November 22, 2015.

American Optometric Association: *Recommended eye examination frequency for pediatric patients and adults*, 2014, http://www.aoa.org/patients-and-public/caring-for-your-vision/comprehensive-eye-and-vision-examination/recommended-examination-frequency-for- pediatric-patients-and-adults?sso=y. Accessed November 22, 2015.

American Speech-Language-Hearing Association: *Who should be screened for hearing loss*? 2014, http://www.asha.org/public/hearing/Who-Should-be-Screened/. Accessed November 22, 2015.

Haupt B. Instituting quiet hour improves patient satisfaction. *Nursing2012*. 2012;42(4):14.

Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children*. ed 10 St Louis: Mosby; 2015.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel: *Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel*, 2011, http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipecreport.pdf. Accessed November 22, 2015.

Institute for Patient- and Family-Centered Care: *Institute for patient- and family-centered care*, 2015, http://www.ipfcc.org/. Accessed November 20, 2015.

National Institute on Deafness and other Communication Disorders (NIDCD): *Hearing loss and older adults*, 2014, http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/Pages/older.aspx. Accessed November 22, 2015.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA): *Eye and face protection*, n.d., https://www.osha.gov/SLTC/eyefaceprotection/index.html. Accessed November 22, 2015.

Touhy T, Jett P. *Ebersole and Hess' Gerontological nursing & healthy aging*. ed 4 St Louis: Mosby; 2014.

US Food and Drug Administration: *How to get hearing aids*, 2014, http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/HomeHea Accessed November 22, 2015.

US Food and Drug Administration: *CFR Code of Federal Regulations Title 21*, 2015, http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=801.420. Accessed November 22, 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Healthy People 2020, Occupational Safety and Health*, 2015a, http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/occupational-safety-and-health. Accessed November 22, 2015.

US Department of Health and Human Services (USDHHS): *Vison*, 2015b, http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/vision. Accessed November 22, 2015.

World Health Organization (WHO): *Global data on visual impairments*, 2010, http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/. Accessed November 22, 2015.

Referências de pesquisa

Chou CF, et al. Disparities in eye care utilization among the United States adults with visual impairment: findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System 2006-2009. *Am J Ophthalmol*. 2012;154(6):S45.

Higginbottom G, et al. Health and social care needs of Somali refugees with visual impairment (VIP) living in the United Kingdom: a focused ethnography with Somali people with VIP, their caregivers, service providers, and members of the Horn of Africa Blind Society. *J Transcult Nurs*. 2014;25(2):192.

Kempen GI, et al. The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. *Qual Life Res*. 2012;21:1405.

Lim YM, Sung MH. Home environmental and health-related factors among home fallers and recurrent fallers in community dwelling older Korean women. *Int J Nurs Pract*. 2012;18:481.

Perlmutter M, et al. Home lighting assessment for clients with low vision. *Am J Occup Ther*. 2013;67(6):674.

Stone T, et al. Mediating and moderating effects on the association between vision loss and depression among an older population. *Insight: Res Pract Visual Impairment Blindness*. 2012;5(1):30.

Tomioka K, et al. The Hearing Handicap Inventory for Elderly-Screening (HHIE-S) versus a single question: reliability, validity, and relations with quality of life measures in the elderly community, Japan. *Qual Life Res*. 2013;22(5):1151.

Wang X, et al. Health burden associated with visual impairment in Singapore: the Singapore epidemiology of eye disease study. *Ophthalmology*. 2014;121(9):1837.

Zhang X, et al. Vision health disparities in the United States by race/ethnicity, education, and economic status: findings from two nationally representative surveys. *Am J Ophthalmol*. 2012;154:S53.

50

Cuidados com o Paciente Cirúrgico

OBJETIVOS

• Explicar o conceito de cuidados de enfermagem perioperatória.

• Discutir os fatores de risco cirúrgicos comuns e implicações relacionadas com a enfermagem.

• Descrever os dados da avaliação pré-operatória para um paciente cirúrgico.

• Explicar os elementos de um plano típico de ensino pré-operatório.

• Explicar o que compõe uma comunicação eficaz na transferência perioperatória.

• Demonstrar exercícios pós-operatórios.

• Preparar um paciente fisicamente e psicologicamente para a cirurgia.

• Discutir os benefícios do aquecimento pré-operatório.

• Explicar o papel da enfermeira na sala de cirurgia.

• Descrever fatores para serem avaliados em um paciente durante a recuperação pós-operatória.

• Descrever as justificativas para as intervenções de enfermagem destinadas a prevenir complicações pós-operatórias.

• Descrever pacientes com risco de complicações pós-operatórias.

TERMOS-CHAVE

Anestesia geral, p. 1275
Anestesia local, p. 1276
Anestesia regional, p. 1275
Apneia obstrutiva do sono (AOS), p. 1255
Associação de Enfermeiros Licenciados (AORN), p. 1258
Atelectasia, p. 1255
Bariátrica, p. 1253
Cirurgia ambulatorial, p. 1262
Comorbidade, p. 1255
Consentimento informado, p. 1267
Dessaturação de oxigênio, p. 1255
Enfermagem perioperatória, p. 1253
Enfermeiro circulante, p. 1274
Estocagens de compressão pneumática intermitente (CPI), p. 1272
Hipertermia maligna, p. 1280
Íleo paralítico, p. 1281
Instrumentador cirúrgico, p. 1274
Laparoscopia, p. 1286
Moribundos, p. 1257
Plano de ensino pré-operatório, p. 1265
Pontuação de recuperação pós-anestésica (PRPA), p. 1277
Sedação consciente, p. 1276
Sensibilidade ao látex, p. 1275

American Society of Anesthesiology (ASA), p. 1254
Association of Perioperative Registered Nurses (ASPAN), p. 1258
Unidade de cuidados pré-anestesia (UCP), p. 1273

Enfermagem perioperatória inclui atividades realizadas por um enfermeiro licenciado antes (pré-operatório), durante (intraoperatório) e depois (pós--operatório) de cirurgia. Enfermeiros prestam esse atendimento em muitos locais, incluindo hospitais, centros cirúrgicos ligados a hospitais, centros cirúrgicos independentes ou consultórios prestadores de cuidados de saúde. Enfermagem perioperatória é um campo agitado, desafiador, em constantes mudanças. É baseado em um conhecimento dos enfermeiros de vários princípios importantes, incluindo:

- Cuidado de alta qualidade e com foco na segurança do paciente, incluindo um ambiente de cuidado seguro.
- Práticas baseadas em evidências e participação na geração de novos conhecimentos através da pesquisa.
- Trabalho em equipe multidisciplinar.
- Comunicação terapêutica eficaz e colaboração com o paciente, com a família do paciente e com a equipe cirúrgica.
- Intervenções e avaliações com eficácia e eficiência em todas as fases da cirurgia.
- Defesa para um paciente e sua família.
- Compreensão de contenção de custos.

A enfermagem perioperatória é um processo dinâmico guiado pelo conhecimento teórico, os princípios éticos, a pesquisa em curso, habilidades clínicas especializadas e práticas de cuidados (Operating Room Nurses Association of Canada [ORNAC, 2015]). Um enfermeiro que trabalha dentro do ambiente perioperatório responde às necessidades clínicas complexas e em mudança durante um período crucial da experiência cirúrgica do paciente. Quando você trabalha em qualquer ambiente perioperatório, você precisa usar o pensamento crítico, a prática competentemente com rigorosa assepsia cirúrgica,

comunicar-se de forma eficaz com os membros da equipe cirúrgica e enfatizar a segurança do paciente em todas as fases do atendimento. Ensino e planejamento de alta eficazes envolvendo os pacientes e seus familiares previnem ou minimizam as complicações e garantem resultados de qualidade. O processo de enfermagem fornece uma base para enfermagem perioperatória, o que lhe permite individualizar as estratégias ao longo do período perioperatório. Uma transição suave de um paciente desde a admissão no sistema de saúde até a convalescença é o objetivo de cuidados perioperatórios de qualidade.

Os cuidados de um paciente em cirurgia mudam de uma hospitalização para um foco baseado no domicílio. Muitas vezes, a convalescença ocorre no domicílio ou em locais de reabilitação dentro de instituições de cuidados de longo prazo. Quando o cuidado é em casa, a responsabilidade passa para o paciente e/ou família. Como o tempo de internação diminui, as necessidades educacionais de um paciente submetido a um procedimento cirúrgico aumentam. Os pacientes voltam para o domicílio com condições médicas/cirúrgicas complexas que necessitam de educação e de acompanhamento. Educação apropriada para o paciente e a família é essencial para garantir resultados cirúrgicos positivos.

Base de conhecimento científico

Classificação da Cirurgia

Os tipos de procedimentos cirúrgicos são classificados de acordo com a gravidade, urgência e propósito (Tabela 50-1). Alguns processos se encaixam em mais que uma classificação. Por exemplo, a remoção cirúrgica de uma cicatriz desfigurante é menor em seriedade, eletiva em urgência e reconstrutiva em propósito. Frequentemente, as classificações se sobrepõem. Um procedimento de urgência também é grave em seriedade. Às vezes, a mesma operação é realizada por diversas razões em pacientes diferentes. Por exemplo, uma gastrectomia pode ser realizada como um procedimento de emergência para ressectar um sangramento de úlcera ou como um procedimento de urgência para remover um tumor canceroso. Saber as classificações ajuda a planejar cuidados intraoperatórios adequados.

Tabela 50-1

Classificação dos Procedimentos Cirúrgicos

Tipo de Classificação	Descrição	Exemplo
Seriedade		
Maior	Envolve extensa reconstrução ou alteração de partes do corpo; representa grandes riscos ao bem-estar	*Bypass* da artéria coronária, ressecção do cólon, remoção da laringe, ressecção do lobo pulmonar
Menor	Envolve alteração mínima em partes do corpo; frequentemente concebidas para corrigir deformidades; envolve riscos mínimos em comparação com os principais procedimentos	Extração de catarata, cirurgia plástica facial, extração de dente
Urgência		
Eletiva	Realizada com base na escolha dos pacientes; não é essencial e não é sempre necessária para a saúde	Bunionectomia, cirurgia plástica facial; reparação de hérnia; reconstrução de mama

Urgente	Necessária para a saúde do paciente; muitas vezes impede o desenvolvimento de problemas adicionais (p.ex., a destruição do tecido ou função do órgão prejudicado); não necessariamente emergencial	Excisão de tumor canceroso; remoção da vesícula biliar por causa de pedras; reparação vascular de artéria obstruída (p.ex., revascularização da artéria coronária)
Emergência	Deve ser feita imediatamente para salvar a vida ou preservar a função da parte do corpo	Reparação do apêndice perfurado ou amputação traumática; controle de hemorragia interna
Propósito		
Diagnóstico	Exploração cirúrgica que permite que os prestadores de cuidados de saúde confirmem o diagnóstico; muitas vezes envolve a remoção de tecido para posterior teste de diagnóstico	Laparotomia exploratória (incisão na cavidade peritoneal para inspeccionar os órgãos abdominais); biópsia de massa de mama
Ablativo	Excisão ou remoção de parte do corpo afetada	Amputação; remoção de apêndice ou um órgão como vesícula biliar (colecistectomia)
Paliativo	Alivia ou reduz a intensidade dos sintomas da doença; não proporciona cura	Colostomia; desbridamento de tecido necrosado; ressecção de raízes nervosas
Reconstrutivo/restaurador	Restaura a função ou a aparência de tecidos traumatizados ou com defeito	Fixação interna de fraturas; revisão de cicatrizes
Aquisição para transplante	A remoção de órgãos e/ou tecidos de uma pessoa atestada com morte cerebral para transplantar para outra pessoa	Transplante de rim, coração ou fígado
Construtivo	Restaura a função perdida ou reduzida como resultado de anomalias congênitas	Reparação de fissura palatina; fechamento de comunicação interatrial do coração
Cosmético	Realizada para melhorar a aparência pessoal	Blefaroplastia para deformidades palpebrais; rinoplastia para remodelar o nariz

A classificação cirúrgica indica o nível de cuidados que um paciente requer. A **American Society of Anesthesiology (ASA)** atribui a classificação com base na condição independente fisiológica do paciente do procedimento cirúrgico proposto (Tabela 50-2). Anestesia sempre envolve riscos, mesmo em pacientes saudáveis, mas certos pacientes estão em maior risco, incluindo aqueles com disfunção metabólica e cardíaca.

Tabela 50-2

Classificação do Estado Físico (EF) ASA

Classe EF ASA	Definição	Características
ASA I	Um paciente saudável normal	Sem distúrbio fisiológico, biológico, orgânico; saudável, não fuma; uso mínimo ou nenhum de álcool
ASA II	Um paciente com doença sistêmica leve	Condições leves apenas sem alterações funcionais significativas (p.ex., fumante, bebe socialmente, gestante, obeso [IMC 30-39], DM e HT bem controlada, doença pulmonar leve)
ASA III	Um paciente com doença sistêmica grave	Alterações funcionais significativas com uma ou mais doenças moderadas a graves (p.ex., DM ou HT mal controlada, DPOC, obesidade mórbida [IMC 40 ou maior], hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, marca-passo implantado ou redução moderada da fração de ejeção cardíaca)
ASA IV	Um paciente com doença sistêmica grave, que é uma ameaça constante à vida	Os exemplos incluem: infarto do miocárdio, AVC ou AIT recente (menos de 3 meses), isquemia cardíaca em curso ou disfunção valvar grave, sepse, coagulação intravascular disseminada, doença renal em estágio final não submetida a diálises regulares
ASA V	Um paciente **moribundo** que não se espera que sobreviva à cirurgia	Exemplos incluem a ruptura de aneurisma abdominal/torácico, trauma severo, hemorragia intracraniana com efeito de massa, isquemia intestinal com patologia cardíaca significativa
ASA VI	Paciente declarado com morte cerebral cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação	Ampla variedade de disfunções que estão sendo manejadas para otimizar o fluxo de sangue para o coração e órgãos (p.ex., substituição intensa de líquidos e medicamentos para pressão arterial)

Modificado de American Society of Anesthesiologists: *ASA Physical Status Classification System,* October 15, 2014, http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system. 17 de Maio, 2015.

ACV, acidente cardiovascular; *AIT,* ataque isquêmico transitório; *DM,* diabetes melito; *DPOC*, doença pulmonar obstrutiva crônica; *HT,* hipertensão; *IM,* infarto do miocárdio; *IMC*, Índice de Massa Corpórea.

Fatores de Risco Cirúrgicos

Numerosos fatores criam riscos para os pacientes que passam por cirurgia. Os fatores de risco podem afetar pacientes em qualquer ponto da experiência perioperatória. Conhecimento da fisiologia da resposta ao estresse (Cap. 38) e fatores de risco que afetam as respostas dos pacientes à cirurgia são necessários para antecipar as necessidades do paciente e o tipo de preparação adequado.

Fumo

O consumo de cigarros pelos pacientes cirúrgicos está associado ao aumento de complicações perioperatórias, particularmente problemas respiratórios (p.ex., pneumonia e atelectasia) e má cicatrização de feridas (Lee et al., 2013). O tabagismo crônico aumenta a quantidade e espessura das secreções das vias aéreas. Após a cirurgia, o paciente que fuma tem maior dificuldade em limpar as vias aéreas de muco. Quando os pacientes passam por cirurgia eletiva, incentive-os a parar de fumar o mais cedo possível. Existem limitadas pesquisas mostrando que uma simples intervenção de cessação tabágica perioperatória para uma clínica de pré-admissão de cirurgia ocupada tem sucesso na redução das taxas de tabagismo do paciente e complicações intraoperatórias e pós-operatórias imediatas (Lee et al., 2013).

Idade

Pacientes muito jovens e idosos estão em maior risco cirúrgico, como resultado de um estado fisiológico imaturo ou em declínio. Esses pacientes muitas vezes apresentam problemas no controle de temperatura durante a cirurgia.

Anestésicos gerais inibem tremores e causam a vasodilatação, o que resulta em perda de calor. Essas mudanças anestésicas juntamente com fatores fisiológicos relacionados com a idade aumentam o risco de hipotermia não intencional.

Bebês também têm dificuldade em manter o volume de sangue circulatório normal, causando risco de desidratação e hidratação excessiva.

Os idosos correspondem a 55% de todos aqueles que se submetem a procedimentos cirúrgicos (Kotthoff-Burrell et al., 2012). Pacientes em idade avançada têm menos capacidade física para se adaptar ao estresse da cirurgia (Tabela 50-3).

Tabela 50-3

Fatores Fisiológicos que Colocam o Idoso em Risco durante a

Cirurgia

Alterações	Riscos	Implicações para Enfermagem
Sistema Cardiovascular		
Alteração degenerativa no miocárdio e válvulas	Reserva cardíaca diminuída coloca os idosos em risco de redução do funcionamento cardíaco, especialmente durante épocas de estresse (AORN, 2010)	Avaliar os sinais vitais de base para taquicardia, fadiga e arritmias (AORN, 2010).
Rigidez das paredes arteriais e redução da inervação simpática e parassimpática do coração	Alterações predispõem o paciente a hemorragia pós-operatória e aumento da pressão arterial sistólica e diastólica	Manter o equilíbrio de líquidos adequado para minimizar o estresse do coração Certifique-se de que o nível de pressão arterial é adequado para atender às demandas circulatórias.
Aumento de depósitos de cálcio e colesterol dentro de pequenas artérias; paredes arteriais mais espessas	Predispõem pacientes para a formação de coágulos nas extremidades inferiores	Instruir o paciente em técnicas de exercícios de perna e forma adequada de se virar. Aplicar meias elásticas ou dispositivos de compressão pneumática intermitente (CPI). Administrar anticoagulantes como prescrito pelo médico. Proporcionar orientação sobre efeitos relacionados, efeitos colaterais e considerações dietéticas.
Sistema Tegumentar		
Tecido subcutâneo diminuído e aumento da fragilidade da pele	Propensão a lesões por pressão e fissuras da pele	Avaliar pele a cada 4 horas; cobrir todas as proeminências ósseas durante a cirurgia. Virar e reposicionar pelo menos a cada 2 horas.
Sistema Pulmonar		
Diminuição da força muscular respiratória e reflexo de tosse (AORN, 2010)	Aumento do risco de atelectasia	Instruir o paciente na técnica adequada para tosse, respiração profunda, e utilização de espirômetro. Assegurar o controle adequado da dor para permitir a participação em exercícios.
Amplitude de movimento reduzida no diafragma	Capacidade residual (volume de ar deixado no pulmão após a respiração normal) aumentada, reduzindo a quantidade de ar novo trazido para dentro dos pulmões a cada inspiração	Quando possível, deambular o paciente e sentá-lo na cadeira com frequência.
Tecido pulmonar	Oxigenação sanguínea reduzida	Obter a saturação de oxigênio da linha de base;

rígido e espaços aéreos aumentados		medir durante todo o período perioperatório.
Sistema Gastrointestinal		
Esvaziamento gástrico retardado	Risco aumentado de refluxo e indigestão (AORN, 2010)	Posicionar o paciente com a cabeceira do leito elevada a pelo menos 45 graus. Reduzir o tamanho das refeições de acordo com a dieta prescrita.
Sistema Renal		
Diminuição da função renal, com redução do fluxo sanguíneo para os rins	Aumento do risco de choque quando a perda de sangue ocorre; aumento do risco de desequilíbrio hidroeletrolítico (AORN, 2010)	Para pacientes hospitalizados antes da cirurgia, determinar linha de base de eliminação urinária por 24 horas.
Taxa de filtração glomerular e tempo de excreção reduzidos	Capacidade limitada para eliminar medicamentos ou substâncias tóxicas	Avaliar a resposta adversa a medicamentos.
Capacidade da bexiga diminuída	Aumento do risco de urgência, incontinência e infecções do aparelho urinário (AORN, 2010) (sensação de necessidade de urinar muitas vezes não ocorre até que a bexiga esteja cheia.)	Instruir o paciente a notificar o enfermeiro imediatamente quando houver sensação de bexiga cheia. Mantenha a luz da chamada e o urinol com fácil acesso. Banheiro a cada 2 horas, ou mais frequentemente, se indicado.
Sistema Neurológico		
Perdas sensoriais, incluindo a redução da percepção tátil e aumento da tolerância à dor	Diminuição da capacidade de responder a sinais precoces de complicações cirúrgicas	Pressione proeminências ósseas para verificar se o paciente é capaz de sentir. Oriente o paciente no ambiente circundante. Observe os sinais não verbais de dor.
Resposta febril embotada durante infecção (AORN, 2010)	Aumento do risco de infecção não diagnosticada	Garantir uma monitorização cuidadosa, perto da temperatura do paciente; fornecer cobertores quentes; monitorar a função cardíaca; aquecer os líquidos intravenosos (AORN, 2010).
Tempo de reação diminuído	Confusão e delírio após anestesia; aumento do risco de quedas	Dê tempo suficiente para resposta, processar informações e executar tarefas. Realize a triagem de risco e institua precauções contra quedas. Avalie para delírio com ferramentas validadas. Oriente frequentemente com relação à realidade e arredores.
Sistema Metabólico		

Menor taxa metabólica basal	Redução do consumo de oxigênio total	Assegurar a adequada ingestão nutricional quando a dieta é retomada, mas evitar a ingestão de calorias em excesso.
Redução do número de células vermelhas do sangue e dos níveis de hemoglobina	Diminuição da capacidade de transportar oxigênio suficiente para os tecidos	Administrar produtos derivados do sangue se necessário. Monitorar os resultados dos testes de sangue e saturação de oxigênio.
Mudança no total de quantidades de potássio e volume de água no corpo	Maior risco de desequilíbrio hidroeletrolítico	Monitorar os níveis de eletrólitos e complementar, se necessário. Fornecer monitorização cardíaca (telemetria), conforme necessário.

Assim, o risco de complicações cirúrgicas aumenta devido às mudanças fisiológicas, cognitivas/psicológicas e sociológicas associadas ao envelhecimento (AORN, 2010; Nelson & Carrington, 2011).

Nutrição

A reparação de tecido normal e a resistência à infecção dependem de uma nutrição adequada. A cirurgia aumenta a necessidade de nutrientes. Os pacientes que são magros ou obesos são muitas vezes deficientes em proteínas e vitaminas, colocando-os em maior risco de complicações após a cirurgia (Lewis et al., 2014), período em que o paciente necessita de pelo menos 1.500 kcal/dia para manter reservas de energia. Essa ingestão é difícil de alcançar quando a ingestão de líquidos ou alimentos de um paciente é limitada após a cirurgia ou se um paciente sente náuseas e vômitos (NVPO). Tradicionalmente, pacientes aumentam gradualmente a sua ingestão alimentar em 3 a 5 dias após a cirurgia até que possam tolerar refeições normais. Aqueles que entram em cirurgia desnutridos são mais propensos a ter baixa tolerância à anestesia, balanço nitrogenado negativo, recuperação pós-operatória tardia, infecção e cicatrização retardada.

As recomendações atuais sugerem reposição de ferro, vitamina B_{12} e folato pelo menos 28 dias antes da cirurgia eletiva programada (Goodnough et al., 2011). Alguns estudos mostram que a recuperação é melhorada de várias maneiras: regulando o estado metabólico de

um paciente antes da cirurgia (minimizando a tensão metabólica e a resistência à insulina, dando bebidas à base de carboidratos e carregamento de líquidos) e após a cirurgia (p.ex., com alimentação oral precoce e dando medicamentos procinéticos para melhorar a motilidade gástrica, resultando em tolerância à alimentação entérica melhorada) (Awad e Lobo, 2011; Fearon e Luff, 2003).

Obesidade

Os pacientes que são obesos mórbidos geralmente vivem até 20 anos menos que os de peso médio (Dunham, 2013). De acordo com o CDC (2015a), mais de um terço (34,9% ou 78,6 milhões) dos adultos dos Estados Unidos são obesos, mas a prevalência da obesidade mórbida não está limitada aos adultos. Cerca de 17% (ou 12,7 milhões) das crianças e adolescentes com idades entre 2 e 19 anos também são obesos (CDC, 2015b). À medida que o peso de um paciente aumenta, a sua ventilação e função cardíaca diminuem, elevando o risco de **atelectasia** pós-operatória, pneumonia e morte. Apneia obstrutiva do sono (AOS), hipertensão, doença arterial coronária, diabetes melito e insuficiência cardíaca são condições de **comorbidade** na população **bariátrica** (obesa). Os pacientes obesos muitas vezes têm dificuldade de retomar a atividade física normal após a cirurgia por causa da dor e fadiga causados pela cirurgia, além da pré-existente mobilidade física prejudicada. Essa combinação de fatores aumenta o risco de desenvolver tromboembolismo venoso (TEV). O excesso de peso colocado sobre a pele, sobre proeminências ósseas restringe o fluxo sanguíneo e apresenta risco de formação de lesões por pressão na mesa cirúrgica. A obesidade aumenta o risco de má cicatrização de feridas, infecção da ferida, deiscência e evisceração, porque o tecido adiposo contém um suprimento de sangue insuficiente, retardando a entrega de nutrientes essenciais e anticorpos necessários para a cicatrização de feridas (Cap. 48). Além disso, os cirurgiões muitas vezes têm dificuldade em fechar feridas cirúrgicas por causa da espessura da camada adiposa.

Apneia Obstrutiva do Sono

Apneia obstrutiva do sono (AOS) é uma desordem do sono e vigília resultante da obstrução periódica, parcial ou total das vias aéreas superiores durante o sono. Músculos da garganta de um indivíduo de forma intermitente relaxam e bloqueiam as vias respiratórias. A desordem é uma combinação de disfunção neuromuscular e estrutural. Pacientes com AOS vivenciam episódios periódicos de apneia (parada respiratória), resultando em significativa **dessaturação de oxigênio**, também conhecida como hipóxia intermitente. Durante a apneia, há uma crescente pressão negativa intratorácica (até −80 mmHg), o que torna difícil para o coração bombear eficazmente contra uma pressão negativa; portanto, o resultado cardíaco diminui. Em resposta à dessaturação de oxigênio, existe uma excitação que encerra a apneia. A excitação é acompanhada por um enorme aumento na saída simpática, o que provoca um aumento significativo na pressão arterial.

O distúrbio impede a produtividade diária por causa da fadiga crônica e sonolência e afeta negativamente a saúde e a longevidade. Os pacientes que sofrem de AOS desenvolvem numerosas complicações, incluindo a hipertensão, doenças do coração, doença vascular, doença neurológica e diabetes. Aproximadamente 75% dos adultos com AOS não sabem que têm tal desordem (Simpson et al., 2013). Além disso, os prestadores de cuidados de saúde perioperatórios muitas vezes não conseguem rastrear AOS, resultando em uma alta prevalência de pacientes não diagnosticados (Lockhart et al., 2013).

Os pacientes com AOS que se submetem à cirurgia apresentam um risco significativo. Receber sedativos, analgésicos opioides e anestesia geral provoca o relaxamento das vias aéreas superiores e pode piorar a AOS. O risco é maior quando um paciente está sedado e em decúbito dorsal. Os pacientes experimentaram grave apneia e hipóxia levando à morte após procedimentos cirúrgicos e de diagnóstico sob sedação consciente. Cuidadosa triagem de pacientes para OSA é essencial antes da cirurgia.

Imunossupressão

Os pacientes com condições que alteram a função imune (como transplantes, deficiência imunológica primária, síndrome da imunodeficiência adquirida [AIDS], câncer, alterações da medula óssea e órgãos) têm um risco aumentado de desenvolver infecções após a cirurgia. O risco de infecção aumenta quando os pacientes recebem radiação ou quimioterapia para o tratamento de câncer, tomam medicamentos imunossupressores para tratar a AIDS ou impedir a rejeição após o transplante de órgãos e requerem esteroides para tratar uma variedade de condições inflamatórias ou autoimunes. Por vezes, a radiação é administrada antes da cirurgia para reduzir o tamanho de um tumor canceroso a fim de que esse possa ser removido cirurgicamente. Idealmente, um cirurgião espera, para realizar a cirurgia, de 4 a 6 semanas após a conclusão dos tratamentos de radiação por causa dos efeitos inevitáveis que a radiação tem no tecido normal. Radiação dilui as camadas da pele, destrói colágeno e prejudica a perfusão tecidual. Caso contrário, o paciente pode enfrentar sérios problemas de cicatrização.

Desequilíbrio de Fluidos e Eletrólitos

O organismo responde à cirurgia como uma forma de trauma. A grande quebra de proteína provoca um saldo negativo de nitrogênio (Cap. 42) e hiperglicemia. Ambos efeitos reduzem a cicatrização do tecido e aumentam o risco de infecção. Como resultado da resposta ao estresse adrenocortical, o corpo retém sódio e água e perde potássio nos primeiros 2 a 5 dias após a cirurgia. A gravidade da resposta ao estresse influencia o grau de desequilíbrio de líquidos e eletrólitos. Cirurgia extensa resulta em uma maior resposta ao estresse. Um paciente que é hipovolêmico antes da cirurgia ou que tem alterações eletrolíticas graves está em risco significativo durante e depois da cirurgia. Por exemplo, um excesso ou esgotamento de potássio aumenta a probabilidade de arritmias durante ou após a cirurgia. O risco de alterações de líquidos e eletrólitos é ainda maior em pacientes com diabetes melito pré-existente, doença renal, gastrointestinal (GI)

ou anomalias cardiovasculares.

Náuseas e Vômitos Pós-operatórios

A experiência de ter náuseas e vómitos após a cirurgia é desconfortável e muitas vezes imobilizante. NVPO afeta aproximadamente 30% dos pacientes em salas de recuperação após a cirurgia (Fetzer, 2015). Pode levar a complicações graves, incluindo a aspiração pulmonar, desidratação e arritmias resultantes de desequilíbrio de líquidos e eletrólitos. Um paciente que vomita com frequência após a cirurgia corre o risco de romper as suturas cirúrgicas. Os doentes com predisposição para o desenvolvimento de NVPO incluem mulheres, não fumantes, aqueles que tiveram um histórico de NVPO ou enjoo, uso de anestésicos voláteis ou óxido nitroso e os que recebem opioides no intraoperatório e pós-operatório (Kapoor et al., 2008). Os doentes com quatro ou mais fatores de risco têm uma maior incidência de NVPO (Rothrock, 2015). A gestão de NVPO começa antes da cirurgia.

Tromboembolismo Venoso

Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS, 2010) classificaram a trombose venosa profunda (TVP) (coágulo formado nas veias profundas) após cirurgia total de joelho e quadris como um erro médico que nunca deve ocorrer. Se um paciente desenvolver uma TVP após a cirurgia, o Medicare e algumas companhias de seguros privadas reterão o pagamento ao hospital, porque TVPs são normalmente evitáveis. A Joint Commission (TJC, 2015) tem um conjunto de medidas de responsabilização (ou seja, medidas de qualidade que produzem o maior impacto positivo sobre os resultados dos pacientes quando os hospitais demonstram a melhoria neles). Uma das medidas de responsabilização é tratamento e prevenção das TEVs. Algumas TEVs são subclínicas (sem sintomas), enquanto outras apresentam sintomas como embolia pulmonar súbita ou TVP sintomática. A maioria dos pacientes em risco de desenvolver TEV são aqueles que se submetem a procedimentos cirúrgicos com

anestesia total e tempo cirúrgico de mais de 90 ou 60 minutos, se a cirurgia envolve a pelve ou membros inferiores, admissões cirúrgicas agudas com condições inflamatórias ou intra-abdominais e aqueles dos quais se espera uma redução significativa na mobilidade após a cirurgia. Além disso, os pacientes estão em maior risco se eles têm um ou mais fatores de risco (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2010):

- Câncer ativo ou tratamento do câncer
- Idade acima de 60 anos
- Admissão em cuidados intensivos
- Desidratação
- Distúrbios de coagulação conhecidos
- Obesidade (índice de massa corporal [IMC] de 30 kg/m^2 ou mais)

Base de conhecimento em enfermagem

Comunicação Perioperatória

Enfermeiros perioperatórios reconhecem a importância de dar continuidade aos cuidados dos pacientes cirúrgicos. Em alguns estabelecimentos, enfermeiros perioperatórios acompanham os pacientes durante toda a experiência operatória, avaliam o estado de saúde do paciente antes da cirurgia, identificando suas necessidades específicas, ensinando e aconselhamento, preparando para a sala de operação (SO), e, depois, acompanham a recuperação de um paciente. No entanto, diferentes enfermeiros e outros profissionais de saúde geralmente cuidam de um paciente durante cada fase da experiência cirúrgica. É necessária uma comunicação facilitada na transferência entre os cuidadores para garantir a continuidade dos cuidados e reduzir o risco de erros médicos. Transições de um prestador de cuidados para outro colocam pacientes em risco de lesões, perda de cuidados e erros na tradução de informações. As Metas Nacionais de Segurança do Paciente da Comissão Mista (TJC) abordam a importância da identificação exata do paciente e da comunicação (TJC, 2016). Pesquisas em enfermagem mostram que ter uma lista de verificação padronizada ou protocolo para a comunicação na transferência entre as pessoas que prestam os cuidados de saúde perioperatórios minimiza esses riscos (Barco e Spaeth, 2013; Petrovic et al., 2012).

Controle Glicêmico e Prevenção de Infecções

Evidências apontam para uma relação entre ferida e infecção dos tecidos e os níveis de glicose no sangue dos pacientes cirúrgicos. Controle ineficaz dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia), especificamente durante e após a cirurgia, aumenta os riscos dos pacientes de resultados adversos, como infecção da ferida e mortalidade. Controlar o açúcar no sangue no período perioperatório reduz a mortalidade em pacientes com ou sem diabetes que passam

por cirurgia geral e em pacientes que passam por cirurgia cardíaca (Giakoumidakis et al., 2013; Kwon et al., 2013). Avaliação pré-operatória dos pacientes juntamente com a administração adequada de insulina é um padrão crítico do cuidado.

Prevenção de Lesões por Pressão

Os pacientes que passam por cirurgia representam um desafio único na prevenção de lesões por pressão. Os pacientes correm risco intraoperatório de lesões por pressão, como resultado da pressão sustentada de posicionamento em mesas de cirurgia, das mudanças na hemodinâmica (pressão arterial e perfusão) da anestesia, do uso de várias camadas de panos cirúrgicos e da exposição da pele aos líquidos utilizados para irrigar feridas durante a cirurgia (Bulfone et al., 2012). Você pode evitar lesões por pressão intraoperatória posicionando cuidadosamente os pacientes e utilizando superfícies de alívio de pressão. Após a cirurgia, realize uma avaliação cuidadosa da pele e use estratégias de redução de pressão adequadas (Cap. 48).

Pensamento crítico

O pensamento crítico de sucesso requer uma síntese de conhecimentos, experiências, informações obtidas a partir de pacientes, atitudes de pensamento crítico e padrões intelectuais e profissionais. Julgamentos clínicos exigem que você antecipe informações, analise os dados e tome decisões a respeito do cuidado do seu paciente. Durante a coleta de dados, considere todos os elementos que compõem um diagnóstico de enfermagem adequado (Fig. 50-1).

Conhecimento

- Anatomia e fisiologia de sistemas do corpo afetados
- Fatores de risco cirúrgicos
- Tipo de procedimento cirúrgico a ser realizado
- Resposta ao estresse cirúrgico
- Práticas de controle de infecção

Experiência

- Cuidado com pacientes que passaram por cirurgia
- Experiência pessoal com cirurgia

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Expectativas do paciente e da família sobre a cirurgia e a recuperação
- O exame físico focado no histórico do paciente e cirurgia planejada
- Avaliação de fatores que apresentam riscos cirúrgicos para o paciente
- Experiência anterior do paciente com cirurgia
- Perspectivas culturais do paciente para a cirurgia
- Modo de enfrentamento do paciente
- Os resultados de testes de diagnóstico pré-operatório

PADRÕES

- Aplicar padrões intelectuais de especificidade, precisão e completude
- Aplicar Normas e Práticas Perioperatórias AORN
- Aplicar normas ASPAN para enfermagem perianestésica
- Aplicar as Metas de Segurança do Paciente da Comissão Mista

Atitudes

- Use disciplina na coleta de um histórico completo do paciente
- Responsabilidade
- Use perseverança para garantir uma avaliação abrangente

FIGURA 50-1 Modelo de pensamento crítico para o histórico de enfermagem do paciente cirúrgico. *AORN,* Association of periOperative Registered Nurses; *ASPAN,* American Society of PeriAnesthesia Nurses.

Ao cuidar de um paciente passando por cirurgia, integre o conhecimento sobre a situação clínica específica dele e as experiências anteriores em cuidar de pacientes cirúrgicos. Aplique esse conhecimento usando uma abordagem de cuidado centrada no paciente, tomando decisões clínicas em parceria com o mesmo. Ter atitudes de pensamento crítico (Cap. 15) garante que um plano de cuidados seja abrangente e incorpore princípios baseados em evidências para cuidados perioperatórios bem-sucedidos. Uma atitude fundamental para um enfermeiro perioperatório é a de responsabilidade (ou seja, ser responsável não só nos padrões de cuidados, mas sendo também um defensor do paciente). As Metas Hospitalares Nacionais de Segurança do Paciente da TJC incluem dois conjuntos de recomendações para o cuidado perioperatório: prevenir a infecção e evitar erros na cirurgia (TJC, 2016). Sempre rever essas diretrizes no contexto das novas práticas baseadas em evidências emergentes, políticas da instituição, e no âmbito da prática do estado em que você trabalha.

Fase cirúrgica pré-operatória

Processo de enfermagem

Aplicar o processo de enfermagem e usar uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado com os pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem clínica de tomada de decisões para que você desenvolva e implemente um plano de cuidados individualizado.

Pacientes submetidos a cirurgia entram no ambiente de cuidados de saúde em diferentes estados de saúde. Por exemplo, um paciente entra no hospital ou no centro cirúrgico ambulatorial (CCA) em um dia pré-determinado se sentindo relativamente saudável e preparado para enfrentar uma cirurgia eletiva, enquanto outra pessoa chega de um acidente de automóvel e enfrenta cirurgia de emergência, sem tempo para se preparar. A capacidade de estabelecer relações e manter um relacionamento profissional com um paciente é essencial durante a fase pré-operatória. Pacientes submetidos a cirurgia conhecem muitos profissionais de saúde, incluindo cirurgiões, enfermeiros anestesistas, anestesiologistas, tecnólogos cirúrgicos e enfermeiros. Todos desempenham um papel nos cuidados e na recuperação de um paciente. Os membros da família tentam fornecer apoio através da sua presença, mas enfrentam muitos dos mesmos fatores de estresse do paciente. Para ganhar a confiança de um paciente, você precisa estabelecer uma relação de atenção (Cap. 7) e se comunicar de forma eficaz (Cap. 24) com ele e sua família. Isso ajuda você a aprender a profundidade de informações necessárias com o intuito de fornecer um plano relevante e adequado de cuidados. Seja culturalmente sensível quando você avaliar físico, psicológico, bem-estar emocional, sociocultural e espiritual de um paciente. Reconheça o grau de risco cirúrgico. Coordene testes de diagnóstico. Identifique diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem. Estabeleça os resultados em colaboração com os pacientes e suas famílias. Comunique os dados pertinentes e o plano de cuidados aos membros da equipe cirúrgica.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de histórico de enfermagem, avaliar cuidadosamente cada paciente e analisar criticamente os resultados para garantir que você está tomado decisões clínicas centradas no paciente necessárias a cuidados seguros de enfermagem. O objetivo da avaliação pré-operatória é identificar uma função pré-operatória normal do paciente e a presença de quaisquer riscos para reconhecer, prevenir e minimizar as possíveis complicações pós-operatórias. O rigor de sua avaliação dependerá do ambiente cirúrgico, do tempo que você tem com um paciente e da urgência de um procedimento. Programas ambulatoriais e para cirurgias no mesmo dia oferecem desafios na coleta de uma avaliação completa em um curto espaço de tempo. Uma abordagem multidisciplinar é essencial. Os pacientes são admitidos apenas horas antes da cirurgia. Portanto, é importante para você organizar e verificar os dados obtidos antes da cirurgia e implementar um plano perioperatório de cuidados. Isso ocorre tanto no CCA quanto com os pacientes que necessitam de internação hospitalar.

A maioria das avaliações começa antes da admissão para a cirurgia em um consultório médico, clínica de pré-admissão ou clínica de anestesia ou por telefone. Alguns pacientes respondem a um questionário de autorrelato antes de chegar a um centro. Outras vezes, um profissional de saúde realiza um exame físico ou exames laboratoriais solicitados. Enfermeiros começam a ensinar, a responder a perguntas e completar a papelada antes da cirurgia, com a finalidade de agilizar o atendimento ao paciente no dia da cirurgia. Quando esta é emergente, muitas vezes há pouco tempo disponível. Assim, a avaliação deve ser priorizada para os pacientes que apresentem fatores de condição clínica e de risco.

Pelas lentes dos olhos do Paciente

Quando há tempo para conduzir uma avaliação completa, começar por determinar as expectativas de um paciente de cirurgia e o caminho para a recuperação. O paciente é capaz de identificar ou descrever o tipo de cirurgia programada? Será que ele ou ela

compreende o cuidado esperado e a duração prevista da estadia após a cirurgia? Se não, o que é que o paciente ou a família quer saber? O paciente espera o alívio completo da dor ou simplesmente ter sua dor reduzida após a cirurgia? O paciente espera ser independente imediatamente após a cirurgia, ou ele ou ela espera ser totalmente dependente da enfermeira ou família? Estas são apenas algumas das perguntas que você precisa perguntar para estabelecer um plano de atendimento que corresponda às necessidades e expectativas do paciente. Ouça a explicação do paciente, esteja atento e comece a explicar o que a cirurgia vai envolver. Você precisa formar um relacionamento com o paciente, de modo que as decisões sejam tomadas em conjunto. Ao abrir uma avaliação com esse tipo de pergunta, o paciente vai se tornar seu parceiro e compartilhar os detalhes que você precisa saber sobre a sua saúde.

Histórico de Enfermagem

O histórico de enfermagem no pré--operatório inclui informações semelhantes às descritas no capítulo 31. Se um paciente não é capaz de transmitir toda a informação necessária, peça aos membros da família (se for o caso). Tal como acontece com qualquer admissão em uma instituição de cuidados de saúde, inclua informações sobre diretrizes antecipadas. Pergunte se um paciente tem uma procuração legal para cuidados de saúde ou um testamento em vida (Cap. 23) e inclua uma cópia no prontuário do paciente. A lei exige a identificação das diretrizes antecipadas para pacientes de todas as idades e para todos os procedimentos cirúrgicos. Muitas vezes, as diretrizes são modificadas antes da cirurgia, mas são restabelecidas após estabilização pós-operatória. Para ajudar a garantir uma avaliação completa e precisa de cuidados, registros de saúde eletrônicos proporcionam formas de documentação padronizadas para avaliação pré-operatória. Certifique-se de usar todos os menus suspensos para retratar mais claramente a história do paciente, mas também se disponha a inserir descrições completas de texto conforme necessário.

Histórico Médico

Uma revisão do histórico médico do paciente inclui doenças e cirurgias anteriores e a principal razão para procurar atendimento médico. O histórico seleciona candidatos à cirurgia para as principais condições médicas que aumentam o risco de complicações durante ou após a cirurgia (Tabela 50-4). Por exemplo, um paciente que tem um histórico de insuficiência cardíaca está em risco de novo declínio da função cardíaca durante e após a cirurgia. O paciente com insuficiência cardíaca no pré--operatório muitas vezes requer medicamentos betabloqueadores, líquidos intravenosos (IV) infundidos a uma taxa mais lenta ou a administração de um diurético após transfusões de sangue. O Quadro 50-1 fornece uma lista de perguntas de avaliação para um paciente com um histórico cardíaco. Se um paciente tem qualquer risco cirúrgico de uma condição médica, a cirurgia em ambulatório pode não ser aconselhável, ou será necessário tomar precauções especiais. Também pergunte sobre o histórico familiar de complicações anestésicas, como hipertermia maligna (uma doença hereditária). A hipertermia maligna é uma condição com risco à vida que pode ocorrer durante a cirurgia.

Tabela 50-4

Condições Médicas que Aumentam os Riscos de Cirurgia

Tipo de Condição	Razão do Risco
Distúrbios hemorrágicos (trombocitopenia, hemofilia)	Aumenta o risco de hemorragia durante e após a cirurgia.
Diabetes melito	Aumento da suscetibilidade à infecção e cicatrização de feridas prejudicada a partir do metabolismo da glicose alterado e comprometimento circulatório associado. Tensão de cirurgia muitas vezes resulta em hiperglicemia (Lewis et al., 2014).
Doença cardíaca (infarto do miocárdio recente, arritmias, insuficiência cardíaca) e doença vascular periférica	O estresse da cirurgia provoca aumento das exigências no miocárdio para manter o funcionamento cardíaco. Agentes anestésicos gerais causam depressão da função cardíaca.
Hipertensão	Aumento do risco de complicações cardiovasculares durante anestesia (p.ex., acidente vascular cerebral, oxigenação do tecido insuficiente)
Apneia obstrutiva do sono.	A administração de opioides aumenta o risco de obstrução das vias respiratórias após a cirurgia. Pacientes dessaturam conforme revelado pela queda na saturação

	de oxigênio por oximetria de pulso.
Infecção respiratória superior	Aumento do risco de complicações respiratórias durante a anestesia (p.ex., pneumonia e espasmo dos músculos da laringe)
Doença renal	Altera a excreção de drogas anestésicas e seus metabólitos, aumentando o risco de desequilíbrio ácido-base e outras complicações.
Doença hepática	Altera o metabolismo e a eliminação dos medicamentos administrados durante a cirurgia e prejudica a cicatrização de feridas e o tempo de coagulação por causa de alterações no metabolismo de proteínas.
Febre	Predispõe o paciente a desequilíbrios hidroeletrolíticos e às vezes indica infecção subjacente.
Doença respiratória crônica (enfisema, bronquite, asma)	Redução da capacidade dos pacientes para compensar alterações ácido-base (Cap. 41). Agentes anestésicos redução da função respiratória, aumentando o risco de hipoventilação grave.
Distúrbios imunológicos (leucemia, síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS], depressão da medula óssea e a utilização de fármacos quimioterapêuticos ou agentes imunossupressores)	Aumenta o risco de infecção e cicatrização retardada depois da cirurgia.
Abuso de álcool, drogas de rua	Pessoas que abusam de drogas, por vezes, têm doença subjacente (vírus da imunodeficiência humana [HIV], hepatite) que afeta a cura. Dependência de álcool provoca reações imprevisíveis para a anestesia. As pessoas passam por abstinência durante e após a cirurgia.
Dor crônica	O uso regular de medicamentos para a dor muitas vezes resulta em maior tolerância. O aumento das doses de analgésicos é, às vezes, necessário para alcançar o controle da dor pós-operatória.

Quadro 50-1 Questões de Avaliação de Enfermagem: Histórico Cardíaco

Natureza do Problema

- Você tem um histórico de ataque cardíaco, insuficiência cardíaca, angina (dor no peito), batimento cardíaco irregular, ou doença da válvula?
- Quais medicamentos você toma?
- Está tomando vitaminas ou outros suplementos?
- Você passou por qualquer teste médico recente ou procedimentos

em seu coração (p.ex., cateterismo cardíaco ou ecocardiograma)?

Sinais e Sintomas

- Você está tendo dor no peito?
- Como você dorme à noite (posição, uso de travesseiros, despertar com dor no peito)?
- Seus pés suam?
- Você está com falta de ar, ou você tem alguma dificuldade para respirar?

Início e Duração

- Com que frequência você tem dor no peito? Quando ela começa, quanto tempo dura? O que alivia?
- Quando seus pés incham (todo o tempo, final do dia, só depois de um dia agitado)?
- Quando você tem falta de ar?

Severidade

- Em uma escala de 0 a 10 (sendo 0 sem dor e 10 a pior dor), que número você dá para a sua dor no peito?
- Descreva seu nível de atividade habitual. Você consegue subir escadas? Você consegue fazer tarefas domésticas?
- Você se exercita regularmente? Que tipo de exercício?

Autogestão e Cultura

- Você mudou seu nível de atividade, a quantidade de sono, dieta e ingestão de líquidos recentemente?
- Você está tomando qualquer medicação à base de plantas ou produto sem receita?

Do Ponto de Vista do Paciente

- Como você se sente sobre sua cirurgia? Afetou os seus sintomas?
- Você está tendo algum estresse adicional atualmente?

Histórico Cirúrgico

Uma revisão das experiências passadas de um paciente com cirurgias revela respostas físicas e psicológicas que podem ocorrer durante o processo de planejamento atual. Complicações como anafilaxia ou hipertermia maligna durante a cirurgia anterior alertam para a necessidade de medidas preventivas e de disponibilidade de equipamento de emergência adequado. Um histórico de complicações pós-operatórias, tais como vômitos persistentes ou dor não controlada ajuda na seleção de medicamentos adequados (como pedido pela equipe médica). Relatos de ansiedade severa antes de uma cirurgia anterior identificam a necessidade de apoio emocional adicional, medicamentos e assistência pré-operatória. Informe o cirurgião ou anestesista de suas descobertas, especialmente quando você acredita que medicamentos são indicados.

Fatores de Risco

Seu conhecimento de potenciais fatores de risco cirúrgico permite que você concentre sua avaliação e selecione seus pacientes com cuidado para que possa tomar as precauções necessárias no planejamento de cuidados perioperatórios.

Considere se qualquer um dos fatores de risco descritos anteriormente afetam seu paciente. Colabore estreitamente com a pessoa que presta os cuidados de saúde quando você identificar um fator de risco que requer terapia. Por exemplo, alguns pacientes precisam parar de tomar contraceptivos orais contendo estrogênio e terapia de reposição hormonal 4 semanas antes da cirurgia para reduzir o risco de tromboembolismo (NICE, 2010). Selecione cuidadosamente pacientes que têm sinais e sintomas suspeitos de AOS. Incluir o acompanhante do paciente, conforme apropriado, para avaliar se há sinais de AOS como ronco. Também determinar se o paciente usa pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), ventilação não invasiva por pressão positiva (VNI) ou monitoramento de apneia em casa. Instruir os pacientes que usam CPAP ou VNI a trazer a sua máquina para o centro hospitalar ou cirurgia. Muitos hospitais estão agora fazendo a triagem de AOS obrigatória com o uso

de ferramentas baseadas em evidências, como a ferramenta STOP-BANG de avaliação da apneia do sono (Quadro 50-2) (Chung *et al.*, 2013).

Quadro 50-2 Questionário STOP-BANG

Altura _____ cm Peso _____ kg

Idade _____

Sexo Masculino/Feminino

IMC _____

Tamanho de camiseta: P, M, G, GG, ou _____ cm

Circunferência do pescoço * _____ cm

1. ***R***onco

   Você *r*onca alto (mais alto que a fala ou o suficiente para ser ouvido através de portas fechadas)?

   Sim Não

2. ***C***ansaço

   Você costuma se sentir *c*ansado, fatigado ou sonolento durante o dia?

   Sim Não

3. ***O***bservações

   Alguém *o*bservou que você para de respirar durante o sono?

   Sim Não

4. ***Pressão arterial***

   Você tem ou você está sendo tratado para *p*ressão arterial elevada?

   Sim Não

5. ***I***MC

   *I*MC maior que 35 kg/m^2?

   Sim Não

6. ***I***dade

   *I*dade acima de 50 anos?

   Sim Não

7. ***C***ircunferência do pescoço (medida com fita métrica aprovada) *

   *C*ircunferência do pescoço maior que 40 cm?

   Sim Não

8. **S**exo
*S*exo masculino?
Sim Não

4 pontos — Alta sensibilidade de 88% para a identificação de apneia obstrutiva do sono (AOS) grave

5 pontos ou mais — Alto risco de AOS; uma pontuação de 6 é mais específica

---

Modificado de from Chung F et al: Desempenho preditivo da pontuação STOP-BANG para a identificação de apneia obstrutiva do sono em pacientes obesos, *Obes Surg* 23(12):2050, 2013.

---

* A circunferência do pescoço é medida pela equipe. *IMC,* Índice de massa corpórea.

Alguns pacientes necessitam de uma avaliação nutricional detalhada para determinar o risco cirúrgico. Se um paciente apresenta sinais de desnutrição, execute um rastreio nutricional utilizando o instrumento da instituição ou converse com um nutricionista clínico (Cap. 45). Se um paciente tem um histórico de fumo, use as informações para planejar uma higiene pulmonar pós-operatória intensa, incluindo viragens mais frequentes, uso de espirometria de incentivo, respiração profunda e tosse. Fumar provoca hipercoagulabilidade no sangue e aumento do risco de formação de coágulos. Forneça medidas preventivas para diminuir o risco de coágulos tais como meias de compressão pneumática, exercícios de perna e deambulação precoce.

Medicamentos

Descubra se um paciente está tomando outros medicamentos que aumentam o risco de complicações cirúrgicas (Tabela 50-5). Muitos medicamentos interagem de forma imprevisível com agentes anestésicos durante a cirurgia (Lehne, 2016). Às vezes, os cirurgiões interrompem temporariamente ou ajustam as doses da prescrição de um paciente ou de medicamentos sem receita e suplementos de ervas

antes da cirurgia de um paciente. Se você estiver em um ambulatório, instruir os pacientes a perguntar aos seus cirurgiões se eles devem tomar seus medicamentos habituais na manhã da cirurgia. Folhas de instrução pré-impressas são muitas vezes dadas aos pacientes em consultórios médicos contendo essas informações. Se você estiver em um ambiente de cuidados intensivos, determine se o seu paciente interrompeu o uso dos medicamentos de forma adequada. Se um paciente passa por cirurgia hospitalar, todos os medicamentos prescritos tomados antes da cirurgia são interrompidos automaticamente após a cirurgia, a menos que prescritos novamente.

Tabela 50-5

Medicamentos com Implicações Especiais para o Paciente Cirúrgico

Classificação do Medicamento	Efeitos durante a Cirurgia
Antibióticos	Potencializar (reforçar a ação dos agentes anestésicos). Se forem tomados dentro de 2 semanas antes da cirurgia, aminoglicosídeos (gentamicina, neomicina, tobramicina) podem causar depressão respiratória leve por transmissão neuromuscular deprimida.
Antidisrítmicos	Medicamentos (p.ex., betabloqueadores) podem reduzir a contratilidade cardíaca e prejudicar a condução cardíaca durante a anestesia.
Anticoagulantes	Medicamentos como a varfarina (Coumadin) ou aspirina alteram fatores de coagulação normais e, portanto, aumentam o risco de hemorragia. Descontinuar pelo menos 48 horas antes da cirurgia.
Anticonvulsivantes	Uso em longo prazo de alguns anticonvulsivantes (p.ex., fenitoína [Dilantin] e fenobarbital) altera o metabolismo de agentes anestésicos.
Anti-hipertensivos	Medicamentos como betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio interagem com agentes anestésicos e causam bradicardia, hipotensão e circulação prejudicada. Eles inibem a síntese e armazenamento de noradrenalina nas terminações nervosas simpáticas.
Corticoesteroides	Com o uso prolongado, os corticosteroides, como prednisona causam atrofia adrenal, reduzindo a capacidade do corpo para suportar o estresse. Antes e durante a cirurgia, as doses são muitas vezes temporariamente aumentadas.
Insulina	As necessidades de insulina do paciente flutuam após a cirurgia. Por exemplo, alguns pacientes necessitam de doses aumentadas devido à resposta ao estresse de uma cirurgia. Outros necessitam de menos insulina devido à diminuição da ingestão nutricional após a cirurgia.
Diuréticos	Diuréticos tais como a furosemida (Lasix) potencializam o desequilíbrio eletrolítico (particularmente potássio) após a cirurgia.
Anti-inflamatórios	AINEs (p.ex., ibuprofeno) inibem a agregação de plaquetas e prolongam o tempo de

não esteroides (AINEs)	hemorragia, aumentando a suscetibilidade a hemorragia pós-operatória.
Terapias à base de plantas: gengibre, ginkgo, ginseng	Estas terapias à base de plantas podem afetar a atividade plaquetária e aumentar a suscetibilidade a sangramento pós-operatório. Ginseng aumenta a hipoglicemia com terapia com insulina.

Seja vigilante na revisão de prescrições pré-operatórias do cirurgião para que você administre os medicamentos corretos e não aqueles que não estão devem ser administrados. É importante que, como um paciente se move por diferentes áreas (p.ex., da área de espera à sala de cirurgia), a lista completa dos medicamentos seja comunicada com precisão durante o relatório de transferência (TJC, 2016).

Alergias

Alergias a medicamentos, látex e agentes tópicos usados para preparar a pele para a cirurgia criam riscos significativos para os pacientes durante a cirurgia. Uma resposta alérgica a um agente é potencialmente fatal, dependendo da gravidade. Alergia ao látex está em ascensão, com 1% a 6% da população em geral e de 8 a 12% dos profissionais de saúde sensíveis ao látex (CDC, 2011). Os pacientes com maior risco para uma alergia ao látex incluem as pessoas com predisposição genética para alergia ao látex, as crianças com espinha bífida, pacientes com alterações urogenitais ou lesão da medula espinhal (por causa de um longo histórico de uso de cateter urinário), pacientes com histórico de múltiplas cirurgias, profissionais de saúde e os trabalhadores que fabricam produtos de borracha. Os pacientes com uma alergia a certos alimentos, como bananas, castanhas, frutas kiwi, abacate, batata, morango, nectarina, tomate e trigo muitas vezes têm uma sensibilidade cruzada ao látex (Cleveland Clinic, 2014). Os sintomas de uma alergia ao látex variam em gravidade (p.ex., dermatite de contato com vermelhidão, inflamação e bolhas; urticária de contato com prurido, vermelhidão e inchaço; sintomas semelhantes à febre do feno; e anafilaxia).

Se você identificar que um paciente tem uma alergia, providencie uma pulseira de identificação da alergia no momento da admissão que permaneça até a alta. Liste todas as alergias no prontuário do paciente. Também é comum listar alergias na frente do prontuário.

Hábito de Fumo

Avalie todos os pacientes para um histórico de tabagismo, incluindo cigarros, charutos e cachimbos. Isso geralmente é incluído no histórico de saúde de enfermagem. Pergunte quanto tempo um paciente fumou e o número de cigarros/charutos fumados por dia. Use essas informações para planejar a higiene pulmonar intensa, incluindo viragem mais frequente, respiração profunda, tosse e a utilização de espirometria de incentivo após a cirurgia.

Ingestão de Álcool e Uso e Abuso de Substâncias

Uso habitual de álcool e drogas ilícitas predispõe os pacientes a reações adversas aos agentes anestésicos. Alguns pacientes apresentam uma tolerância cruzada a agentes analgésicos e anestésicos, resultando na necessidade de doses mais elevadas que o normal. Pacientes com histórico de ingestão excessiva de álcool são frequentemente mal nutridos, o que atrasa a cicatrização de feridas. Esses pacientes também estão em risco de doença hepática, hipertensão portal e varizes esofágicas (que aumentam o risco de hemorragia). Um paciente que habitualmente usa álcool e é obrigado a permanecer no hospital mais de 24 horas também está em risco de abstinência aguda de álcool e sua forma mais grave, *delirium tremens* (DTs). É importante avaliar todas as faixas etárias, porque há uma alta prevalência de consumo de risco e consumo excessivo de álcool (17% do total) em adultos de 18 anos ou mais (CDC, 2012b). O CDC informa, ainda, que os indivíduos com renda familiar maior que 75 mil dólares por ano têm a prevalência mais alta de episódios de consumo excessivo de álcool (20,2%), mas aqueles com renda familiar inferior a 25 mil dólares têm a maior frequência (5 episódios por mês) e intensidade (8,5 bebidas na ocasião).

Gravidez

Durante a avaliação pré-operatória de rotina, perguntar às mulheres em idade fértil com cirurgia programada sobre o seu último período menstrual e se foi "típico" para elas. Também perguntar se elas tiveram relações sexuais desprotegidas no último mês. Visto que

muitas mulheres não sabem que estão grávidas no início do primeiro trimestre, muitas instituições exigem um teste de gravidez quando uma paciente está agendada para cirurgia. O plano de cuidado perioperatório contempla não um, mas dois pacientes: a mãe e o feto em desenvolvimento. Uma paciente grávida passa por cirurgia só em casos de emergência ou urgência. Tendo em vista que todos os principais sistemas da mãe são afetados durante a gravidez, o risco de complicações intraoperatórias é aumentado. A anestesia geral é administrada com precaução devido ao risco aumentado de morte fetal e parto prematuro. A anestesia regional é usada em preferência à anestesia geral, quando apropriado (Reitman e Flood, 2011). Avaliação psicológica da mãe e da família também é essencial.

Percepções e Conhecimento sobre a Cirurgia

As experiências passadas de um paciente com a cirurgia influenciam as respostas físicas e psicológicas a um procedimento. Avalie as experiências anteriores do paciente com a cirurgia como uma base para antecipar suas necessidades, proporcionando ensino, abordando medos e esclarecendo dúvidas. Peça que o paciente discuta o tipo anterior de cirurgia, nível de desconforto, extensão da deficiência e nível geral de cuidados necessários. Resolver quaisquer complicações que o paciente experimente. Registros de anestesia prévia são uma fonte útil de informação se problemas cirúrgicos anteriores tiverem ocorrido.

A experiência cirúrgica afeta a unidade familiar como um todo. Portanto, prepare o paciente e a família para a experiência cirúrgica. Compreender o conhecimento do paciente e da família e as expectativas (durante a recuperação e convalescença e após a alta) permite planejar o ensino e fornecer medidas de apoio emocional individualizados.

Todo paciente teme a cirurgia. Alguns medos são o resultado de experiências hospitalares anteriores, alertas de amigos e familiares, ou falta de conhecimento. Avaliar a compreensão do paciente da cirurgia programada, suas implicações e atividades pós-operatórias planejadas. Faça perguntas como: “O que você acha que vai acontecer

antes e após a cirurgia?" ou "Explique o que você sabe sobre a cirurgia". Enfermeiros enfrentam dilemas éticos quando os pacientes estão mal informados ou desconhecem a razão da cirurgia. Confira com o cirurgião se o paciente tem uma percepção imprecisa ou conhecimento insuficiente do procedimento cirúrgico antes que este seja enviado para o conjunto cirúrgico. Também determinar se a pessoa que presta osde cuidados de saúde explicou os procedimentos pré-operatórios e pós-operatórios de rotina e avaliar a prontidão e vontade de aprender do paciente. Quando um paciente está bem preparado e sabe o que esperar, reforce o seu conhecimento.

Fontes de Apoio

Avaliar sempre quem é a família de um paciente e seu nível de apoio. O paciente geralmente não pode assumir imediatamente o mesmo nível de atividade física desempenhado antes da cirurgia. Na **cirurgia ambulatória**, pacientes e/ou cuidadores familiares assumem a responsabilidade de cuidados pós-operatórios. Com frequência, o cuidador familiar é importante para um paciente com limitações físicas e fornece o apoio emocional necessário para motivá-lo a voltar ao seu estado anterior de saúde. Pergunte ao cuidador familiar se ele é capaz de fornecer suporte. Às vezes, o cuidador se lembra da orientação pré-operatória e pós-operatória melhor que o paciente. Pacientes submetidos a cirurgia ambulatória receberão um telefonema pós-alta para avaliar a sua recuperação. Como os pacientes, especialmente os idosos, são incapazes de ouvir ou chegar a um telefone após a cirurgia, identificar se um membro da família vai ficar com ele para atender o telefone. Sua responsabilidade é preparar totalmente o paciente e qualquer cuidador familiar para a autoassistência ao paciente se este voltar para o domicílio. Isso inclui fornecer informações para que o paciente possa antecipar qualquer problema, saber como agir e ser capaz de realizar medidas de cuidados (p.ex., administração de medicamentos, trocas de curativos, exercícios). Muitas vezes, um membro da família se torna o instrutor do paciente, oferecendo valioso apoio após a cirurgia, quando a participação do paciente na recuperação é vital.

Ocupação

A cirurgia muitas vezes resulta em mudanças físicas e limites que impedem que uma pessoa possa imediatamente voltar a trabalhar. Avaliar a história ocupacional do paciente para antecipar os possíveis efeitos da cirurgia na recuperação, volta ao trabalho e eventual desempenho no trabalho. Explique restrições pós-operatórias, tais como levantar peso, caminhar ou subir escadas antes que um paciente retorne ao trabalho. Quando um paciente é incapaz de voltar ao trabalho, encaminhe-o a um assistente social e/ou terapeuta ocupacional para os programas de treinamento profissional ou procure assistência econômica.

Avaliação da Dor Pré-operatória

Manipulação cirúrgica de tecidos, tratamentos e posicionamento na sala de cirurgia contribuem para a dor pós-operatória. Realizar uma avaliação abrangente da dor antes da cirurgia (Cap. 44), incluindo as expectativas do paciente e da família para o manejo da dor após a cirurgia. Peça que os pacientes descrevam sua tolerância à percepção de dor, experiências passadas e intervenções bem-sucedidas anteriores. Proporcionar orientação ao paciente sobre a dor reduz a ansiedade pré-operatória, que é frequentemente associada à dor pós-operatória (Alanazi, 2014). Orientar os pacientes antes da cirurgia sobre como usar uma escala de dor com o intuito de que eles estejam preparados para avaliar a sua dor após a cirurgia (Cap. 44).

Revisão da Saúde Emocional

A cirurgia é psicologicamente estressante e muitas vezes cria ansiedade em pacientes e suas famílias. Os pacientes muitas vezes se sentem impotentes perante a sua situação. Rupturas potenciais no estilo de vida, um longo período de recuperação em casa e a incerteza sobre os efeitos em longo prazo da cirurgia na vida gera estresse nos pacientes e suas famílias. Quando um paciente tem uma doença crônica, a família pode ter medo de que a cirurgia resulte em mais deficiência ou esperança de que ela melhorará o estilo de vida do mesmo. Para entender o efeito da cirurgia na saúde emocional do

paciente e da família e avaliar os sentimentos do paciente sobre a cirurgia, considere o autoconceito, a imagem corporal e o enfrentamento. É difícil avaliar os sentimentos de um paciente completamente quando cirurgia ambulatorial está prevista, porque você não tem muito tempo para estabelecer uma relação terapêutica com o paciente. Você pode responder a essas preocupações inicialmente com o paciente durante uma visita domiciliar ou ao telefone antes da cirurgia. Em um quarto de hospital escolha um tempo privado para discussão depois de completar os procedimentos de admissão ou testes de diagnóstico. Explique que é normal ter medos e preocupações. A capacidade do paciente de compartilhar sentimentos parcialmente depende da sua disponibilidade para ouvir, ser solidário e esclarecer equívocos. Deixe-o seguro de seu direito de fazer perguntas e buscar informações.

Autoconceito

Os pacientes com um autoconceito positivo são mais propensos a lidar com experiências cirúrgicas de forma adequada. Avaliar o autoconceito, pedindo a eles para identificar, pessoalmente, seus pontos fortes e fracos (Cap. 34). Aqueles que rapidamente criticam ou desprezam as suas próprias características pessoais podem ter baixa autoestima, ou podem estar testando a sua opinião sobre o caráter deles. Um autoconceito negativo dificulta a capacidade de se adaptar ao estresse da cirurgia e agrava os sentimentos de culpa e inadequação.

Imagem Corporal

Cirurgia ou remoção cirúrgica de qualquer parte do corpo muitas vezes causa cicatrizes permanentes, alteração na função do corpo ou preocupação sobre a mutilação. Perda de funções do corpo (p.ex., com uma colostomia ou amputação) está entre os medos dos pacientes. Avaliar a percepção de alterações da imagem corporal dos pacientes de cirurgia. Os indivíduos respondem de forma diferente dependendo de sua cultura, autoconceito e autoestima (Cap. 34).

Cirurgias tais como a remoção de uma mama, uma ostomia ou

remoção da glândula prostática às vezes mudam os aspectos físicos ou psicológicos da sexualidade de um paciente. Algumas cirurgias, como uma extração de correção de hérnia ou catarata, requerem que os pacientes se abstenham temporariamente de relações sexuais até que voltem à atividade física normal. Encoraje os pacientes a expressar preocupações sobre sua sexualidade. Um paciente enfrentando até mesmo disfunção sexual temporária precisa de compreensão e apoio. Realize debates sobre a sexualidade do paciente com o parceiro sexual dele ou dela para que o parceiro adquira uma compreensão compartilhada de como lidar com limitações da função sexual (Cap. 35).

Recursos de Enfrentamento

Uma avaliação sobre os sentimentos dos pacientes e do autoconceito revela se eles têm a capacidade de lidar com o estresse da cirurgia. Assim, você precisa perguntar aos pacientes sobre como eles tipicamente lidam com o estresse, sobre a gestão do mesmo. Fisiologicamente, o estresse provoca a ativação do sistema endócrino, resultando na liberação de hormônios e catecolaminas, o que aumenta a pressão arterial, frequência cardíaca e respiração. A agregação de plaquetas também ocorre, juntamente com muitas outras respostas fisiológicas. Esteja ciente dessas respostas e ajude com a gestão de estresse, oferecendo estratégias de enfrentamento saudáveis, como exercícios de relaxamento (Caps. 33 e 38). Envolva trabalho social ou espiritual conforme necessário.

Fatores Culturais e Espirituais

A cultura é um sistema de crenças e valores desenvolvidos ao longo do tempo e repassados através de muitas gerações. Os pacientes vêm de diversas origens culturais, educacionais, geográficas, e espirituais que afetam a maneira como cada paciente percebe e reage à experiência cirúrgica. Um estudo recente mostra que, por vezes, há uma discrepância entre a informação fornecida antes da cirurgia e a expectativa de um paciente, que destaca por que enfermeiros precisam ouvir os pacientes para identificar as suas expectativas

(Tocher, 2014). Se você não reconhece e leva em conta as diferenças culturais e espirituais no plano perioperatório de cuidado, o paciente pode não conseguir os resultados cirúrgicos desejados (Quadro 50-3). Para dar conta das diferenças culturais, você deve explorar e respeitar as crenças dos seus pacientes, bem como a maneira que enxergam a doença, preferências e necessidades. Entender a herança cultural e étnica de um paciente ajuda você a cuidar melhor daquele que passa por cirurgia. Embora seja importante reconhecer e levar em conta as diferenças na base da cultura, também é necessário reconhecer que os membros de uma mesma cultura são indivíduos e nem sempre se sustentam essas crenças compartilhadas.

Quadro 50-3

Aspectos culturais do cuidado

Fornecendo Cuidado Sensível à Cultura para o Paciente Passando por Cirurgia

A cultura dos pacientes, grupo religioso e país de origem influenciam suas crenças de saúde. Sua abordagem para cuidados perioperatórios precisa respeitar os valores culturais dos pacientes e incorporá-los para melhorar a adesão ao plano de assistência (Galanti, 2008). O uso de uma grande variedade de recursos dentro de uma instituição de cuidados de saúde, na literatura e da internet ajuda enfermeiros a prestar cuidados culturalmente sensíveis.

Implicações para a Assistência Centrada no Paciente

- A avaliação pré-operatória deve incluir uma avaliação cultural com perguntas tais como idioma principal falado, sentimentos a respeito da cirurgia e da dor, gestão da dor, expectativas, sistema de apoio e sentimentos em relação a autocuidado com implicações no pós-operatório (p.ex., O paciente se relaciona com o conceito de dor? O paciente tem sentimentos sobre o gênero do cuidador? O

paciente tem o costume de dar aos membros da família controle sobre as decisões? O paciente tem convicções religiosas que afetam o cuidado perioperatório, como a oposição à administração de produtos derivados de sangue?).

- Seja sensível sobre quando usar intérpretes profissionais e que profissionais trazer para se comunicar com pacientes não falantes do idioma local, pois alguns pacientes podem ter dificuldade em compartilhar informações pessoais de saúde com pessoas que são mais jovens ou de um gênero específico.
- Usar materiais e técnicas de ensino que sejam culturalmente relevantes e linguagem adequada para se comunicar e avaliar o paciente não falante do idioma local em relação a fatores tais como a dor, o conforto geral, a temperatura e a necessidade de evacuar.
- Fornecer materiais educacionais pré-operatórios e pós-operatórios em uma variedade de idiomas.

Exame Físico

Realizar um exame físico completo ou parcial, dependendo do tempo disponível e da condição pré-operatória do paciente. O Capítulo 31 descreve técnicas de avaliação física. A avaliação é centrada em um histórico médico do paciente e nos sistemas do corpo que a cirurgia tende a afetar. Enquanto completar uma avaliação de enfermagem, valide as informações existentes, reforce o ensino pré-operatório e as instruções de avaliação de alta.

Levantamento Geral

Observe a aparência geral de um paciente. Gestos e movimentos corporais (atitude, postura, movimento intencional) podem refletir diminuição da energia ou fraqueza causada pela doença. Altura, peso corporal e histórico de perda de peso recente são importantes indicadores do estado nutricional e são usados para calcular doses de medicação. Sinais vitais pré-operatórios, incluindo pressão arterial, enquanto sentado e em pé, e oxímetro de pulso fornecem dados básicos importantes com os quais comparar alterações que ocorrem

durante e após a cirurgia, incluindo a resposta aos anestésicos e medicamentos e anormalidades de fluidos e eletrólitos (Cap. 42). Uma temperatura elevada é motivo de preocupação. Se um paciente tem uma infecção subjacente, cirurgias eletivas são muitas vezes adiadas até que a infecção seja tratada ou resolvida. Uma temperatura corporal elevada também altera o metabolismo de medicamentos e aumenta o risco de mudanças de líquidos e eletrólitos. Notificar imediatamente o cirurgião se um paciente tem uma temperatura elevada.

Cabeça e Pescoço

Para determinar se o paciente está desidratado, você avalia as mucosas orais do seu paciente. A desidratação aumenta o risco de sérios desequilíbrios de líquidos e eletrólitos durante a cirurgia. Inspecione a área entre as gengivas e bochechas, palato mole e os seios nasais. Se a drenagem do seio que for amarela ou esverdeada, poderá indicar infecção respiratória ou do seio. Para descartar a presença de infecção local ou sistêmica, apalpar os gânglios linfáticos cervicais e observar qualquer alargamento, o que indica doença sistêmica. Durante o exame da mucosa oral, identificar quaisquer dentes soltos ou tapados, porque eles podem se desalojar durante a intubação traqueal. Verifique a presença de próteses, dispositivos prostéticos ou perfurações de modo que eles possam ser removidos antes da cirurgia, especialmente se o paciente receber anestesia geral.

Tegumento

A condição geral da pele revela o nível de hidratação de um paciente. Inspecione cuidadosamente a pele, especialmente sobre proeminências ósseas, como calcanhares, cotovelos, sacro, parte de trás da cabeça e escápula. Em pacientes que são obesos, separar as dobras do corpo para garantir que você examine cuidadosamente a pele. Durante a cirurgia os pacientes muitas vezes se encontram em uma posição fixa durante várias horas, colocando-os em maior risco de lesões por pressão (Cap. 48). Apesar do sangue fisiológico e das taxas do fluxo linfático variarem entre os pacientes, pressões capilares

podem aumentar para até 150 mmHg durante a pressão prolongada, não dedutível sem uma mudança de posição (AORN, 2015). A pressão normal necessária para manter abertos os capilares (12 a 32 mmHg) foi identificada na pesquisa clássica (Landis, 1930; Williams et al., 1988). Quando a intensidade da pressão exercida sobre capilares excede 12 a 32 mmHg, a pele pode desenvolver lesão isquêmica. Considere o tipo de cirurgia a que o paciente será submetido e a posição necessária na mesa da sala de cirurgia (Fig. 50-2) para identificar áreas de risco para a formação de lesões por pressão.

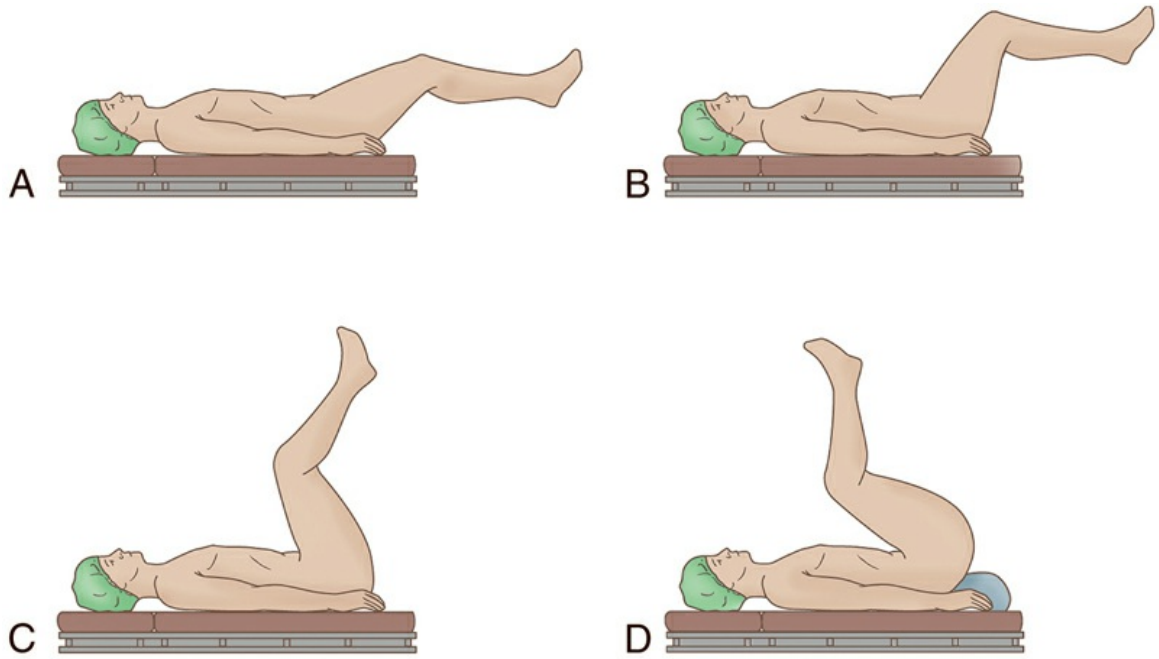


FIGURA 50-2 Exemplos de posições dos pacientes que necessitam de uma posição de litotomia durante a cirurgia. **A,** Baixa. **B,** Padrão. **C,** Alta. **D,** Exagerada. (De Rothrock J: *Alexander's care of the patient in surgery,* ed 15, St Louis, 2015, Mosby.)

Vários fatores afetam a integridade da pele durante e após a cirurgia. Por exemplo, o uso crônico de esteroides aumenta a suscetibilidade do paciente a fissuras de pele. Os idosos estão em alto risco de alteração na integridade da pele pela diminuição da epiderme, de posicionamento (forças de pressão) e reposicionamento sobre a mesa (forças de cisalhamento).

Tórax e Pulmões

Avaliar o padrão de respiração do paciente e excursão do peito para detectar a presença de um declínio na ventilação. Quando a ventilação é reduzida, um paciente está em risco aumentado de complicações respiratórias (p.ex., atelectasia) após a cirurgia. A ausculta da respiração indica se o paciente tem congestão pulmonar ou estreitamento das vias aéreas, o que pode adiar uma cirurgia. Sons respiratórios fornecem uma base importante para a condição de um paciente. Alguns anestésicos potencialmente causam espasmo muscular da laringe. Se você auscultar chiados nas vias respiratórias antes da cirurgia, o paciente está em risco de obter mais estreitamento das vias aéreas durante a cirurgia e após extubação (remoção do tubo endotraqueal). Portanto, notificar os prestadores de cuidados de saúde imediatamente.

Coração e Sistema Vascular

Se um paciente tem um histórico de doença cardíaca, avaliar o caráter do pulso apical e ouvir os sons do coração. Avaliar os pulsos periféricos, o preenchimento capilar e a cor e a temperatura das extremidades é particularmente importante para pacientes submetidos a cirurgia vascular ou ortopédica e quando você sabe que um paciente terá curativos constritivos ou gesso em uma extremidade após a cirurgia. Testar um paciente para um ou mais dos três fatores causadores primários de formação de TVP (Tríade de Virchow: estase venosa, lesão da parede do vaso e hipercoagulabilidade [observado em testes de laboratório de coagulação]) (AORN, 2015). Se os pulsos periféricos não são palpáveis, use um instrumento Doppler para a avaliação de sua presença. Preenchimento capilar aceitável ocorre em menos de 2 segundos. Alterações pós-operatórias em estado circulatório em um paciente que teve a circulação adequada antes da cirurgia indica a circulação prejudicada.

Abdome

Alterações na função GI após a cirurgia muitas vezes resultam em sons intestinais diminuídos ou ausentes e distensão abdominal.

Avaliar a anatomia abdominal habitual do paciente para tamanho, forma, simetria e presença de distensão antes da cirurgia. Pergunte a frequência dos movimentos intestinais do paciente e sobre a cor e a consistência das fezes. Auscultar os sons do intestino sobre todos os quatro quadrantes abdominais.

Estado Neurológico

O nível de consciência do paciente cirúrgico muda como resultado de anestesia, sedativos e complicações que podem ocorrer durante a cirurgia. Uma avaliação pré-operatória do estado neurológico da linha de base é importante para todos os pacientes. O estado neurológico de base ajuda com a avaliação da volta (despertar) da anestesia.

Observe o nível de orientação, atenção, humor e facilidade de expressão do paciente, observando se ele responde a perguntas de forma adequada e é capaz de lembrar de eventos recentes e passados. Aqueles que passam por cirurgia para doença neurológica (p.ex., tumor cerebral ou aneurisma) podem demonstrar um nível deficiente da consciência e comportamento alterado. Se um paciente está programado para anestesia espinhal ou regional, avaliação pré-operatória da função motora grossa e força é importante. A raquianestesia provoca paralisia temporária das extremidades inferiores (Cap. 44).

Esteja ciente da entrada de um paciente em cirurgia com fraqueza ou mobilidade reduzida das extremidades inferiores e comunique isso para a equipe perioperatória para que os prestadores de cuidados não fiquem alarmados quando a função motora completa não retornar quando o efeito da anestesia passar.

Triagem Diagnóstica

Pacientes são submetidos a testes de diagnóstico e procedimentos para anormalidades pré-existentes antes da cirurgia. Pacientes agendados para cirurgia eletiva ou ambulatorial costumam fazer testes por vários dias antes da cirurgia. Os testes realizados no dia da cirurgia são geralmente limitados a monitorização de glicose para um paciente com diabetes ou um electrocardiograma (ECG) para os

pacientes com doença cardíaca. Se os testes revelam problemas graves, o cirurgião ou anestesista adiará a cirurgia até que a condição se estabilize. Como enfermeiro perioperatório você deve coordenar a realização de testes e verificar se um paciente está devidamente preparado. Esteja familiarizado com o propósito de testes de diagnóstico, saiba os resultados de um paciente e alerte o cirurgião ou anestesista quando os resultados forem anormais.

O histórico do paciente médico, as conclusões da avaliação física e o procedimento cirúrgico determinam o tipo de exames solicitados. Por exemplo, teste de tipo e prova cruzada de sangue são indicados antes da cirurgia para procedimentos em que se prevê a perda de sangue (p.ex., quadril e do joelho) no caso de um paciente precisar de uma transfusão de sangue durante a cirurgia. O cirurgião designa o número de unidades de sangue a disponibilizar durante a cirurgia. A Tabela 50-6 dá o propósito e os valores normais para exames de sangue comuns.

Tabela 50-6

Testes Laboratoriais Comuns para Pacientes Cirúrgicos

		IMPORTÂNCIA	
Teste	**Valores Normais** *	**Baixa**	**Alta**
Hemograma completo			
Hemoglobina (Hgb)	Sexo feminino: 12–16 g/dL; Sexo masculino: 14-18 g/dL	Anemia	Policitemia (contagem de células vermelhas elevada)
Hematócrito (Hct)	Sexo feminino: 37%–47%; Sexo masculino: 42%-52%	Excesso de líquidos	Desidratação
Contagem de plaquetas	150.000–400.000/mm 3	Coagulação prejudicada	Aumento do risco de coágulos no sangue
Contagem de células brancas do sangue	5.000–10.000/mm 3	Diminuição da capacidade de combater infecção	Infecção
Química do Sangue			
Sódio (Na)	136–145 mEq/L	Excesso de líquidos	Desidratação
Potássio (K)	3,5–5,0 mEq/L	Irregularidades no ritmo	Irregularidades no ritmo

		cardíaco	cardíaco
Cloreto (Cl)	98–106 mEq/L	Seguem mudanças nos níveis sanguíneos de sódio	Seguem mudanças nos níveis sanguíneos de sódio
Dióxido de carbono (CO_2)	23–30 mEq/L	Afeta o equilíbrio ácido-base no sangue	Afeta o equilíbrio ácido-base no sangue
Nitrogênio ureico no sangue (BUN)	10–20 mg/dL	Doença hepática/excesso de líquidos	Doença renal/desidratação
Glicose	70–110 mg/dL em jejum	Reação de insulina, entrada inadequada de glicose	Diabetes melito e estresse da cirurgia
Creatinina	Sexo feminino: 0,5–1,1 mg/dL; Sexo masculino: 0,6–1,2 mg/dL	Má nutrição	Doença renal
Estudos de Coagulação			
Relação Internacional Normalizada (INR)	0,76–1,27	Risco de coágulo	Risco de sangramento
Tempo de protrombina (PT)	11–12,5 s; 85%–100%	Risco de coágulo	Risco de sangramento
Tempo de Tromboplastina Parcial (PTT)	60–70 s	Risco de coágulo	Risco de sangramento
PTT Ativado	30–40 s	Risco de coágulo	Heparina em excesso; risco de sangramento espontâneo (PTT ativado)

De Pagana KD, Pagana TJ: *Mosby's diagnostic and laboratory test reference*, ed 11, St Louis, 2013, Mosby.

* Intervalos normais variam um pouco entre os laboratórios.

A manutenção do volume de sangue circulante é fundamental para qualquer paciente submetido a cirurgia e é realizado com a administração de sangue total ou componentes sanguíneos. Os pacientes submetidos a cirurgias eletivas que provavelmente vão precisar de produtos sanguíneos passarão por testes pré-transfusionais e amostras tomados de 1 a 7 dias antes da cirurgia (ver política da instituição) (Rothrock, 2015). Esse teste assegura a compatibilidade do sangue (se uma transfusão é necessária) e evita anticorpos que possam surgir em resposta à exposição através de

transfusões ou doença de um paciente. Autotransfusão (i.e., a reinfusão do próprio sangue do paciente no intraoperatório) é mais comum hoje em dia (Rothrock, 2015). Durante autotransfusão intraoperatória (resgate de células) é recolhido sangue, uma vez que se perde durante a cirurgia, e reinfundido no paciente depois de ser filtrado e lavado. A doação de sangue autólogo pré-programada (até 1 mês antes da cirurgia) está caindo em desuso (Rothrock, 2015).

Diagnóstico de Enfermagem

Agrupar os padrões de características definidoras do seu histórico de enfermagem para identificar diagnósticos de enfermagem relevantes para um paciente cirúrgico (Quadro 50-4). Um paciente com problemas de saúde pré-existentes é suscetível a uma variedade de diagnósticos de risco. Por exemplo, um paciente com bronquite pré-existente que tem sons respiratórios anormais e uma tosse produtiva está em risco de *Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas.* A natureza da cirurgia e a avaliação do estado de saúde do paciente fornecem características definidoras e fatores de risco para vários diagnósticos de enfermagem. Por exemplo, visto que um paciente terá uma incisão cirúrgica e uma infusão IV, existe um risco para o desenvolvimento de infecção no local da cirurgia, na corrente sanguínea (sepse) ou flebite. Um diagnóstico de *Risco de Infecção* requer atenção desde a admissão e ao longo da recuperação.

Quadro 50-4

Processo de Diagnóstico de Enfermagem

Medo Relacionado com a Falta de Conhecimento e Experiência Cirúrgica Anterior

Atividades de Histórico de Enfermagem	Características Definidoras
Pedir ao paciente para descrever experiências cirúrgicas anteriores.	Apreensão sobre anestesia e dor pós-operatória
Perguntar ao paciente sobre a compreensão	Expressa sentimento de medo, preocupação sobre as

da educação/preparação pré-operatória antes da admissão.	complicações que podem resultar; desconhece exames pré-operatórios
Observar o comportamento não verbal do paciente.	Tem dificuldade em tomar decisões sobre incluir membros da família em discussões

Os fatores relacionados para cada diagnóstico definem diretrizes para os cuidados de enfermagem que são fornecidos durante uma ou todas as fases cirúrgicas. Por exemplo, o diagnóstico de *Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas relacionada com a dor abdominal* requer intervenções diferentes das do diagnóstico de*Desobstrução Ineficaz das Vias aéreas relacionada com excesso de muco.* O diagnóstico de enfermagem no pré-operatório permite que a equipe de enfermagem tome precauções e ações para cuidados prestados durante as fases intraoperatórias e pós-operatórias consistentes com as necessidades do paciente. Diagnósticos de enfermagem realizados antes da cirurgia também incidem sobre os riscos potenciais que um paciente pode enfrentar após a cirurgia. O cuidado preventivo é essencial para gerir o paciente cirúrgico de forma eficaz. A seguir, estão os diagnósticos de enfermagem comuns relevantes para o paciente em cirurgia:

- *Desobstrução ineficaz de vias aéreas*
- *Ansiedade*
- *Dificuldade de lidar com a situação*
- *Integridade da pele prejudicada*
- *Risco de aspiração*
- *Risco de lesão de posicionamento perioperatório*
- *Risco de infecção*
- *Conhecimento deficiente (especificar)*
- *Mobilidade física prejudicada*
- *Termorregulação ineficaz*
- *Náusea*
- *Dor aguda*
- *Recuperação cirúrgica atrasada*

Planejamento de Enfermagem

Durante o planejamento de enfermagem, sintetize informações para

estabelecer um plano de cuidados baseado no diagnóstico de enfermagem de um paciente (ver o Plano de Cuidado de Enfermagem). Aplicar o pensamento crítico na seleção de intervenções de enfermagem (Fig. 50-3). Por exemplo, aplique o conhecimento de princípios de aprendizagem de adultos, as normas para a educação pré-operatória (AORN, 2014) e as necessidades de aprendizagem e necessidades únicas antecipadas de um paciente após a alta e formule um **plano de ensino pré-operatório** bem concebido para o diagnóstico de *Conhecimento Deficiente*. O pensamento crítico garante que o plano de cuidados de um paciente integre conhecimentos, experiências anteriores, as atitudes de pensamento crítico e normas estabelecidas pela prática. As experiências anteriores no cuidado de pacientes cirúrgicos ajudam a estabelecer abordagens para o atendimento ao paciente (p.ex., prevenção e antecipação de complicações e métodos para reduzir a ansiedade). Use padrões profissionais ao selecionar intervenções para o plano de cuidados de enfermagem. Esses padrões geralmente usam diretrizes baseadas em evidências para intervenções de enfermagem preferenciais.

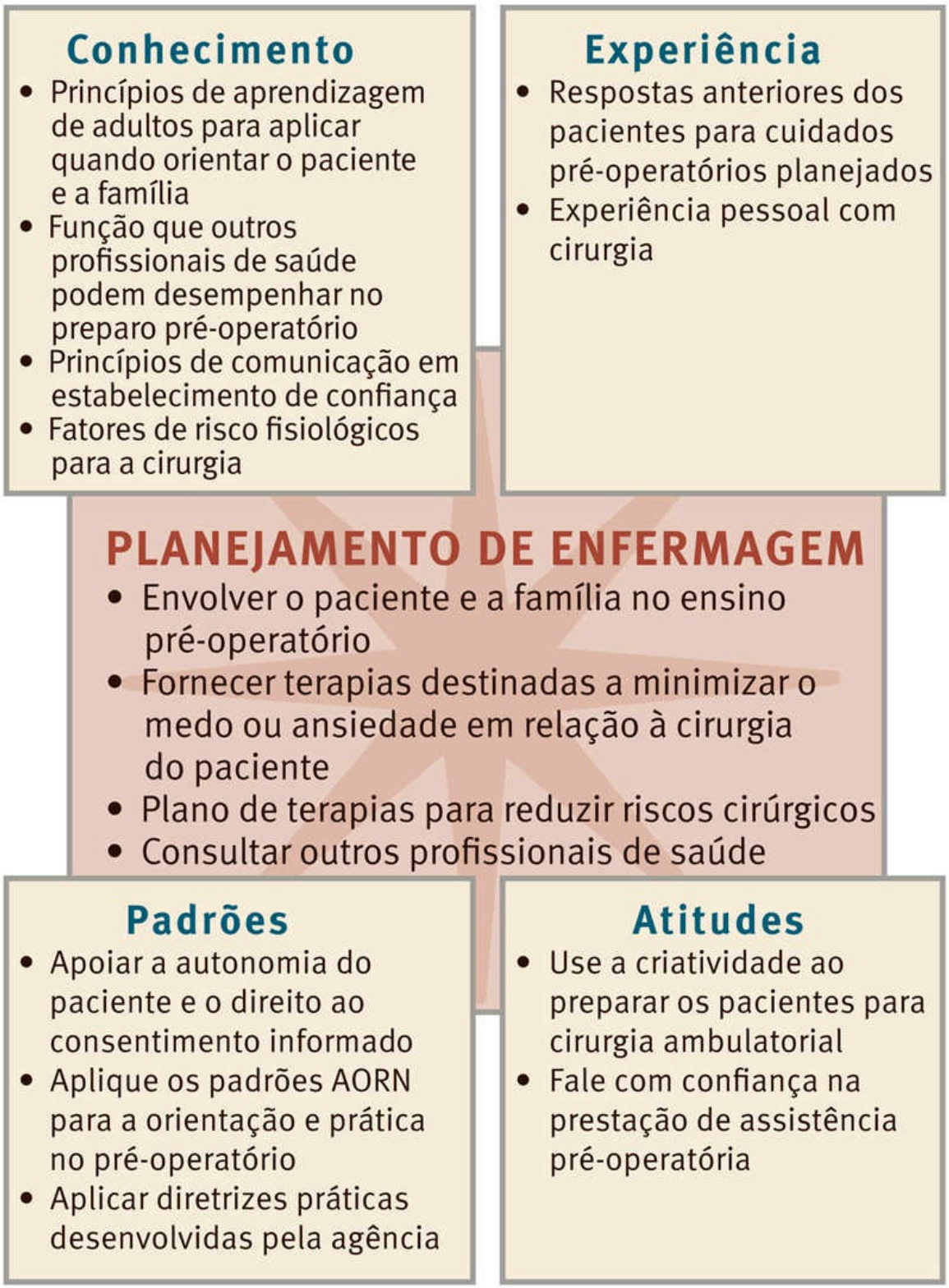


FIGURA 50-3 Modelo de pensamento crítico para o planejamento de enfermagem do paciente cirúrgico. *AORN,* Association of periOperative Registered Nurses.

O planejamento bem-sucedido requer uma abordagem centrada no paciente que envolva o paciente e a família, a fim de definir expectativas realistas para o cuidado. O envolvimento precoce de um paciente e do cuidador familiar no desenvolvimento do plano de cuidados cirúrgicos minimiza os riscos cirúrgicos e complicações pós-operatórias e melhora a transição dos cuidados na alta. Um paciente informado sobre a experiência cirúrgica planejada é menos suscetível a medo e é mais capaz de participar da fase de recuperação pós-operatória e conquistar os resultados esperados. Estabelecer o diagnóstico, intervenções e resultados para garantir a recuperação ou a manutenção da fase de pré-operatório.

Metas e Resultados

Basear as metas e resultados dos cuidados nos diagnósticos de enfermagem individualizados. Rever e modificar o plano durante o intraoperatório e pós-operatório. Resultados estabelecidos para cada objetivo do cuidado fornecem evidências mensuráveis para avaliar o progresso do paciente em direção ao estabelecimento das metas estabelecidas. Por exemplo, a meta "O paciente será capaz de realizar exercícios pós-operatórios durante a recuperação pós-operatória" é medida por meio dos seguintes resultados esperados:

- O paciente realiza respiração profunda e exercícios de tosse no despertar da anestesia.
- O paciente realiza exercícios de perna pós-operatórios e deambulação precoce 12 horas após a cirurgia.
- O paciente realiza espirometria de incentivo no retorno à unidade de assistência ao paciente após a cirurgia.
- O paciente verbaliza justificativa para deambulação precoce 24 horas depois da cirurgia.

Estabelecimento de Prioridades

Use o julgamento clínico para priorizar diagnósticos e intervenções com base nas necessidades específicas de cada paciente. Pacientes que necessitam de cirurgia de emergência muitas vezes experimentam mudanças em seu estado fisiológico que exigem redefinição de

prioridades urgentes. Por exemplo, se a pressão arterial de um paciente começa a cair, estabilização hemodinâmica torna-se uma prioridade em relação a educação e gestão do estresse. Certifique-se de que a abordagem para cada paciente seja completa e reflita uma compreensão das implicações da idade do paciente, saúde física e psicológica, nível educacional, práticas culturais e religiosas e os desejos expressos e/ou escritos relativos às diretrizes médicas antecipadas.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Para os pacientes submetidos a cirurgia ambulatória, os admitidos no dia da sua cirurgia programada e aqueles com problemas especiais (p.ex., obesidade mórbida), a equipe de saúde deve colaborar para garantir a continuidade dos cuidados. O planejamento pré-operatório idealmente ocorre dias antes da admissão a um hospital ou centro cirúrgico. A colaboração entre o consultório da pessoa que presta os cuidados de saúde e o centro cirúrgico é crucial para preparar um paciente a um procedimento e garantir que o equipamento e os suprimentos adequados estejam disponíveis. Instruções pré-operatórias dão aos pacientes tempo para pensar sobre a sua experiência cirúrgica, fazer os preparativos físicos necessários (p.ex., alteração da dieta ou interrupção do uso de medicação) e fazer perguntas sobre os procedimentos pós-operatórios. Um paciente com cirurgia ambulatorial normalmente retorna para casa no dia da cirurgia. Esses cuidados pré-operatórios bem planejados garantem que ele está bem informado e capaz de ser um participante ativo durante a recuperação. A família ou outras pessoas próximas também desempenham um papel de apoio ativo para um paciente.

◆ Implementação

Intervenções de enfermagem pré-operatórias oferecem aos pacientes (e famílias) uma compreensão completa da cirurgia e das atividades pós--operatórias antecipadas e ajuda a preparar fisicamente e psicologicamente para a intervenção e a recuperação cirúrgica.

Consentimento Informado

Exceto em situações de emergência, a cirurgia não pode ser realizada legalmente ou eticamente até que um paciente compreenda integralmente um procedimento cirúrgico e todas as suas implicações. Os procedimentos cirúrgicos não são executados sem a documentação do consentimento de um paciente no prontuário médico. O Capítulo 23 discute as responsabilidades de um enfermeiro para o **consentimento informado**. É de responsabilidade do cirurgião explicar o procedimento, os riscos associados, os benefícios, as alternativas e as possíveis complicações antes de obter o consentimento informado oral e documentado do paciente (Rothrock, 2015). O paciente também precisa saber quem vai realizar o procedimento. Para garantir que um paciente compreenda a informação sobre a cirurgia, a TJC (2014) recomenda que os materiais de consentimento sejam escritos em um nível de leitura equivalente à quinta série ou menor. Depois que o paciente ou seu representante assinar o termo de consentimento, coloque-o no registro médico. Este vai para a sala de cirurgia com o paciente. Como enfermeiro, se você tiver dúvidas sobre a compreensão de um paciente de cirurgia, comunicá-las ao cirurgião ou ao anestesista antes que o paciente vá para a cirurgia (Rothrock, 2015).

Privacidade e Mídia Social

Embora os pacientes agora possam acessar seus registros médicos eletronicamente, existem riscos de confidencialidade. Discussões inapropriadas sobre um paciente e qualquer cirurgia planejada em elevadores, lanchonetes, ou ambientes sociais depois do trabalho podem acabar se espalhando "por todo o mundo" (Rothrock, 2015). Você tem a obrigação de proteger a privacidade de cada paciente, evitando discussões inapropriadas e não usando a mídia social para transmitir informações. Postar informações e fotos de pacientes em sites é proibido; 26 conselhos estaduais de enfermagem tomaram medidas disciplinares contra os enfermeiros que praticam esse tipo de comportamento (Rothrock, 2015). Além disso, viola leis federais e estaduais de privacidade do paciente.

Promoção de Saúde

As atividades de promoção da saúde durante a fase pré-operatória focam a manutenção da saúde, a segurança do paciente, a prevenção de complicações e a antecipação de cuidados continuados necessários após a cirurgia.

Ensino Pré-operatório

A educação do paciente é um aspecto importante da experiência cirúrgica. (Cap. 25). Os temas e princípios discutidos dependem do tipo de cirurgia programada, se um procedimento é hospitalar ou ambulatorial, bem como da capacidade de um paciente para contemplar e aprender o conteúdo fornecido. A pesquisa mostra que a educação do paciente muitas vezes reduz a ansiedade pré-operatória dos pacientes, que frequentemente leva a um aumento na dor pós-operatória, resultados fracos e hospitalizações prolongadas (Alanazi, 2014). Além disso, a educação sobre a experiência cirúrgica aumenta a satisfação e o conhecimento do paciente, acelera o processo de recuperação e facilita um retorno ao funcionamento (Lewis et al., 2014). Uma educação em saúde estruturada durante todo o período perioperatório influencia os seguintes fatores:

- *Função ventilatória*: A educação em saúde melhora a capacidade e a disposição para respirar fundo e tossir de forma eficaz.
- *Capacidade Funcional Física*: A educação em saúde aumenta a compreensão e a disposição para deambular e retomar as atividades da vida diária.
- *Sensação de bem-estar*: Os pacientes que estão preparados para a cirurgia têm menos ansiedade e relatam uma maior sensação de bem-estar psicológico (Haufler e Harrington, 2011).
- *Tempo de permanência hospitalar*: Estar informado reduz o tempo de internação do paciente prevenindo ou minimizando complicações.
- *A ansiedade sobre a dor e sua gestão*: Os pacientes que aprendem sobre dor e maneiras de aliviá-la antes da cirurgia são menos preocupados com isso, pedem o que eles precisam e exigem menos analgesia após a cirurgia (Grawe et al., 2010).

Plano de cuidados de enfermagem

Conhecimento Deficiente

Histórico de enfermagem

A Sra. Campana é uma paciente de 80 anos, prevista para a admissão em 5 dias para ressecção intestinal eletiva para remover um tumor canceroso. Você é o enfermeiro na área de testes pré-operatórios do centro cirúrgico ambulatorial (CSA) responsável por prepará-la para a cirurgia. Durante a sua discussão inicial com a Sra Campana, você avalia que ela está alerta e orientada em relação a pessoa, lugar, tempo e situação. Ela afirma que reduziu drasticamente a acuidade visual, mas é capaz de ouvir suas perguntas de forma clara. A última vez que ela passou por cirurgia foi há 10 anos. Ela vive sozinha, mas tem uma filha que está chegando à cidade na noite antes da cirurgia e vai ficar com ela por 2 semanas após a cirurgia.

Atividades de Avaliação	*Descobertas/Características Definidoras**
Pergunte à Sra. Campana o que o cirurgião dela disse sobre a cirurgia.	Ela afirma que o seu cirurgião explicou onde o tumor está localizado usando um desenho do intestino. Ela teve **dificuldade em ver o desenho** de forma clara e afirma: "Eu sei que tenho um câncer no meu cólon, e o cirurgião disse que eu poderia precisar de uma colostomia, mas **eu não entendi direito o que é isso.**" Ela diz também, "**Meu médico não explicou os cuidados que eu vou receber depois da cirurgia".**
Pergunte à Sra. Campana o que ela entende sobre a preparação pré-operatória e o que esperar após a cirurgia.	Ela verbaliza corretamente compreensão dos medicamentos para tomar na manhã da cirurgia, sua dieta antes da cirurgia e quando parar de comer, e quem contatar para fazer perguntas. **Ela não sabe explicar o que esperar depois da cirurgia. Ela pergunta "Eu vou poder comer alguma coisa? E o que eu preciso fazer pra ir pra casa?"**
Avalie as preocupações da Sra. Campana sobre a cirurgia.	Ela parece um pouco ansiosa. **Ela disse "Eu tenho medo de como isso pode mudar minha vida. Eu não sei o que esperar. Meu vizinho me disse que essa é uma cirurgia perigosa."**

* **Características definidoras** estão em negrito.

Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento deficiente relacionado com informação insuficiente

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM	
Metas	***Resultados Esperados (NOC)***[†]
	Conhecimento: Procedimentos de Tratamento.
A Sra. Campana expressará compreensão dos cuidados pós-operatórios esperados na manhã da cirurgia.	A Sra. Campana descreve a importância dos exercícios pós-operatórios na manhã da cirurgia. A Sra. Campana descreve o calendário para a noite da cirurgia e o tipo de terapia para dor que ela vai receber na primeira noite do pós-operatório. A Sra. Campana explica a programação dietética a ser recomendada para ela no segundo dia de pós-operatório.
A Sra. Campana participará ativamente das atividades de recuperação pós-operatórias no dia 1 do pós-operatório.	A Sra. Campana realiza com sucesso os exercícios pós-operatórias (virada, tosse e respiração profunda [TCDB], respiração diafragmática [RD], espirômetro de incentivo [EI] e exercícios de perna) na noite da cirurgia.
A Sra. Campana e a filha dela descreverão as expectativas em relação aos cuidados em casa no dia 2 do pós-operatório.	A Sra. Campana e a filha dela explicam as restrições esperadas nas atividades, o cronograma de dieta e tratamento de feridas para as orientações de cuidados em casa no dia 2 após a cirurgia.

[†] Classificação de resultados de Moorhead S et al: *Nursing outcomes classification (NOC)*, ed 5, St Louis, 2013, Mosby.

INTERVENÇÕES (NIC)[‡]	JUSTIFICATIVAS
Ensino Pré-operatório	
Antes da admissão no hospital, dê à Sra. Campana o programa de áudio que explica as rotinas do pré-operatório e do pós-operatório. Dê o folheto de instruções de alimentação projetado para pacientes com limitação visual. Faça um contato de acompanhamento 24 horas antes da cirurgia com a paciente incentivando-a a fazer perguntas e exteriorizar preocupações.	A educação pré-operatória é eficaz na redução da fadiga pós-operatória dos pacientes e da dor e em melhorar os seus conhecimentos (Ronco et al., 2012).
Na admissão ao hospital, demonstre à Sra Campana e à filha como é a realização de exercícios pós-operatórios e como sair da cama com assistência.	Demonstração é um método eficaz para reforçar a instrução.
Oriente a Sra. Campana enquanto ela faz uma demonstração dos exercícios operatórios antes da cirurgia.	A aprendizagem ocorre quando um paciente está ativamente envolvido em uma sessão de educação (Edelman e Mandle, 2014). Quando possível, pedir para o paciente realizar para você uma demonstração do uso do espirômetro de incentivo (Rothrock, 2015).
Usando folhetos de informação e áudio, explique à paciente e à filha as restrições de atividade que devem ser seguidas em casa, o calendário de dieta esperado e as diretrizes de tratamento de feridas.	Fatores influentes na satisfação do paciente para a cirurgia são receber informações na admissão e receber informações sobre cuidado domiciliar (Mira et al., 2009).

‡ Classificação de intervenções de Bulechek GM, et al: *Nursing outcomes classification (NOC),* ed 6, St Louis, 2013, Mosby.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
Ações de Enfermagem	***Descobertas/Resposta do Paciente***	***Realização do Resultado***
Peça à Sra. Campana para descrever as terapias de atividades e dieta esperadas enquanto no hospital após a cirurgia.	Ela verbaliza a compreensão da progressão da dieta de jejum para líquidos completos, mas não tem certeza do quão rápido é esperado que ela possa deambular.	A Sra. Campana requer uma discussão adicional de atividade e plano de dieta de longo prazo.
Observe a demonstração da Sra. Campana dos exercícios pós-operatórios.	Ela demonstra corretamente exercícios de perna e de viragem, tosse e respiração profunda, mas está tendo dificuldade em utilizar o espirômetro de incentivo.	A Sra. Campana demonstra a maioria dos exercícios pós-operatórios, mas precisa de mais ensino e prática sobre o uso do espirômetro de incentivo.
Peça que a Sra. Campana e a filha dela descrevam os limites de atividade após a cirurgia e as expectativas ou preocupações sobre a gestão da dor.	Ambas, Sra. Campana e filha, são capazes de descrever a segurança de tomar analgésicos após a cirurgia e a importância do controle da dor. Ambas são capazes de descrever limites em elevação de objetos, mas não têm certeza de outras restrições.	Paciente e filha mostram compreensão da gestão de dor. Precisam de reforço de todas as restrições de atividades esperadas uma vez que a paciente voltar para casa.
Peça à Sra. Campana e à filha para descreverem sinais de uma infecção da ferida.	A filha da Sra. Campana é capaz de apontar a sensibilidade, a drenagem e a febre como sinais de infecção da ferida. A paciente tem pouca clareza de sinais de complicações da ferida.	A paciente precisa de mais educação e reforço.

O consultório da pessoa que presta os cuidados de saúde ou o hospital muitas vezes fornecem informações pré-operatórias e instruções por telefonemas e correspondências. As instruções estão disponíveis como diretrizes de ensino pré-impressas e listas de verificação ou na forma de fitas de vídeo ou sites educacionais. O American College of Surgeons desenvolveu um site de educação do paciente intitulado *Surgical Patient Education Program [Programa de Educação do Paciente Cirúrgico],* que fornece informações ao paciente e materiais de educação sobre os tipos de cirurgias, recursos de saúde, informação de seguro e até mesmo alguns treinamentos de habilidades de cuidados domiciliários (American College of

Surgeons, 2015). Quando um paciente está programado para cirurgia (ambulatorial ou de internação), enfermeiros de pré-admissão entram em contato com ele até uma semana antes da cirurgia para esclarecer dúvidas e reforçar explicações (Rothrock de 2015). Por exemplo, eles:

- Descrevem o tempo para um paciente poder chegar à instituição e o tempo de cirurgia (aproximadamente).
- Explicam a extensão e o propósito de restrições de alimentos e líquido.
- Orientam sobre preparação física (como o preparo intestinal, o banho ou ducha com antisséptico).
- Explicam os procedimentos realizados na pré-anestesia (área de espera) pouco antes do transporte para a sala de cirurgia (inserção de linha IV, medicamentos pré-operatórios).

Incluir os membros da família na orientação pré-operatória é aconselhável. Muitas vezes, um membro da família é o treinador para os exercícios de pós-operatório quando um paciente retorna da cirurgia. Uma família não raro tem melhor retenção da orientação pré-operatória e estará com o paciente, sendo capaz de ajudá-lo na recuperação. Se os parentes ansiosos não entendem eventos pós-operatórios de rotina, é provável que a ansiedade aumente os medos e as preocupações do paciente. O preparo pré-operatório dos membros da família diminui a ansiedade e mal-entendidos. Para garantir a instrução pré-operatória abrangente, inclua os seguintes tópicos (AORN, 2015).

Razões para Fornecer Instruções Pré-operatórias e Exercícios

Quando dada uma justificativa para procedimentos pré-operatórios e pós-operatórios, os pacientes ficam melhor preparados para participar no cuidado. Os pacientes que se submetem a cirurgia ambulatorial precisam aprender como as instruções e exercícios vão promover a recuperação saudável, prevenir complicações e permitir o retorno a um estilo de vida normal o mais rapidamente possível. Por exemplo, um paciente precisa saber como as atividades de cuidado recomendadas (p.ex., antibióticos regulares, tratamento de feridas) no domicílio vão prevenir a infecção da ferida, evitar complicações (p.ex.,

restrições de atividades previnem estresse de ferida) e manter um nível de saúde (p.ex., dieta e exercício progressivo permitido). Pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial também precisam saber os sinais de complicações e quando chamar de seu cirurgião.

Aqueles que têm cirurgia hospitalar precisam entender o que é necessário para facilitar a sua recuperação, incluindo o controle da dor, nível de atividade esperado, a progressão da dieta, tratamento de feridas, e os exercícios pós-operatórias (p.ex., a respiração diafragmática, espirometria de incentivo, tosse, mudanças de decúbito e exercícios de perna). Exercícios pós-operatórios ajudam a prevenir complicações pulmonares e vasculares (ver Procedimento 50-1 nas páginas 1297-1302). Depois de explicar cada exercício, demonstre-o para o paciente e peça que ele lhe ensine de volta para confirmar sua compreensão. Oriente seu paciente através de cada exercício. Peça ao seu paciente para realizar uma demonstração de retorno do procedimento para reforçá-la e aumentar a confiança no seu desempenho.

Mudanças no sistema circulatório, a imobilidade do paciente durante a cirurgia e condições de saúde subjacentes de um paciente criam riscos para o desenvolvimento de TVP. Os pacientes precisam saber quais as precauções são tomadas após a cirurgia para evitar TVP (exercícios de perna e uso de meias de compressão ou dispositivos de compressão pneumática intermitente [IPC]). Ensinar sobre os propósitos e os cuidados de enfermagem específicos associados ao dispositivo (Cap. 28).

Rotina Pré-operatória

Explicar as rotinas pré-operatórios que um paciente pode esperar. Saber que testes e procedimentos estão previstos e por que aumenta a sensação de controle do paciente. Explique que um anestesista vai visitá-lo para completar uma avaliação pré anestésica durante o processo de admissão pré-operatório ou na unidade de terapia pré-cirúrgica de um hospital. Um paciente geralmente não toma nada por via oral durante várias horas antes da cirurgia para reduzir os riscos de vômitos e aspiração durante a cirurgia. Instrua o paciente a comer e

beber quantidades suficientes durante a semana antes da cirurgia para assegurar uma ingestão de líquidos e de nutrientes adequados. Recomendamos alimentos ricos em proteínas com quantidades suficientes de carboidratos, gorduras e vitaminas na dieta. Explicar a um paciente e à família a importância de seguir as instruções de ingestão oral de alimentos e líquidos antes da cirurgia.

Procedimento Cirúrgico

Após o cirurgião explicar o propósito básico de um procedimento cirúrgico e suas etapas, alguns pacientes fazem perguntas adicionais. Primeiramente, esclareça com o paciente o que foi discutido com o cirurgião. Evitar o uso de termos médicos técnicos, porque isso contribui para a confusão de um paciente. Evite dizer qualquer coisa que contradiz a explicação do cirurgião. Se um paciente tem pouco ou nenhum conhecimento sobre a cirurgia, notifique o cirurgião que o paciente requer mais explicações. Você pode aumentar as explicações do cirurgião.

Tempo de Cirurgia

O tempo cirúrgico agendado é apenas uma estimativa. Atrasos não previstos ocorrem por várias razões que muitas vezes nada têm a ver com o paciente. Enfatize que o tempo programado é uma estimativa, e o tempo real pode ser menor ou maior. Deixe a família ciente de que os atrasos ocorrem por várias razões e não indicam necessariamente um problema. Comunique atrasos excessivos quando eles ocorrerem.

Unidade de Pós-operatório e Localização da Família durante a Cirurgia e a Recuperação

Poucos pacientes são admitidos em uma unidade hospitalar antes da cirurgia, a menos que o caso seja emergencial ou se desenvolva uma complicação durante a internação. Quando a cirurgia é eletiva, pacientes e familiares virão para a área de admissão do centro cirúrgico em primeiro lugar. Durante o processo de admissão, o paciente e sua família vão descobrir em qual unidade o paciente provavelmente será admitido após a cirurgia. Certifique-se de explicar

onde a família pode esperar e onde o cirurgião virá encontrar a família após a cirurgia. Em muitas instituições, o enfermeiro circulante dá relatórios periódicos à família na sala de espera para o caso de cirurgias que se esperam sejam prolongadas. Se um paciente será levado para uma unidade especial, isso ajuda a orientar sua família para o ambiente da unidade antes da cirurgia.

Monitoramento e Terapias Pós-operatórias Antecipadas

Um paciente e sua família precisam saber sobre a monitorização pós-operatória de rotina e terapias (p.ex., a frequência dos sinais vitais, terapia IV, curativos e drenos, atividade planejada e fisioterapia). Se eles entendem a frequência da monitorização e os procedimentos previstos, ficam menos apreensivos quando os enfermeiros realizam atividades de assistência. Tente não preparar de mais ou de menos um paciente. É mais fácil de preparar um paciente de forma adequada nos casos eletivos, quando um cirurgião tem orientações de cuidados para um procedimento específico e você tem tempo suficiente para a educação do paciente. Você não pode prever todas as necessidades de cuidados de um paciente. Contradições entre as suas explicações e a realidade causam ansiedade.

Preparação Sensorial

Forneça aos pacientes informações sobre as sensações experimentadas normalmente após a cirurgia. Informações preparatórias ajudam a antecipar os passos de um processo e, assim, a formar imagens realistas da experiência cirúrgica. Por exemplo, avise que a sala de cirurgia é muito luminosa e fria. Os pacientes muitas vezes passam por pré-aquecimento ou são dados cobertores aquecidos. O paciente terá uma pulseira para um monitor de pressão arterial não invasivo colocado ao redor de seu braço. O monitor faz um zumbido e um sinal sonoro, e o punho aperta para fazer a leitura. Informar o paciente sobre estas e outras sensações na sala de cirurgia reduz a ansiedade antes que ele seja anestesiado, o que ajuda a reduzir a quantidade de anestésico necessária para a indução. As sensações pós-operatórias a serem descritas incluem visão turva de pomada oftálmica nos olhos,

dor esperada no local da cirurgia e em áreas do corpo afetadas pelo posicionamento prolongado, aperto de curativos, secura da boca e dor de garganta resultante do tubo endotraqueal.

Retomada das Atividades Pós-operatória

O tipo de cirurgia determina a rapidez com que os pacientes podem retomar a atividade física normal e regular os hábitos alimentares. Explicar o que esperar após a cirurgia. Na maioria dos casos cirúrgicos, é normal os pacientes progredirem gradualmente em atividade e alimentação.

Medidas de Alívio da Dor

Sentir dor após a cirurgia é um dos medos mais comuns dos pacientes. A família também se preocupa com o conforto do paciente. Dor depois da cirurgia é uma consequência esperada. Informe o paciente e a família da necessidade de controlar a dor assim que os pacientes possam retomar a atividade e o tipo de terapias a utilizar para o alívio da dor (p.ex., talas e exercícios de relaxamento). Analgesia controlada pelo paciente (ACP) é comum e oferece aos pacientes o controle sobre a dor. Explicar e demonstrar a um paciente como operar uma bomba e a importância de administrar medicação logo que a dor se tornar persistente (Cap. 44). Os pacientes que recebem analgesia peridural precisam de um entendimento completo de como ela afetará seu movimento e sensação após a cirurgia.

Alguns pacientes evitam tomar medicamentos de alívio da dor após a cirurgia, por medo dos efeitos colaterais negativos ou de se tornar dependente das drogas. Incentivar o paciente a usar analgésicos como receitado. A menos que a dor seja controlada, é difícil para um paciente participar da terapia pós-operatória. Encoraje o paciente a tomar medicamentos para a dor nos intervalos prescritos. O alívio da dor tem se demonstrado mais eficaz quando analgésicos são dados a qualquer hora/around the clock em vez de conforme necessário (Paice et al., 2005), especialmente se a dor é esperada ao longo do dia. No entanto, a administração de analgésicos conforme necessário após a cirurgia é ainda muito comum. Quando a dor não é cuidada

regularmente, muitas vezes se torna insuportável, e o analgésico não proporciona alívio na dose prescrita. Explique ao paciente a duração do tempo que leva para uma droga para começar a agir. Informações de avaliação da dor pré-operatória são úteis para ensinar sobre as medidas de alívio da dor (como posicionamento e imobilização). Lembre-se de que você deve aceitar a percepção de dor do paciente, pois ela é uma experiência subjetiva.

Descanso

O descanso é essencial para a cicatrização normal. A ansiedade por causa da cirurgia interfere na capacidade de relaxar e dormir. Atenda às necessidades individuais de cada paciente. Se um paciente está no hospital, torne o ambiente tranquilo e confortável. O cirurgião muitas vezes pede um agente sedativo-hipnótico ou um ansiolítico para a noite que antecede a cirurgia. Sedativos-hipnóticos promovem o sono. Agentes ansiolíticos (p.ex., alprazolam [Xanax]) atuam sobre o córtex cerebral e do sistema límbico para aliviar a ansiedade. A vantagem da cirurgia ambulatorial é que o paciente é capaz de dormir no domicílio na noite antes da cirurgia.

Sentimentos a Respeito da Cirurgia

Alguns pacientes se sentem parte de uma linha de montagem antes da cirurgia. Visitas frequentes da equipe, testes de diagnóstico e preparação física para a cirurgia consomem tempo, e o paciente tem poucas oportunidades para refletir sobre a experiência. Reconheça o paciente como um indivíduo único. O paciente e sua família precisam de tempo para expressar sentimentos sobre a cirurgia e fazer perguntas. O nível de ansiedade do paciente influencia a frequência das discussões. Ao entregar as instruções pré-operatórias, incentivar a expressão de preocupações, ser paciente e ouvir atentamente. A família pode querer discutir preocupações sem a presença do paciente para que os seus receios não assustem o paciente e vice-versa. Estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com o paciente e sua família permite que esse processo aconteça.

Cuidados Intensivos

Atividades de cuidados intensivos na fase pré-operatória concentram-se na preparação de um paciente na manhã de cirurgia ou antes de uma cirurgia de emergência.

Minimizando o Risco de Infecção da Ferida Operatória

A infecção de local cirúrgico é uma das medidas de segurança do paciente do National Quality Forum (Fórum Nacional da Qualidade) (NQF) que os hospitais são incentivados a relatar (NQF, 2010). A partir de 2008, o CMS (2010) não paga um reembolso maior para hospitalizações complicadas por certos tipos de infecções de local cirúrgico (p.ex., mediastinite após cirurgia cardíaca, procedimentos ortopédicos selecionados e certos procedimentos bariátricos para a obesidade) se eles não estavam presentes no momento da admissão. Assim, há uma grande ênfase nos hospitais na prevenção da ocorrência de infecção cirúrgica. Os antibióticos são, por vezes, encomendados no período perioperatório. A redução das taxas de infecção da ferida ocorre quando um antibiótico é administrado 60 minutos antes da incisão cirúrgica ser feita e o paciente para de receber os antibióticos dentro de 24 horas após a cirurgia (CDC, 2012a). O cirurgião solicita que o paciente receba antibiótico oral ou IV num tempo específico antes da cirurgia.

Cuidados pré-operatórios envolvem antissepsia da pele (i.e., a remoção de impurezas e microrganismos transitórios no local da cirurgia) para reduzir o risco de um paciente desenvolver uma infecção no local cirúrgico (Dumville et al., 2013). Os componentes de rotina de antissepsia da pele incluem banho pré-operatório (chuveiro ou banheira) e manejo dos pelos que poderão reduzir o número de microrganismos na pele. A investigação não confirmou que o banho pré-operatório reduz infecções de local cirúrgico (AORN, 2015), mas os benefícios compensam o dano. A maioria dos pacientes se banha na noite antes da cirurgia ou pela manhã. Não há um agente antisséptico considerado mais eficaz, apesar de gluconato de clorexidina 2% estar se tornando uma solução preferida (AORN, 2015). Seja qual for o produto recomendado, é muito importante para os pacientes seguir as instruções da embalagem. Aqueles que passam por cirurgia de cabeça

e pescoço normalmente usam xampu no cabelo antes da cirurgia para reduzir a flora residente no couro cabeludo.

A AORN (2015) recomenda que você remova os pelos no local cirúrgico apenas em situações clínicas selecionadas. A evidência atual sustenta deixar os pelos no local da cirurgia, a menos que eles interfiram com a exposição, o fechamento ou a limpeza do local da cirurgia. Quando a depilação é necessária, o corte é o método que provavelmente resulta em menos infecções em relação à remoção com uma navalha (AORN, 2015). Use um cortador para cada paciente e remova os pelos o mais próximo possível do momento da cirurgia.

A Manutenção Normal do Equilíbrio Hidroeletrolítico

Um paciente em cirurgia é vulnerável a desequilíbrio hidroeletrolítico, como resultado do estresse da cirurgia, a ingestão inadequada pré-operatória e a potenciais perdas excessivas de líquidos durante a cirurgia (Cap. 42). A American Society of Anesthesiology (ASA) recomenda a ingestão de líquidos e alimentos antes de procedimentos não emergenciais que requerem anestesia geral e regional ou sedação/analgesia, incluindo o jejum de ingestão de líquidos claros por 2 ou mais horas, leite materno durante 4 horas, fórmula e leite não humano durante 6 horas e uma refeição leve de torradas e líquidos transparentes por 6 horas. O paciente também não pode ingerir qualquer tipo de carne ou alimentos fritos 8 horas antes da cirurgia, a menos que explicitamente especificado pelo anestesista ou cirurgião (ASA, 2011). Quando um paciente é hospitalizado antes da cirurgia, remova todos os líquidos e alimentos sólidos como solicitado a partir do leito e coloque um sinal sobre a cama para alertar a equipe das restrições do jejum.

Apesar das normas ASA, muitos cirurgiões ainda orientam os pacientes a não ingerir nada após a meia-noite. Certifique-se de seguir as prescrições do médico. Durante a anestesia geral, os músculos relaxam, e pode haver refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago. O anestésico altera o reflexo faríngeo do paciente. Portanto, um paciente está em risco de aspiração de alimentos ou líquidos do estômago para os pulmões. As prescrições do cirurgião fornecem orientações adicionais para as

rotinas (p.ex., administração de linha IV e medicamentos pré-operatórios). Alguns pacientes são autorizados a tomar medicamentos específicos (p.ex., anticoagulantes, medicamentos cardiovasculares, anticonvulsivantes e antibióticos) com um gole de água como prescrito pela pessoa que presta de cuidados de saúde. Dê aos pacientes tempo para enxaguar a boca com água ou enxaguante bucal e escovar os dentes imediatamente antes da cirurgia contanto que eles não engulam água. Notifique o cirurgião e o anestesia se um paciente comer ou beber durante o período de jejum.

Se um paciente não pode comer por causa de alterações gastrointestinais ou deficiências na consciência, você provavelmente vai começar acessar uma via IV para a reposição de líquidos. O médico avalia os níveis de eletrólitos no soro para determinar o tipo de líquidos IV e aditivos de eletrólitos a administrar antes e durante a cirurgia. Os pacientes com desequilíbrios nutricionais graves, por vezes, requerem suplementos com proteína concentrada e glicose, como a nutrição parenteral total (Cap. 45).

Prevenir Incontinência Intestinal e Contaminação

Alguns pacientes recebem uma preparação no intestino (p.ex., um purificador ou enema) se a cirurgia envolve o sistema GI inferior. Manipulação de partes do trato gastrointestinal durante a cirurgia resulta em ausência de peristaltismo durante 24 horas e às vezes mais. Os enemas e catárticos (Cap. 47), tais como solução de eletrólito de polietileno glicol (p.ex., GoLytely®, NuLytely®) limpam o trato GI para prevenir a incontinência intraoperatória. Um intestino vazio reduz o risco de lesões no órgão e minimiza a contaminação da ferida operatória se a cirurgia de cólon é planejada ou uma parte do intestino é incisada ou aberta acidentalmente. Além disso, a limpeza do intestino reduz a constipação pós-operatória. Se a prescrição de um cirurgião for "fazer enemas até que fique limpo", isso significa que você administrará enemas até que a solução de retorno não contenha nenhum material fecal sólido (Cap. 47). Demasiados enemas dados ao longo de um curto período podem causar grave desequilíbrio hidroeletrolítico (Cap. 42). A maioria das instituições limita o número

de enemas (geralmente três) que um enfermeiro pode administrar sucessivamente. Verificar o nível de potássio de um paciente após o preparo intestinal. A diarreia pode causar hipocalemia.

Preparação no Dia da Cirurgia

Completar vários procedimentos de rotina antes de liberar os pacientes para a cirurgia.

Higiene

As medidas de higiene básicas proporcionam conforto adicional antes da cirurgia. Se um paciente não está disposto a tomar um banho completo, um banho parcial é refrescante e remove secreções irritantes ou impurezas da pele. Um paciente não pode vestir roupa de dormir pessoal na sala de cirurgia, porque é restritiva e é um perigo inflamável. Assim, você deve fornecer um traje do hospital limpo. Quando um paciente está em jejum pelas últimas horas, sua boca costuma estar muito seca. Ofereça enxaguante bucal e pasta de dente ao paciente, novamente alertando para não engolir a água.

Preparação do Cabelo e Remoção de Cosméticos

Durante uma cirurgia grande, o anestesista posiciona a cabeça do paciente para colocar um tubo endotraqueal na via aérea (Cap. 41). Isso envolve manipulação do cabelo e couro cabeludo. Para evitar lesões, peça ao paciente para remover os grampos de cabelo ou presilhas antes de sair para a cirurgia. Eletrocautério é frequentemente utilizado durante a cirurgia. Grampos de cabelo e presilhas podem se tornar uma fonte de saída para a eletricidade e causar queimaduras. Remover apliques de cabelo ou perucas também. Os pacientes podem trançar os cabelos longos e usar toucas descartáveis para conter o cabelo antes de entrar na sala de cirurgia.

Durante e após a cirurgia, o anestesista e o enfermeiro avaliam a pele e mucosas para determinar o nível de oxigenação, circulação e equilíbrio líquido de um paciente. Um oxímetro de pulso é muitas vezes aplicado a um dedo para monitorar a saturação de oxigênio (Cap. 31). Anestesias também usam dióxido de carbono expirado, por

meio de capnografia, para avaliar o estado físico do paciente. Ao usar um oxímetro de pulso, peça ao paciente para remover toda a maquiagem (batom, pó, blush, esmalte) e pelo menos uma unha artificial para expor a pele normal e cor das unhas. Qualquer coisa dentro ou ao redor do olho o irrita ou o fere durante a cirurgia. Peça ao paciente para remover lentes de contato, cílios postiços e maquiagem dos olhos. Dê os óculos do paciente para a família logo antes da ida para a sala de cirurgia. Documentar todos os objetos de valor de acordo com política da instituição.

Remoção de Próteses

Qualquer tipo de dispositivo protético pode facilmente se perder ou danificar durante a cirurgia. Faça com que os pacientes removam todas as próteses removíveis (p.ex., membros artificiais, próteses parciais ou completas, olhos artificiais e aparelhos auditivos) e guardem em segurança antes de ir para a cirurgia. Se um paciente tem uma cinta ou tala, verificar com a pessoa que presta os cuidados de saúde para determinar se ele deve permanecer no lugar. Para muitos pacientes é embaraçoso remover dentaduras, perucas, ou outros acessórios que melhoram a aparência pessoal. Sempre oferecer privacidade ao paciente na remoção dos itens pessoais. Os pacientes são, por vezes, autorizados a manter esses itens até que eles cheguem à área de espera pré-operatória. Coloque dentaduras em recipientes especiais etiquetadas com o nome do paciente e outra identificação exigida pela instituição para a custódia, a fim de evitar a perda ou quebra. Em muitas instituições, se deve preencher um inventário de todos os dispositivos protéticos ou itens pessoais e colocá-los em uma área segura. Também é prática comum para os enfermeiros dar próteses aos membros da família ou manter os itens na cabeceira do leito do paciente. Documente essas ações nas anotações de enfermagem, lista de verificação cirúrgica, ou conforme a política da instituição.

Guardando Valores

Se um paciente tem objetos de valor, dá-los aos membros da família

ou colocá-los em um local designado seguro. Muitos hospitais exigem que os pacientes assinem um documento para liberar o estabelecimento de responsabilidade por valores perdidos. Prepare uma lista com uma descrição de itens, coloque uma cópia com o registro médico do paciente (ver política da instituição) e dê uma cópia para um membro da família designado. Os pacientes muitas vezes relutam em remover alianças de casamento ou medalhas religiosas. A aliança pode ser mantida, mas essa não é a prática preferida. Se há um risco de que o paciente experimente inchaço na mão ou dos dedos (mastectomia, cirurgia de mão, deslocamentos de líquidos), remova a aliança. Muitos hospitais permitem que os pacientes anexem medalhas religiosas a seu traje, embora o risco de perda aumente. Remover outros itens de metal, como piercings, para reduzir o risco de queimaduras.

Preparando o Intestino e a Bexiga

Alguns pacientes recebem um enema ou catártico na manhã da cirurgia (Cap. 47). Se assim for, dê pelo menos 1 hora antes do paciente ir para a cirurgia, fornecendo tempo para que ele defeque sem pressa. Instrua o paciente a evacuar logo antes de sair para a sala de cirurgia e antes de tomar os medicamentos pré-operatórios. Uma bexiga vazia reduz o desconforto e o risco de incontinência durante a cirurgia e deixa os órgãos abdominais mais acessíveis para o cirurgião. Se um paciente é incapaz de evacuar, registre essa informação na lista de verificação pré-operatória.

O cirurgião pode solicitar a inserção de um cateter permanente se a cirurgia é longa ou se a incisão é na parte inferior do abdómen (Cap. 46).

Sinais Vitais

Monitore os sinais vitais pré-operatórios antes da cirurgia. O anestesista usa esses valores como base para os sinais vitais intraoperatórios. Se os sinais vitais pré-operatórios são anormais, a cirurgia é muitas vezes adiada. Notifique o cirurgião de qualquer anormalidade antes de enviar um paciente para cirurgia. Além disso,

avaliar o paciente para a presença e caráter da dor (Cap. 44). Muitos pacientes têm dor antes da cirurgia causada pela condição que requer cirurgia.

Prevenção de Trombose Venosa Profunda — Dispositivos Antiembolia

Prevenir TVP é uma medida de qualidade de prioridade. A AORN (2015) recomenda que cada organização de saúde implemente um protocolo de prevenção de TVP. A condição e o tipo de cirurgia de um paciente determinam as medidas preventivas que você deve tomar antes da cirurgia. Por exemplo, pacientes que têm cirurgias cardíacas, gastrointestinais, geniturinárias, ginecológicas, neurológicas e ortopédicas provavelmente terão profilaxia mecânica de TEV aplicada na manhã da cirurgia. Isso inclui aplicação de um dos seguintes dispositivos: meias antiembolia (na coxa ou na altura do joelho), dispositivos de impulso plantar ou dispositivos de compressão pneumática intermitente (CPI) (na coxa ou na altura do joelho) (NICE, 2010). Além disso, alguns pacientes recebem profilaxia farmacológica TEV, que inclui medicamentos como heparina de baixo peso molecular (HBPM) (NICE, 2010). A pessoa que presta os cuidados de saúde precisa cuidadosamente avaliar os pacientes para o risco de hemorragia antes de pedir a profilaxia farmacológica TEV.

Quando corretamente dimensionada e aplicados, os dispositivos antiembolia reduzem o risco de TVP. Meias antiembolia mantêm a compressão das pequenas veias e capilares das pernas. A constante compressão força o sangue para os vasos maiores, promovendo, assim, o retorno venoso e prevenindo estase venosa. Anexe **meias de compressão pneumática intermitente (CPI)** a uma bomba de ar que infla e esvazia as meias, permitindo sequencialmente pressão intermitente do tornozelo para o joelho e alternando as panturrilhas, imitando o retorno venoso normal quando andando. Os dispositivos de inflação dos pés simulam o andar natural através da compressão do plexo venoso plantar (AORN, 2015). Veja, no Capítulo 28, o procedimento correto para aplicar dispositivos antiembolia. Não use dispositivos antiembolia quando os pacientes têm uma alergia ao

material (p.ex., látex) ou um tamanho ou forma incomum da perna ou um histórico de doença arterial periférica, revascularização arterial periférica ou neuropatia periférica (NICE, 2010).

Administrando Medicamentos Pré-operatórios

O aumento das cirurgias ambulatoriais reduziu o uso de medicamentos pré-operatórios. No entanto, o anestesista ou cirurgião pode prescrever medicamentos pré--anestésicos para reduzir a ansiedade do paciente, a quantidade de anestesia geral necessária, secreções respiratórias e o risco de náuseas, vômitos e possível aspiração. Normalmente, você administrará medicamentos pré-operatórios antes que um paciente vá para a sala de cirurgia. Conclua todas as medidas de cuidados de enfermagem antes. Medicamentos pré-operatórios, tais como benzodiazepínicos, opioides, antieméticos e anticolinérgicos costumam causar boca seca, sonolência e tonturas, mas não induzir o sono. Para a segurança do paciente, mantenha trilhos laterais na posição para cima, a cama na posição baixa e a luz de chamada em fácil acesso. Instrua o paciente a ficar na cama até que o auxiliar de enfermagem cirúrgica ou o maqueiro chegue para levá-lo à sala de cirurgia. Se o paciente precisa sair da cama para evacuar, explicar a importância de utilizar a luz de chamada para pedir ajuda. Um paciente pode facilmente cair pensando que não há nada errado. Certifique-se de que o paciente assinou o consentimento cirúrgico antes da administração de medicamentos que vão alterar a consciência.

Documentação e Transferência

Antes do paciente ir para a sala de cirurgia, um registro médico preciso é essencial para garantir um atendimento seguro e apropriado a ele. Verifique o conteúdo do registro médico para a presença dos resultados laboratoriais e exames de imagem solicitados, exatidão e integridade dos formulários de consentimento e a lista de verificação pré-operatória que as instituições usam como um instrumento para documentar todas as atividades de preparação pré-operatória. Verifique as anotações da enfermagem para ter certeza de que sua

documentação está em curso. Tenha também um registro de administração de medicamentos atual preparado para a sala de cirurgia. Uma vez que um paciente esteja pronto para ir à sala de cirurgia, um registro escrito (ou eletrônico) será inadequado para comunicar informações à equipe de cuidados de saúde que vai recebê-lo. A passagem de informação sobre o paciente de provedor de cuidados de saúde para outro requer uma transferência eficaz (Rothrock, 2015). O Quadro 50-5 enumera elementos críticos para transferências do pré-operatório para a equipe intraoperatória. A AORN (2015) e a TJC (2015) recomendam que os relatórios de transferência sejam feitos pessoalmente, com vistas a garantir que o paciente certo receba a cirurgia certa no local cirúrgico certo.

Quadro 50-5 Exemplo de Elementos de uma Transferência do Pré-operatório para o Intraoperatório Usando Comunicação SBAR

Situação

- Nome do paciente, data de nascimento
- Nome do procedimento cirúrgico a ser realizado, incluindo o local e modificadores
- Documentos pertinentes presentes e consistentes

Backgraound

- Elementos do histórico do paciente pertinentes à cirurgia
- Autorização médica
- Alergias do paciente e *status* de jejum
- Sinais vitais do paciente e nível de dor
- Perfil de medicação e medicamentos tomados hoje; resultados de laboratório; resultados de imagem
- *Status* do código do paciente

Avaliação

- Nível atual do paciente de compreensão da cirurgia
- Necessidades do paciente ou precauções especiais
- Fatores culturais ou emocionais pertinentes
- Pedidos de anestesia

Recomendações

- Definir se o paciente foi visto antes da cirurgia por um cirurgião e um anestesista.
- Determinar se o paciente está pronto para a cirurgia.
- Permitir que todos os funcionários façam perguntas e verbalizem preocupações.

Adaptado de Amato-Vealey EJ et al: Hand-off communication: a requisite for patient safety, *AORN J* 88(5):766, 2008.

Eliminando Cirurgias no Local Errado ou Procedimento Errado

Por causa de erros cometidos no passado com pacientes submetidos a cirurgia errada ou tendo a cirurgia realizada no local errado, a TJC instituiu orientações do Protocolo Universal para a prevenção de tais acidentes. O Protocolo Universal faz parte dos Objetivos Nacionais de Segurança do Paciente da TJC em curso (TJC, 2016). A transferência do pré-operatório para o intraoperatório anteriormente descrita é um exemplo de parte do protocolo. Implementar o Protocolo Universal sempre que um procedimento cirúrgico invasivo precise ser executado independentemente da localização (p.ex., hospital, CCA ou no consultório da pessoa que presta os cuidados de saúde). Os três princípios do protocolo são: (1) uma verificação pré-operatória garantindo que todos os documentos relevantes (p.ex., formulários de consentimento, alergias, histórico médico, os resultados da avaliação física) e os resultados dos testes laboratoriais e estudos de diagnóstico estão disponíveis antes do início do procedimento e que o tipo de cirurgia programada é consistente com as expectativas do paciente; (2) marcar o local da cirurgia com tinta indelével fazendo distinção entre direita e esquerda, múltiplas estruturas (p.ex., os dedos), e os níveis da

coluna vertebral; e (3) um intervalo pouco antes de iniciar o procedimento para o verificação final do paciente correto, procedimento, local e quaisquer implantes (TJC, 2016). A marcação e o intervalo ocorrem mais comumente na área de espera, pouco antes do paciente entrar na sala de cirurgia. Quem realiza a cirurgia e quem é responsável por ela, pessoalmente, deve marcar o local e envolver o paciente, se possível (Rothrock, 2015). Todos os membros da equipe da cirurgia/procedimento executam o intervalo. Esse protocolo inclui o paciente ou um representante legalmente designado em todo o processo. Se o paciente se recusa a ser marcado, documente o fato na lista de verificação do procedimento.

◆ Avaliação de Enfermagem

O enfermeiro que cuida de um paciente na área perioperatória avalia os resultados iniciais dos pacientes (Fig. 50-4). Embora tempo limitado esteja disponível para avaliar os resultados antes da cirurgia, compare o estado atual do paciente com resultados esperados para determinar se as intervenções novas ou revistas e/ou diagnósticos de enfermagem precisam ser implementados no intraoperatório.

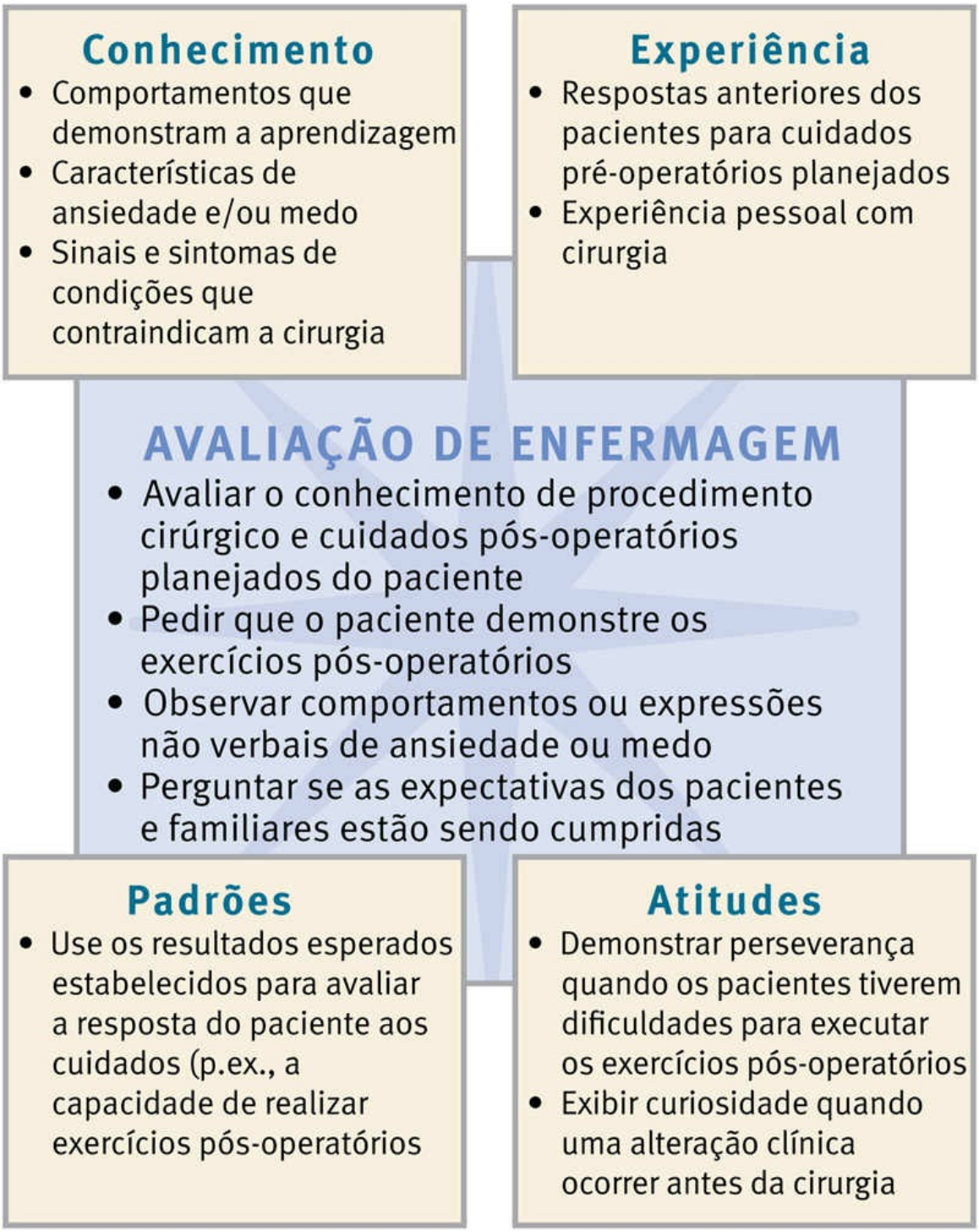


FIGURA 50-4 Modelo de pensamento crítico para avaliação de enfermagem do paciente cirúrgico.

Pelas lentes dos olhos do Paciente

Avalie se as expectativas do paciente com relação à preparação

cirúrgica foram correspondidas. Por exemplo, perguntar aos pacientes se eles precisam de informações adicionais, se eles desejam que seus familiares sejam mais envolvidos e se eles têm quaisquer necessidades não identificadas. Durante a avaliação, incluia uma discussão sobre quaisquer mal-entendidos para que as preocupações dos pacientes possam ser esclarecidas. Quando os pacientes têm expectativas sobre o controle da dor, esse é um bom momento para reforçar como ela será administrada após a cirurgia.

Resultados dos Pacientes

Avalie a resposta do paciente a intervenções projetadas para diagnósticos de enfermagem pré-operatórios, como *Conhecimento Insuficiente* ou *Ansiedade.* Por exemplo, pedir ao paciente para descrever a razão para os seus exercícios pós-operatórios e o tipo de atividades de cuidados que ele deve esperar quando retornar da cirurgia. Observe o comportamento do paciente e discuta preocupações para ver se a ansiedade permanece. Ser completo em sua avaliação para determinar se mais instruções ou apoio emocional são necessários após a cirurgia. Intervenções continuam durante e após a cirurgia; assim a avaliação de diversos objetivos e resultados não ocorre até após a cirurgia.

Transporte para a sala de cirurgia

A equipe da sala de cirurgia notifica a unidade de enfermagem ou área de cirurgia ambulatorial quando é o momento para a cirurgia. Em muitas instituições um maqueiro traz uma maca para transportar o paciente para cirurgia. O maqueiro verifica a pulseira de identificação do paciente por dois identificadores (nome, aniversário ou o número do hospital) (consulte a política institucional) e compara com o prontuário do paciente para garantir que a pessoa certa vai para cirurgia. Como alguns pacientes recebem sedativos pré-operatórios, os enfermeiros, a equipe de enfermagem e o maqueiro ajudam na transferência do paciente da cama para a maca para evitar quedas. Um paciente em cirurgia ambulatorial deambula para a sala de cirurgia se for capaz e não estiver medicado. Proporcione à família uma oportunidade de visitar o paciente antes que ele seja transportado para a sala de cirurgia. Conduzir a família para a área de espera adequada. Se um paciente foi hospitalizado antes da cirurgia e terá que voltar à mesma unidade de enfermagem, prepare a cama e o espaço para o seu regresso.

Unidade de cuidados pré-anestésicos

Na maioria dos hospitais, um paciente é admitido em uma **unidade de cuidados pré-anestésicos** (PCU) ou uma unidade de cuidados pré--cirúrgios (PSCU) (às vezes chamada de *área de espera*) fora da sala de cirurgia em que os preparativos pré-operatórios são concluídos. Os enfermeiros na UTI são membros da equipe da sala de cirurgia e usam trajes de instrumentação cirúrgica, toucas e calçados em conformidade com as políticas de controle de infecção. Em alguns estabelecimentos cirúrgicos ambulatoriais, um enfermeiro de referência perioperatório admite o paciente, circula durante o procedimento operatório e gere a recuperação e alta do paciente.

Se um cateter IV não está presente, um enfermeiro ou anestesia insere um em uma veia para estabelecer uma via para a reposição de líquidos, medicamentos intravenosos ou produtos derivados do sangue. O enfermeiro também administra medicamentos pré-operatórios e/ou começa sedação consciente nesse momento. Ele ou ela monitora sinais vitais, incluindo oximetria de pulso. O anestesista geralmente realiza uma avaliação do paciente nesse momento. Por causa dos medicamentos pré-operatórios, explique ao paciente que ele vai começar a se sentir sonolento. A temperatura na CPU e adjacências da sala de cirurgia geralmente é fria; portanto, ofereça ao paciente um cobertor extra. O paciente vai ficar na CPU por pouco tempo.

Fase cirúrgica intraoperatória

O cuidado de um paciente durante a cirurgia requer preparação minuciosa e conhecimento dos eventos que ocorrem durante o procedimento cirúrgico. Outra característica importante dos cuidados intraoperatórios é segurança da equipe da sala de cirurgia. O ambiente da sala de cirurgia apresenta riscos exclusivos resultantes dos procedimentos seguidos. Os membros da equipe cirúrgica podem sofrer ferimentos na pele causados por instrumentos pontiagudos ou estilhaços (p.ex., agulha ou bisturi) ou exposição de mucosa (salpicos de fluidos de irrigação) a fluidos corporais contaminados. O uso adequado de equipamentos de proteção individual é necessário. Quando os enfermeiros participam de procedimentos cirúrgicos a *laser*, eles usam precauções especiais de segurança (p.ex., uso dos óculos de proteção a *laser* ou protetores) para evitar danos aos olhos e à pele.

As funções do enfermeiro durante a cirurgia

Existem dois papéis de enfermagem tradicionais na sala de cirurgia: enfermeiro circulante e instrumentador cirúrgico. O **enfermeiro circulante** é um enfermeiro licenciado que não lida com os instrumentos e usa o processo de enfermagem na gestão das atividades de atendimento ao paciente na sala de cirurgia. O enfermeiro circulante também gerencia o posicionamento do paciente, preparação antimicrobiana da pele, medicamentos, implantes, colocação e funcionamento de dispositivos IPC, amostras, dispositivos de aquecimento e as contagens cirúrgicas de instrumentos e curativos (AORN, 2015; Rothrock, 2015). O **instrumentador cirúrgico** é um enfermeiro licenciado ou um técnico cirúrgico que muitas vezes é certificado (CST). O instrumentador deve ter um conhecimento profundo de cada etapa de um procedimento cirúrgico e a capacidade de antecipar cada instrumento e suprimento necessário para os cirurgiões (Rothrock, 2015). Um enfermeiro circulante e um

instrumentador cirúrgico trabalham em conjunto para garantir a segurança do paciente, minimizando o risco de erro. A equipe também trabalha em conjunto para garantir o uso rentável de suprimentos.

Um novo papel na sala de cirurgia inclui o técnico de enfermagem. Esse é um papel mais amplo que exige formação acadêmica formal, (AORN, 2012). O técnico de enfermagem colabora com o cirurgião na manipulação e corte de tecidos, utilização de instrumentos e dispositivos médicos, exposição da área cirúrgica e hemostasia e sutura (Rothrock, 2015).

Processo de enfermagem

Aplique o processo de enfermagem e use uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado com os pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para que você desenvolva e implemente um plano individualizado de cuidados.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo de histórico de enfermagem na sala de cirurgia, o enfermeiro circulante avalia cuidadosamente o paciente e analisa criticamente as descobertas para tomar decisões clínicas centradas no paciente necessárias para cuidados seguros de enfermagem. O histórico de enfermagem incide sobre o estado clínico imediato de um paciente, a integridade da pele (sobre o local da cirurgia e áreas dependentes onde o paciente vai ter contato com a cama e a mesa de operação) e da função articular (quando são necessárias posições incomuns na mesa de cirurgia). Isso permite que o enfermeiro antecipe problemas que predispõem o paciente a lesão se ele ou ela não está posicionado sobre a mesa de cirurgia corretamente. Como os pacientes não são capazes de falar por si mesmos enquanto sob anestesia geral, essa avaliação na sala de cirurgia é muito importante para a sua segurança. Como enfermeiro, reveja o plano de cuidados pré-operatórios para estabelecer ou revisar o plano de cuidados

intraoperatórios, como indicado.

Diagnóstico de Enfermagem

Avalie os diagnósticos de enfermagem no pré-operatório e modifique-os para individualizar o plano de cuidados na sala de cirurgia. A seguir, estão os diagnósticos de enfermagem comuns relevantes para o paciente no intraoperatório:

- *Desobstrução ineficaz de vias aéreas*
- *Risco de déficit de volume de líquidos*
- *Risco de lesão de posicionamento perioperatório*
- *Integridade da pele prejudicada*
- *Risco de lesão térmica*
- *Risco de lesão*

Planejamento de Enfermagem

Metas e Resultados

As metas e resultados do diagnóstico de enfermagem no pré-operatório centrado no paciente se estendem para a fase intraoperatória. Por exemplo, uma meta para o diagnóstico de enfermagem *Risco de Lesão Térmica* é "A pele permanecerá livre de queimaduras no procedimento cirúrgico." Um resultado esperado para essa meta é:

- O paciente está livre de queimaduras da placa no final da cirurgia.

Estabelecendo Prioridades

O enfermeiro circulante usa o próprio juízo para proporcionar uma experiência operatória segura para o paciente. Garantir um ambiente asséptico, realizar contagem de instrumentos e compressas de acordo com a política, organizar tecidos e amostras corretamente e assegurar a utilização adequada dos equipamentos e instrumentos são prioridades. Se ocorrer uma prática insegura (p.ex., quebra na esterilidade, perda de compressa na ferida), o enfermeiro circulante será essencial para garantir a segurança do paciente e da equipe.

Trabalho em Equipe e Colaboração

Para a segurança ideal do paciente a equipe de saúde pré-operatória comunica descobertas da avaliação e problemas do paciente através de uma transferência formal com a equipe cirúrgica para garantir uma transição suave nos cuidados (Quadro 50-5). Por exemplo, alertar a equipe cirúrgica de uma alergia ao látex ou fatores de risco para complicações durante a cirurgia (fumante) requer colaboração e comunicação a tempo entre todos os membros da equipe.

◆ Implementação

O foco principal do atendimento intraoperatório é evitar lesões e complicações relacionadas com a anestesia, cirurgia, posicionamento e equipamento utilizado. O enfermeiro perioperatório é um defensor do paciente durante a cirurgia e protege a sua dignidade e os seus direitos em todos os momentos.

Cuidados Intensivos

Preparação Física

Um paciente costuma ainda estar acordado e percebe as pessoas que prestam cuidados de saúde em seus trajes e máscaras cirúrgicas quando entram na sala de cirurgia. Transfira o paciente para a mesa da sala de cirurgia com a certeza de que a maca e mesa estão travadas no lugar. Explique a ele todas as atividades que você está realizando. Depois de garantir a segurança do paciente na mesa com tiras de segurança, você aplica dispositivos de monitoramento, tais como eletrodos contínuas de ECG, um sensor de oxímetro de pulso e pressão arterial. Para ECG, colocar eletrodos no tórax e extremidades corretamente para registrar a atividade elétrica do coração com precisão. O anestesista vai usar o punho para monitorizar a pressão arterial do paciente. Um monitor eletrônico na sala de cirurgia exibirá o ritmo do coração do paciente, sinais vitais e da oximetria de pulso continuamente. Capnografia também é usado com frequência para medir os valores de dióxido de carbono do paciente. Colocar uma placa de aterramento elétrico na pele para que os instrumentos de

cauterização possam ser usados com segurança. Se não foram aplicados antes da cirurgia, agora é a hora de aplicar dispositivos antiembolia. Ajude a inserir sondas de temperatura de inserção através da bexiga, esôfago ou do reto, se necessário, para medir continuamente a temperatura do corpo do paciente.

Aquecimento Intraoperatório

A ocorrência não planejada de hipotermia perioperatória agora é minimizada com o uso do aquecimento intraoperatório ativo. A prevenção da hipotermia (temperatura interna inferior a 36°C) ajuda a reduzir as complicações, tais como tremores, parada cardíaca, perda de sangue, SSI, lesões por pressão e mortalidade (Hart et al., 2011; Seamon et al., 2012). As evidências sugerem que o pré-aquecimento durante um mínimo de 30 minutos pode reduzir a ocorrência de hipotermia (Hart et al., 2011; Stuart et al., 2011). A enfermeira na sala de cirurgia aplica cobertores de algodão quentes, aquecedores de ar forçado ou colchões de água de circulação para os pacientes. Os aquecedores de ar forçado tendem a ser mais eficazes quando usados antes da cirurgia ou no intraoperatório (Hart et al., 2011).

Sensibilidade/Alergia a Látex

Como a incidência e prevalência de alergia e **sensibilidade a látex** aumentaram, a necessidade para o reconhecimento de potenciais fontes de látex é extremamente importante. Todos os suprimentos médicos contêm uma etiqueta notificando o consumidor sobre o teor de látex. A sala de cirurgia e o PCU têm muitos produtos que contêm látex (p.ex., luvas, tubos IV, seringas e rolhas de borracha nas garrafas e frascos). O material também está presente em objetos comuns, tais como fita adesiva, eletrodos descartáveis, tubos endotraqueais, folhas de proteção e equipamento de ventilador. Os sinais e sintomas de uma reação ao látex incluem efeitos locais que vão desde urticária a manchas vermelhas planas ou elevadas, descamação ou erupções com sangramento. Dermatite aguda ocorre às vezes. Rinite e/ou coriza são outras reações comuns para alergia ao látex leve e grave. Na hipersensibilidade imediata, reações são uma ameaça à vida, com o

paciente apresentando urticária focal ou generalizada e edema, broncoespasmo e hipersecreção de muco, todos os quais podem comprometer o estado respiratório. Vasodilatação agravada pelo aumento da permeabilidade capilar, por vezes, leva ao colapso circulatório e morte. A cobertura de um paciente durante a cirurgia bloqueia sua capacidade de visualizar a pele. Então esteja preparado para investigar qualquer deterioração aguda inexplicável em um paciente previamente saudável para uma possível alergia ao látex.

Um carrinho sem látex precisa estar disponível em todos os momentos na sala de cirurgia para criar um ambiente livre de látex. Todos os conteúdos devem ser livres de látex. A Associação Americana de Enfermeiros Anestesistas (AANA, 2015) recomenda que, quando as instalações não são livres de látex você precisa tomar medidas para preparar uma sala de cirurgia na noite anterior para evitar a liberação de partículas de látex. Qualquer paciente com alergia ao látex precisa receber prioridade de agendamento e ser o primeiro caso na parte da manhã. É importante saber que os pacientes podem desenvolver anafilaxia entre 30 a 60 minutos depois de terem sido expostos ao látex. O Quadro 50-6 lista as precauções com o látex.

Quadro 50-6 Precauções para Evitar o Látex

1. Os profissionais de saúde podem transmitir o alérgeno com a mão para os pacientes depois de tocar em qualquer objeto com látex. *Atenção:* Mantenha o pó das luvas distante dos pacientes, pois o pó atua como um transportador para a proteína do látex. Não sacuda as luvas.
2. Identifique os pacientes que são sensíveis ao látex. A sala de cirurgia deve ser avaliada e rotulada livre de látex para evitar que a equipe traga produtos de borracha (p.ex., pulseiras, etiquetas) para o quarto.
3. Desenvolva programas para educar os profissionais de saúde no cuidado de pacientes sensíveis ao látex.

Recomendações para o Cuidado do Paciente

(Pacientes com Alergia do Látex ou Risco ao Látex)

Na Sala de Cirurgia

- Notifique a sala de cirurgia sobre pacientes que têm potenciais alergias ao látex. Remova todos os produtos de látex da sala de cirurgia e traga um carrinho sem látex (se disponível) para o quarto.
- Use saco de reservatório, tubos das vias aéreas e endotraqueal e máscara laríngea livres de látex.
- Use um circuito de respiração para anestesia com máscara de plástico e saco livre de látex.
- Coloque todos os dispositivos de controle e cabos/tubos (oxímetro, pressão arterial, fios de eletrocardiograma) envoltos em tecido e prenda com fita adesiva para evitar o contato direto com a pele. Lavar artigos esterilizados em óxido de etileno antes da utilização.

Óxido de etileno residual reage e pode provocar uma resposta alérgica em um paciente com uma alergia ao látex.

Preparação da Linha Intravenosa

- Use tubos intravenosos (IV) sem portas de látex; usar torneiras se disponível.
- Se não for possível obter tubos IV sem portas de látex, cobrir as portas de látex com fita.
- Cobrir todas as portas de injeção de borracha em sacos IV com fita e etiquetar da seguinte forma:

  Não injetar ou retirar fluido através da porta de látex. OBSERVAÇÃO: Cateteres de artéria pulmonar (especialmente o balão), cateteres venosos centrais e linhas arteriais podem conter componentes de látex.

Cuidados com o Paciente da Sala de Cirurgia

- Use luvas sem látex. (*Atenção:* Nem todos os substitutos são igualmente impermeáveis a patógenos; garanta que você selecione as luvas de substituição que assegurem uma proteção adequada.)
- Use torniquetes sem látex ou luvas de exame sem látex ou tubos

de cloreto de polivinil.

- Extraia a medicação diretamente de frascos de doses múltiplas abertos (remover tampas) se os medicamentos não estão disponíveis em ampolas.
- O alérgeno de borracha pode eventualmente passar do êmbolo de uma seringa para o medicamento, o que por vezes provoca uma reação alérgica. A intensidade dessa reação aumenta com o tempo. Por isso, você deve extrair os medicamentos imediatamente antes do início da cirurgia ou imediatamente antes da administração.
- Use seringas livres de látex ou de vidro.
- Use torneiras de cateter para injetar medicamento em vez de portas de látex.
- Notifique a farmácia e central de abastecimento que seu paciente é sensível a látex, para que esses departamentos possam usar procedimentos adequados ao preparar medicamentos e instrumentos. Também notifique radiologia, fisioterapia respiratória, limpeza, serviços de alimentação e unidades de cuidados pós-operatórios para que eles tomem as precauções adequadas para proteger o paciente.
- Coloque sinais claros e facilmente visíveis nas portas da sala de cirurgia para informar a todos os que vão entrar que o paciente tem uma alergia ao látex.

Modificado de *Perioperative Standards and Recommended Practices: AORN latex guideline*, Denver, 2011, AORN.

Introdução da Anestesia

A natureza e extensão da cirurgia de um paciente e estado físico atual influenciam o tipo de anestesia administrada durante a cirurgia. Conhecer as complicações para antecipar o pós-cirúrgico para cada tipo (Tabela 50-7).

Tabela 50-7

Exemplos de Complicações da Anestesia

Tipo	Complicações
Geral	Aspiração de vômito, irregularidades cardíacas, diminuição do débito cardíaco, hipotensão, hipotermia, hipóxia, laringoespasmo, hipertermia maligna, nefrotoxicidade e depressão respiratória
Regional: bloqueios epidurais, espinhais e caudais	Hipotensão, hipotermia, lesão de medula espinhal, paralisia respiratória, dor de cabeça da coluna vertebral
Local	Urticária, erupção cutânea, anafilaxia
Sedação consciente	Aspiração, diminuição do nível de consciência, hipoxemia, depressão respiratória

Anestesia Geral

Sob **anestesia geral** um paciente perde toda a sensação, consciência e reflexos, incluindo reflexos faríngeos e de pestanejar. Os músculos do paciente relaxam e o paciente experimenta amnésia. Esta é uma medida de proteção dos acontecimentos desagradáveis do procedimento. Um anestesista dá anestesia geral por perfusão IV e por rotas de inalação através das três fases da anestesia: indução, manutenção e emergência. A cirurgia que requer anestesia geral envolve grandes procedimentos com ampla manipulação dos tecidos. Durante a emergência, anestésicos são reduzidos, e o paciente começa a despertar. Devido à meia-vida curta dos medicamentos de hoje, a emergência ocorre frequentemente na sala de cirurgia. A duração da anestesia depende da duração da cirurgia.

Anestesia Regional

Anestesia regional resulta em perda de sensação em uma área do corpo por anestesiar vias sensoriais. Esse tipo de anestesia é realizado por injeção de um anestésico local ao longo do percurso de um nervo da medula espinhal. O paciente requer monitoramento cuidadoso durante e imediatamente após a anestesia regional para o retorno da sensibilidade e movimento para o ponto de injeção do anestésico. Como enfermeiro, proteja os membros de um paciente de lesão até o retorno da sensibilidade. Complicações graves, como paralisia respiratória, ocorrem se o nível de anestesia sobe, movendo-se para cima na medula espinal.

Elevação da parte superior do corpo ajuda a evitar paralisia respiratória. Alguns pacientes têm uma queda repentina da pressão arterial, o que resulta de uma extensa vasodilatação provocada pelo bloqueio anestésico dos nervos simpáticos vasomotores e dor, e as fibras nervosas motoras. Lembrar que queimaduras e outros traumas podem ocorrer na parte anestesiada do corpo sem que o paciente tenha conhecimento da lesão. É necessário observar a posição das extremidades e a condição da pele frequentemente.

Anestesia Local

Anestesia local envolve a perda de sensibilidade no local desejado (p.ex., uma protuberância da pele ou a córnea do olho) através da inibição da condução do nervo periférico. É comumente utilizada em cirurgia ambulatorial. Anestesia local também pode ser utilizada em adição a anestesia geral ou regional. O agente anestésico (p.ex., lidocaína) inibe a condução do nervo até que a droga se difunda para a circulação. É injetado localmente ou aplicado topicamente. O paciente experimenta uma diminuição da dor e da sensação de toque e das atividades motoras e autonômicas (p.ex., esvaziamento de bexiga). É necessário monitorar pacientes de forma contínua durante um procedimento local. A frequência de observação e o acompanhamento dos pacientes são adaptados para o paciente, procedimento e os medicamentos utilizados (Rothrock, 2015).

Sedação Moderada (Consciente)

Sedação moderada IV (**sedação consciente**) é utilizada rotineiramente para cirurgias curtas, diagnóstico e procedimentos terapêuticos que não necessitam de anestesia completa, mas sim de uma diminuição do nível de consciência. Um paciente mantém a ventilação espontânea e uma via aérea permeável e não requer intervenções durante a sedação consciente (Rothrock, 2015). Além disso, o paciente responde de forma adequada a estímulos físicos (toque leve) e verbais. O sedativo preferido para sedação consciente é sedativo intravenoso de curta ação como midazolam (Versed).

As vantagens da sedação consciente incluem sedação adequada,

redução do medo e ansiedade, amnésia, alívio da dor e estímulos nocivos, alteração de humor, elevação do limiar de dor, o reforço da cooperação do paciente, sinais vitais estáveis e rápida recuperação. Enfermeiros que dão assistência na administração de sedação consciente precisam demonstrar competência no cuidado desses pacientes. Conhecimentos de anatomia, fisiologia, disritmias cardíacas, complicações processuais e os princípios farmacológicos relacionados com a administração de agentes individuais são essenciais.

Você também precisa avaliar, diagnosticar e intervir em caso de reações inesperadas, como uma reação adversa a um medicamento, e demonstrar habilidade no manejo das vias aéreas e de fornecimento de oxigênio. O equipamento de reanimação deve estar prontamente disponível quando se usa sedação consciente. A AORN (2014) publica recomendações para a gestão de pacientes submetidos a sedação consciente.

Posicionando o Paciente para Cirurgia

A prevenção de lesões de posicionamento requer antecipação da posição e da abordagem cirúrgica a ser utilizada durante um procedimento cirúrgico, o aparelho de posicionamento a ser utilizado e se o paciente tem condições que causam risco de lesão (AORN, 2015). Durante anestesia geral, a equipe de enfermagem e o cirurgião muitas vezes esperam para posicionar um paciente até o estágio de relaxamento total, assim é menos provável uma lesão por movimento ou por levantar as partes do corpo do paciente. Idealmente, a posição de um paciente fornece acesso claro para o local da cirurgia, sustenta função circulatória e respiratória adequadas e garante a segurança do paciente, o conforto e a integridade da pele. Se um paciente tem condições como a obesidade mórbida, a desnutrição, lesões por pressão existentes ou doença crônica, são necessárias considerações especiais no posicionamento. É importante para o enfermeiro circulante avaliar as estruturas circulatória, respiratória, tegumentar, musculoesquelética e neurológica durante a cirurgia (AORN, 2015).

Uma pessoa em alerta mantém amplitude de movimento normal conjunta de receptores de dor e pressão. Se uma articulação é demasiado estendida, estímulos de dor fornecem um aviso de que a tensão muscular e conjunta é muito grande. Em um paciente que está anestesiado, mecanismos de defesa normais não podem proteger contra lesões articulares, estiramento muscular e tensão. Os músculos ficam tão relaxados que é relativamente fácil colocar o paciente numa posição que normalmente o indivíduo não assumiria enquanto acordado. O paciente muitas vezes permanece numa determinada posição durante várias horas. Embora por vezes seja necessário colocar o paciente em uma posição fora do comum, tente manter o alinhamento correto e proteger a pele da pressão, abrasão e outras lesões.

Colchões especiais, uso de enchimento de espuma e anexos para a mesa de cirurgia fornecem proteção para as extremidades e proeminências ósseas. O posicionamento não deve impedir o movimento normal do diafragma ou interferir na circulação de partes do corpo. Se restrições forem necessárias, cubra a pele com compressa para evitar trauma.

Documentação de Cuidado Intraoperatório

Durante todo o procedimento cirúrgico, o enfermeiro circulante mantém um registro preciso das atividades de atendimento ao paciente e procedimentos realizados pela equipe da sala de cirurgia (p.ex., o estado de contagem cirúrgico, o equipamento especial, IV e irrigação de fluidos, espécimes e medicamentos). Um formato de documentação padronizada ajuda os profissionais a assegurar a continuidade das informações da sala de cirurgia ou da unidade de cuidados pós-anestésicos (SRPA) ou área de recuperação (AORN, 2015). A AORN recomenda o uso de formas verbais e padronizadas para transferir informações de pacientes entre os prestadores de cuidados.

◆ Avaliação de Enfermagem

O enfermeiro circulante realiza a avaliação de enfermagem contínua

para garantir que intervenções como a posição do paciente sejam corretamente executadas durante a fase intraoperatória de cirurgia.

Pelas Lentes dos Olhos do Paciente

Enquanto um paciente está passando por cirurgia, é importante manter a família informada. Hospitais variam em suas políticas de quando e quantas vezes as famílias recebem atualizações de condição do paciente. Famílias esperam uma estimativa de quando a cirurgia começa e de quanto tempo provavelmente vai durar. Quando você dá uma atualização aos membros da família, pergunte se eles têm mais perguntas ou preocupações e se suas necessidades estão sendo atendidas.

Resultados dos Pacientes

Avalie o estado clínico de um paciente durante a cirurgia. O anestesista monitora continuamente os sinais vitais. O enfermeiro circulante monitora e registra entrada e saída de líquidos, amostras obtidas, medicamentos e irrigações, o tipo de embalagem de curativos e outros tratamentos. Meça a temperatura do corpo do paciente durante e ao final da cirurgia, com o objetivo de manter o paciente normotérmico. Inspecione a pele sob a compressa e em áreas onde o posicionamento exerce pressão.

Fase cirúrgica pós-operatória

A recuperação cirúrgica de um paciente é dividida em três fases: imediatamente após a cirurgia, um período intermediário em que um paciente é hospitalizado e uma fase de convalescença, que ocorre na transição da alta hospitalar para a recuperação completa. Após a cirurgia, o cuidado do paciente é frequentemente complexo, como resultado de alterações fisiológicas. O tipo de anestesia, a natureza da cirurgia e da condição anterior do paciente determinam as fases de recuperação e o tempo em uma unidade de cuidados intensivos de enfermagem. Normalmente no fim da cirurgia, o anestesista e o enfermeiro circulante acompanham o paciente à SRPA e fornecem um relatório de transferência completo para a equipe de enfermagem.

Para um paciente após a cirurgia ambulatorial, o período de recuperação imediata, via de regra, dura apenas 1 ou 2 horas na fase II de recuperação, e a convalescença ocorre em casa. No entanto, a fase I da recuperação pode ser necessária, dependendo da condição e da anestesia de um paciente. Para um paciente no hospital, a recuperação pós-operatória imediata (fase I) muitas vezes dura algumas horas na SRPA, e a fase II de recuperação ocorre em uma unidade cirúrgica. De costume, o paciente permanece na unidade cirúrgica por 1 ou mais dias para se recuperar antes de ir para casa.

Recuperação imediatamente após a cirurgia (fase i)

Quando uma enfermeira da SRPA recebe um paciente durante a transferência, ele ou ela obtém dados da equipe cirúrgica para se preparar para o suporte adequado de estado de recuperação de um paciente. Isso inclui antecipar possíveis problemas clínicos com base na avaliação e tendo a certeza de que os equipamentos especiais necessários para os cuidados de enfermagem estão disponíveis. O planejamento cuidadoso permite que a equipe de enfermagem considere a colocação de pacientes na SRPA. Por exemplo, pacientes

que se submetem a raquianestesia estão cientes de seu entorno e se beneficiam de estar em uma parte mais tranquila da SRPA, longe de pacientes que necessitam de monitorização frequente. Isolar os pacientes com uma infecção grave como a tuberculose de outros pacientes. Use precauções-padrão de controle de infecção (Cap. 29) para todos os pacientes.

Quando um paciente é admitido para a fase I de recuperação, a equipe notifica os enfermeiros da unidade de enfermagem de cuidados intensivos de sua chegada. Isso permite que a equipe de enfermagem informe os membros da família. Estes quase sempre permanecem na área de espera designada para que eles possam ser encontrados quando o cirurgião chega para explicar a condição do paciente. *É de responsabilidade do cirurgião descrever o status do paciente, os resultados da cirurgia e qualquer complicação que tenha ocorrido.* Você é uma fonte valiosa para a família caso ocorram complicações na fase operatória e sejam necessárias explicações esclarecedoras.

Quando um paciente entra na SRPA, o enfermeiro e os membros da equipe cirúrgica discutem o seu estado. A abordagem padronizada ou instrumento de comunicação na transferência ajuda a fornecer informações precisas sobre os cuidados, tratamento e serviços de um paciente, condição atual e quaisquer mudanças recentes ou previstas. (Rothrock, 2015). A transferência é interativa e multidisciplinar, e feita à beira do leito do paciente, permitindo uma troca de comunicação que dá as pessoas que prestam o cuidado a oportunidade de dialogar e fazer perguntas. O relatório da equipe cirúrgica inclui tópicos como o tipo de anestesia fornecida, as tendências de sinais vitais, medicamentos intraoperatórias, líquidos IV, perda estimada de sangue e de urina e informações pertinentes sobre a ferida cirúrgica (p.ex., curativos, tubos, drenos) (Rothrock, 2015). As informações obtidas a partir de relatório de transferência permitem que um enfermeiro de recuperação antecipe a rapidez com que um paciente deve recuperar a consciência, todas as complicações possíveis e quais serão as suas necessidades analgésicas. Um relatório do anestesista ou perfusionista sobre líquidos IV ou produtos sanguíneos administrados durante a cirurgia alerta o enfermeiro para equilíbrio hidroeletrolítico

do paciente. O cirurgião ou anestesista frequentemente relata preocupações especiais (p.ex., se o paciente está em risco de hemorragia ou infecção) e se houve complicações durante a cirurgia, tais como a perda de sangue excessiva ou irregularidades cardíacas. O enfermeiro circulante também relata o posicionamento do paciente no intraoperatório e a condição da pele. Com frequência, esse relatório ocorre enquanto enfermeiros da SRPA estão admitindo o paciente. O enfermeiro da SRPA coloca no paciente equipamentos de monitoramento, tais como o monitor não invasivo de pressão arterial, monitor de ECG e oxímetro de pulso. Os pacientes muitas vezes recebem alguma forma de oxigênio nesse período de recuperação imediata.

Após receber a comunicação de transferência da sala de cirurgia, o enfermeiro da SRPA realiza uma avaliação completa dos sistemas durante os primeiros minutos de cuidados na SRPA (Rothrock, 2015) (Quadro 50-7). Você realiza avaliações no mínimo a cada 15 minutos ou mais frequentemente, dependendo da política do estado e da unidade do paciente. Na maioria das vezes, essa avaliação continua até a alta da SRPA. Realize avaliações de forma rápida e completa e as oriente às necessidades únicas de um paciente e tipo de cirurgia.

Quadro 50-7 Avaliação Inicial de Cuidados Pós-anestésicos: Parâmetros para Avaliar

A avaliação inicial na SRPA inclui a documentação do seguinte:

- Integração de dados recebidos na transferência para a continuidade dos cuidados
- Sinais Vitais
  - Estado respiratório — vias aéreas permeáveis, sons respiratórios, tipo de via aérea artificial, configurações de ventilação mecânica, saturação de oxigênio e valores de CO_2 no fim da respiração
- Entrada e saída de líquidos (balanço hídrico)
- A avaliação da dor/sedação/ conforto (incluindo o estado psicoemocional), presença de náuseas ou vômitos

- Função neurológica: nível de consciência (pode usar escala de coma de Glasgow), a resposta pupilar (se indicado)
- Posição do paciente
- Condição e cor da pele, estado de quaisquer áreas de pressão suspeitas
- Necessidades de segurança do paciente
- Estado neurovascular: pulsos periféricos e sensação de extremidade ou extremidades
- Condição de curativos cirúrgicos ou linha de sutura, drenos, tubos, recipientes
- Quantidade, aparência e tipo de drenagem
- Resposta muscular e força/mobilidade
- Terapia de líquidos — localização de linhas intravenosas (IV), desobstrução das linhas IV, quantidade e tipo de solução (cristaloides ou produtos sanguíneos) infundida, próximo líquido a ser administrado
- Avaliação específica de procedimentos, como quantidade de drenagem esperada, auxiliares de posicionamento específicos para cirurgia ortopédica

Adaptado de Rothrock JC: *Alexander's care of the patient in surgery*, ed 15, St Louis, 2015, Mosby.

Avalie o estado do paciente e eventual preparação para a alta da SRPA com base na estabilidade dos sinais vitais comparados com os dados pré--operatórios. Outros resultados para alta incluem controle de temperatura corporal, boa ventilação e estado de oxigenação, orientação ao ambiente, ausência de complicações, o mínimo de dor e náuseas, drenagem controlada da ferida, produção de urina adequada e equilíbrio hidroeletrolítico. Os pacientes de cirurgias mais extensas que requerem anestesia de maior duração geralmente se recuperam mais lentamente. É comum que os hospitais e centros de atendimento ambulatorial usem sistemas de pontuação objetivos para identificar quando os pacientes estão prontos para alta. Instrumentos-padrão

incluem a pontuação Aldrete modificada (Aldrete, 1998) ou a **pontuação de recuperação pós-anestésica (PARS)** modificada e a ferramenta de avaliação de alta DASAIM (Gärtner et al., 2010). Cada ferramenta tem critérios avaliados em intervalos de tempo selecionados (p.ex., 5, 15, 30, 45 e 60 minutos) e na alta da SRPA (ver política de instituição). O paciente deve receber uma pontuação predeterminada antes da alta da SRPA. Se a condição do paciente ainda é ruim depois de 2 ou 3 horas ou a estadia se alonga, o cirurgião pode transferi-lo a uma unidade de terapia intensiva (UTI).

Quando o paciente recebe alta da SRPA, outra comunicação de transferência ocorre à beira do leito do paciente entre o enfermeiro da SRPA e o enfermeiro da unidade de enfermagem intensiva ou na UTI. Os enfermeiros verificam a identificação do paciente usando dois identificadores. A transferência inclui a avaliação dos sinais vitais, o tipo de cirurgia e anestesia realizada, perda de sangue, nível de consciência, condição física geral, medicamentos administrados durante a cirurgia e na SRPA e a presença de linhas IV, tubos de drenagem e curativos. O relatório de enfermeiros da SRPA ajuda o enfermeiro de recepção a antecipar as necessidades especiais dos pacientes e obter o equipamento necessário. É importante ter tempo ininterrupto para rever os eventos pertinentes recentes e fazer perguntas. Também é importante nesse momento que os membros da família do paciente sejam informados o mais rapidamente possível do plano de transferência do paciente.

A equipe da SRPA transporta o paciente em uma maca para a unidade de enfermagem. Os membros da equipe da unidade ajudam a transferir com segurança o paciente para uma cama (Cap. 39). O enfermeiro da SRPA mostra ao enfermeiro que recebe o registro da sala de recuperação e analisa a condição do paciente e o curso do atendimento. O enfermeiro da SRPA também revisa as prescrições do cirurgião que requerem atenção. *Antes que o enfermeiro da SRPA deixe a área de cuidados intensivos, o enfermeiro da equipe assumindo o cuidado do paciente toma um conjunto completo de sinais vitais para comparar com os achados da SRPA.* Pequenas variações de sinais vitais normalmente ocorrem após o transporte do paciente.

Recuperação em cirurgia ambulatorial (fase ii)

O rigor e extensão da recuperação pós-operatória após a cirurgia ambulatorial depende da condição do paciente, tipo de cirurgia e anestesia. Em alguns casos, o paciente passa por ambas as fases I (SRPA) e II de recuperação. Avaliar e cuidar de pacientes que necessitam de um acompanhamento de perto da mesma maneira que dos pacientes em fase I. É comum avaliar pacientes com um instrumento de pontuação de recuperação objetiva. Depois do paciente se estabilizar e já não exigir acompanhamento de perto, transferi-lo para a fase II de recuperação. Com os novos agentes anestésicos e técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, *cirurgias rápidas* estão se tornando mais comuns, com os pacientes experimentando um despertar mais rápido na sala de cirurgia, recuperação mais rápida e morbidade reduzida (Kehlet e Wilmore, 2008). Muitos pacientes de cirurgia ambulatorial são capazes de pular a fase I.

A fase II de recuperação é realizada em uma sala equipada com cadeiras médicas reclináveis, mesas laterais e apoios para os pés. As instalações da cozinha para preparar refeições leves e bebidas são geralmente localizadas na área, juntamente com os banheiros. O ambiente de fase II promove o conforto e o bem-estar do paciente e da família até a alta. Monitorar os pacientes, mas não com a mesma intensidade como durante a fase I. Na fase II de recuperação, inicie as orientações pós-operatórias com pacientes e familiares (Quadro 50-8).

Quadro 50-8

Educação em saúde do paciente

Instruções Pós-operatórias para um Paciente Cirúrgico Ambulatorial

Objetivo

- O paciente descreverá sinais e sintomas de problemas pós-

operatórios para informar a pessoa que presta os cuidados de saúde.

Estratégias de Orientação

- Dê uma folha de instruções com informações de contato, incluindo número de telefone da pessoa que presta os cuidados de saúde, o número de centro de cirurgia, e data e hora marcadas para o acompanhamento. Permitir que paciente e sua família façam perguntas.
- Explique a um membro da família os sinais e sintomas de infecção.
- Explique nome, dose, horário e propósito de medicamentos bem como possíveis efeitos colaterais. Forneça informação impressa sobre o medicamento.
- Explique restrições de atividade, a progressão da dieta, diretrizes de tratamento de feridas e os sinais de quaisquer problemas associados. Forneça folha de instruções com explicações claras e focadas.

Avaliação de Enfermagem

- Peça ao paciente para explicar quando e como chamar o prestador de cuidados de saúde em caso de problemas.
- Peça ao paciente para confirmar a data da consulta de acompanhamento.
- Peça ao paciente e membro da família que descrevem sinais e sintomas de infecção.
- Peça para o paciente verbalizar o nome do medicamento, a dose, quando tomar e os efeitos colaterais comuns.
- Peça para o paciente demonstrar atividade própria/movimento e tratamento de feridas.

Os pacientes recebem alta para o domicílio após a cirurgia ambulatorial depois de cumprir determinados critérios. Quando você

estiver usando um instrumento para avaliar a pontuação de recuperação do paciente, tal como a PARS, o paciente deve alcançar uma determinada pontuação antes de ter alta. Os pacientes com AOS conhecida ou de alto risco para a condição não são liberados da área de recuperação para o domicílio até que eles já não estejam em risco de depressão respiratória pós-operatória, o que pode exigir uma estadia mais longa (ASA, 2014). Por vezes, Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios (NVPO) ocorrem uma vez que o paciente está no domicílio, mesmo que os sintomas não tenham estado presentes no centro cirúrgico.

Opções para a terapia incluem o uso profilático de drogas, como ondansetron (Zofran) aprepitant, dolasetron e estimulação eléctrica transcutânea de pontos de acupuntura, ou um adesivo transdérmico de escopolamina (McCaffrey, 2007; Rothrock, 2015).

Revise as instruções pós-operatórias escritas e prescrições com o paciente e a família antes de liberar o paciente e garanta que eles verbalizem compreensão dessas instruções. Sempre liberar o paciente com um adulto responsável.

Recuperação pós-operatória e convalescença

Os pacientes permanecem na SRPA até que sua condição se estabilize. Eles, então, retornam para a unidade de enfermagem no pós-operatório. O cuidado de enfermagem em ambas as configurações se concentra em promover para o paciente um nível relativamente funcional de bem-estar o mais rapidamente possível. A velocidade de recuperação depende do tipo ou da extensão da cirurgia, fatores de risco, gestão de dor e complicações pós-operatórias.

❖ Processo de enfermagem

Aplicar o processo de enfermagem e usar uma abordagem de pensamento crítico em seu cuidado com os pacientes. O processo de enfermagem fornece uma abordagem de tomada de decisão clínica para que você desenvolva e implemente um plano individualizado de cuidados. Uma vez que um paciente cirúrgico é transferido para uma

unidade de cuidados intensivos de enfermagem, os cuidados pós-operatórios em curso são essenciais para apoiar a recuperação.

Histórico de Enfermagem

Durante o processo do histórico de enfermagem, avaliar cuidadosamente cada paciente e analisar criticamente os resultados para garantir que você está tomando decisões clínicas centradas no paciente necessárias a cuidados seguros de enfermagem. Durante uma avaliação pós-operatória, aplique o pensamento crítico ao confiar em informações da avaliação de enfermagem pré-operatória, o conhecimento sobre o procedimento cirúrgico realizado e os eventos que ocorrem durante a cirurgia. Essa análise vai ajudá-lo a focar na sua avaliação pós-operatória. Uma variação do padrão do paciente possivelmente indica o aparecimento de complicações relacionadas com a cirurgia.

Antes de um paciente chegar à unidade de enfermagem, prepare o leito e o espaço para o seu regresso, se ele estiver voltando para a mesma unidade de enfermagem. Você está mais bem preparado para cuidar do paciente após a cirurgia se o quarto está pronto antes do retorno do paciente. Uma unidade de cabeceira pós-operatória inclui:

1. Esfigmomanômetro e/ou monitor automatizado não invasivo de pressão arterial, estetoscópio e termômetro.
2. Cuba rim
3. Espirômetro de incentivo
4. Roupa limpa, panos, toalha e tecidos faciais
5. Suporte de soro e bomba de infusão (se necessário)
6. Equipamento de aspiração (se necessário)
7. Equipamento de oxigênio e monitor de oximetria (se necessário)
8. Travesseiros extras para posicionar o paciente de maneira confortável
9. Forros para colchão para proteger a roupa de cama de vazamento
10. Leito levantado até a altura da maca com roupa de cama puxada para trás e móveis dispostos para acomodar a maca e os equipamentos (tais como linhas IV)

Quando um paciente chega à unidade de cuidados intensivos,

monitorar os sinais vitais de acordo com a política da instituição. Geralmente, você verifica os sinais vitais duas vezes a cada 15 minutos, duas vezes a cada 30 minutos, a cada hora durante 2 horas, e depois a cada 4 horas ou conforme recomendação. Quando a condição do paciente estabilizar, avalie-o, pelo menos, uma vez por turno até a alta. Sempre basear a frequência da avaliação na condição atual do paciente. *Não presuma que um maior acompanhamento é desnecessário se o paciente parece normal durante a avaliação inicial.* A condição do paciente pode mudar rapidamente, em especial durante o período pós-operatório. Documente completamente a avaliação de enfermagem inicial, incluindo sinais vitais, nível de consciência, estado das vias aéreas, a condição de curativos e drenos, pulsos distais no local da cirurgia, nível de conforto, *status* de líquido IV e as medições da eliminação urinária. Preencha os dados do paciente no prontuário em folhas de fluxo, menus de avaliação cirúrgica ou notas escritas de progresso. Os resultados iniciais fornecem uma referência para comparação com as mudanças pós-operatórias.

Pelas Lentes dos Olhos do Paciente

Quando um paciente retorna inicialmente para a unidade de cuidados de enfermagem intensiva, a família e o paciente têm expectativas de receber atendimento rápido e atencioso. Há também a expectativa de que um enfermeiro explicará o estado imediato do paciente e o plano de cuidados para as próximas horas. Ver o retorno do paciente da cirurgia é um alívio de muitas maneiras. Mas, se o paciente tiver tido complicações ou não estiver respondendo bem, a ansiedade retornará facilmente. Quando um paciente se estabiliza, é importante avaliar expectativas dele e da família para a recuperação e convalescença uma vez que ele volta para casa. Certifique-se de avaliar as expectativas deles para a gestão da dor e outros sintomas. O que eles esperam da equipe durante a internação? Quais são as suas expectativas depois de o paciente receber alta do hospital? Os membros da família estão preparados para assumir o cuidado no momento da alta? Considere o paciente e os familiares em sua avaliação para que possa coletar as informações necessárias com vistas a desenvolver um plano relevante

de cuidados. Por exemplo, determinar os valores e crenças de um paciente e da família no que diz respeito ao significado da condição cirúrgica e como ela vai afetar a capacidade do paciente de reassumir o seu papel na família.

Vias Aéreas e Respiração

A primeira prioridade no atendimento de um paciente após a anestesia é estabelecer uma via aérea permeável. Avaliar a permeabilidade das vias aéreas, frequência respiratória, ritmo, profundidade de ventilação, a simetria do movimento da parede torácica, sons respiratórios e cor das mucosas. Também sabemos que alguns agentes anestésicos causam depressão respiratória. O paciente pode apresentar ronco, pouca ou nenhuma circulação de ar na ausculta dos pulmões, retração dos músculos intercostais, movimentos assíncronos do tórax e diminuição da saturação de oxigênio. Esteja alerta para respiração lenta e superficial e tosse fraca. Se a respiração for anormalmente superficial, coloque a mão perto do nariz ou da boca do paciente para sentir o ar exalado. Os valores de oximetria de pulso normais variam entre 92% e 100% de saturação. A confusão pós-operatória é com frequência secundária a hipóxia, especialmente em idosos.

Uma via aérea oral ou nasal (Cap. 41) às vezes é inserida na sala de cirurgia ou na SRPA após a remoção do tubo endotraqueal. Ela mantém uma via aérea permeável até que os pacientes possam proteger suas vias aéreas. No entanto, a aspiração ou a passagem de material regurgitado para os pulmões ocorre na maioria das vezes com a remoção do tubo endotraqueal (Rothrock, 2015). Quando os pacientes despertam, eles expelem o tubo, ou você pede para ele expelir. A capacidade de fazer isso significa o retorno de um reflexo faríngeo normal. Esteja alerta para náuseas e vômitos, que podem precipitar regurgitação, evitar qualquer movimento rápido do paciente e manter sua cabeça elevada, enquanto em decúbito lateral.

Uma de suas maiores preocupações é a obstrução das vias aéreas. Uma série de fatores contribuem para a obstrução, incluindo o histórico de OSA, tônus muscular faríngeo/laríngeo fraco por causa

dos anestésicos, secreções na faringe, árvore brônquica, ou traqueia e edema subglótico ou laríngeo. Após a anestesia, a língua do paciente causa a maioria das obstruções das vias aéreas. Avaliação contínua da permeabilidade das vias aéreas é crucial. Os pacientes podem permanecer em uma posição deitada de lado até as vias aéreas ficarem desobstruídas. Continue a avaliar o estado e os sons da respiração. Pacientes idosos, fumantes e pacientes com histórico de doença respiratória são propensos a desenvolver complicações como atelectasia ou pneumonia. Os pacientes com AOS são muitas vezes obrigados a ter oximetria de pulso contínua durante a recepção de opioides IV para detectar dessaturação de oxigênio rapidamente. A utilização da Escala de Sedação Induzida por Opiáceos Pasero (POSS) na SRPA ajuda a avaliar os pacientes com mais precisão e atende às necessidades de dor do paciente, evitando hipersedação (Kobelt et al., 2014).

Circulação

O paciente está em risco de complicações cardiovasculares resultantes da perda real ou potencial de sangue a partir do local da cirurgia, os efeitos colaterais da anestesia, os desequilíbrios de eletrólitos e depressão de mecanismos normais de regulação circulatória e isquemia. A avaliação cuidadosa da frequência cardíaca e ritmo, juntamente com a pressão arterial, revela o estado cardiovascular do paciente. Compare os sinais vitais pré-operatórios com os valores pós-operatórios. Se a pressão arterial do paciente cai progressivamente a cada checagem ou se as alterações do ritmo cardíaco se tornam irregulares, notificar a pessoa que presta o cuidado de saúde. Um registro do ritmo cardíaco é obtido depois da cirurgia, em comparação com registros de ECG pré-operatórios, e colocado no prointuário.

Avalie a perfusão circulatória observando enchimento capilar, pulsos e a cor e temperatura do leito ungueal e da pele. Se um paciente passou por cirurgia vascular ou tem gesso ou dispositivos de constrição que podem prejudicar a circulação, avalie os pulsos periféricos e o enchimento capilar distal no local da cirurgia. Por exemplo, após cirurgia na artéria femoral, acesse pulsos tibial

posterior e dorsal do pé. Além disso, compare pulsos na extremidade afetada com aqueles na extremidade não afetada.

Um problema circulatório inicial comum é o sangramento ou hemorragia. A perda de sangue pode ocorrer internamente ou externamente através de um dreno ou incisão. Qualquer tipo de hemorragia resulta em uma queda da pressão arterial, elevadas taxas cardíacas e respiratórias, pulso filiforme, pele fria, pegajosa e pálida e inquietação. Notifique o cirurgião se essas mudanças ocorrerem.

Mantenha infusão de líquidos IV. Monitore os sinais vitais do paciente a cada 15 minutos ou mais frequentemente, até que a condição do paciente se estabilize. Continue a oxigenoterapia. O cirurgião pode considerar medicamentos ou reposição de volume e solicitar hemograma e coagulograma.

Controle de Temperatura

Os ambientes da sala de cirurgia de recuperação são extremamente frios. A diminuição do nível de funcionamento corporal de um paciente por causa da anestesia resulta em uma redução do metabolismo e na queda da temperatura do corpo. Quando os pacientes começam a despertar mais plenamente, eles queixam-se de frio e desconforto. Pacientes idosos e pediátricos estão em maior risco de desenvolver problemas associados à hipotermia pós-operatória (temperatura inferior a 36°C). Também avalie de perto a temperatura do corpo dos outros pacientes em situação de risco, incluindo os do sexo feminino, pacientes com queimaduras, pacientes que receberam anestesia geral, pacientes com caquexia ou que tiveram baixas temperaturas no intraoperatório e aqueles cuja cirurgia envolve irrigantes frios (Rothrock, 2015).

Em casos raros, se desenvolve um distúrbio genético conhecido como **hipertermia maligna**, uma complicação com risco de vida da anestesia. A hipertermia maligna provoca hipercarbia (dióxido de carbono elevado), taquipneia, taquicardia, contração ventricular prematura, pressão arterial instável, cianose, manchas de pele e rigidez muscular. Apesar do nome, temperatura elevada ocorre tardiamente. O aumento de dióxido de carbono expirado é um dos

primeiros sinais. Embora muitas vezes ocorram durante a fase de indução da anestesia, os sintomas podem ocorrer depois da cirurgia ou com exposições repetidas à anestesia (Rothrock, 2015). Sem detecção e tratamento imediato, é potencialmente fatal.

Monitore a temperatura de perto na área de cuidados intensivos. Uma vez que uma temperatura elevada pode ser a primeira indicação de uma infecção, avalie o paciente para uma potencial fonte de infecção, incluindo o local de IV (se presente), a incisão/ferida cirúrgica e o trato respiratório e urinário. Notificque a pessoa que presta os cuidados de saúde, porque posteriores avaliações são muitas vezes necessárias.

Equilíbrio Hidroeletrolítico

Por causa do risco de anomalias de líquidos e eletrólitos após a cirurgia, avalie o estado de hidratação do paciente e monitore os sinais de alterações eletrolíticas (Cap. 42). Monitore e compare valores de laboratório com os valores basais do paciente. Uma responsabilidade importante do enfermeiro é manter a permeabilidade de infusões intravenosas. A única fonte de ingestão de líquido do paciente imediatamente após a cirurgia é através de cateteres IV até que o reflexo de vômito e ruídos intestinais retornem. Inspecionar o local de inserção do cateter do paciente para assegurar que o cateter está adequadamente posicionado dentro de uma veia, o líquido flui livremente e o local está livre de flebite ou infiltração. Registro preciso de entrada e saída avalia função renal e circulatória. Meça todas as fontes de produção, incluindo urina, drenos colocados cirurgicamente, e drenagem gástrica e da ferida. Anotar qualquer perda insensível de sudorese. Avalie o peso por dia durante os primeiros dias após a cirurgia e comparar com o peso pré-operatório. Se o paciente tem um histórico cardíaco conhecido como a insuficiência cardíaca, continuar as pesagens diárias. É importante a utilização de escalas consistentes, quantidade de vestuário e a hora do dia para obter uma medição exata do peso.

Funções Neurológicas

Na SRPA, é comum que o paciente esteja sonolento. À medida que os agentes anestésicos começam a metabolizar, seus reflexos voltam, a força muscular é normalizada e ele volta a apresentar um nível normal de orientação. Continue a acompanhar o estado neurológico na unidade de enfermagem. Certifique-se de que o paciente está orientado em relação a si e ao hospital e responde a perguntas apropriadamente. Avalie a pupila e o reflexo faríngeo, apertos de mão e o movimento das extremidades (Cap. 31). Se um paciente passou por cirurgia envolvendo parte do sistema neurológico, realizar uma avaliação neurológica mais aprofundada. Por exemplo, se o paciente teve cirurgia lombar, avaliar movimento das pernas, sensibilidade e força.

Os pacientes com anestesia regional experimentam um retorno da função motora antes da sensação tátil retornar. Verifique sensibilidade do paciente ao toque (Cap. 31). Saber onde a anestesia regional foi introduzida ajuda a verificar a distribuição dos nervos espinhais afetados. Avalie a sensação ao tocar o paciente bilateralmente na mesma área (p.ex., braço inferior em ambos os lados ou perna em ambos os lados) e observe onde o paciente sente o toque. Teste o sentido do tato usando a pressão da mão ou um toque suave na pele. Avaliação da força nas extremidades é importante se um paciente recebeu anestesia espinal ou epidural. Os pacientes permanecem na SRPA até a sensação e movimento voluntário das extremidades inferiores serem restabelecidos.

Integridade da Pele e Condição do Ferimento

Durante a recuperação e cuidados intensivos pós-operatórios, avalie a condição da pele, observando áreas de pressão, erupções cutâneas, petéquias, abrasões ou queimaduras. A erupção geralmente indica uma sensibilidade a fármacos ou alergia. Abrasões ou petéquias, por vezes, resultam de um distúrbio de coagulação ou posicionamento inadequado ou restrição que prejudica as camadas da pele. Queimaduras podem indicar que uma placa de aterramento elétrico foi colocada incorretamente na pele do paciente. Documente queimaduras ou lesões graves na pele em uma ocorrência ou relatório

de eventos adversos de acordo com a política da instituição (Cap. 23). Observe se o paciente se queixa de qualquer ardor ou dor no olho, o que poderia indicar uma abrasão corneana.

Após a cirurgia, o paciente pode receber apenas curativos, grampos de pele ou mesmo cola para fechar pequenas feridas. Olhe para a incisão com cuidado e perceba qualquer drenagem ou inchaço. A maioria das feridas cirúrgicas que são maiores tem curativos que protegem o local da ferida e recolhem a drenagem. Observe a quantidade, cor, odor e consistência da drenagem em curativos. É mais comum ver drenagem serossanguinolenta imediatamente após a cirurgia. Estimar a quantidade de drenagem, observando o número de esponjas de gaze saturadas. Se a drenagem aparecer na superfície exterior de um curativo, uma outra maneira de avaliar é marcar o perímetro exterior da drenagem com fita ou marcar e cronometrar com o tempo indicado. Dessa forma, você pode facilmente observar se a drenagem está aumentando (Cap. 48). No entanto, essa não é a medida mais precisa do volume de líquido perdido. Reforce a cobertura conforme necessário e chame o cirurgião se a drenagem da ferida estiver vazando através do curativo.

Muitos cirurgiões preferem fazer o primeiro curativo cirúrgico para que possam inspecionar a área da incisão. Isso se aplica a ambos os pacientes ambulatoriais e internados. Você tem a oportunidade na unidade de enfermagem de cuidados intensivos de ver e completamente avaliar e documentar o estado da incisão/ferida no momento dessa troca de curativo inicial. Avalie se as bordas da ferida estão aproximadas e se o sangramento ou drenagem está presente. Também é importante avaliar o grau de mobilidade do paciente. Se ele não consegue ou não quer virar por causa da dor da área de incisão, o desenvolvimento de lesões por pressão é uma preocupação. Institua o uso da Escala de Braden ou outro instrumento de avaliação para determinar o risco do paciente de desenvolver lesões por pressão.

Metabolismo

Pesquisas na última década mostram que a hiperglicemia pós-

operatória (glicemia maior que 180 mg/dl) está associada à infecção da ferida cirúrgica e maior tempo de internação em pacientes cirúrgicos. Normoglicemia ou um nível de glicose inferior a 150 mg/dl e redução da variabilidade de glicose no sangue é geralmente segura e eficaz para o paciente e agora são recomendadas como uma prática baseada em evidências (Lipshutz e Gropper, 2009). Os enfermeiros precisam monitorar os níveis de glicose no sangue rotineiramente com base na prescrição do cirurgião ou na política do hospital.

Função Genitourinária

Dependendo da cirurgia, alguns pacientes não recuperam o controle voluntário sobre a função urinária por 6 a 8 horas após a anestesia. Uma anestesia epidural ou espinhal muitas vezes impede o paciente de sentir a plenitude da bexiga. Apalpe o abdome inferior logo acima da sínfise púbica para verificar a distensão da bexiga. Outra opção é usar uma varredura da bexiga ou ultrassom para avaliar o volume da bexiga. Se o paciente tem um cateter urinário, deve haver um fluxo contínuo de urina de, aproximadamente, 30 a 50 ml/h em adultos (ver política da instituição). Observar a cor e o odor da urina. Cirurgia envolvendo partes do trato urinário normalmente provoca sangue na urina durante pelo menos 12 a 24 horas, dependendo do tipo de cirurgia. Uma saída de urina de menos que 0,5 mL/kg/ h é relatada para a pessoa que presta os cuidados de saúde ou cirurgião (Lewis et al., 2014).

Função Gastrointestinal

Anestésicos gerais deixam a motilidade gastrointestinal mais lenta e muitas vezes causam náuseas. Além disso, a manipulação dos intestinos durante cirurgia abdominal prejudica o peristaltismo. Ruídos intestinais fracos ou ausentes são típicos imediatamente após a cirurgia. Normalmente, os pacientes que se submetem à cirurgia abdominal ou pélvica diminuem o peristaltismo durante pelo menos 24 horas ou mais (Rothrock, 2015). O **íleo paralítico** (i.e., perda da função do intestino), que provoca a distensão abdominal, é sempre possível após a cirurgia. Auscultar os sons intestinais em todos os

quatro quadrantes, anotando ruídos intestinais fracos ou ausentes. Inspecione o abdome para distensão causada pelo acúmulo de gás. Pergunte se o paciente está com flatos, um importante sinal indicando o retorno da função intestinal normal. O retorno de flatos geralmente é mais indicativo de retorno da função intestinal normal que o retorno de ruídos intestinais (Massey, 2012). Se uma sonda nasogástrica (NG) está em vigor para a descompressão, avaliar a permeabilidade do tubo e a cor e a quantidade de drenagem (Cap. 47).

Conforto

Quando os pacientes despertam da anestesia geral, a sensação de dor torna-se proeminente. Eles percebem a dor antes de recuperar a consciência plena. Dor incisional aguda faz que eles se tornem inquietos e muitas vezes é responsável por mudanças temporárias nos sinais vitais. É difícil para os pacientes a começar exercícios de tosse e de respiração profunda quando sentem dor incisional. O paciente que teve anestesia regional ou local quase sempre não sente dor inicialmente, porque a área de incisão ainda está anestesiada. Avaliação permanente do desconforto do paciente e avaliação de terapias de alívio da dor são essenciais ao longo do curso do pós-operatório. As escalas de dor são eficazes para avaliar a dor pós-operatória, avaliar a resposta aos analgésicos e objetivamente documentar a intensidade da dor (Cap. 44). Usando as avaliações de dor pré-operatórias como referência, avalie a eficácia das intervenções durante a recuperação do paciente.

◆ Diagnóstico de Enfermagem

Determine o *status* do diagnóstico de enfermagem no pré-operatório, agrupando novos dados de avaliação pós-operatória. Então, você deve rever ou resolver o diagnóstico pré-operatório e identificar novo diagnóstico relevante após a cirurgia. Um diagnóstico previamente definido, tal como *Integridade da Pele Prejudicada* pode continuar como um problema pós-operatório, especialmente se a sua avaliação revelar riscos contínuos, tais como mobilidade reduzida ou sudorese excessiva. É comum identificar novo diagnóstico de enfermagem após

a cirurgia por causa dos riscos ou problemas associados a ela. Considere também as necessidades avaliadas da família de um paciente quando você identificar diagnósticos de enfermagem. Na formulação dos diagnósticos de enfermagem, seja preciso na identificação de um fator relacionado (quando apropriado). Por exemplo, *Mobilidade Física Prejudicada relacionada com a redução da força na extremidade inferior* comparada com *Mobilidade Física Prejudicada relacionada com a intolerância ao exercício* requer diferentes intervenções de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem potenciais para o paciente no pós-operatório incluem:

- *Desobstrução ineficaz de vias aéreas*
- *Ansiedade*
- *Medo*
- *Risco de infecção*
- *Deficiência de conhecimento (especificar)*
- *Mobilidade física prejudicada*
- *Integridade da pele prejudicada*
- *Náusea*
- *Dor aguda*
- *Recuperação cirúrgica atrasada*

Planejamento de Enfermagem

Durante a fase de convalescença usar dados atuais do exame físico e análise do histórico de enfermagem pré-operatório para planejar o cuidado do paciente. As prescrições pós-operatórias do cirurgião e o relatório da equipe cirúrgica da condição cirúrgica do paciente também fornecem dados valiosos. Prescrições pós-operatórias típicas incluem:

- Frequência de monitorização de sinais vitais e avaliações especiais.
- Tipos de líquidos IV e as taxas de infusão.
- Medicamentos pós-operatórios (especialmente aqueles para a dor e náuseas).
- Retomada de medicamentos pré-operatórios conforme a condição permita (alguns medicamentos orais são convertidos para a via IV com ajuste adequado da dose).

- Líquidos e alimentos permitidos por via oral.
- Nível de atividade que o paciente é autorizado a retomar.
- Posição que o paciente deve manter enquanto no leito.
- Entrada e saída de líquidos e pesos diários.
- Exames laboratoriais e estudos dos achados radiográficos.
- Instruções especiais (p.ex., drenos cirúrgicos para sucção, irrigação por tubos, trocas de curativos).

Metas e Resultados

Revise o diagnóstico de enfermagem quando estabelecer metas, resultados esperados e intervenções para o seu paciente. Resultados mensuráveis fornecem orientações específicas para determinar a evolução do paciente para a recuperação de uma cirurgia. Por exemplo, um paciente se recuperando de cirurgia de substituição do quadril com o diagnóstico de *Mobilidade Física Prejudicada relacionada com a dor e fraqueza das extremidades inferiores* tem resultados específicos que incluem como alvo a deambulação (p. ex., os passos a serem dados para se locomover no corredor), o alívio da dor e melhoria da amplitude de movimento articular. Após a atingir cada resultado, um paciente em última análise atinge o objetivo de deambulação independente em um nível pré-operatório ou melhor. Às vezes, metas e resultados se estendem do período de convalescença para o ambiente doméstico. Além disso, considere todas as metas de atendimento estabelecidas durante a fase cirúrgica pré-operatória que ainda sejam relevantes. Por exemplo, uma meta para o diagnóstico de *Risco de infecção* seria "O paciente permanecerá livre de infecção após a cirurgia". Os resultados esperados para essa meta incluem:

- A incisão do paciente permanece fechada e intacta.
- A incisão do paciente permanece livre de drenagem infecciosa.
- O paciente permanece sem febre.

Estabelecendo Prioridades

Durante a fase de convalescença de recuperação da anestesia geral, as prioridades para as primeiras 24 horas continuam a incluir manutenção respiratória, circulatória e do estado neurológico,

tratamento de feridas e controle da dor. Além disso, a maioria dos cirurgiões defende fortemente o aumento da atividade de um paciente o mais rapidamente possível.

Conforme um paciente progride, concentrar as prioridades no avanço da atividade do paciente (p.ex., a mobilidade, a tolerância à dieta) para que retorne ao funcionamento pré-operatório ou melhor. Um paciente tem geralmente múltiplos diagnósticos de enfermagem (Fig. 50-5). Estabeleça prioridades como o *status* das mudanças dos problemas de saúde do paciente.

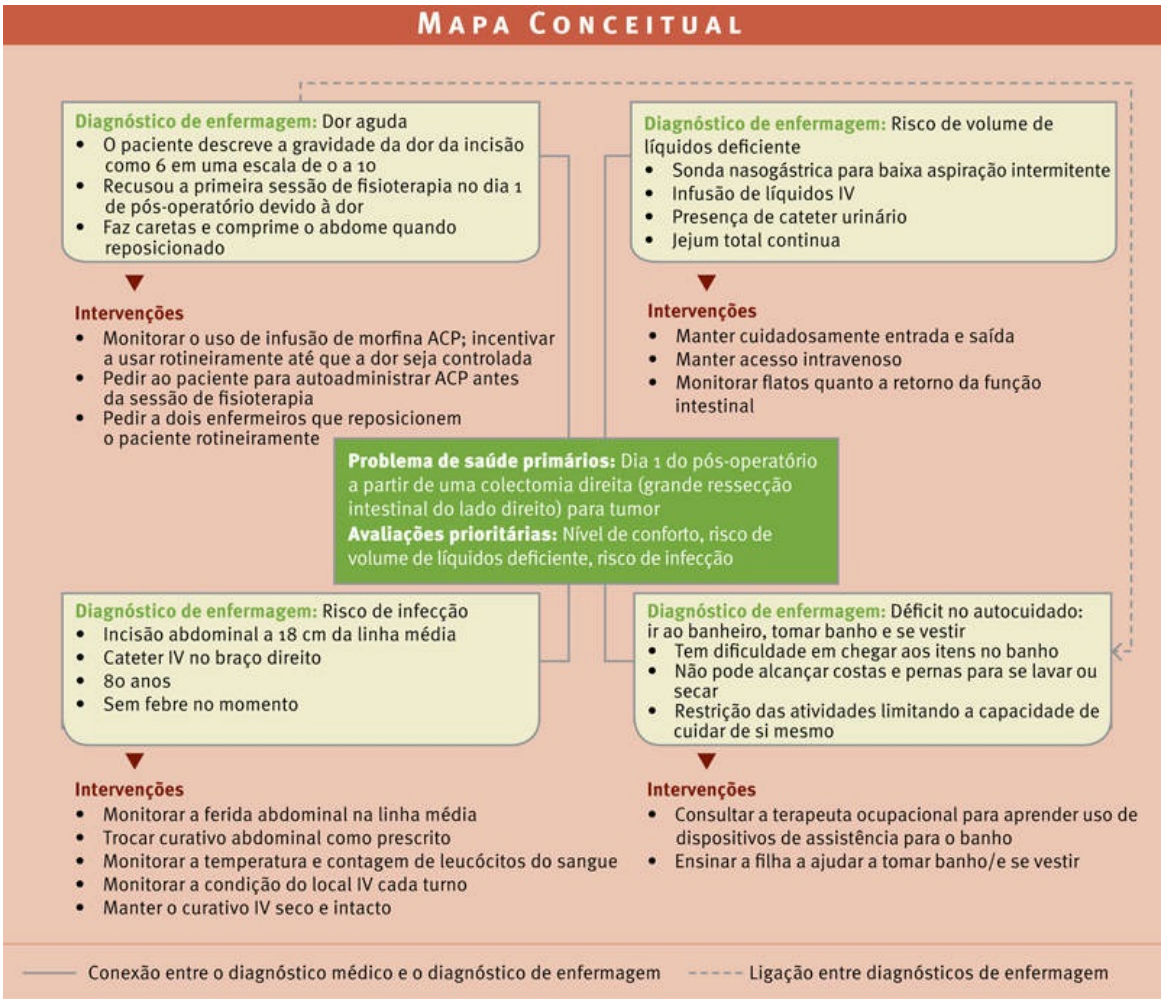


FIGURA 50-5 Mapa conceitual para a Sra. Campana. ACP, analgesia controlada pelo paciente; *IV,* Intravenoso; *NG,* nasogástrico;

Trabalho em Equipe e Colaboração

Durante a recuperação, colabore no plano de cuidados com a terapia respiratória, fisioterapia, terapia ocupacional, nutricional, assistência social, cuidados domiciliários e outros. Inclua membros da família tanto quanto possível, especialmente se eles assumirem responsabilidades de cuidados no domicílio. O objetivo de uma abordagem interdisciplinar para o cuidado é ajudar no retorno do paciente para o melhor nível possível de funcionamento com uma transição suave para o domicílio, reabilitação ou cuidados de longa duração. As configurações de cuidados intensivos têm, muitas vezes, um enfermeiro ou assistente social em um papel de gerência do caso para coordenar a assistência interdisciplinar, de modo que os recursos mais apropriados estejam disponíveis para os pacientes.

Implementação

Cuidados Intensivos

As principais causas de complicações pós--operatórias incluem a cicatrização prejudicada da ferida cirúrgica, os efeitos da imobilização prolongada durante a cirurgia, recuperação e convalescença, e a influência de anestesia e analgésicos. Se um paciente tem riscos cirúrgicos antes da cirurgia (p.ex., idade avançada, AOS, histórico de tabagismo, histórico de diabetes), a probabilidade de complicações é maior (Quadro 50-9). Direcione suas intervenções de enfermagem no pós-operatório na prevenção de complicações assim que o paciente retorne ao mais alto nível de funcionamento possível. A dificuldade de um paciente para tornar-se ativamente envolvido na recuperação aumenta o risco de complicações (Tabela 50-8). Virtualmente, qualquer sistema do corpo pode ser afetado. Considere a inter-relação de todos os sistemas e terapias fornecidas. Rondas de hora em hora atendem às necessidades do paciente e aumentam a satisfação do paciente. As rondas incluem os 4 *P*s: *p*ain (dor), *p*otty (penico), *p*ositioning (posicionamento), e *p*eriphery (periferia). A equipe de enfermagem pergunta aos pacientes sobre sua dor e se eles precisam de vaso sanitário; os pacientes são posicionados para o conforto, e

uma verificação ambiental é feita ao redor do leito para garantir que os utensílios, como um telefone e luz de chamada, estão ao alcance (Olrich et al., 2012).

Quadro 50-9

Foco em idosos

Cuidados com o Idoso após a Cirurgia

- Muitos idosos toleram bem cirurgia eletiva com cuidados pré-operatórios e pós--operatórios eficazes. No entanto, eles não toleram cirurgias de emergência ou longas e complicadas, por causa de uma diminuição das reservas fisiológicas (Clayton, 2008).
- Comorbidades (condições médicas preexistentes) e redução da reserva fisiológica podem prever consistentemente resultados pós-operatórios ruins em idosos. Resultados pós-operatórios adversos, especialmente complicações médicas, são mais comuns em pessoas mais velhas, quando comparado com adultos jovens (Partridge et al., 2012).
- Durante o período perioperatório, avaliar as alterações que ocorrem como resultado de infecção, hemorragia, alterações na pressão arterial e as anormalidades hidroeletrolíticas. Avaliações focadas são necessárias em continuidade.
- Os pacientes idosos estão em maior risco de delírio pós-operatório associado a um início agudo. Redução do nível de consciência, diminuição da capacidade de manter a atenção, perturbações das percepções e comprometimento da memória caracterizam a apresentação típica (Meiner, 2015).
- Implementar medidas individualizadas para ajudar o idoso a descansar, dormir e se orientar no pós-operatório para reduzir o risco de desenvolvimento de delírio.
- Respostas alteradas e inesperadas a fármacos estão frequentemente relacionadas com diferentes farmacocinéticas em idosos. Assim, estar alerta para a possibilidade de um alto risco de

eventos adversos de medicamentos com a administração de agentes anestésicos e analgésicos no pós-operatório, especialmente narcóticos (Meiner, 2015). “Começar de baixo e ir devagar” é o princípio orientador quando medicar idosos, por causa de sua capacidade lenta de metabolizar medicamentos.

Tabela 50-8

Complicações Pós-operatórias

Complicação	Causas
Sistema Respiratório	
Atelectasia: Colapso dos alvéolos com secreções mucosas retidas. Os sinais e sintomas incluem a elevação da frequência respiratória, dispneia, febre, crepitações auscultadas sobre lobos pulmonares envolvidos e tosse produtiva.	Expansão pulmonar inadequada. Anestesia, analgesia e posição imobilizada evitam a expansão pulmonar completa. Há maior risco em pacientes com cirurgia abdominal superior que têm dor durante a inspiração e reprimem a respiração profunda.
Pneumonia: A inflamação dos alvéolos envolvendo um ou vários lóbulos do pulmão. Desenvolvimento em lobos inferiores dependentes de pulmão é comum no paciente que está imobilizado após a cirurgia. Os sinais e sintomas incluem febre, calafrios, tosse produtiva, dor no peito, muco purulento e dispneia.	Expansão pulmonar ruim com secreções retidas ou secreções aspiradas. Uma bactéria residente comum no trato respiratório é a *Diplococcus pneumoniae*, que causa a maioria dos casos de pneumonia.
Hipoxemia: Concentração inadequada de oxigênio no sangue arterial. Os sinais e sintomas incluem agitação, confusão, dispneia, pressão arterial alta ou baixa, taquicardia ou bradicardia, sudorese e cianose.	Anestésicos e analgésicos deprimem a respiração. Aumento da retenção de muco com ventilação deficiente ocorre devido a dor ou mau posicionamento. Os pacientes com apneia obstrutiva do sono estão em maior risco para hipoxemia.
Embolia pulmonar: Bloqueio de embolia do fluxo sanguíneo arterial pulmonar a um ou mais lobos do pulmão. Sinais e sintomas incluem dispneia, dor torácica súbita, cianose, taquicardia e queda da pressão arterial.	Os mesmos fatores levam à formação de trombos ou êmbolos. Os pacientes com distúrbios circulatórios preexistentes ou de coagulação e que estão imóveis estão em risco.
Sistema Circulatório	
Hemorragia: A perda de grande quantidade de sangue externamente ou internamente em curto período. Sinais e sintomas incluem hipotensão, pulso fraco e rápido, pele fria e úmida, respiração rápida, agitação e produção de urina reduzida.	Deslizamento de sutura ou coágulo desalojado no local da incisão. Pacientes com distúrbios de coagulação estão em maior risco.

Choque hipovolêmico: Perfusão inadequada de tecidos e células por perda de volume do líquido circulatório. Os sinais e sintomas são os mesmos da hemorragia.	Hemorragia geralmente provoca choque hipovolêmico após a cirurgia.
Tromboflebite: A inflamação da veia vem frequentemente acompanhada pela formação de coágulos. Veias nas pernas são mais comumente afetadas. Os sinais e sintomas incluem inchaço e inflamação do local envolvido e dor ou cólicas. Veia dura, semelhante a um cordão, e sensível ao toque.	Tempo sentado prolongado ou imobilização agrava a estase venosa. Trauma da parede do vaso e hipercoagulabilidade do sangue aumentam o risco de inflamação dos vasos.
Trombo: A formação de coágulos ligados à parede interior de uma veia ou artéria, o que pode obstruir o lúmen do vaso. Os sintomas incluem sensibilidade localizada ao longo da distribuição do sistema venoso, panturrilha ou coxa inchada, panturrilha com inchaço > 3 cm (1,2 polegadas) em comparação com a perna assintomática, edema na perna sintomática e diminuição no pulso abaixo do local do trombo (se arterial).	Estase venosa (ver discussão de tromboflebite) e trauma no vaso. Lesão venosa é comum após a cirurgia do quadril e pernas, abdome, pelve e grandes vasos. Os pacientes com câncer pélvico ou abdominal ou lesões traumáticas pélvicas ou membros inferiores estão em alto risco de formação de trombo.
Êmbolo: Parte do trombo que foi desalojado e circula na corrente sanguínea até se alojar em um outro vaso (normalmente pulmões, coração, cérebro, ou mesentério).	Trombos se formam do aumento da coagulação do sangue (p.ex., policitemia e uso de pílulas anticoncepcionais que contêm estrógeno).
Sistema Gastrointestinal	
Íleo paralítico: A obstrução não mecânica do intestino causada por desequilíbrio fisiológico, neurogênico ou químico associado à diminuição do peristaltismo. Comum em horas iniciais após a cirurgia abdominal.	Manuseamento dos intestinos durante cirurgia leva à perda do peristaltismo durante algumas horas a vários dias.
Distensão abdominal: Retenção de ar no interior dos intestinos e da cavidade abdominal durante a cirurgia gastrointestinal. Sinais e sintomas incluem aumento da circunferência abdominal, queixas do paciente de plenitude e "dores de gases."	Retardo do peristaltismo por causa da anestesia, manipulação do intestino, ou mobilização. Durante cirurgias laparoscópicas, a entrada de ar para o procedimento provoca distensão e dor até os ombros.
Náusea e vômito: Sintomas de esvaziamento gástrico impróprio ou estimulação química de vômitos. O paciente reclama de ânsia ou de sentir o estômago cheio ou enjoo.	Distensão abdominal, medo, dor severa, medicamentos, comer ou beber antes do retorno do peristaltismo e o início do reflexo faríngeo.
Sistema Geniturinário	
Retenção urinária: Acumulação involuntária de urina na bexiga como resultado da perda de tônus muscular. Os sinais e sintomas incluem a incapacidade de urinar, inquietação e distensão da bexiga. Isso acontece 6–8 horas após a cirurgia.	Efeitos da anestesia e analgésicos narcóticos. Manipulação local dos tecidos circundantes da bexiga e edema interferem no tônus da bexiga. Mau posicionamento do paciente prejudica os reflexos de evacuação.
Infecção do trato urinário: Infecção do trato urinário como resultado de contaminação bacteriana ou de levedura. Sinais e sintomas incluem disúria, coceira, dor abdominal, febre possível, urina turva, presença de células brancas do sangue e leucocitoesterase positiva no exame de urina.	Mais frequentemente é resultado de cateterização da bexiga.

Sistema Tegumentar	
Infecção da ferida: Invasão de tecidos profundos ou superficiais da ferida por microrganismos patogênicos; sinais e sintomas incluem vermelhidão e pele quente e tenra no entorno da incisão; febre e calafrios; material purulento saindo dos drenos ou das bordas da ferida separadas. Infecção aparece normalmente 3–6 dias após a cirurgia.	A infecção é causada por má técnica asséptica ou ferida contaminada ou local cirúrgico antes da exploração cirúrgica. Por exemplo, um paciente com perfuração do intestino está em risco aumentado para uma infecção de ferida por causa da contaminação bacteriana do intestino grosso.
Deiscência da ferida: Separação das bordas da ferida na linha de sutura. Sinais e sintomas incluem aumento da drenagem e a aparência dos tecidos subjacentes. Isso ocorre normalmente 6–8 dias após a cirurgia.	A desnutrição, a obesidade, a radiação pré-operatória do local cirúrgico, idade avançada, má circulação para os tecidos e tensão incomum na linha de sutura por tosse ou envenenamento.
Evisceração da ferida: Protrusão de órgãos internos e tecidos por meio de incisão. Incidência geralmente ocorre 6–8 dias após a cirurgia.	Ver discussão sobre deiscência da ferida. Paciente com deiscência está em risco para o desenvolvimento de evisceração.
Ruptura da pele: Resultado de forças de pressão ou de corte. Os pacientes estão em maior risco se alterações na nutrição e circulação estão presentes, resultando em edema e cicatrização demorada.	Períodos prolongados na mesa da sala de cirurgia e no leito após a cirurgia levam a uma ruptura da pressão. Resultados de solução de continuidade da pele de cortes durante o posicionamento na mesa de operação e impropriamente puxando o paciente no leito.
Sistema Nervoso	
Dor intratável: Dor que não é aliviada com analgésicos nem intervenções.	Dor intratável pode estar relacionada com a ferida e o curativo, ansiedade ou posicionamento.
Hipertermia maligna: Estado hipermetabólico grave e rigidez dos músculos esqueléticos provocada por um aumento na concentração dos íons de cálcio intracelular.	Condição genética rara desencadeada com a exposição a agentes anestésicos inalatórios e o despolarizante relaxante muscular succinilcolina.

Mantendo a Função Respiratória

Para evitar complicações respiratórias, comece intervenções pulmonares cedo. Os benefícios da assistência pré-operatória completa são alcançados quando os pacientes são capazes de participar ativamente nos exercícios pós-operatórios. Quando os pacientes despertam da anestesia, ajude-os a manter uma via aérea permeável. Posicionar o paciente em decúbito lateral com a face para baixo e o pescoço ligeiramente estendido, a fim de facilitar um movimento para a frente da língua e o fluxo de secreções com muco

da boca. Uma pequena toalha dobrada apoia a cabeça. Outra técnica de posicionamento para promover a desobstrução das vias aéreas envolve elevar a cabeceira da cama um pouco e estender o pescoço do paciente ligeiramente, com a cabeça virada para o lado. Na SRPA, às vezes, você precisa executar uma manobra de impulso da mandíbula e/ou elevação queixo continuamente para manter as vias aéreas do paciente. Nunca posicionar um paciente com os braços por cima ou através do tórax, porque isso reduz a expansão máxima do peito.

Ponha pacientes com AOS conhecida ou em risco de AOS na posição de decúbito lateral, de bruços, ou em pé durante todo o período perioperatório, nunca na posição supina (ASA, 2014). Realize sucção da via aérea artificial e da cavidade oral para secreções com muco (Cap. 41). Evite provocar continuamente o reflexo faríngeo, o que pode causar vômitos. Antes de remover uma via aérea artificial (ou do paciente removê-la), faça sucção das vias aéreas de modo que secreções não sejam retidas. As seguintes intervenções promovem a expansão dos pulmões:

- Incentivar exercícios de respiração diafragmática a cada hora, enquanto os pacientes estão acordados.
- Administrar CPAP ou NIPPV para pacientes que utilizam essa modalidade em casa (ASA, 2014).
- Instruir os pacientes a usar um espirômetro de incentivo para a inspiração máxima. O paciente deve tentar alcançar o volume inspiratório alvo alcançado antes da cirurgia sobre o espirômetro.
- Recomendar deambulação precoce. Andar faz com que os pacientes assumam uma posição que não restringe a expansão da parede torácica e estimula uma taxa respiratória aumentada.
- Ajudar os pacientes que estão restritos à cama a virar de lado a cada 1 a 2 horas enquanto acordado e a sentar, quando possível.
- Manter o paciente confortável. Um paciente que está confortável é capaz de realizar respiração profunda e tosse. Administre analgésicos a tempo para que a dor não se torne grave.

As seguintes medidas promovem a remoção de secreções pulmonares, se estiverem presentes:

- Incentivar exercícios de tosse a cada 1 a 2 horas, enquanto os

pacientes estão acordados, e manter o controle da dor para promover uma tosse profunda e produtiva. *Para os pacientes que passaram por cirurgia ocular, intracraniana ou espinhal, a tosse pode ser contraindicada devido ao potencial aumento da pressão intraocular e intracraniana.*

- Proporcionar higiene oral para facilitar a expectoração de muco. A mucosa oral torna-se seca quando os pacientes estão em jejum total ou sob ingestão de líquidos limitada.
- Iniciar aspiração orotraqueal e nasotraqueal para os pacientes que estiverem fracos demais ou incapazes de tossir (Cap. 41).
- Administrar oxigênio como prescrito e monitorar a saturação de oxigênio, sem oxímetro de pulso. Continue monitorando a saturação de oxigênio após a alta da UTI para pacientes com risco de comprometimento respiratório de AOS (ASA, 2014). Administrar oxigênio para pacientes em risco para ou diagnosticados com AOS até que eles sejam capazes de manter sua saturação de oxigênio de referência em ar ambiente.

Prevenir Complicações Circulatórias

Intervenções para prevenir complicações circulatórias também previnem a formação de estase e trombo venoso (Quadro 50-10). Alguns pacientes estão em maior risco de estase venosa por causa da natureza da cirurgia ou histórico médico. As seguintes intervenções promovem o retorno venoso normal e a circulação do sangue:

- Encorajar os pacientes a realizar exercícios de perna pelo menos a cada hora enquanto acordados. O exercício pode ser contraindicado em uma extremidade com um reparo ou realinhamento de ossos e cartilagem vascular fraturados.

Quadro 50-10

Prática baseada em evidências

Prevenção de Tromboembolismo Venoso no Paciente Pós-cirúrgico

Questão PICO: A profilaxia mecânica em comparação com a profilaxia farmacológica é o melhor método para impedir um tromboembolismo venoso (TEV) no paciente pós-cirúrgico?

Resumo de Evidências

TEV é uma preocupação de alto risco para quase todos os pacientes hospitalizados. TEV pode levar a acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e morte. É a causa mais comum de morte evitável em pacientes que estão hospitalizados (American College of Chest Physicians, 2012). O tratamento tem como alvo dois dos três componentes da tríade de Virchow (estase e hipercoagulabilidade). Medidas de tratamento mecânicas têm foco na prevenção de estase, enquanto medidas farmacológicas evitam hipercoagulabilidade.

A prevenção mecânica inclui deambulação precoce, meias de compressão graduada, dispositivos de compressão pneumática intermitente ou bombas de pé venosas (Gould et al, 2012;. AORN, 2015). Gestão antitrombótica farmacológica perioperatória é baseada na avaliação do risco de tromboembolismo e sangramento. Abordagens recomendadas simplificam o gerenciamento do paciente e minimizam os resultados clínicos adversos (Douketis et al., 2012). Seguem diretrizes para o uso de medicamentos antitrombóticos e profilaxia mecânica (Gould et al., 2012):

- Quando o risco de TEV é muito baixo (inferior a 0,5%), nenhuma profilaxia medicamentosa ou mecânica específica é utilizada com exceção de deambulação precoce.
- Para pacientes com baixo risco de TEV, profilaxia mecânica, de preferência com compressão pneumática intermitente (CPI), é recomendada.
- Para os pacientes submetidos a cirurgia geral ou abdominal-pélvica e com risco moderado de TEV que não estão em alto risco de complicações hemorrágicas, heparina de baixo peso molecular (HBPM), uma dose baixa de heparina não fracionada (LDUH) ou profilaxia mecânica, de preferência com o IPC, é recomendada.
- Para os pacientes submetidos a cirurgia geral ou abdominal-pélvica e de alto risco para TEV que não estão em alto risco de

complicações hemorrágicas, é necessária a mesma profilaxia que para pacientes de risco moderado, com profilaxia mecânica com acréscimo de meias elásticas ou IPC.

- Para pacientes com moderado a alto risco para TEV que estão em alto risco de complicações hemorrágicas ou aqueles em quem se acredita as consequências de sangramento serem particularmente severas, profilaxia mecânica, de preferência com o IPC, é recomendada até que o risco de sangramento diminua e profilaxia medicamentosa possa ser iniciada.

Aplicação para a Prática de Enfermagem

- Monitorar os níveis de INR dos pacientes: ao usar HBPM ou LDUH, a proporção normalizada internacional alvo (INR) é de 2,5, com um intervalo de 2–3, e a dosagem é baseada na função renal e recomendações do fabricante. Notificar cirurgião ou profissional de saúde sobre valores anormais.
- Verifique de perto todas as prescrições ou medicamentos antitrombóticos.
- Realizar avaliações contínuas sobre os membros inferiores do paciente em busca de sinais de trombose venosa profunda: inchaço em uma ou ambas as pernas; dor ou sensibilidade em uma ou ambas as pernas, o que pode ocorrer apenas em pé ou andando; calor na pele do membro afetado; pele vermelha ou descolorada na perna afetada.
- Deambulação precoce e o uso da profilaxia mecânica são recomendadas em todos os pacientes após a cirurgia.

- Aplicar meias de compressão graduada ou dispositivos IPC como requisitado pela pessoa que presta cuidados de saúde. Retire as meias ou dispositivo pelo menos uma vez por turno. Realizar uma avaliação completa da pele dos membros inferiores nesse momento.
- Recomendar deambulação precoce. A maioria dos pacientes deambula na noite de cirurgia, dependendo da gravidade da

cirurgia e da condição. O grau de atividade permite progressos à medida que a condição do paciente melhora. Recomende deambulação mesmo se um paciente tiver um cateter epidural ou dispositivo PCA.

- Antes da deambulação, avalie os sinais vitais do paciente. Anomalias tais como hipotensão ou determinadas arritmias podem contraindicar a deambulação. Se os sinais vitais estão conforme os dados de referência, em primeiro lugar ajude o paciente a se sentar na parte lateral da cama. Queixas de tontura por parte do paciente são um sinal de hipotensão postural. Uma nova verificação da pressão arterial determina se a deambulação é segura. Auxilie com a deambulação se posicionando no lado forte do paciente e certificando-se de que ele ou ela é capaz de andar constantemente. Os pacientes podem ser capazes de andar apenas algumas pequenas distâncias nas primeiras vezes fora do leito. Isso em geral melhora a cada vez. Avalie a tolerância à atividade, avaliando periodicamente a frequência de pulso à medida que o paciente deambula e observe o ritmo e aumento na taxa. Saiba a frequência cardíaca máxima do paciente alcançada durante exercício máximo. Um método simples para calcular a frequência cardíaca máxima prevista é usando a seguinte fórmula (Cleveland Clinic, 2015):

$$220 - \text{Idade do paciente} = \text{Frequência cardíaca máxima prevista}$$

Exemplo: A frequência cardíaca máxima prevista de um indivíduo de 60 anos é de 160 batimentos/min. No entanto, lembre-se de que a condição cirúrgica aguda de um paciente pode não permitir que ele ou ela chegue a essa taxa. *Converse com o cirurgião do paciente ou com o fisioterapeuta sobre um alvo de frequência cardíaca seguro.* Sempre perguntar ao paciente como ele se sente durante o exercício e se sente dor no peito ou falta de ar.

- Evitar posicionar pacientes de uma maneira que interrompa o fluxo de sangue para as extremidades. Não colocar travesseiros ou cobertores enrolados sob os joelhos de um paciente, enquanto na

cama. A compressão dos vasos poplíteos pode causar trombos. Quando os pacientes se sentarem em cadeiras, eleve as pernas em banquinhos. Nunca permita que um paciente se sente com uma perna cruzada sobre a outra.

- Administrar medicamentos anticoagulantes conforme prescrito. Os pacientes com maior risco de formação de trombos muitas vezes recebem doses profiláticas de anticoagulantes, como LMWH (p.ex., a enoxaparina [por exemplo, Lovenox, Fragmin, Arixtra]) ou baixa dose de heparina não fracionada (LDUH) para anticoagulação.
- Promover a ingestão adequada de líquidos por via oral ou intravenosa. A hidratação adequada evita a acumulação de concentrado de elementos sanguíneos formados como plaquetas e glóbulos vermelhos. Quando o volume de plasma é baixo, esses elementos se reúnem e formam pequenos coágulos dentro dos vasos sanguíneos.

Proporcionar Descanso e Conforto

O controle da dor é uma prioridade para facilitar a recuperação de um paciente, sem o que ele não vai se mover ou deambular tão prontamente ou iniciar exercícios de tosse após a cirurgia. O anestesista solicita medicamentos para o manejo da dor na SRPA. Os analgésicos opioides IV, como sulfato de morfina, são as drogas de escolha para o período pós-operatório imediato. Avanços têm sido feitos na utilização de analgesia multimodal (mais de um analgésico), que combina diferentes classes de medicamentos administrados através de várias vias, incluindo a utilização de anestésicos locais por si só ou em combinação com outros bloqueios de nervos ou terapias tais como ACP (Analgesia Controlada pelo Paciente). O objetivo é melhorar a eficácia do controle da dor enquanto minimiza os efeitos colaterais de cada modalidade (Costantini et al., 2011).

A dor de um paciente aumenta após a cirurgia conforme os efeitos da anestesia diminuem. O paciente torna-se mais consciente dos arredores e percebe mais o desconforto. A área da incisão é apenas uma fonte de dor. Irritação de tubos de drenagem, curativos apertados ou moldes e as tensões musculares causadas por

posicionamento na mesa de cirurgia também causam desconforto. Mesmo em procedimentos locais (p.ex., **laparoscopia**), a insuflação de ar provoca desconforto significativo na área da cirurgia.

Quando um paciente solicita medicação para a dor ou sinais de desconforto, avalie a natureza e o caráter da dor completamente (Cap. 44). Também determine se a dose de analgésico prescrita está dentro da faixa recomendada. Os pacientes têm mais dor cirúrgica nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia. ACP intravenosa ou analgesia epidural pode ser encomendada. Um dispositivo ACP proporciona medicamentos analgésicos por IV ou infusão subcutânea. O sistema ACP permite que os pacientes administrem seus próprios analgésicos IV com uma bomba especialmente preparada (Cap. 44). Se os pacientes adquirem um senso de controle sobre sua dor, eles geralmente têm menos problemas pós-operatórios. Muitos pacientes recebem analgesia regional, como analgesia epidural contínua durante todo o período de recuperação, especialmente para cirurgia torácica e abdominal. Estudos mostram que a analgesia epidural contínua proporciona alívio superior da dor em termos de menor uso de analgésicos, melhor alívio da dor pós-operatória (em especial nas primeiras 24 horas), menor sedação e retorno mais rápido da função GI (Hazem e Mokbel de 2014). Técnicas epidurais são especialmente úteis em pacientes com AOS que estão em maior risco de comprometimento das vias aéreas e complicações pós-operatórias com o uso de opioides sistêmicos após a cirurgia. Anti-inflamatórios não esteroides são uma alternativa para opioides sistêmicos em pacientes com AOS (ASA, 2014). Cuide dos pacientes com uma variedade de técnicas de controle da dor. Acompanhe de perto os efeitos secundários e oriente o paciente e a família em relação à terapia de gerenciamento de dor e as respostas esperadas.

À medida que o paciente começa a tolerar líquidos orais, facilite a mudança da medicação de controle da dor de intravenosa ou epidural para administração oral. Não subestime a importância de intervenções não farmacológicas (Cap. 44). Avalie quais rotinas de cuidados contribuem para a dor e use medidas não farmacológicas para tratá-las. Um exemplo é abaixar a cabeceira do leito e usar um travesseiro

para talas incisionais enquanto vira um paciente com cirurgia abdominal recente. Use outros métodos para promover o alívio da dor, como posicionamento, massagens nas costas, distração ou imagem. Lembre-se, *não presumir que a dor do paciente é incisional.* Quando um paciente sem ACP ou analgésico epidural pede medicação para a dor, forneça analgésicos tão frequentemente quanto permitido a qualquer hora durante as primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia para melhorar o controle da dor. Se medicamentos para a dor não aliviarem o desconforto, notifique a pessoa que presta os cuidados de saúde para prescrições adicionais. É preciso reconhecer potenciais complicações de analgésicos e saber o que fazer se elas ocorrerem.

Regulação da Temperatura

A menos que o aquecimento intraoperatório seja usado, os pacientes estão geralmente frios quando chegam na UTI, como resultado da temperatura fria da sala de cirurgia e da perda de calor por evaporação. Quando um paciente chega à unidade de SRPA ou cirúrgica, forneça cobertores aquecidos ou cobertores de ar aquecido se nenhum outro dispositivo de aquecimento estiver disponível. Aumentar a temperatura do corpo do paciente aumenta o metabolismo e melhora a função circulatória e respiratória.

Às vezes, tremer é um efeito colateral de alguns agentes anestésicos, em vez de hipotermia. Clonidina (Catapres) em pequenos acréscimos pode diminuir tremores como prescrito pelo médico. Quando isso acontece, incentive o seu paciente a usar a respiração profunda e a tosse para ajudar a expelir gases anestésicos retidos.

A hipertermia maligna é um estado hipermetabólico que ocorre dentro de células do músculo esquelético que são desencadeadas pela anestesia. Isso resulta em um aumento na concentração de íons de cálcio intracelular. É uma condição potencialmente letal que pode ocorrer em pacientes que recebem vários agentes anestésicos inalados e succinilcolina. A condição resulta em hipertermia nos níveis de dióxido de carbono, acidose metabólica e respiratória, aumento do consumo de oxigênio, produção de calor, ativação do sistema nervoso simpático, níveis de potássio sérico elevados e disfunção e falência de

múltiplos órgãos. Os primeiros sinais de hipertermia maligna incluem taquipneia, taquicardia, arritmias cardíacas, hipercalemia e rigidez muscular. Sinais posteriores incluem temperatura elevada, mioglobinúria e insuficiência de múltiplos órgãos (Johns et al., 2012; Chapin e Geibel, 2015). Monitore o dióxido de carbono ao final da expiração de um paciente e antecipe as mudanças clínicas de pacientes em risco. Quando se desenvolver hipertermia maligna, administre imediatamente dantrolene sódico como requisitado pelo médico (Associação de Hipertermia Maligna dos Estados Unidos, 2015).

Os pacientes estão em risco de infecção após a cirurgia por várias razões. Se um paciente se torna febril, seja intenso na prestação de intervenções de enfermagem no pós-operatório de rotina. Por exemplo, respiração profunda e tosse, deambulação precoce, remoção imediata de cateteres urinários permanentes e cateteres intravenosos e cuidados assépticos da ferida cirúrgica diminuem o risco de infecções pós-operatórias. Como microrganismos levam tempo para incubar, as infecções são raras nas primeiras 48 horas após a cirurgia. Se a pessoa que presta os cuidados de saúde suspeita de uma infecção, ela solicita cultura da ferida e/ou do sangue.

Manutenção da Função Neurológica

A respiração profunda e a tosse expulsam gases anestésicos retidos e facilitam o retorno da consciência do paciente. Tente despertar um paciente chamando o seu nome em um tom moderado de voz. Se isso não for bem-sucedido, acorde-o usando toque ou movendo delicadamente uma parte do corpo. Se estímulo doloroso é necessário para despertar um paciente, notificar o anestesista imediatamente. Quando os pacientes são idosos, saiba do estado da sua função renal, pois a depuração renal retardada de agentes anestésicos operatórios administrados torna o despertar mais lento. Orientação no ambiente é importante para manter o estado mental do paciente. Reoriente-o, explique que a cirurgia foi concluída e descreva os procedimentos e medidas de enfermagem.

Manutenção do Equilíbrio Hidroeletrolítico

Imediatamente após a cirurgia, os pacientes recebem líquidos apenas por via intravenosa. É importante manter a permeabilidade de infusões IV no pós-operatório (Cap. 42). Em geral, você remove um cateter IV, uma vez que o paciente acorda após a cirurgia ambulatorial e é capaz de tolerar água sem desconfortos gastrointestinais. Um paciente mais gravemente doente requer líquidos IV para um longo período para alcançar o equilíbrio hidroeletrolítico. Alguns doentes precisam de produtos derivados do sangue após a cirurgia, dependendo da quantidade de perda de sangue durante a cirurgia. Um cirurgião prescreve uma solução e a frequência para cada infusão IV. Quando um paciente começa a tomar e tolerar líquidos por via oral, você diminui a taxa IV. Quando os pacientes não precisam mais de uma infusão IV contínua, você provavelmente vai colocar um *lock* de soro fisiológico na linha IV com vistas a preservar o local para a administração de medicamentos como antibióticos ou outros tipos de terapia intravenosa (Cap. 42).

Promover a Função Gastrointestinal Normal e a Nutrição Adequada

Normalmente, um paciente que recebeu anestesia geral não bebe líquidos na SRPA por causa do peristaltismo reduzido e do risco de náuseas e vômitos e sonolência da anestesia geral. Para os pacientes em alto risco para o desenvolvimento de náusea e vômitos ou aqueles que não devem vomitar, administre uma combinação de antibióticos para bloquear receptores múltiplos. Uma combinação de medicamentos antieméticos é muitas vezes mais eficaz que um único agente (Kovac, 2013). Se o paciente tem um tubo nasogástrico, mantenha-o permeável irrigando-o conforme pedido (Cap. 47). A oclusão de um tubo nasogástrico resulta na acumulação do conteúdo gástrico no estômago.

Uma pesquisa recente fornece uma solução simples para promover o retorno do peristaltismo GI. Estudos mostram que pacientes que mascam chiclete após a experiência da cirurgia apresentam um retorno mais rápido da função intestinal (sons do intestino), têm passagem de flatos e sua primeira evacuação significativamente mais

cedo (Jang et al., 2012; Marwah et al., 2012). A pesquisa também mostra que os pacientes que são alimentados logo após a cirurgia são mais propensos a vomitar que aqueles que mascam chiclete (Askarpour, 2010).

É comum que o paciente comece a receber pedaços de gelo e goles de líquidos quando chega em uma unidade de terapia cirúrgica intensiva. Se líquidos são tolerados, a dieta progride com líquidos claros em seguida. Intervenções para a prevenção de complicações GI promovem o regresso da excreção normal e retorno mais rápido da ingestão nutricional normal. São necessários vários dias para um paciente que passou por cirurgia GI (p.ex., uma ressecção do cólon) possa retomar uma dieta normal. O peristaltismo normal muitas vezes não volta por 2 a 3 dias. Em contraste, o paciente cujo trato GI não é afetado diretamente pela cirurgia pode retomar a ingestão alimentar depois de se recuperar dos efeitos da anestesia. As seguintes medidas promovem o regresso da excreção normal:

- Avançar a ingestão dietética de um paciente de forma gradual. Um estudo mostrou que o retorno de flatos e a primeira evacuação no pós-operatório são mais confiáveis que um retorno de ruídos intestinais na determinação de quando começar uma dieta normal em pacientes que tenham sido submetidos a cirurgia abdominal (Madsen et al., 2005). A maioria dos cirurgiões contam com o retorno de flatos ou sons intestinais para recomendar uma dieta normal. Os pacientes geralmente recebem uma dieta normal na primeira noite após a cirurgia a menos que a cirurgia seja em estruturas GI. Use dados de avaliação de pacientes para determinar a rapidez com que avançar a dieta do seu paciente. Por exemplo, forneça líquidos claros, tais como água, suco de maçã, caldo de carne, ou chá depois que a náusea diminuir. Ingestão de grandes quantidades de fluidos leva a distensão e vômitos. Se um paciente tolera líquidos sem náuseas, avançar a dieta como recomendado. Os pacientes que passaram por cirurgia abdominal geralmente ficam em jejum nas primeiras 24 a 48 horas. Conforme o retorno de flatos e peristaltismo, forneça líquidos claros, seguidos de líquidos completos, uma dieta leve de alimentos

sólidos e, finalmente, a dieta habitual do paciente. Incentivar a ingestão de alimentos ricos em proteínas e vitamina C.

- Promover a deambulação e exercício. A atividade física estimula o retorno do peristaltismo. Um paciente que tem distensão abdominal e "dor de gases" pode obter alívio ao caminhar.
- Manter uma ingestão adequada de líquidos, os quais facilitam a passagem de material fecal. Sucos de frutas e líquidos quentes são especialmente eficazes.
- Promover a ingestão adequada de alimentos, estimulando o apetite do paciente, eliminar as fontes de odores nocivos e fornecer pequenas porções de alimentos não picantes.
- Evitar mover um paciente de repente para minimizar náuseas.
- Ajudar o paciente a ficar em uma posição confortável durante as refeições. Se possível, faça o paciente se sentar para minimizar a pressão no abdome.
- Fornecer porções desejadas de alimentos. Por exemplo, alguns pacientes estão mais dispostos a comer a primeira refeição quando as porções não são grandes.
- Proporcionar higiene oral frequente. A hidratação adequada e limpeza da cavidade oral elimina a secura e o mau hálito.
- Administrar suplementos de fibras, laxantes e supositórios retais como prescrito. Se a constipação ou distensão se desenvolver, a pessoa que presta os cuidados de saúde solicita catárticos ou enemas para estimular o peristaltismo.
- Fornecer refeições quando o paciente estiver descansado e livre de dor. Muitas vezes, um paciente perde o interesse em comer se as refeições vêm seguidas de atividades extenuantes como deambulação, tosse e exercícios de respiração profunda ou extensas trocas de curativos. Quando um paciente tem dor, a náusea associada muitas vezes provoca uma perda de apetite.

Promover a Eliminação Urinária

Os efeitos depressores dos anestésicos e analgésicos prejudicam a sensação de plenitude na bexiga. A bexiga cheia é dolorosa e torna o despertar do paciente da cirurgia inquieto ou agitado. Os pacientes

que passam por cirurgia abdominal ou cirurgia do sistema urinário muitas vezes têm cateteres permanentes inseridos até urinarem voluntariamente de novo. No entanto, os pacientes sem um cateter precisam evacuar dentro de 8 a 12 horas após a cirurgia. Às vezes é necessário inserir um cateter linear. Se um paciente tem um cateter urinário permanente, o objetivo é removê-lo o mais rapidamente possível por causa do alto risco para o desenvolvimento de infecções associadas aos cuidados de saúde na bexiga ou no trato urinário. Use protocolos baseados em evidências para assegurar a remoção imediata de cateteres urinários (Wilson et al., 2009). As seguintes medidas promovem a eliminação urinária normal (Cap. 46):

- Ajudar os pacientes a assumir a sua posição normal para evacuar, se possível.
- Checar o paciente com frequência para a necessidade de evacuar quando um cateter não está presente. A sensação de plenitude da bexiga é muitas vezes súbita, e você precisa responder prontamente quando um paciente pede ajuda.
- Avaliar a distensão da bexiga. Se um paciente não evacuar dentro de 8 horas de cirurgia ou se a distensão da bexiga estiver presente, você vai inserir um cateter urinário, se houver prescrição do médico. Às vezes, dificuldade continuada na evacuação requer um cateter, o que aumenta o risco de uma infecção urinária. Embora as evidências sejam inconclusivas, algumas instituições usam o ultrassom da bexiga para avaliar o volume desta e ajudar na decisão de colocar um cateter urinário.
- Monitorar entrada e saída de líquidos. Se um paciente tem um cateter de demora, esperar uma produção de cerca de 30 a 50 mL/h. Outra maneira de avaliar a adequação da produção é determinando o peso do paciente. Um nível aceitável de saída urinária é, pelo menos, 1 mL/kg/h para adultos (Lewis et al., 2014). Se a urina é escura, concentrada e de baixo volume, notificar o médico. Pacientes facilmente ficam desidratados como resultado da perda de líquidos das feridas cirúrgicas e ingestão inadequada de líquidos. Meça entrada e saída de líquidos por vários dias após a cirurgia até que o paciente atinja a ingestão normal de líquidos e

eliminação urinária.

Pele e Tratamento de Feridas

Uma ferida sofre um estresse considerável após a cirurgia a partir de nutrição inadequada, circulação prejudicada e alterações metabólicas (Cap. 48). Uma ferida também passa por estresse físico considerável. Tensão sobre as suturas por tosse, vômitos, distensão e movimento de partes do corpo pode romper camadas da ferida. Proteja a ferida e promova a cura. Um momento crítico para a cicatrização de feridas é de 24 a 72 horas após a cirurgia. Depois desse período, uma crosta se estabelece. Se a infecção de uma ferida cirúrgica limpa ocorre, normalmente você vai encontrar sintomas de infecção de 4 a 5 dias após a cirurgia. Por isso, monitore pacientes continuamente quanto a febre, sensibilidade no local da ferida e presença de drenagem no local (amarela, verde ou marrom e odorosa). A ferida cirúrgica limpa geralmente não recupera a força contra o estresse normal por 15 a 20 dias após a cirurgia.

Os curativos cirúrgicos (se houver) permanecem no local nas primeiras 24 horas após a cirurgia para reduzir o risco de infecção. Durante esse tempo, adicione uma camada extra de gaze na parte superior do revestimento original se a drenagem se desenvolver. Depois disso, use uma técnica asséptica durante o as mudanças de curativo e tratamento de feridas (Cap. 48). Programe qualquer troca de curativo para começar de 5 a 30 minutos depois de dar uma medicação para a dor ao paciente (dependendo da via: 5 minutos para via intravenosa, 30 minutos para via oral). Mantenha drenos cirúrgicos permeáveis para que secreções acumuladas possam escoar do leito da ferida.

Manter/Melhorar o Autoconceito

Feridas, curativos volumosos, drenos e tubos visíveis ameaçam o autoconceito de um paciente. Os efeitos da cirurgia, tais como cicatrizes desfigurantes, muitas vezes criam alterações permanentes na imagem do corpo do paciente. Se a cirurgia leva à deficiência na função do corpo, o papel de um paciente dentro da família pode

mudar significativamente. Observe os pacientes para perceber os comportamentos que refletem alterações no autoconceito (Cap. 34). Alguns mostram repulsa em relação a sua aparência, recusando-se a olhar para incisões, cuidadosamente cobrindo curativos com roupas de cama ou recusando-se a sair da cama por causa de tubos e dispositivos. O medo de não ser capaz de voltar a um papel funcional na família faz que alguns pacientes evitem participação no plano de cuidados.

A família muitas vezes desempenha um papel importante nos esforços para melhorar o autoconceito de um paciente. Fale com a família sobre a aparência do paciente e maneiras de evitar expressões não verbais de repugnância ou surpresa. Incentive a família a aceitar as necessidades do paciente e apoiar a sua independência. As seguintes medidas ajudam a manter o autoconceito de um paciente:

- Proporcionar privacidade durante as trocas de curativo ou inspeção da ferida. Mantenha as cortinas da sala fechadas ao redor do leito e arrume o paciente para expor apenas a área incisional.
- Manter a higiene do paciente. A drenagem de feridas e soluções antissépticas da preparação cirúrgica da pele secam na superfície da pele, causando mau odor e irritação da pele. Um banho completo no primeiro dia após a cirurgia renova o paciente. Ofereça um traje limpo e toalha se a camisola ou pijama ficar sujo. Manter o cabelo do paciente bem penteado e oferecer higiene oral frequente a cada 2 horas enquanto acordado, especialmente se o paciente estiver em jejum.
- Impedir que os dispositivos de drenagem transbordem. Meça o conteúdo dos dispositivos de coleta de drenagem a cada 8 horas para o registro de saída. Meça e esvazie mais frequentemente se a drenagem for excessiva.
- Manter um ambiente agradável. Estar em um ambiente agradável e confortável aumenta o autoconceito. Armazene ou remova suprimentos não utilizados. Mantenha a mesa de cabeceira do paciente organizada e limpa.
- Oferecer oportunidades para o paciente discutir sentimentos sobre a aparência. Um paciente que evita olhar para uma incisão

possivelmente precisa discutir medos ou preocupações. Um paciente passando por cirurgia pela primeira vez é muitas vezes mais ansioso que aquele que já passou por várias cirurgias. Quando um paciente olha para uma incisão pela primeira vez, certifique-se de que a área esteja limpa. Eventualmente, ele será capaz de cuidar do local da incisão com curativos simples ou limpar a área afetada.

- Fornecer à família oportunidades para discutir formas de promover o autoconceito do paciente. Encorajar a independência às vezes é difícil para um membro da família que tem um forte desejo de ajudar o paciente de qualquer forma. Os membros da família são mais capazes de ser solidários durante as trocas de curativo quando eles sabem sobre o aparecimento de uma ferida ou incisão. Ajude os membros da família a saber quando é apropriado discutir planos futuros. Isso permite que o paciente e sua família discutam planos realistas para o retorno do paciente à casa.

Cuidados Restauradores e Contínuos

No pós-operatório, o enfermeira, o paciente e a família colaboram para preparar o paciente para a alta. Os pacientes muitas vezes têm de continuar o tratamento de feridas, seguir atividades ou restrições alimentares, continuar a terapia de medicamentos e observar sinais e sintomas de complicações em casa. A educação sobre essas atividades é específica para o tipo de cirurgia e é um processo contínuo ao longo da hospitalização. É importante fornecer instruções de alta verbais e escritas específicas, culturalmente adequadas e precisas para melhorar a capacidade dos pacientes para cuidar de si em casa (Williams, 2008).

Ao cuidar de um paciente que passou por cirurgia ambulatorial, é preciso priorizar a educação por causa do tempo limitado que você tem com o paciente. Inclua a família ou sistema de apoio fornece fontes de informação para o paciente quando estiver em casa. Fornecer uma ampla variedade de materiais educativos escritos para todos os pacientes após a cirurgia. Por exemplo, ofereça materiais com mais fotos e ilustrações para pacientes que não falam o idioma local

ou têm habilidade limitada de leitura. Certifique-se de que todos os materiais são sensíveis a diferentes culturas e religiões. Os pacientes recebem uma cópia das instruções de alta assinadas, e uma cópia permanece no registro médico ou eletrônico.

A recuperação cirúrgica é mais lenta se os pacientes estão descondicionados e deixam de fazer os exercícios regularmente. Pesquisas recentes mostram a importância de manter os idosos frágeis ativos após a cirurgia (Liu e Fielding, 2011). Uma pessoa é considerada frágil se ela tem três das seguintes condições: perda involuntária de peso, baixa atividade física, desempenho motor prejudicado, fraqueza e fadiga ou intolerância ao exercício. O exercício aeróbico e treinamento de resistência física, por vezes, melhoram a agilidade do paciente e a capacidade de realizar atividades cotidianas (Liu e Fielding, 2011). Você precisa encontrar estratégias para ajudar os pacientes a aderir aos programas de exercícios recomendados. Envolva cuidadores familiares se um paciente tem demência ou alterações mentais.

Alguns pacientes necessitam de assistência domiciliar após a alta. Por exemplo, os enfermeiros fazem encaminhamentos para atendimento domiciliar para os requisitos de enfermagem qualificados quando os pacientes precisam de cuidados para feridas, terapia intravenosa ou manejo de drenagem. Além disso, os pacientes que são fisicamente mais dependentes muitas vezes necessitam de assistência da equipe de assistência de enfermagem para fornecer necessidades de banho e de higiene. O coordenador do caso ou assistente social no hospital ajuda com a coordenação de alta. Encoraje os pacientes a mostrar as suas instruções de alta para as pessoas que prestam os cuidados no domicílio.

Alguns pacientes, especialmente os idosos, por vezes, exigem uma reabilitação após a alta e serviços especializados de enfermagem depois da recuperação no hospital. Durante a convalescença, os pacientes trabalham para ganhar mobilidade e recuperação de suas habilidades de vida independente. Além disso, os enfermeiros cuidam de feridas e desempenham outras funções especializadas. Um coordenador de caso ou assistente social trabalha com o paciente, com

a família e com o enfermeiro a fim de coordenar a transferência para a instituição qualificada.

◆ Avaliação de Enfermagem

Pelas Lentes dos Olhos do Paciente

Consultar o paciente e a família para reunir dados de avaliação e lembrar que esta está em curso. Faça perguntas específicas que avaliem as expectativas e percepções dos pacientes durante a sua ronda por hora. Por exemplo, pergunte "Sua dor está sendo bem controlada?", "Você está dormindo bem?" e "Tem alguma coisa que eu possa fazer por você agora?" Avaliar o nível de conforto do seu paciente e garantir que ele compreenda todos os aspectos de cuidados de enfermagem. Resolver quaisquer preocupações ou problemas e responder às perguntas dele antes da alta.

Resultados dos Pacientes

Avaliar a eficácia do seu tratamento com base nos resultados esperados centrados no paciente estabelecidos após a cirurgia para cada diagnóstico de enfermagem. Se um paciente não consegue progredir como se esperava, reveja o seu plano de cuidados com base nos resultados da avaliação e nas necessidades do paciente.

Certifique-se de avaliar o alívio da dor usando uma escala de dor. Determinar a eficácia das medidas farmacológicas e não farmacológicas. Use medidas de avaliação adequados, inspecione o estado de uma ferida, monitore o uso do espirômetro de incentivo, meça a distância ou o número de vezes que um paciente é capaz de deambular e monitore a quantidade de ingestão de líquidos e alimentos.

Parte de sua avaliação é determinar quanto um paciente e cuidador familiar aprenderam as medidas de autocuidado. Use o método "ensino de retorno" de educação do paciente, fazendo que ele verbalize as informações que você ensinou nas próprias palavras (Tamura-Lis, 2013). Se um paciente tem que executar qualquer habilidade no domicílio, como a troca de curativo ou exercício, avalie

por meio de retorno de demonstração (Cap. 25).

Muitas instituições contatam os pacientes em casa 24 horas após a alta para ajudar a avaliar os resultados. Isso permite que você monitore o progresso da recuperação de um paciente e identifique o desenvolvimento de complicações. Isso também permite que você avalie e reforce a compreensão do paciente sobre restrições, cuidados de feridas, medicamentos e acompanhamento necessário.

Diretrizes de segurança para procedimentos de enfermagem

Garantir a segurança do paciente é um papel essencial do enfermeiro profissional. Para isso, comunique-se claramente com os membros da equipe de saúde, avalie e integre as prioridades do paciente de cuidados e preferências, e utilize a melhor evidência na tomada de decisões sobre os cuidados do seu paciente. Ao realizar o procedimento nesse capítulo, lembre dos seguintes pontos para garantir cuidados seguros, individualizados e centrados no paciente:

- Tosse e respiração profunda às vezes é contraindicada após cirurgia de cérebro, coluna, cabeça, pescoço ou ocular.
- Os pacientes que são gravemente obesos, por vezes, têm a função pulmonar e capacidade vital melhorada na posição Trendelenburg reversa ou deitada de lado.
- Relatar quaisquer sinais de TEV, como dor, sensibilidade, vermelhidão, calor ou inchaço nas extremidades superiores ou inferiores à equipe médica imediatamente.

Procedimento 50-1 Demonstração dos exercícios pós-operatórios

Considerações sobre a delegação de tarefa

O procedimento de ensino dos exercícios pós operatórios não pode ser delegado à equipe de enfermagem de apoio. Dirija a equipe de

enfermagem de apoio para:

- Encorajar os pacientes a praticar exercícios pós-operatórios regularmente seguindo as instruções.
- Informar o enfermeiro se o paciente não está disposto a realizar estes exercícios.

Material

- Travesseiro ou cobertor enrolado (usado para imobilizar a incisão cirúrgica durante a tosse)
- Espirômetro de incentivo
- Dispositivo de pressão expiratória positiva

PASSOS
COLETA DE DADOS
1. Identificar o paciente utilizando dois identificadores (p.ex., o nome e o aniversário ou nome e númer prontuário) de acordo com a política da instituição.
2. Avaliar o risco do paciente para complicações respiratórias pós-operatórias. Rever o histórico médic identificar a presença de condições pulmonares crônicas (p.ex., enfisema, asma), qualquer condição c afeta o movimento da parede torácica, história de tabagismo, presença de hemoglobina reduzida.
3. Auscultar os pulmões.
4. Avaliar a capacidade do paciente para tossir e respirar profundamente fazendo com que respire func observando o movimento dos ombros, abdome e da parede torácica. Apalpe a excursão do peito dur respiração profunda. Peça ao paciente para tossir depois de fazer uma respiração profunda.
5. Avaliar o risco do paciente para a formação de trombos pós-operatórios (p.ex., pacientes idosos, diag principal [p.ex., trauma, fratura ortopédica, queimadura], histórico médico do paciente [p.ex., câncer fibrilação atrial, acidente vascular cerebral, desidratação, coágulos anteriores], imobilização, mulhere mais de 35 anos, que fumam e tomam contraceptivos orais, a posição assumida na mesa da sala de operação) (AORN, 2014).
6. Observe as panturrilhas para vermelhidão, calor e sensibilidade; panturrilhas ou coxas inchadas; inc panturrilha de mais de 3 cm (1,2 polegadas) em comparação com a perna assintomática; edema na pe sintomática; e veias superficiais colaterais. Compare as pernas para a igualdade bilateral (Lewis et al

DECISÃO CLÍNICA: *Se qualquer um dos sinais de formação de trombo estiver presente, notificar médico imed adiada. Meias de compressão graduada, meias de compressão pneumática intermitente, e/ou coagulação pod*

7. ~~Avaliar a capacidade de pacientes de se mover de forma independente, enquanto no leito. Peça ao pa~~ para virar, sentar-se na cama e mover todas as extremidades.

8. Avaliar a vontade e capacidade do paciente para aprender exercícios: avalie atenção, ansiedade, níve consciência, nível de linguagem. Avalie também a disposição dos membros da família para aprender apoiar o paciente após a cirurgia.

9. Avaliar as prescrições médicas do paciente antes e após a cirurgia.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

1. Explique os exercícios pós-operatórios ao paciente e cuidador familiar, incluindo a importância para recuperação e benefícios fisiológicos.

2. Planeje os exercícios quando o paciente não estiver com dor.

3. Prepare o material e espaço para instrução e demonstração.

IMPLEMENTAÇÃO

1. Demonstrar exercicios

   a. **A respiração diafragmática**

      (1) Ajudar o paciente ficar confortável na posição semi-Fowler ou sentar-se do lado da cama ou na cadeira.

      (2) Ficar de pé ou sentar-se de frente para paciente.

      (3) Instruir o paciente a colocar as palmas das mãos em frente uma da outra, para baixo e ao longo bordas mais baixas da costela. Coloque as pontas dos dedos bem juntas (ver ilustração). Demons para o paciente.

      (4) Mostrar ao paciente como realizar respirações lentas e profundas, inalando através do nariz e empurrando o abdome com as mãos. Peça ao paciente para sentir os dedos médios se separando durante a inalação. Explique que ele vai sentir o movimento descendente normal do diafragma enquanto inalar e que órgãos abdominais descem e a parede torácica se expande. Demonstrar novamente.

      (5) Instruir o paciente para evitar o uso de peito e ombros enquanto inalar.

      (6) Peça ao paciente para manter respiração lenta e profunda na contagem de três e, em seguida, ex lentamente pela boca como se soprasse uma vela (através dos lábios). Demonstre para o paciente ao paciente que os dedos do meio vão se tocar com a contração da parede torácica durante a exp

      (7) Repita o exercício de respiração completa 3 a 5 vezes.

      (8) Peça ao paciente para praticar o exercício. Instrua o paciente a fazer 10 respirações lentas e prof

cada hora enquanto acordado durante o período pós-operatório.

PASSO 1A(3) Exercício de respiração profunda — posição das mãos durante a inalação.

b. **Espirômetro de incentivo**

(1) Higienizar as mãos.

(2) Instruir o paciente a assumir posição semi-Fowler ou Fowler.

(3) Para um paciente gravemente obeso, considere Trendelenburg reversa ou posição deitada de la

(4) Definir ou indicar ao paciente sobre o espirômetro de incentivo (EI) escala dispositivo o nível d volume a ser obtido com cada respiração (volume corrente alvo). Use as instruções do fabricante ajustar o volume.

(5) Explicar ao paciente como colocar o bocal do EI nos lábios de forma a cobri-lo completamente (ilustração). Peça ao paciente para demonstrar até que a posição esteja correta.

(6) Instruir o paciente para inalar lentamente, mantendo fluxo constante através da unidade até al volume-meta. Uma vez que a inspiração máxima é atingida, peça ao paciente para segurar a res por 2 a 3 segundos (veja a ilustração) e expirar lentamente (Davis, 2012). Garanta que o número respirações não passe de 10 a 12 por minuto.

(7) Instruir o paciente a respirar normalmente por um curto período entre cada uma das 10 respira sobre o EI.

(8) Fazer o paciente respirar repetidamente até que os objetivos sejam alcançados.

(9) Pedir ao o paciente para finalizar com duas tosses após o final de 10 respirações por hora no EI enquanto acordado.

(10) Higienizar as mãos.

c. **Terapia de pressão expiratória positiva e tosse**

(1) Higienizar as mãos.

(2) Definir dispositivo de pressão expiratória positiva (PEP) para o ajuste desejado.

(3) Instruir o paciente a assumir posição semi-Fowler ou Fowler alta e colocar pinça nasal no nariz ilustração).

PASSO 1B(6) Paciente demonstrando espirometria de incentivo.

(4) Instruir o paciente a colocar os lábios em torno do bocal ou demonstrar a colocação. Instruir o p
a fazer uma respiração completa e exalar através do dispositivo 2 ou 3 vezes mais tempo que a i
Repita o padrão por 10 a 20 respirações.

(5) Fazer o paciente remover o dispositivo da boca; fazer uma respiração lenta e profunda; e segur
segundos.

(6) Fazer o paciente exalar em curtos, forçados e rápidos "huffs."

d. **Tosse controlada**

(1) Explicar a importância de manter uma posição vertical semi-Fowler ou a posição sentada.

(2) Se a incisão cirúrgica for abdominal ou torácica, ensinar o paciente a colocar um travesseiro (ou
sobre a área incisional e posicionar as mãos sobre o travesseiro para segurar a incisão. Durante a
respiração e exercícios de tosse, faça o paciente pressionar suavemente a área da incisão para im
ou apoiar (ver ilustração).

(3) Demonstrar a tosse. Instruir o paciente a fazer duas respirações lentas e profundas, inalando pe
e expirando pela boca.

(4) Instruir e mostrar como inalar profundamente uma terceira vez e segurar a respiração contand
três. Tossir intensamente duas ou três tosses consecutivas sem inalar entre as tosses. (Diga ao pa
para empurrar todo o ar para fora dos pulmões.)

DECISÃO CLÍNICA: *A tosse é muitas vezes contraindicada após cirurgia em cérebro, coluna, cabeça, pescoç*
intraocular.

(5) Alertar ao paciente contra apenas limpar a garganta em vez de tossir. Explique que a tosse não
prejuízo à incisão quando feita corretamente.

(6) Fazer o paciente praticar o exercício de tosse imobilizando uma incisão imaginária. Instruir o p
para tossir 2 ou 3 vezes a cada 2 horas enquanto acordado.

(7) Instruir o paciente e cuidador familiar a olhar para a expectoração a cada vez para checar consi
odor, quantidade e as alterações de cor e o que relatar ao enfermeiro.

PASSO 1D(2) Técnicas para a imobilização da incisão durante a tosse. (De Lewis S et al: *Medical-surgical nursing:* a
Mosby.)

e. **Mudar de decúbito (o exemplo mostra virando para o lado direito)**

(1) Instruir o paciente para assumir posição supina e passar para o lado do leito (neste caso, lado
esquerdo) se permitido pela cirurgia. Instruir o paciente a se mover dobrando os joelhos e pressi
os calcanhares contra o colchão para levantar e mover as nádegas (ver ilustração). As barras late
superiores de ambos os lados do leito deve estar em posição para cima.

(2) Instruir o paciente a colocar a mão direita sobre a área incisional para imobilizá-la *(opcional)*

(3) Instruir o paciente a manter a perna direita reta e flexionar o joelho esquerdo para cima (veja a

ilustração). Se cirurgia nas costas ou cirurgia vascular foi realizada, o paciente precisa ser virado uma unidade só, sem flexionar a coluna (Cap. 47) ou necessita assistência para mudar de decúbi

(4) Faça o paciente segurar a barra do lado direito com a mão esquerda, puxar para a direita e rola lado direito.

(5) Instruir o paciente para virar a cada 2 horas enquanto acordado. Muitas vezes os pacientes nece de assistência para mudar de decúbito após a cirurgia.

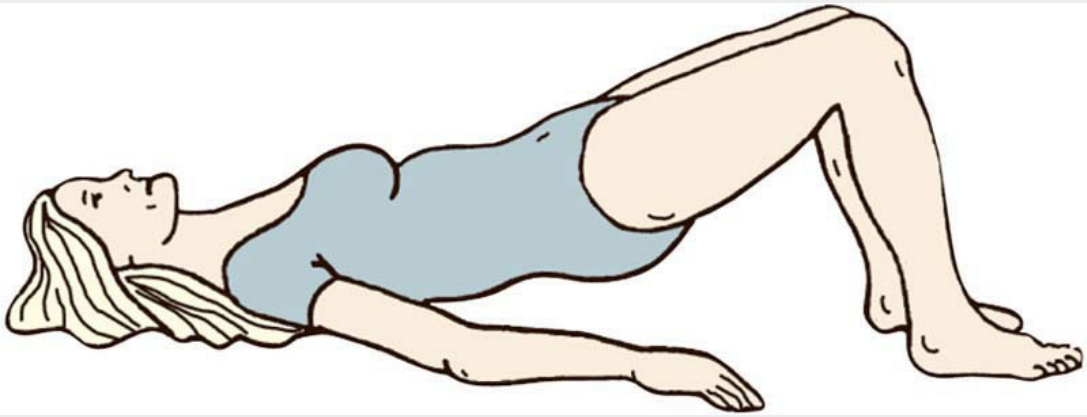
f. **Exercícios de perna**

(1) Faça o paciente assumir posição supina no leito. Demonstrar exercícios de perna através da rea de exercícios passivos de amplitude de movimento enquanto explica simultaneamente o exercíc

DECISÃO CLÍNICA: *Se a cirurgia do paciente envolve uma ou ambas as extremidades inferiores, o cirurgião d afetada pela cirurgia pode ser exercitada de forma segura, a menos que paciente tenha trombose ou trombofle*

(2) Girar cada tornozelo em um círculo completo. Instruir o paciente a desenhar círculos imaginári dedão do pé (ver ilustração). Repetir 5 vezes.

(3) Alternar a dorsiflexão e flexão plantar de ambos os pés. Incentive o paciente a sentir os músculo panturrilha se contraindo e relaxando alternadamente (ver ilustrações *A* e *B*). Repetir 5 vezes.



PASSO 1E(1) Levantar as nádegas para mover-se para o lado da cama. (De Lowdermilk D, Perry SE: *Maternity and women's health care,* ed 9, St Louis, 2007, Mosby.)

PASSO 1E(3) Posição da perna para mudar de decúbito. (De Lowdermilk D, Perry SE: *Maternity and women's health care,* ed 9, St Louis, 2007, Mosby.)

PASSO 1E(3) Círculo com os pés. (De Lewis S et al: *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems,* ed 7, St Louis, 2007, Mosby.)

(4) Efetuar a definição do quadríceps apertando a coxa e trazendo o joelho para baixo em direção c e em seguida relaxando (ver ilustração). Repetir 5 vezes.

(5) Fazer o paciente alternadamente elevar cada perna para cima da superfície da cama, mantendo joelhos flexionados; faça com que o paciente flexione a perna no quadril e joelho (ver ilustração) Repetir 5 vezes.

2. Fazer o paciente continuar a praticar exercícios antes da cirurgia pelo menos a cada duas horas enqu estiver acordado. Ensinar o paciente a coordenar viradas e exercícios de perna com respiração diafragmática, EI e exercícios de tosse.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Observar o paciente realizar todos os cinco exercícios (EI ou PEP, não ambos) de forma independent

2. Observar o membro da família treinar o paciente através dos passos do exercício.

3. Depois da cirurgia, medir a excursão do peito e auscultar os pulmões do paciente.

4. Após a cirurgia, apalpar as panturrilhas suavemente para vermelhidão, calor e sensibilidade. Avalia pedal.

5. Use ***Ensino de retorno.*** Diga ao paciente: "Eu quero ter certeza de que você entende por que eu quero você sente-se ereto e faça respirações profundas a cada hora. Me diga como isso te ajuda." Revise a s instrução ou desenvolva um plano revisto para o ensino do paciente para ser implementado em um momento apropriado se ele não for capaz de explicar corretamente.

RESULTADOS INESPERADOS E INTERVENÇÕES RELACIONA

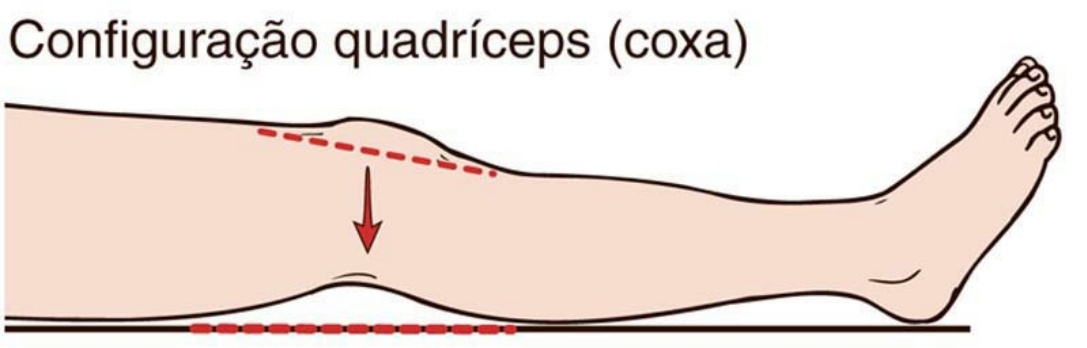
1. O paciente é incapaz de realizar exercícios corretamente antes da cirurgia.
   - Avaliar a presença de ansiedade, dor e fadiga.
   - Repetir o ensino usando mais demonstração ou manifestação no momento em que a família ou am
2. O paciente não está disposto a realizar exercícios após a cirurgia por causa da dor incisional do tórax ou por causa da cirurgia envolvendo abdome inferior, virilha, nádegas ou pernas (exercícios de pern
   - Instruir o paciente a pedir medicação para dor 30 minutos antes de realizar exercícios pós-operatór antes do exercício.
   - Relatar ao cirurgião ou equipe de alívio da dor sobre dores inadequadas e necessidade de mudar o

REGISTRO E RELATO

- Registrar os exercícios demonstrados e se o paciente é capaz de realizá-los de forma independente.
- Relatar quaisquer problemas que um paciente tenha na realização de exercícios ao enfermeiro atribuí
- Documentar a sua avaliação da aprendizagem do paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS DOMICILIARES

- Incorporar o ensino de membros da família para ajudar o paciente a realizar exercícios pós-operatóri



PASSO 1F(4) Configuração quadríceps (coxa). (De Lewis S et al: *Medicalsurgical nursing: assessment and management of clinical problems,* ed 7, St Louis, 2007, Mosby.)

Pontos-chave

- O período pré-operatório varia de horas a dias, com alguns pacientes avaliados no consultório do médico, clínica de pré-admissão, clínica de anestesia ou por telefone.
- O objetivo da avaliação pré-operatória é identificar a função pré--operatória normal do paciente e a presença de quaisquer riscos

para reconhecer, prevenir e minimizar as possíveis complicações pós-operatórias.

- O exame físico de um paciente antes da cirurgia concentra-se em resultados de histórico médico do paciente e nos sistemas do corpo que a cirurgia pode afetar.
- Diagnósticos de enfermagem para um paciente cirúrgico se aplicam aos cuidados de enfermagem durante uma ou todas as fases da cirurgia.
- Todos os medicamentos tomados antes da cirurgia são interrompidos automaticamente após a cirurgia, a menos que o médico prescreva essas medicações novamente.
- Ter uma lista padronizada ou protocolo para a comunicação na transferência entre as pessoas que prestam os cuidados de saúde perioperatórios minimiza os riscos de lesões, perda de cuidados e erros na tradução de informações.
- A responsabilidade principal do consentimento informado cabe ao cirurgião de um paciente.
- A orientação ao paciente no pré-operatório aumenta a satisfação e conhecimento do paciente e reduz a ansiedade pré-operatória, que muitas vezes leva a um aumento na dor pós-operatória, resultados ruins e hospitalizações prolongadas.
- Inclua membros da família no ensino pré-operatório, quando apropriado, uma vez que um membro da família muitas vezes é o treinador de exercícios pós-operatórios quando um paciente retorna da cirurgia.
- Evite discussões inadequadas sobre uma condição cirúrgica do paciente e não use a mídia social para transmitir informações.
- As responsabilidades dos enfermeiros circulantes dentro da sala de cirurgia se concentram em proteger o paciente de danos potenciais.
- As informações obtidas da sala de cirurgia na transferência para a SRPA permitem que o enfermeiro antecipe o tempo esperado para que o paciente recupere a consciência e quais serão as suas necessidades analgésicas.

- Os cuidados de enfermagem no pós-operatório têm como objetivo reduzir as principais causas de complicações pós-operatórias, incluindo a cicatrização prejudicada da ferida cirúrgica, os efeitos da imobilização prolongada durante a cirurgia e convalescença e a influência de anestesia e analgésicos.
- O alívio da dor é necessário para o paciente deambular com frequência e aumentar a participação em atividades de cuidados após a cirurgia.

Questões de revisão

Você está pronto para testar seus conhecimentos de enfermagem?

1. A obesidade coloca os pacientes em um aumento do risco cirúrgico por causa de quais dos seguintes fatores? (Selecione todas as opções que se apliquem.)
    1. O risco de sangramento é aumentado.
    2. A capacidade ventilatória é reduzida.
    3. O tecido adiposo tem um suprimento de sangue insuficiete.
    4. As demandas metabólicas são aumentadas.
    5. A mobilidade física é muitas vezes prejudicada.
2. A principal razão de que você precisa para incluir membros da família quando você orienta um paciente sobre os exercícios pré-operatórios é para que eles possam:
    1. Treinar e encorajar o paciente após a cirurgia.
    2. Demonstrá-los ao paciente no domicílio.
    3. Ajudar o enfermeiro, incentivando o paciente a fazer os exercícios a cada 2 horas.
    4. Praticar com o paciente enquanto ele está esperando para ser levado para a sala de cirurgia.
3. Na unidade de cuidados pós-anestésica (SRPA), um enfermeiro observa que um paciente está tendo dificuldade em respirar e suspeita de obstrução das vias aéreas superiores. A intervenção prioritária do enfermeiro nesse momento é:

    1. Aspiração da faringe e árvore brônquica.
    2. Dê oxigênio através de uma máscara a 4 L/min.
    3. Peça ao paciente para usar um espirômetro de incentivo.
    4. Posicionar o paciente de lado com a face para baixo e o pescoço levemente estendido para que a língua caia para a frente.
4. Como um idoso está em risco aumentado para complicações respiratórias após a cirurgia, o enfermeiro precisa:
    1. Reter medicamentos para a dor e deambular um paciente a cada 2 horas.
    2. Monitorar o *status* de líquidos e eletrólitos a cada turno e os sinais vitais com a temperatura a cada 4 horas.
    3. Orientar o paciente no ambiente circundante com frequência e deambular ele ou ela a cada 2 horas.
    4. Encorajar o paciente a mudar de decúbito, respirar fundo e tossir com frequência e garantir o controle adequado da dor.
5. Você está cuidando após a cirurgia de um paciente que teve uma ressecção hepática. O seu tempo de protrombina (PT) é maior que o normal. Ele tem pressão arterial baixa, taquicardia, pulso filiforme, pele fria, pegajosa e pálida e está inquieto. Você avalia a ferida cirúrgica, e o curativo está saturado com sangue. Quais as intervenções imediatas que você realiza? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Avisar o cirurgião.
    2. Manter infusão intravenosa (IV) de líquidos e se preparar para dar reposição de volume.
    3. Monitorar os sinais vitais do paciente a cada 15 minutos ou mais frequentemente, até que sua condição se estabilize.
    4. Parar a oxigenoterapia.
    5. Proporcionar conforto por meio de banho.
6. Você é um enfermeiro na unidade de cuidados pós-anestésica (SRPA), e você nota que seu paciente tem uma frequência cardíaca de 130 batimentos/min e uma taxa respiratória de 32 ciclos/min. Você também avalia a rigidez muscular na

mandíbula e rigidez dos membros, abdome e tórax. O que você suspeita, e que intervenção é indicada?

1. *Infecção:* Notificar o cirurgião e antecipar a administração de antibióticos.
2. *Pneumonia:* Ouvir sons de respiração, notificar o cirurgião e antecipar o pedido da radiografia de tórax.
3. *Hipertensão:* Verificar a pressão arterial, notificar o cirurgião e antecipar a administração de anti-hipertensivos.
4. *Hipertermia maligna:* Notificar o cirurgião/anestesista imediatamente, preparar para administrar dantrolene sódico (Dantrolen) e monitorar os sinais vitais com frequência.

7. Depois que um paciente recebeu sedativos pré-operatórios, que precaução de segurança você toma?
    1. Insistir que o paciente permaneça no leito ou na maca
    2. Levantar as barras laterais e manter o leito ou maca na posição alta
    3. Determinar se o paciente tem alguma alergia ao látex
    4. Obter o consentimento informado imediatamente após a administração de sedação
8. A sala de cirurgia e a unidade de cuidados pós-anestésica são ambientes de alto risco para pacientes com alergia ao látex. Que medidas de segurança os enfermeiros nestas áreas implementam para evitar uma reação ao látex? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Selecione os pacientes para alergias alimentares conhecidas para ter reatividade cruzada ao látex.
    2. Tenha um carrinho de alergia ao látex disponível em todos os momentos.
    3. Comunique-se com a equipe da sala de cirurgia entre 24 e 48 horas antes da cirurgia quando um paciente com sensibilidade ao látex é identificado.
    4. Agendar o paciente com alergia ao látex para o último caso operatório do dia.
    5. Planejar para que o paciente seja internado em um quarto

particular após a cirurgia.

9. Um enfermeiro está cuidando da recuperação de um paciente que recebeu sedação consciente para cirurgia estética. Qual das seguintes é uma vantagem que a sedação consciente tem sobre a anestesia geral? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Perda de sensibilidade no local da cirurgia
    2. Redução de medo e da ansiedade
    3. Amnésia sobre o procedimento
    4. Monitoramento na fase I da recuperação
    5. Um controle rigoroso da permeabilidade das vias aéreas
10. Você é responsável por cuidar dos seguintes pacientes em sua unidade cirúrgica. Com base nas informações fornecidas, qual paciente você precisa ver primeiro?
    1. Um de 75 anos após a cirurgia de substituição do quadril, que se queixa de dor moderada no local da cirurgia, com uma frequência cardíaca de 92
    2. Um de 57 anos que passou por substituição do quadril 6 horas mais cedo e que está recebendo analgesia intravenosa controlada pelo paciente (ACP) com uma história de apneia obstrutiva do sono (AOS) (O oxímetro de pulso é alarmante e tem leitura de 85%.)
    3. Um de 36 anos que passou por suspensão da bexiga e que está com 30 minutos de atraso para receber sua dose pós-operatória de antibióticos
    4. Um de 48 anos que passou por substituição total do joelho, que precisa de ajuda no reposicionamento na cama
11. Comunicações de transferência que ocorrem entre a o enfermeiro da unidade de cuidados pós-anestésica e o enfermeiro da unidade de enfermagem no pós-operatório precisa ser feito quando o paciente retorna para a unidade de enfermagem. Quais são os componentes adequados de uma transferência segura e eficaz? (Selecione todas as opções que se apliquem.)
    1. Os sinais vitais, o tipo de anestesia prevista, a perda de sangue e o nível de consciência

2. O tempo ininterrupto para rever os eventos pertinentes recentes e fazer perguntas
3. A verificação do paciente utilizando um identificador e o tipo de cirurgia realizada
4. Revisão de eventos pertinentes que ocorrem na sala de cirurgia enquanto no posto de enfermagem
5. Localização dos membros da família do paciente

12. Um enfermeiro está trabalhando na área de espera pré-operatória e é designado para cuidar de um paciente que está tendo uma prótese aórtica colocada. O enfermeiro insere uma linha intravenosa e obtém sinais vitais. O paciente tem uma temperatura de 39°C (102° F), a taxa cardíaca de 120, a pressão arterial (PA) de 84/50 e uma contagem elevada de glóbulos brancos (WBC). O enfermeiro imediatamente notifica o cirurgião sobre os sinais vitais do paciente, porque:
    1. O paciente precisa ser levado para a sala de cirurgia rapidamente a fim de começar a cirurgia por causa da baixa PA.
    2. A cirurgia pode ter que ser adiada para verificar novamente a contagem de glóbulos brancos do paciente e investigar a fonte da febre antes da cirurgia
    3. A enfermeira antecipa a necessidade de um bólus de líquido para aumentar a pressão arterial do paciente.
    4. O enfermeiro antecipa uma prescrição para um sedativo com o intuito de ajudar a acalmar o paciente e diminuir a frequência cardíaca.
13. Um enfermeiro está se preparando para fornecer a um paciente instruções sobre como realizar espirometria de incentivo. O paciente provavelmente terá dor incisional após retornar de uma ressecção de cólon eletiva. Em qual das seguintes etapas da espirometria de incentivo o paciente é propenso a ter mais dificuldade em realizar? (Selecione todas que se apliquem.)
    1. Assumindo a posição de Fowler alto ou de semi-Fowler
    2. Definir a escala do espirômetro de incentivo no nível de

volume a ser alcançado
   3. Colocar o bocal do espirômetro de incentivo de modo que os lábios o cubram completamente
   4. Inalar lentamente, mantendo o fluxo constante através da unidade até que ele atinja o volume-meta
   5. Respirar normalmente por um curto período entre cada uma das 10 respirações na espirometria de incentivo
   6. Terminar com duas tosses após o fim das 10 respirações de espirometria de incentivo de hora em hora

14. Um paciente é admitido no departamento de emergência depois de um acidente de moto com várias lesões ortopédicas. Ele vai para a cirurgia para reparação das fraturas. Ele está no 3° dia de pós-operatório depois de uma redução aberta e fixação interna das fraturas de fêmur bilaterais e fixador externo à sua fratura pélvica instável. As intervenções que são necessárias para a prevenção de tromboembolismo venoso no paciente incluem: (Selecione todas que se apliquem.)
   1. Meias de compressão pneumática intermitente.
   2. Terapia com vitamina K.
   3. Exercícios passivos de amplitude de movimento cada 4 horas.
   4. Heparina subcutânea ou enoxaparina (Lovenox).
   5. Gotejamento contínuo de heparina com um objetivo de uma razão normalizada internacional (INR) 5 vezes maior que a linha de base.
15. Você está cuidando de um paciente com 65 anos, 2 dias após a cirurgia e ajudando-o a deambular pelo corredor. O cirurgião ordenou exercício conforme tolerado. A sua avaliação indica que a frequência cardíaca do paciente no início do tratamento é de 88. Depois de caminhar cerca de 30 metros para o corredor, sua frequência cardíaca é de 110. Qual é o próximo passo?
   1. Parar o exercício imediatamente e fazê-lo sentar em uma cadeira próxima.
   2. Perguntar a ele como se sente. Determinar se existe

qualquer desconforto e dificuldade de respiração e, se não, continuar o exercício.

3. Dizer que ele precisa andar mais para chegar a uma frequência cardíaca de 120.
4. Pedir que ele ande mais devagar; ele atingiu o seu máximo.

Respostas: 1. 2, 3, 5; **2.** 1; **3.** 4; **4.** 4; **5.** 1, 2, 3; **6.** 4; **7.** 1; **8.** 1, 2, 3; **9.** 2, 3; **10.** 2; **11.** 1, 2, 5; **12.** 2; **13.** 1, 4, 6; **14.** 1, 4; **15.** 2.

Referências

Aldrete JA . Modifications to the post anesthesia score for use in ambulatory surgery . *J Perianesth Nurs* . 1998 ;13 (3) : 148 .

American Association of Nurse Anesthetists (AANA): *Latex allergy management (guidelines)*, 2015, http://www.aana.com/resources2/professionalpractice/Pages/Latex-Allergy-Protocol.aspx. Accessed December 7, 2015.

American College of Chest Physicians Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis guidelines: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines . *Chest* . 2012 ;141 (2 Suppl) : 53S .

American College of Surgeons: *Surgical patient education program*, 2015, https://www.facs.org/education/patient-education. Accessed December 7, 2015.

American Society of Anesthesiologists (ASA) Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters . *Anesthesiology* . 2011 ;114 : 495 .

American Society of Anesthesiologists (ASA) Practice guidelines for the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of Patients With Obstructive Sleep Apnea . *Anesthesiology* . 2014 ;120 (2) : 268 .

Association of periOperative Registered Nurses (AORN) *AORN Position statement on care of the older adult in perioperative settings* . AORN, Denver : AORN ; 2010 : https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/position-statements. Accessed December 7, 2015 .

Association of periOperative Registered Nurses (AORN) *Position statement: registered nurse* . Denver : the Association ; 2012 .

Association of periOperative Registered Nurses (AORN) *Perioperative standards and recommended practices for inpatient and ambulatory setting* . Denver : AORN ; 2014 .

Association of periOperative Registered Nurses (AORN) *Guidelines for perioperative practice* . Denver : AORN ; 2015 .

Boat AC , Spaeth JP . Handoff checklists improve the reliability of patient handoffs in the operating room and postanesthesia care unit . *Paediatr Anaesth* . 2013 ;23 (7) : 647 .

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Latex allergy: what's the problem*?, 2011, http://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/entertainmented/tips/ Accessed December 6, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Frequently asked questions: about surgical site infections,* 2012a, http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ssi/SSI_tagged.pdf. Accessed December 7, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Vital signs: binge drinking prevalence, frequency, and intensity among adults—United States, 2010 . *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* . 2012 ;61 (1) : 14 .

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Adult obesity facts,* 2015a, CDC, http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html. Accessed December 7, 2015.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): *Childhood obesity facts*, 2015b, CDC, http://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html. Accessed December 7, 2015.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) . *Adverse events in hospitals: public disclosure of information about events* . Washington, DC : Office of Inspector General ; 2010 : http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00360.pdf. Accessed December 7, 2015 .

Chapin JW, Geibel J: *Malignant hyperthermia,* 2015, http://emedicine.medscape.com/article/2231150-overview#a2. Accessed December 7, 2015.

Clayton JL . Special needs of older adults undergoing surgery . *AORN J* . 2008 ;87 (3) : 557 .

Cleveland Clinic: *Pulse and your target heart rate,* 2015, http://my.clevelandclinic.org/services/heart/prevention/exercise/pulse-target-heart-rate. Accessed December 7, 2015.

Cleveland Clinic: *Diseases and conditions: latex allergy,* 2014, http://my.clevelandclinic.org/health/diseases_conditions/hic_Latex_Allergy. Accessed December 7, 2015.

Costantini R , et al. Controlling pain in the post-operative setting . *MA Int J Clin Pharmacol Ther* . 2011 ;49 (2) : 116 .

Davis S . Incentive spirometry after abdominal surgery . *Nurs Times* . 2012 ;108 (26) : 22 .

Dunham M . Caring for patients undergoing bariatric surgery . *Nursing* . 2013 ;43 (10) : 44 .

Edelman CL , Mandle CL . *Health promotion throughout the lifespan* . ed 8 St Louis : Mosby ; 2014 .

Fetzer SJ . Postoperative nausea and vomiting . In: Schick L , Windle PE , eds. *PeriAnesthesia nursing core curriculum: preprocedure, phase I and phase II PACU*

nursing . ed 3 St Louis : Elsevier ; 2015 .

Fink JB . Forced expiratory technique, directed cough and autogenic drainage . *Respir Care* . 2007 ;52 (9) : 1210 .

Galanti GA . *Caring for patients from different cultures* . ed 4 Philadelphia : University of Pennsylvania Press ; 2008 .

Hart SR , et al. Unintended perioperative hypothermia . *Ochsner J* . 2011 ;11 (3) : 259 .

Johns CD , et al. Malignant hyperthermia: a crisis response plan . *OR Manager* . 2012 ;28 (6) : 18 .

Kotthoff-Burrell E . Perioperative assessment of the older adult . *Try This Best Pract Nurs Care Older Adults* . 2012 ; (SP6) : 1 .

Lee S , et al. The effectiveness of a perioperative smoking cessation program: a randomized clinical trial . *Anesth Analg* . 2013 ;117 (3) : 605 .

Lehne RA: *Lehne's pharmacology for nursing care,* ed 9, St Louis, 2016.

Lewis S , et al. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems* . ed 9 St Louis : Mosby ; 2014 .

Malignant Hyperthermia Association of the United States: *Managing an MH crisis*, 2015, http://www.mhaus.org/healthcare-professionals/managing-a-crisis. Accessed December 7, 2015.

Massey RL . Return of bowel sounds indicating an end of postoperative ileus: is it time to cease this long-standing nursing tradition? . *Medsurg Nurs* . 2012 ;21 (3) : 146 .

McCaffrey R . Make PONV prevention a priority . *OR Nurse* . 2007 ;1 (2) : 39 .

Meiner SE . *Gerontologic nursing* . ed 5 St Louis : Mosby ; 2015 .

National Quality Forum (NQF) *National voluntary consensus standards for public reporting of patient safety event information: a consensus report* . Washington, DC : NQF ; 2010 .

Nelson JM , Carrington JM . Transitioning the older adult in the ambulatory care setting . *AORN J* . 2011 ;94 (4) : 348 .

Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC): *Our philosophy*, 2015, https://ornac.ca/en/about-us/our-philosophy. Accessed November 30, 2015.

Pruitt B . Help your patient combat postoperative atelectasis . *Nursing* . 2006 ;36 (5) : 64 .

Reitman E , Flood P . Anaesthetic considerations for non-obstetric surgery during pregnancy . *Br J Anaesth* . 2011 ;107 (Suppl 1) : i72 .

Rothrock JC . *Alexander's care of the patient in surgery* . ed 15 St Louis : Mosby ; 2015 .

Sifain A , Papadakos PJ . Pump lungs: the conundrum of cardiopulmonary bypass . *Can J Respir Ther* . 2011 ;47 (3) : 29 .

Stuart RH , et al. Unintended perioperative hypothermia . *Oschner J* . 2011 ;11 (3) : 259 .

Tamura-Lis W . Teach-Back for quality education and patient safety . *Urol Nurs* . 2013 ;33 (6) : 267 .

The Joint Commission (TJC): *Advancing effective communication, cultural competence, and patient-and-family-centered care: a roadmap for hospitals*, 2014, http://www.jointcommission.org/topics/health_equity.aspx. Accessed December 7, 2015.

The Joint Commission (TJC): *Accountability measure list*, 2015, http://www.jointcommission.org/assets/1/18/ACCOUNTABILITYMEASURESLis Accessed December 7, 2015.

The Joint Commission (TJC) *2016 National Patient Safety Goals* . Oakbrook Terrace, IL : The Commission ; 2016 : Available at http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx. Accessed November 2015 .

Williams B . Supporting self-care of patients following general abdominal surgery . *J Clin Nurs* . 2008 ;17 (5) : 584 .

Referências de pesquisa

Alanazi AA . Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review . *Br J Nurs* . 2014 ;23 (7) : 387 .

Askarpour ST , et al. Study of the effect of early feeding, chewing gums, and laxative on ileus in patients who underwent open cholecystectomy . *Internet J Surg* . 2010 ;22 (2) .

Awad S , Lobo DN . What's new in perioperative nutritional support? . *Curr Opin Anesthesiol* . 2011 ;24 (3) : 339 .

Bulfone G , et al. A longitudinal study of the incidence of pressure sores and the associated risks and strategies adopted in Italian operating theatres . *J Perioper Pract* . 2012 ;22 (2) : 50 .

Chung F , et al. Predictive performance of the STOP-BANG score for identifying obstructive sleep apnea in obese patients . *Obes Surg* . 2013 ;23 (12) : 2050 .

Douketis JD , et al. Perioperative management of antithrombotic therapy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, ed 9, American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines . *Chest* . 2012 ;141 (Suppl 2) : e326S .

Dumville JC , et al. Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery . *Cochrane Database Syst Rev* . 2013 ; (3) : CD003949 .

Fearon KC , Luff R . The nutritional management of surgical patients: enhanced recovery after surgery . *Proc Nutr Soc* . 2003 ;62 (4) : 807 .

Gärtner R , et al. Recovery at the postanaesthetic care unit after breast cancer surgery . *Dan Med Bull* . 2010 ;57 (2) : A4137 .

Giakoumidakis K , et al. Effects of intensive glycemic control on outcomes of cardiac surgery . *Heart Lung* . 2013 ;42 (2) : 146 .

Goodnough LT , et al. Detection, evaluation, and management of preoperative anaemia in the elective orthopaedic surgical patient: NATA guidelines . *Br J Anaesth* . 2011 ;106 (1) : 13 .

Gould ML , et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, ed 9, American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines . *Chest* . 2012 ;141 (Suppl 2) : e227S .

Grawe JS , et al. Impact of preoperative patient education on postoperative pain in consideration of the individual coping style . *Der Schmerz* . 2010 ;24 (6) : 575 .

Haufler K , Harrington M . Using nurse-to-patient telephone calls to reduce day-of-surgery cancellations . *AORN J* . 2011 ;94 (1) : 19 .

Hazem ESM , Mokbel EM . Postoperative analgesia after major abdominal surgery:

fentanyl-bupivacaine patient–controlled epidural analgesia versus fentanyl patient–controlled intravenous analgesia . *Egyptian J Anesth* . 2014 ;30 (4) : 393 .

Jang SY , et al. First flatus time and xerostomia associated with gum-chewing after liver resection . *J Clin Nurs* . 2012 ;21 (15) : 2188 .

Kapoor R , et al. Comparison of two instruments for assessing risk of postoperative nausea and vomiting . *Am J Health Syst Pharm* . 2008 ;65 (5) : 448 .

Kehlet H , Wilmore DW . Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery . *Ann Surg* . 2008 ;248 (2) : 189 .

Kobelt P , et al. Evaluation of a standardized sedation assessment for opioid administration in the postanesthesia care unit . *Pain Manag Nurs* . 2014 ;15 (3) : 672 .

Kovac A . Update on the management of postoperative nausea and vomiting . *Drugs* . 2013 ;73 (14) : 1525 .

Kwon S , et al. Importance of perioperative glycemic control in general surgery: a report from the Surgical Care and Outcomes Assessment Program . *Ann Surg* . 2013 ;257 (1) : 8 .

Landis EM . Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin . *Heart* . 1930 ;15 : 209 .

Lipshutz AKM , Gropper MA . Perioperative glycemic control an evidence-based review . *Anesthesiology* . 2009 ;110 : 408 .

Liu CK , Fielding RA . Exercise as an intervention for frailty . *Clin Geriatr Med* . 2011 ;27 (1) : 101 .

Lockhart EM , et al. Obstructive sleep apnea screening and postoperative mortality in a large surgical cohort . *Sleep Med* . 2013 ;14 (5) : 407 .

Madsen D , et al. Listening to bowel sounds: an evidence-based practice project . *Am J Nurs* . 2005 ;105 (12) : 40 .

Marwah S , et al. Role of gum chewing on the duration of postoperative ileus following ileostomy closure done for typhoid ileal perforation: a prospective randomized trial . *Saudi J Gastroenterol* . 2012 ;18 (2) : 111 .

Mira JJ , et al. Predictors of patient satisfaction in surgery . *Surgery* . 2009 ;145 (5) : 536 .

National Institute for Health and Care Excellence (NICE): *Venous thromboembolism: reducing the risk for patients in hospital*, 2010, http://www.nice.org.uk/guidance/cg92/chapter/1-recommendations. Accessed December 7, 2015.

Olrich T , et al. Hourly rounding: a replication study . *Medsurg Nurs* . 2012 ;21 (1) : 23 .

Paice J , et al. Efficacy and safety of scheduled dosing of opioid analgesics: a quality improvement study . *J Pain* . 2005 ;6 (10) : 639 .

Partridge JSL , et al. Frailty in the older surgical patient: a review . *Age Ageing* . 2012 ;41 (2) : 142 .

Petrovic MA , et al. Pilot implementation of a perioperative protocol to guide operating room–to–intensive care unit patient hand-offs . *J Cardiothorac Vasc Anesth* . 2012 ;26 (1) : 11 .

Ronco M , et al. Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004-2010 . *Int J Evid Based Healthc* . 2012 ;10 (4) : 309 .

Seamon MJ , et al. The effects of intraoperative hypothermia on surgical site infection: an analysis of 524 trauma laparotomies . *Ann Surg* . 2012 ;255 (4) : 789 .

Simpson L , et al. High prevalence of undiagnosed obstructive sleep apnoea in the general population and methods for screening for representative controls . *Sleep Breath* . 2013 ;17 (3) : 967 .

Tocher JM . Expectations and experiences of open abdominal aortic aneurysm repair patients: a mixed methods study . *J Clin Nurs* . 2014 ;23 (3/4) : 421 .

Williams S , et al. Dynamic measurement of human capillary blood pressure . *Clin Sci (Lond)* . 1988 ;74 (5) : 507 .

Willson M , et al. Nursing interventions to decrease the risk of catheter-associated urinary tract infection. Part 2: Staff education, monitoring and care techniques . *J Wound Ostomy Cont Nurs* . 2009 ;36 (2) : 137 .

Glossário

A

abdução Movimento de afastamento de um membro do eixo do corpo.

abrasão Escoriação ou arranhão da epiderme; pode resultar em sangramento localizado e, posteriormente, extravasamento de líquido seroso.

absorção Passagem das moléculas do fármaco para o sangue. Fatores que influenciam a absorção do fármaco incluem a via de administração, a capacidade de dissolução do fármaco e das condições no local de absorção.

abuso de medicação Padrão mal adaptado de uso de medicação recorrente.

aceitação Quinto estágio da morte e morrer de Kübler-Ross. Um indivíduo incorpora a perda à vida em vez de submeter-se a resignação e desesperança.

ácido graxo insaturado Ácido graxo no qual um número desigual de átomos de hidrogênio estão ligados e os átomos de carbono ligados um ao outro por uma ligação dupla.

ácido graxo monoinsaturado Ácido graxo em que alguns dos átomos de carbono na cadeia de hidrocarboneto estão unidos por ligações duplas ou triplas. Os ácidos graxos monoinsaturados apresentam apenas uma ligação dupla ou tripla por molécula e são encontrados como componentes de gorduras em alimentos como aves,

amêndoas, nozes, castanha de caju, amendoim e azeite de oliva.

ácido graxo saturado Ácido graxo no qual cada carbono na cadeia está ligado a um átomo de hidrogênio.

ácidos graxos poli-insaturados Ácidos graxos que apresentam duas ou mais ligações duplas de carbono.

acidose metabólica condição anormal da concentração de íons de hidrogênio elevada no fluido extracelular causada tanto por um aumento primário de íons hidrogênio ou uma diminuição de bicarbonato.

acidose respiratória Condição anormal caracterizada pelo aumento da concentração de dióxido de carbono arterial, excesso de ácido carbônico e aumento da concentração de íons de hidrogênio.

acne Erupção cutânea inflamatória, papulopustular, que ocorre geralmente na face, pescoço, ombros e parte superior das costas.

ações de enfermagem preventivas Ações de enfermagem voltadas para a prevenção da doença e promoção da saúde para evitar a necessidade de serviços da atenção primária, secundária ou terciária de saúde.

acomodação do cuidado cultural ou negociação Adaptação ou negociação com o paciente/família para alcançar resultados benéficos e satisfatórios para a saúde.

acomodação Processo de resposta ao ambiente através de nova atividade, pensamento e alteração de um esquema existente ou o desenvolvimento de um novo esquema para lidar com novas informações. Por exemplo, uma criança cujos pais a corrigem consistentemente quando ele chama um cavalo de "cachorrinho", acomoda-se e forma-se um novo esquema para compreender o que é cavalo.

aconselhamento Método de resolução de problemas usado para ajudar os pacientes a reconhecer e manejar o estresse e melhorar as

relações interpessoais. Isso os ajuda a avaliar alternativas e decidir quais opções são mais úteis e adequadas.

acreditação Processo pelo qual uma associação profissional ou outra organização governamental ou não governamental reconhece uma escola ou instituição pela capacidade demonstrada em atender critérios pré-determinados.

acromegalia Condição metabólica crônica causada pelo excesso de produção do hormônio de crescimento e caracterizada pelo aumento gradual e marcante alargamento e alongamento dos ossos da face, mandíbula e extremidades.

aculturação Processo de adaptação e adoção de uma nova cultura.

administração parenteral Administração de medicamentos por uma via diferente do trato gastrointestinal.

adolescência Período de desenvolvimento entre o início da puberdade e a idade adulta. Geralmente, inicia-se entre 11 e 13 anos.

adução Movimento de aproximação de um membro ao corpo.

advocacia (*advocacy*) ou defesa Processo de defesa pelo qual uma enfermeira fornece, objetivamente, aos pacientes informações necessárias para tomar decisões, assim como apoia quaisquer decisões tomadas pelos mesmos.

afasia Condição neurológica anormal na qual a função da linguagem torna-se deficiente ou ausente; relacionada com a lesão no centro de fala no córtex cerebral, levando a afasia receptiva ou expressiva.

afebril Sem febre.

agências reguladoras Agências locais, estaduais, municipais ou nacionais que fiscalizam e certificam os serviços de saúde os quais atendem os padrões especificados. Essas agências também podem determinar o valor do reembolso dos cuidados de saúde prestados.

agnóstico Indivíduo que acredita que qualquer realidade definitiva é desconhecida ou não cognoscível.

alcalose Condição respiratória anormal caracterizada pela diminuição da concentração de dióxido de carbono arterial e da concentração de íons de hidrogênio.

alcalose metabólica Condição anormal caracterizada pela perda significativa de ácido do corpo ou aumento dos níveis de bicarbonato.

aldosterona Hormônio esteroide mineralocorticoide produzido pelo córtex adrenal com ação no túbulo renal para regular o equilíbrio de sódio e de potássio no sangue.

alergia à medicação Reação adversa, como erupção cutânea, arrepios ou distúrbios gastrointestinais, a um medicamento. Uma vez que uma alergia medicamentosa ocorre, o paciente já não pode fazer uso dessa medicação específica.

alfabetização em saúde Habilidades de leitura e de matemática, compreensão, capacidade de tomar decisões relacionadas com a saúde e funcionamento bem-sucedido como um consumidor/usuário de serviços de saúde.

alopecia Perda parcial ou completa dos cabelos; calvície.

ambiente Todos os fatores (p.ex., físicos e psicológicos) que influenciam ou afetam a vida e a sobrevivência de uma pessoa.

AMBULARM Dispositivo usado para o paciente que desce da cama sem ajuda e corre risco de queda. Este dispositivo é usado na perna e sinaliza quando esta se encontra em uma posição dependente, como sobre a grade lateral ou no chão.

aminoácidos Composto orgânico de um ou mais grupos básicos e um ou mais grupos carboxila. Os aminoácidos são os blocos de construção que formam as proteínas e os produtos finais da digestão de proteínas.

amplitude de movimento (ADM) Abrangência do movimento de uma articulação da extensão máxima à flexão máxima, medida em graus circulares.

amplitude de movimento passivo (ADMP) Amplitude de movimento através da qual uma articulação é movida com ajuda.

anabolismo Metabolismo construtivo caracterizado pela conversão de substâncias simples em compostos mais complexos da matéria viva.

analfabetismo funcional em saúde Incapacidade de um indivíduo obter, interpretar e compreender as informações básicas sobre saúde.

analgesia controlada pelo paciente (ACP) Sistema de liberação de fármaco, que permite que os pacientes autoadministrem medicamentos analgésicos conforme o necessário.

analgésicos Alívio da dor; fármaco que alivia a dor.

análise de causa raiz Processo de coleta e análise de dados que ajuda a encontrar a causa real do problema e trabalha lidando com ele em vez de apenas lidar com seus efeitos.

análise de dados Análise lógica e julgamento profissional sobre avaliação de dados do paciente; utilizados no processo de formulação de diagnóstico de enfermagem.

analogias Comparações realizadas entre coisas diferentes.

anestesia geral Medicamentos intravenosos ou inalatórios que levam o paciente à perda de todas as sensações e consciência.

anestesia local Perda de sensação no local de ação desejado.

anestesia regional Perda de sensação em uma área do corpo conduzida por vias nervosas sensoriais.

aneurisma Dilatações localizadas da parede de um vaso sanguíneo;

geralmente causada por aterosclerose, hipertensão ou uma fraqueza congênita da parede de um vaso.

angiotensina Polipeptídeo encontrado no sangue, que causa vasoconstrição, aumento da pressão arterial e a liberação de aldosterona a partir do córtex adrenal.

angústia Estresse danoso; um dos dois tipos de estresse identificados por Selye.

angústia espiritual Estado de estar fora de harmonia com um sistema de crenças, um Ser Supremo ou Deus.

ânions Eletrólitos com carga negativa.

Anotação ou Registro POP Registro orientado para problema; as quatro seções interdisciplinares são a base de dados, lista de problemas, plano de cuidados e registro da evolução.

anseio e busca Segunda etapa das fases de luto de Bowlby. É caracterizada por explosões emocionais de choro e sofrimento agudo.

ansiolíticos Fármacos utilizados principalmente para tratar episódios de ansiedade.

anticorpos Imunoglobulinas essenciais para o sistema imune que são produzidas pelo tecido linfoide em resposta a bactérias, vírus ou outros antígenos.

antígeno Substância, normalmente uma proteína, que provoca a formação de um anticorpo e reage especificamente com o mesmo.

antipirético Substância ou procedimento que reduz a febre.

antropometria Medição de várias partes do corpo para determinar estado nutricional e calórico, desenvolvimento muscular, crescimento cerebral e outros parâmetros.

apneia Ausência de respirações por um período.

apneia do sono Cessação da respiração por um tempo durante o sono.

aprendizagem afetiva Aquisição de comportamentos envolvidos na expressão de sentimentos relacionados a atitudes, gratidão e valores.

aprendizagem Aquisição de novos conhecimentos e habilidades, como resultado de reforço, prática e experiência.

aprendizagem cognitiva Aquisição de habilidades intelectuais que abrangem comportamentos como o pensamento, compreensão e avaliação.

aprendizagem psicomotora Aquisição da capacidade de realizar habilidades motoras.

aproximação Juntar partes distintas, como nas bordas de uma ferida.

arco senil Anel opaco, de cor cinzenta a branca, que circunda a periferia da córnea. A condição é causada por depósitos de gordura em grânulos na córnea. Ocorre principalmente em idosos.

articulações Conexões entre os ossos; classificadas de acordo com a estrutura e o grau de mobilidade.

assédio Ameaça ilegal que resulta em contato nocivo ou ofensivo a outra pessoa.

assepsia Ausência de germes ou microrganismos.

assepsia cirúrgica Procedimentos utilizados para eliminar quaisquer microrganismos de uma área. Também chamada de técnica estéril.

assepsia Procedimentos médicos usados para reduzir o número de microrganismos e impedir a sua propagação.

assimilação Ser absorvido por outra cultura e adotar suas características.

associação de prática independente (IPA) Organização de cuidados gerenciada que age por contratos com médicos ou profissionais de

saúde que normalmente são membros de grupos cujas práticas incluem taxa de serviço e remuneração por paciente.

ataduras Bandagens feitas de grandes pedaços de material para caber partes específicas do corpo.

atelectasia Colapso de alvéolos, que impede a troca respiratória normal do oxigênio e dióxido de carbono.

Atenção plena. Consciência momento a momento do presente com uma atitude de não julgamento, aceitação e abertura. Práticas de meditação com atenção plena são eficazes na redução dos sintomas ou percepções de estresse psicológico e físico.

aterosclerose Desordem arterial comum caracterizada por placas amareladas de colesterol, lipídios e restos celulares nas camadas internas das paredes das artérias grandes e médias.

aterramento Ligação entre o circuito elétrico e a terra, que passa a fazer parte do circuito.

ateu Indivíduo que não acredita na existência de Deus.

atividades da vida diária (AVD) Atividades normalmente realizadas no transcorrer de um dia normal na vida do paciente, como comer, vestir-se, tomar banho, escovar os dentes ou se arrumar.

atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) Atividades necessárias para a independência em sociedade, tais como alimentar-se, higienizar-se e ir ao banheiro; incluem-se fazer compras, preparar refeições, realizar serviços bancários e tomar medicamentos.

atrito pleural Som adventício do pulmão causado pela inflamação da pleura parietal e pleura visceral por meio de fricção durante a inspiração.

atrofiado Tamanho reduzido ou desgastado de uma parte do corpo, ou atividade fisiológica, causado por doenças ou outras influências.

auditivo Relacionado ou experimentado através da audição.

ausculta Método do exame físico; ouvir os sons produzidos pelo corpo, geralmente com um estetoscópio.

autoconceito Integração dinâmica e complexa de sentimentos conscientes e inconscientes, atitudes e percepções sobre a própria identidade, ser físico, valores e funções, como uma pessoa se percebe e se autodefine.

autoestima O sentimento de valor próprio caracterizado por sentimentos de realização, adequação, autoconfiança e utilidade.

autonomia Capacidade ou tendência de funcionar de forma independente.

autoridade Direito de agir em áreas de responsabilidade concedida e aceita pelo indivíduo.

autotranscendência Sentido de autêntica conexão com o eu interior.

avaliação comparativa *(benchmarking)* Identificação e comparação das melhores práticas organizacionais atuais para melhorar o desempenho. Este processo ajuda a apoiar as reivindicações de qualidade da prestação de cuidados oferecida pela instituição.

avaliação cultural Exame sistemático e abrangente dos valores culturais de cuidados, crenças e práticas dos indivíduos, famílias e comunidades.

avaliação cultural focalizada Método de avaliação de um paciente de acordo com a sua etno-história, história biocultural, organização social e crenças religiosas e espirituais para encontrar questões que sejam mais relevantes para o problema em andamento.

avaliação de enfermagem culturológica Exame sistemático e abrangente dos valores culturais de cuidados, crenças e práticas dos indivíduos, famílias e comunidades.

avaliação primária Avaliação de um evento quanto ao seu significado

pessoal relacionado com o estresse.

avaliação secundária Avaliação de uma das possíveis estratégias de enfrentamento ao confrontar um fator estressante.

B

bacteriúria Presença de bactérias na urina.

banco de dados Armazenamento ou banco de informações, especialmente em um formato que pode ser processado por um computador.

Bandagem Disponíveis em rolos de vários tamanhos e materiais, incluindo gaze, malha elástica, correias elásticas, flanela e musselina. As bandagens de gaze são leves e baratas, moldando-se facilmente aos contornos do corpo, permitindo que haja circulação de ar na pele subjacente, evitando a maceração. Bandagens elásticas se adaptam bem às partes do corpo, mas também podem ser utilizadas para exercer pressão sobre uma parte dele.

banho de assento Banho no qual apenas o quadril ou nádegas estão imersos no líquido.

banho no leito Banho completo na qual todo o corpo de um paciente é banhado na cama.

banho parcial no leito Banho em que partes do corpo que podem causar desconforto no paciente (i.e., face, mãos, axilas, costas e períneo) são lavados na cama.

baqueteamento Abaulamento dos tecidos na base da unha causado por oxigenação insuficiente na periferia, resultante de condições como enfisema e doença cardíaca congênita.

barganha Terceiro estágio de morte e morrer de Kübler-Ross. Uma pessoa adia a realidade de uma perda ao tentar negociar de maneira sutil ou ostensiva com outras pessoas ou com um ser superior.

baridi Condição entre as pessoas Bena, Tanzânia, atribuída ao comportamento desrespeitoso dentro da família ou transgressão dos tabus culturais. A pessoa experimenta sintomas físicos e psicológicos e é geralmente tratada por um curandeiro tradicional que a leva a admitir a culpa publicamente e pedir desculpas ou que a trata com remédios fitoterápicos.

barra do trapézio Barra de metal em formato triangular que pode ser suspensa sobre a cama de um paciente a partir de um moldura saliente; permite que os pacientes se movam para cima e para baixo na cama fazendo tração ou algum outro gravame.

bem-estar espiritual Espiritualidade individual que permite à pessoa amar, ter fé e esperança, buscar o sentido da vida e nutrir relacionamentos com os outros.

bem-estar Estado dinâmico de saúde em que um indivíduo progride em direção a um nível mais elevado de funcionamento, alcançando um equilíbrio ótimo entre os ambientes internos e externos.

beneficência Fazer o bem ou promovê-lo ativamente; um dos quatro princípios da bioética.

bexiga hiperativa/superativa Mal comum da bexiga que ocorre mais frequentemente com o envelhecimento e inclui sintomas de urgência, frequência, noctúria e incontinência.

***bi-level positive airway pressure* (BiPAP) ou pressão positiva das vias aéreas em dois níveis.** Suporte ventilatório positivo usado para tratar pacientes com apneia obstrutiva do sono, pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e recém-nascidos prematuros com pulmões subdesenvolvidos.

bilinealidade Parentesco que se estende tanto para o lado materno como para o lado paterno da família.

bioética Ramo da ética no campo da saúde.

biotransformação Alterações químicas que uma substância sofre no

corpo, como através da ação de enzimas.

bomba de infusão Dispositivo que proporciona uma quantidade específica de líquido ao longo de um período.

borborigmo Sons abdominais audíveis produzidos pelo peristaltismo intestinal hiperativo.

botânica Local de venda de ervas medicinais e religiosas.

botas antiqueda plantar Dispositivos macios em forma de pés projetados para reduzir o risco de queda plantar, mantendo o pé em dorsiflexão.

bradicardia Frequência cardíaca mais lenta que o normal; coração contrai menos que 60 vezes/min.

bradipneia Frequência respiratória anormalmente lenta.

broncospasmo Contração excessiva e prolongada do músculo liso dos brônquios e dos bronquíolos, resultando em estreitamento agudo e obstrução das vias aéreas respiratórias.

bucal Relativo ao interior da bochecha ou gengiva.

C

calafrio Sensação palpável contínua parecido com um gato arrepiado.

cálculo renal Pedras de cálcio na pelve renal.

canal de comunicação. Método utilizado no processo de ensino–aprendizagem para apresentar o conteúdo: visual, auditivo, gustativo e olfativo. No processo de comunicação, um método é utilizado para transmitir uma mensagem: visual, auditivo, tátil.

cancro Lesões epiteliais ou feridas ulcerativas (geralmente sífilis primária) que se iniciam no local da infecção, em forma de pápulas que evoluem para úlceras indolores, não sangrantes, avermelhadas com uma aparência escavada.

capitação Mecanismo de pagamento no qual um prestador (p.ex., a rede de cuidados de saúde) recebe um montante fixo de pagamento por número de inscrição.

capnografia Também conhecida como monitoramento final da titulação de CO_2, fornecendo informações instantâneas sobre como efetivamente o CO_2 é eliminado pelo sistema pulmonar; é transportado através do sistema vascular; e é produzido pelo metabolismo celular. Capnografia é medida perto do final da expiração.

caquexia Desnutrição marcada por fraqueza e emagrecimento, geralmente associada à uma doença grave.

características definidoras Pistas observáveis de avaliação que englobam as manifestações de um problema focado ou diagnóstico de enfermagem.

carboidratos Classificação de alimentos que compreende os açúcares, os amidos, a celulose e a goma.

carcinoma basocelular Tumor epitelial maligno que se inicia como uma pápula e amplia-se perifericamente, havendo o desenvolvimento de uma cratera central, que erode, forma crostas e sangra. A metástase é rara.

cárie dentária Condição anormal destrutiva em um dente causada por uma complexa interação de alimentos, especialmente amidos e açúcares, com bactérias que formam a placa dentária.

carma Crença indiana asiática que atribui a doença mental à ações passadas em sua vida anterior.

catabolismo Quebra do tecido do corpo em substâncias mais simples.

cataplexia Condição caracterizada por fraqueza muscular súbita e perda do tônus muscular.

catarata Condição anormal progressiva do cristalino do olho,

caracterizada por perda de transparência.

catárticos Fármacos que atuam para promover a evacuação intestinal.

cateter central de inserção periférica (PICC) Acesso intravenoso alternativo usado quando o paciente necessita de acesso venoso de 7 dias a 3 meses. O acesso intravenoso é conseguido através da inserção de um cateter no interior de uma veia central por meio de uma veia periférica.

cateter suprapúbico Cateter inserido cirurgicamente na bexiga pelo abdome.

cateterismo Introdução de um cateter no interior de uma cavidade do corpo ou órgão para injetar ou remover líquidos.

cátions Eletrólitos com carga positiva.

cavidade bucal Consiste no entorno que cerca a abertura da boca (os lábios) as bochechas ao longo das paredes laterais da cavidade, a língua e seus músculos, bem como o palato duro e mole.

centígrados Indica escala de temperatura na qual o 0° é o ponto de congelamento da água e 100° é o ponto de ebulição da água ao nível do mar; também chamado de Celsius.

centro de controle toxicológico Rede de serviços que fornece informações sobre todos os aspectos de envenenamento ou intoxicação, mantém registros da sua ocorrência e encaminha os pacientes para centros de tratamento.

centro de gravidade Ponto médio ou central do peso de um corpo ou objeto.

centros de cuidados diários de idosos Serviços de cuidado supervisionado de idosos; oferece atividades como refeições e socialização durante um número de horas específicas por dia.

cerúmen Secreção serosa amarelada ou acastanhada produzida pelas glândulas sudoríparas na orelha/ouvido externa/o.

cianose Coloração azulada da pele e membranas mucosas causada por um excesso de hemoglobina não oxigenada no sangue ou por um defeito estrutural na molécula de hemoglobina.

cifose Curvatura posterior exagerada da coluna torácica.

cinta ou faixa Atadura de algodão usada no abdome de um recém-nascido, pelas populações hispânicas e filipinas, para evitar gás e hérnia umbilical.

cisalhamento Força exercida contra a pele enquanto esta permanece estacionária e as estruturas ósseas se movem.

Classificação de Resultados de Enfermagem Organização sistemática dos resultados sensíveis de enfermagem em grupos ou categorias baseadas nas semelhanças, diferenças e relações entre os resultados.

climatério Mudanças de desenvolvimento e fisiológicas que ocorrem no sistema reprodutor masculino entre as idades de 45 e 60.

código de ética Declaração formal que delineia as diretrizes de uma profissão para o comportamento ético. O código de ética define normas ou expectativas para o profissional alcançar.

coletor de urina Recipiente para coleta de urina que se encaixa no vaso sanitário.

coletores de drenagem Unidades portáteis convenientes que se conectam a drenos tubulares conectados a uma ferida e que exercem um vácuo de baixa pressão constante e seguro para remover e recolher o material drenado.

cólon Porção do intestino grosso que se estende do ceco ao reto.

colonização Presença e multiplicação de microrganismos, sem invasão de tecidos ou danos.

comitê interdisciplinar Comitê de ética institucional que discute e processa dilemas éticos que surgem dentro de uma instituição de

saúde.

comitês de revisão de utilização (UR) Comitês de supervisão de médicos para avaliar admissões, testes de diagnóstico e tratamentos prestados por médicos ou profissionais de saúde aos pacientes.

comorbidade Condição crônica, de longo prazo, que existe simultaneamente e, em geral, de forma independente de uma outra condição médica.

compaixão Sentimento que surge quando uma pessoa é confrontada com sofrimento de outra pessoa e se sente motivada a aliviar esse sofrimento. Compaixão mostra bondade, carinho e uma vontade de ajudar os outros.

competência Conjunto de habilidades específicas necessárias para executar uma tarefa.

competência cultural e linguística Conjunto de comportamentos, atitudes e políticas congruentes que vêm juntos em um sistema ou agência ou entre os profissionais, que permite um trabalho eficaz em situações interculturais.

competência cultural Processo no qual o profissional de saúde se esforça continuamente para atingir a capacidade e disponibilidade para trabalhar eficazmente com os indivíduos, famílias e comunidades.

comportamento de doença Maneira pela qual as pessoas monitoram seus corpos, definem e interpretam os seus sintomas, tomam medidas corretivas e usam o sistema de saúde.

comportamentos negativos de saúde Práticas efetivas ou potencialmente prejudiciais à saúde como o tabagismo, abuso de drogas ou álcool, má alimentação e recusa em tomar os medicamentos necessários.

comportamentos positivos de saúde Atividades relacionados com a

obtenção, manutenção ou recuperação da boa saúde e prevenção da doença. Comportamentos comuns de saúde positivos incluem imunizações, padrões de sono adequados, exercício adequado e nutrição.

compressa Faixa macia de gaze ou tecido usado para aplicar calor, frio ou medicamentos à superfície de uma parte do corpo.

comunicação assertiva Tipo de comunicação baseada em uma filosofia de proteção dos direitos e responsabilidades individuais. Inclui a capacidade de ser autodiretivo em agir para alcançar objetivos e defender os outros.

comunicação interpessoal Troca de informações entre duas pessoas ou entre pessoas em um pequeno grupo.

comunicação intrapessoal Comunicação que ocorre entre um indivíduo consigo mesmo (ou seja, as pessoas "falam consigo mesmas" silenciosamente ou forma uma ideia em sua própria mente).

comunicação não verbal Comunicação usando expressões, gestos, postura corporal e posicionamento em vez de palavras.

comunicação pública Interação de um indivíduo com grandes grupos de pessoas.

comunicação Série dinâmica e contínua de eventos que envolve a transmissão de significado do emissor ao receptor.

comunicação terapêutica Processo pelo qual o enfermeiro conscientemente influencia um paciente ou ajuda-o a uma melhor compreensão através da comunicação verbal e/ou não verbal.

comunicação verbal Envio de mensagens de um indivíduo para outro ou para um grupo de indivíduos através da palavra falada.

concentração Teor relativo de um componente dentro de uma substância ou solução.

conectividade Manter relação espiritual estreita consigo mesmo, com outros, com Deus ou outro ser espiritual.

confiança Acreditar.

confidencialidade Ato de manter a informação privativa ou secreta; no cuidado à saúde a enfermeira apenas compartilha informações sobre um paciente com outros enfermeiros ou profissionais de saúde que precisam dessas informações particulares para prestar cuidados a ele; informações só podem ser compartilhadas com o consentimento do paciente.

confortar Ato direcionado a outro indivíduo com finalidade de acalmá-lo tanto física como emocionalmente. O uso do toque, presença física, uso terapêutico de silêncio e o desempenho hábil e competente de um procedimento são exemplos de medidas de enfermagem promotoras de conforto.

conhecimento baseado em evidências Conhecimento obtido da integração das melhores pesquisas, experiências clínicas e valores do paciente.

conhecimento cultural Obtenção de conhecimento de outras culturas; adquirir sensibilidade, respeito e valorização das diferenças.

conhecimento do paciente Um conhecimento profundo dos padrões de respostas do paciente; promove a tomada de decisão clínica qualificada.

conjuntivite Infecção ocular altamente contagiosa. A drenagem da secreção que se acumula sobre as margens da pálpebra pode espalhar a doença facilmente de um olho para o outro.

conjunto de dados Conjunto de sinais ou sintomas que são agrupados de forma lógica.

conjunto mínimo de dados (CMD) Exigido pelo Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987, o CMD é um conjunto de dados uniformes estabelecido pelo Department of Health and Human

Services. Ele serve como uma estrutura para todos os instrumentos específicos de avaliação estatal, usados para desenvolver um plano escrito e abrangente de cuidados para os residentes recém-admitidos em serviços residenciais.

consciência cultural Ganho de consciência profunda da origem cultural de si mesmo, estereótipos, vieses, preconceitos e suposições sobre outras pessoas.

consentimento informado Processo de obter a permissão de um paciente para realizar um teste ou procedimento específico depois de descrever todos os riscos, efeitos colaterais e benefícios.

constipação Condição caracterizada por dificuldade na passagem das fezes ou uma passagem frequente de fezes duras.

constrangimento Termo legal referente a tocar o corpo de outra pessoa sem consentimento.

consulta Processo no qual há procura de um especialista para identificar maneiras de lidar com problemas no tratamento do paciente ou no planejamento e implementação de programas.

contratilidade miocárdica Medida do estiramento da fibra muscular cardíaca. Pode afetar também o volume sistólico e o débito cardíaco. A baixa contração diminui a quantidade de sangue ejetado pelos ventrículos durante cada contração.

contratura articular Anormalidade que pode resultar em dano permanente de uma articulação; é caracterizada por flexão e fixação; e é causada pelo desuso, atrofia e encurtamento das fibras musculares e tecidos circundantes articulares.

convalescença Período de recuperação após uma doença, lesão ou cirurgia.

Coxim de mão rolos de tecido que mantêm o polegar ligeiramente aduzido e em oposição aos dedos.

crenças em saúde Crenças pessoais do paciente sobre os níveis de

bem-estar que podem motivar ou impedir a participação na mudança de fatores de risco, participação no cuidado e seleção das opções de cuidados.

crepitações Sons sutis de borbulhas ouvidos na ausculta pulmonar; produzidos pela entrada de ar nas vias aéreas e alvéolos distais, que contêm secreções serosas.

crescimento Aspecto mensurável ou quantitativo de aumento de um indivíduo em dimensões físicas como resultado do aumento no número de células. Indicadores de crescimento incluem alterações na altura, peso e características sexuais.

crime Ato que viola uma lei e que pode incluir intenção criminosa.

crise de desenvolvimento Crises associadas às fases normais e esperadas de crescimento e de desenvolvimento (p.ex., resposta à menopausa); crises de amadurecimento.

crise situacional Crise inesperada que surge de repente em resposta a um evento externo ou um conflito relativo a uma circunstância específica.

crise Transição para melhor ou pior, no transcorrer de uma doença, geralmente indicada por uma mudança significativa na intensidade dos sinais e sintomas.

critério clínico Sinais e sintomas objetivos ou subjetivos, ou grupos de sinais e sintomas, ou fatores de risco.

cuidado agudo Padrão de cuidado de saúde no qual um paciente é tratado para um episódio de doença aguda, para sequelas de acidentes ou de outro traumatismo, ou durante a recuperação de uma cirurgia.

cuidado centrado no paciente Conceito de melhorar a eficiência do trabalho alterando a forma que o cuidado do paciente é realizado.

cuidado centrado no paciente e família Modelo de assistência de enfermagem no qual parcerias mútuas entre a equipe e o paciente,

família e cuidados de saúde são formados para planejar, implementar e avaliar os cuidados à saúde prestados.

cuidado culturalmente congruente Cuidado que se encaixa aos padrões de vida e valores das pessoas e conjuntos de significados gerados pelas próprias pessoas. Às vezes, isso difere do ponto de vista dos profissionais sobre os cuidados.

cuidado familiar Processo familiar que ocorre em resposta a uma doença e engloba vários processos cognitivos, comportamentais e interpessoais.

cuidado Fenômeno universal que influencia a nossa forma de pensar, sentir e se comportar em relação um ao outro.

cuidado gerenciado Sistema de cuidados de saúde no qual há um controle administrativo sobre os serviços de saúde da atenção primária. Instalações e serviços redundantes são eliminados, e os custos são reduzidos. Cuidados preventivos e educação em saúde são enfatizados.

cuidado perineal Procedimento prescrito para a limpeza das áreas genitais e anal como parte do banho diário ou após vários procedimentos de obstetrícia e ginecologia.

cuidado pós-morte Cuidado do corpo de um paciente após a sua morte.

cuidado subagudo Nível de cuidados de especialidades médicas prestado aos pacientes que necessitam de cuidados com maior intensidade que o previsto em uma enfermaria, mas que não necessita de cuidados agudos.

cuidado temporário Serviços de saúde de curta permanência para os idosos dependentes, quer em sua casa ou em um ambiente institucional.

cuidado total do paciente Modelo de atenção de cuidado originalmente desenvolvido no tempo de Florence Nightingale.

Neste modelo, a enfermeira registrada é responsável por todos os aspectos dos cuidados de um ou mais pacientes. Ela trabalha diretamente com o paciente, família, médico ou cuidador e os membros da equipe de saúde. Normalmente, o modelo baseia-se em turnos.

cuidados paliativos Nível de cuidado projetado para aliviar ou reduzir a intensidade dos sintomas desconfortáveis, mas não para produzir uma cura. Os cuidados paliativos baseiam-se em medidas de conforto e uso de terapias alternativas para ajudar as pessoas a estarem em paz durante o fim da vida.

cuidados primários de saúde Combinação de cuidados primários de saúde pública que seja acessível para indivíduos e famílias em uma comunidade e fornecida a um custo acessível.

cuidados primários O primeiro contato em um determinado episódio de doença que leva a uma decisão sobre um curso de ação para resolver o problema de saúde.

cuidados restauradores Serviços de saúde e instituições em que os pacientes que estão se recuperando de doença ou deficiência recebem reabilitação e cuidados de suporte.

cuidar Sentir preocupação com ou interesse naqueles que apresentam tristeza ou dificuldades.

cultura de ferida Amostra coletada de uma ferida para determinar o organismo específico que está causando um processo infeccioso.

cultura dominante Costumes, valores, crenças, tradições e pontos de vista sociais e religiosos de um grupo de pessoas que prevalece sobre outra cultura secundária.

cultura Padrões integrados do comportamento humano que incluem a linguagem, pensamentos, comunicações, ações, costumes, crenças, valores e instituições de grupos raciais, étnicos, religiosos ou sociais.

culturalmente ignorante ou cego Pessoas sem instrução sobre outras culturas.

D

dados objetivos Informações que podem ser observadas por outras pessoas; livre de sentimentos, percepções e preconceitos.

dados subjetivos Informações recolhidas a partir de declarações dos pacientes; sentimentos e percepções do paciente. Não verificáveis por outro, exceto por inferência.

DAR (dados, ação, resposta do paciente) Formato usado para focar no registro de informações no prontuário do paciente.

débito cardíaco (DC) Volume de sangue expulso pelos ventrículos do coração, igual à quantidade de sangue ejetado em cada batimento e multiplicado pelo número de batimentos em um período pré-estabelecido para o cálculo (geralmente, 1 minuto).

debridamento Remoção de tecido morto de uma ferida.

decúbito dorsal Posição do paciente na qual está descansando sobre suas costas.

decúbito ventral Posição do paciente deitado de bruços.

defecação Passagem de fezes pelo trato digestivo através do reto.

déficit de pulso Condição que existe quando o pulso radial é menor que o ventricular auscultado no ápice ou observado em um eletrocardiograma. A condição indica falta de perfusão periférica para algumas das contrações cardíacas.

déficit de volume de líquidos (DVL) Distúrbio hidroeletrolítico causado por falha de mecanismos homeostáticos do corpo para regular a retenção e a excreção de líquidos corporais. A condição é caracterizada pela diminuição da produção de urina, aumento da densidade urinária específica, produção de urina maior que a

ingestão de líquidos no corpo, hemoconcentração e aumento dos níveis séricos de sódio.

déficit sensorial Defeitos na função de um ou mais dos sentidos, resultando em deficiência visual, auditiva ou olfativa.

degeneração macular relacionada com a idade Doença progressiva na qual a mácula (porção especializada da retina responsável pela visão central) degenera-se devido ao envelhecimento e perde a sua capacidade de funcionar eficientemente. Os primeiros sinais incluem dificuldade de leitura, distorção ou perda da visão central, sensibilidade à luminosidade e distorção de objetos.

deiscência Separação das bordas de uma ferida, revelando tecidos subjacentes.

delegação Processo de atribuição a um outro membro da equipe de saúde da responsabilidade por aspectos do cuidado ao paciente (p.ex., atribuição aos auxiliares de enfermagem de banhar um paciente).

delírio Estado agudo de confusão que é potencialmente reversível e muitas vezes tem uma causa física.

delito Ato que cause prejuízo para o qual a pessoa lesada pode intentar uma ação civil.

delito Contravenção menor que um crime; a pena normalmente é uma multa ou prisão por menos de 1 ano.

demência Deterioração generalizada do funcionamento intelectual que interfere no funcionamento social e ocupacional.

demonstração de retorno Demonstração após o paciente ter observado primeiro o educador e, em seguida, pratica o procedimento indicado em situações simuladas ou reais.

deontologia Teoria tradicional de ética que se propõe a definir ações como certas ou erradas com base nas características de fidelidade a promessas, veracidade e justiça. O uso convencional de termos

éticos como “justiça”, “autonomia”, “beneficência” e “não maleficência” constitui a prática da deontologia.

dependência de medicação Padrão mal adaptado de uso de medicação nos seguintes padrões: uso de quantidades excessivas de medicação, aumento das atividades direcionadas à obtenção da medicação ou afastamento das atividades profissionais ou de lazer.

depressão (1) Redução na felicidade e bem-estar que contribui para a limitações físicas e sociais e complica o tratamento de doenças concomitantes. É geralmente reversível com o tratamento. (2) Quarto estágio da morte e morrer de Kübler-Ross. Nessa etapa, a pessoa percebe o impacto total e o significado da perda.

derme Camada vascular sensível da pele diretamente abaixo da epiderme; composta por tecidos conjuntivos fibroso e colágeno, e fibras elásticas que dão a força e elasticidade à derme.

descondicionamento Alteração fisiológica após um período de inatividade, repouso no leito ou estilo de vida sedentário. Resulta em perdas funcionais em áreas como estado mental, grau de continência e capacidade de realizar atividades da vida diária.

desempenho de função Forma em que uma pessoa vê a sua capacidade para realizar funções significativas.

desenvolvimento Aspectos qualitativos ou observáveis das mudanças progressivas feitas por um indivíduo para se adaptar ao ambiente.

desidratação Excessiva perda de água dos tecidos do corpo acompanhada por um distúrbio eletrolítico corporal.

desinfecção Processo de destruição de todos os organismos patogênicos, exceto os esporos.

desintoxicação Remoção da característica de uma substância tóxica. O fígado atua para decompondo substâncias químicas em medicamentos compostos.

desorganização e desespero Uma das quatro fases de luto de Bowlby

em que um indivíduo examina interminavelmente como e por que ocorreu a perda.

dessaturação de oxigênio Diminuição da concentração de oxigênio no sangue resultante de qualquer condição que afete a troca de dióxido de carbono e oxigênio.

desvio urinário continente (DUC) Desvio cirúrgico da drenagem da urina da bexiga doente ou disfuncional. O paciente usa um cateter para drenar o órgão.

desvio urinário Desvio cirúrgico da drenagem de urina, como uma ureterostomia.

determinantes de saúde Variáveis que influenciam o estado de saúde de indivíduos ou comunidades.

determinantes sociais da saúde Fatores que contribuem para o estado atual de saúde de uma pessoa. Esses fatores podem ser biológicos, socioeconômicos, psicossociais, comportamentais ou de natureza social.

diaforese Secreção de suor, especialmente a secreção profusa associada a uma temperatura elevada do corpo, esforço físico ou estresse emocional.

diagnóstico clínico Declaração formal de doença ou enfermidade feito pelo médico ou profissional de saúde.

diagnóstico de bem-estar na enfermagem Julgamento clínico sobre um indivíduo, grupo ou comunidade em transição de um nível específico de bem-estar para um nível mais elevado de bem-estar.

diagnóstico de enfermagem Declaração formal de um problema real ou potencial para a saúde que os enfermeiros podem, legalmente e de forma independente, tratar; segundo passo do processo de enfermagem, durante o qual são identificadas as respostas reais e potenciais não saudáveis do paciente para uma doença ou condição.

diagnóstico de risco de enfermagem Julgamento clínico sobre a vulnerabilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável, condições de saúde/processos vitais.

diagnóstico focado no problema Julgamento clínico relativo a uma resposta humana indesejável a um condição de saúde/processo de vida que existe em um indivíduo, família ou comunidade.

diagnóstico relacionado com o grupo (DRG) Grupo de pacientes classificados para estabelecer um mecanismo de reembolso de cuidados de saúde com base na duração da estadia. A classificação baseia-se nas seguintes variáveis: diagnóstico primário e secundário, comorbidades, procedimentos primários e secundários e idade.

diarreia Aumento no número de evacuações e passagem de fezes líquidas, não formadas.

diastólica Pertencente a diástole ou à pressão arterial no instante de relaxamento cardíaco máximo.

difusão Movimento de moléculas de uma zona de elevada concentração para uma de menor concentração.

digestão Quebra de nutrientes por mastigação, trituração, mistura com líquidos e reações químicas.

dilema ético Dilema existente quando a coisa certa a fazer não está clara. A resolução exige a negociação de valores entre os diferentes envolvidos no dilema.

dimensão espiritual Espiritualidade de uma pessoa, incluindo a relação com a humanidade, a natureza e um ser supremo.

direito civil Leis relacionadas com a proteção dos direitos de uma pessoa.

direito comum Fonte do direito que é criado por decisões judiciais em

oposição àquelas criadas por órgãos legislativos (lei estatutária).

direito penal Diz respeito a atos que ameaçam a sociedade, mas talvez envolvam apenas um indivíduo.

disco transdérmico Dispositivo de administração de medicação no qual o medicamento é saturado em um disco achatado e afixado à pele do paciente. Este método assegura que o paciente receba um nível contínuo de medicação.

discriminação Visão, ação ou tratamento preconceituoso.

disfagia Dificuldade para engolir; comumente associada a distúrbios obstrutivos ou motores do esôfago.

disfunção sexual Incapacidade ou dificuldade no funcionamento sexual causada por fatores fisiológicos ou psicológicos ou ambos.

dismenorreia Menstruação dolorosa.

disparidades de saúde Diferenças evitáveis na carga de doenças, acidentes, violência ou oportunidades de acesso à saúde ideal que são experimentadas pela população social e economicamente desfavorecida.

dispneia Sensação de falta de ar.

dispositivo de contenção Dispositivos que ajudam na imobilização de um paciente ou de extremidade.

dispositivo de infusão eletrônica Equipamentos que oferecem fluidos intravenosos em uma velocidade determinada por meio de um cateter intravenoso.

dispositivos de acesso vascular Cateteres, cânulas ou portas de infusão projetados para acesso repetido de longo prazo ao sistema vascular.

disritmia Desvio do padrão normal dos batimentos cardíacos.

disúria Micção dolorosa causada por infecção bacteriana da bexiga e

condições obstrutivas da uretra.

diurese Aumento da taxa de formação e excreção de urina.

diversidade familiar Necessidades e características de cada membro em uma única família.

documentação Conjunto de registros escritos no prontuário do paciente contendo todas as informações pertinentes a ele. Essas entradas validam os problemas e cuidados do paciente e existem como um registro legal.

doença (1) Processo anormal em que qualquer aspecto do funcionamento de uma pessoa está diminuído ou prejudicado em comparação à sua condição anterior. (2) Reação pessoal, interpessoal e cultural à doença.

doença aguda Doença caracterizada por sintomas que são de duração relativamente curta, geralmente graves e que afetam o funcionamento do paciente em todas as dimensões.

doença benigna da mama (fibrocística) Condição benigna caracterizada por mamas irregulares, dolorosas e algumas vezes, secreção mamilar. Os sintomas são mais evidentes antes do período menstrual. Conhecida por ser um fator de risco para o câncer de mama.

doença cardíaca valvular adquirida Distúrbio congênito ou adquirido de uma valva cardíaca caracterizado por estenose e obstrução do fluxo sanguíneo ou degeneração valvular e regurgitação de sangue.

doença crônica Doença que persiste por um longo tempo que afeta o funcionamento físico, emocional, intelectual, social e espiritual.

doença de Alzheimer Doença do parênquima cerebral que causa perda gradual e declínio progressivo no funcionamento cognitivo.

doença de Ménière Doença crônica do ouvido interno caracterizada por episódios recorrentes de vertigem; perda auditiva neurossensorial progressiva, que pode ser bilateral; e zumbido.

doença Mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos ou psicológicos.

doenças transmissíveis Qualquer doença que pode ser transmitida de uma pessoa ou animal para outro por contato direto ou indireto, ou por vetores.

dor cultural Sentimento que um paciente tem depois que um profissional de saúde recrimina o modo de vida valorizado por ele.

dor Sensação subjetiva, desagradável causada por estimulação nociceptiva das terminações nervosas sensoriais.

dorsiflexão Flexão para trás.

drenagem postural Uso de posicionamento juntamente com percussão e vibração para drenar secreções de segmentos específicos dos pulmões e brônquios para a traqueia.

Dreno/tubo torácico Cateter inserido através do tórax na cavidade torácica para a remoção de ar ou líquido; utilizado após cirurgia cardíaca ou pneumotórax.

durabilidade familiar Sistema de apoio para uma família que inclui membros imediatos e estendidos.

E

ectrópio Eversão da pálpebra que expõe a membrana conjuntiva e parte do globo ocular.

edema Acumulação anormal de fluido nos espaços intersticiais dos tecidos.

educação para o bem-estar Atividades que ensinam as pessoas a cuidar de si mesmas de uma forma saudável.

efeito adverso Efeito nocivo ou acidental de uma medicação, teste diagnóstico ou intervenção terapêutica.

efeito colateral/adverso Qualquer reação ou consequência resultante da medicação ou terapia.

efeito sinérgico Efeito resultante de dois fármacos que atuam sinergicamente. O efeito dos dois fármacos combinado é maior que o efeito que seria esperado da ação dos dois fármacos atuando isoladamente.

efeito terapêutico Benefício desejado de um medicamento, tratamento ou procedimento.

efeito tóxico Efeito de um medicamento que resulta em uma resposta adversa.

egocentrismo Característica de desenvolvimento na qual uma criança só é capaz de assumir o ponto de vista de suas próprias atividades e necessidades.

eletrocardiograma (ECG) Registro gráfico da atividade elétrica do miocárdio.

eletrólito Elemento ou composto que, quando fundido ou dissolvido na água ou outro solvente, dissocia-se em íons e pode transportar uma corrente elétrica.

elevador Hoyer Dispositivo mecânico que utiliza uma tipoia de lona para levantar facilmente pacientes dependentes de transferência.

embolia Condição anormal na qual um coágulo sanguíneo (êmbolo) viaja através da corrente sanguínea e se aloja em um vaso sanguíneo.

empatia Compreensão e aceitação dos sentimentos de uma pessoa e capacidade de sentir o mundo interior dela.

empoderado Dar autoridade legal para um indivíduo ou grupo ou capacitá-lo; promover autoconfiança de um indivíduo ou grupo.

emulsões lipídicas intravenosas Soluções à base de óleo de cártamo ou óleo de soja que são isotônicas e podem ser infundidas com

aminoácidos e solução de dextrose através de um acesso central ou periférico.

encontros culturais Engajamento em interações transculturais; aperfeiçoamento das habilidades de comunicação intercultural; ganho no aprofundamento do conhecimento do outro e evitação de estereótipos; e manejo de conflito cultural.

endorfinas Hormônios que atuam sobre a mente, como morfina e opiáceos, e produzem uma sensação de bem-estar e redução da dor.

enema procedimento que envolve a introdução de uma solução no reto para a limpeza ou fins terapêuticos.

enfermagem de comunidade Cuidado agudo e crônico de indivíduos e famílias para reforçar a sua capacidade de autocuidado e promover a independência na tomada de decisões.

enfermagem de saúde pública ou saúde coletiva. Especialidade de enfermagem que requer a enfermeira para cuidar das necessidades das populações ou grupos.

enfermagem em saúde comunitária Abordagem da enfermagem que combina o conhecimento das ciências da saúde pública com teorias de enfermagem profissional para salvaguardar e melhorar a saúde das populações na comunidade.

enfermagem funcional Método de prestação de cuidados ao paciente em que cada membro da equipe é designado para uma tarefa a ser realizada em todos os pacientes da unidade.

enfermagem na atenção primária Método da prática de enfermagem em que o cuidado do paciente é manejado por uma enfermeira que dirige e coordena outros enfermeiros e profissionais de saúde.

enfermagem perioperatória Refere-se ao papel do enfermeiro na sala cirúrgica durante as fases pré, intra e pós-operatória da cirurgia.

enfermagem transcultural Teoria distinta de enfermagem

desenvolvida por Leininger que foca o estudo comparativo de culturas para entender as semelhanças e as diferenças entre grupos de pessoas.

enfermaria. Instituição ou parte de uma instituição que cumpre os critérios de credenciamento estabelecidos pelas seções da Lei da Segurança Social (Social Security Act) que determinam a base para reembolso de cuidados de enfermagem especializados pelo Medicaid e Medicare, incluindo reabilitação e vários procedimentos médicos e de enfermagem.

enfermeira (RN) Nos Estados Unidos, enfermeira é aquela que concluiu o Curso de Bacharel em uma escola de enfermagem credenciada pelo Estado e que foi aprovada nos exames da *National Council Licensure Examination* (NCLEX-RN).

enfermeira cirúrgica Enfermeira registrada ou técnico de enfermagem da sala de operação que auxilia os cirurgiões durante as cirurgias.

enfermeira de prática avançada Geralmente uma enfermeira com autonomia profissional. Uma enfermeira de prática avançada tem grau de mestre em enfermagem, educação avançada em fisiopatologia, farmacologia e avaliação física; e certificação e experiência clínica em uma área especializada da prática.

enfermeira principal Quando em serviço, cuida diretamente do paciente.

enfermeiro circulante Enfermeira cujo papel é fornecer suprimentos necessários em circulação; dispensa de instrumentos e materiais sujos; e manter uma contagem precisa de instrumentos, agulhas e esponjas usadas.

enfermeiro prático licenciado (LPN) Também conhecido como um profissional de enfermagem licenciado (LVN) ou no Canadá, assistente de enfermagem (RNA); uma pessoa com treinamento em habilidades básicas de enfermagem e prestação de cuidado direta ao paciente. No Brasil, corresponde ao profissional de enfermagem

de nível médio com formação profissionalizante de técnico em enfermagem.

enfermeiro vocacional licenciado (LVN) O LVN possui o mesmo registro que o enfermeiro prático licenciado (LPN), um indivíduo treinado nos Estados Unidos em técnicas básicas de enfermagem e assistência direta ao paciente e pratica a enfermagem sob a supervisão de uma enfermeira. O LVN possui registro profissional expedido pelo Conselho, após completar um programa de 12 meses de ensino e ser aprovado no exame de licenciamento. No Canadá um LVN é chamado de auxiliar de enfermagem certificado. No Brasil, essa formação equivale à qualificação do auxiliar em enfermagem, sendo assim registrado no Conselho Profissional de Enfermagem.

enfrentamento Esforço realizado no manejo de um estresse psicológico.

ensino Método de execução usado para apresentar os princípios corretos, procedimentos e técnicas de cuidados à saúde; orientar os pacientes sobre seu estado de saúde; e submeter os pacientes e familiares aos recursos de saúde ou sociais adequados na comunidade.

ensino pré-operatório Orientação antecipada sobre a cirurgia do paciente e recuperação que é dada antes da cirurgia. A orientação não se limita a isto, mas inclui restrições, dieta e atividades previstas, procedimentos pós-operatórios e medidas para alívio da dor.

entorpecimento (ou choque) Uma das quatro fases do luto de Bowlby. Caracteriza-se pela falta de sentimento ou sensação de atordoamento pela perda; pode durar alguns dias ou várias semanas.

entrevista Conversa organizada, sistemática com o paciente com intuito de obter informações pertinentes subjetivas relacionadas com a saúde.

entrevista motivacional Técnica de entrevista usada para identificar pensamentos, crenças, medos e comportamento de cuidados de saúde atual do paciente com o objetivo de ajudá-lo a identificar comportamentos de autocuidado melhorados.

entrópio Condição na qual a pálpebra se vira para dentro na direção do olho.

entubação Inserção de um tubo respiratório através da boca ou nariz até a traqueia para assegurar a via aérea acessível.

epiderme Camada externa da pele formada por várias camadas finas em diferentes estágios de maturação; recobre e protege os tecidos subjacentes da perda de água, lesão mecânica ou química e penetração de microrganismos causadores de doenças.

equilíbrio nitrogenado negativo Condição que ocorre quando o corpo excreta mais nitrogênio que recebe.

equilíbrio Posição na qual o centro de gravidade da pessoa está corretamente posicionado sem risco de queda.

equimose descoloração da pele ou ferida provocada por extravasamento de sangue para os tecidos subcutâneos como resultado de trauma tecidual subjacente.

equipe de enfermagem Sistema descentralizado no qual o cuidado de um paciente é distribuído entre os membros de uma equipe. O enfermeiro-chefe delega autoridade a um enfermeiro líder da equipe para coordenar os trabalhos dos profissionais de enfermagem.

eritema Vermelhidão ou inflamação da pele ou das membranas mucosas que é resultado da dilatação e congestão superficial dos capilares; queimadura solar é um exemplo.

erro de medicação Qualquer evento que possa causar ou levar um paciente a receber terapia medicamentosa inadequada ou a não receber tratamento medicamentoso adequado.

erro de refração Defeito na capacidade do cristalino do olho em focar a luz, tal como ocorre na miopia e a hipermetropia.

escara Camada espessa de tecido morto e seco que cobre uma lesão por pressão ou queimadura térmica. Pode curar naturalmente ou precisar de remoção cirúrgica.

escoliose Curvatura lateral da coluna vertebral.

escoriação Lesão da superfície da pele causada por abrasão.

escuta atenta Técnica de escuta ativa que solicita a um entrevistado que continue contando uma história ou descreva uma situação. Envolve o uso de frases como "Vá em frente", "Uh huh" e "Fale-me mais."

escuta ativa Ouvir atentamente a pessoa por completo — mente, corpo e espírito. Inclui escutar as ideias principais e de apoio; reconhecer e responder; proporcionar retorno apropriado; prestar atenção a totalidade da comunicação da outra pessoa, incluindo o conteúdo, intenção e sentimentos expressos.

esfigmomanômetro Dispositivo para a medição da pressão arterial, que consiste em um manguito de braço ou perna com uma bolsa de ar ligada a um tubo, uma bomba para o bombeamento de ar para dentro do manguito e um mostrador para indicar a quantidade de pressão de ar exercida contra a artéria.

esfregaço de Papanicolaou (Pap) Teste de triagem indolor para o câncer de colo do útero. As amostras são tiradas de células escamosas e colunares do colo do útero.

esperança Expectativa confiante, mas incerta de conseguir um objetivo futuro.

espirometria de incentivo Método para estimular a respiração voluntária profunda, fornecendo *feedback* visual aos pacientes do volume inspiratório que alcançado.

estado de atenção Estado interno do estudante que permite focalização e compreensão.

estado de saúde Descrição de saúde de um indivíduo ou comunidade.

estágio de exaustão Fase que ocorre quando o corpo não pode resistir à tensão (i.e., quando se esgota a energia necessária para manter a adaptação).

estenose Condição anormal caracterizada pela constrição ou estreitamento de uma abertura ou passagem de uma estrutura de corpo.

estereótipos Generalizações que são feitas sobre os indivíduos sem uma avaliação mais aprofundada.

esterilização (1) Tornar-se uma pessoa incapaz de gerar filhos; realizada por meios cirúrgicos, química ou por outros meios. (2) Técnica para destruição de microrganismos que utiliza calor, água, produtos químicos ou gases.

estimulação cutânea Estimulação da pele de uma pessoa para prevenir ou reduzir a percepção da dor. Massagem, banho morno, terapias quentes e frias e estimulação elétrica nervosa transcutânea são algumas maneiras de reduzir a percepção da dor.

estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS ou EENT) Técnica na qual um dispositivo movido a bateria impede que os impulsos dolorosos atinjam a medula espinal por fornecimento de impulsos elétricos fracos diretamente para a superfície da pele.

estoma Abertura criada artificialmente entre uma cavidade do corpo e a superfície do corpo (p.ex., uma colostomia realizada a partir de uma parte do colo do intestino puxado através da parede abdominal).

estomia Procedimento cirúrgico em que é feita uma abertura na parede abdominal, para permitir a passagem do conteúdo intestinal (colostomia) ou da urina da bexiga (urostomia).

estrados de cama Placas colocados sob o colchão de uma cama que fornecem suporte extra para a superfície do mesmo.

estratégias ativas de promoção da saúde Atividades que dependem da motivação do paciente para adotar um programa de saúde específico.

estratégias passivas de promoção da saúde Atividades que envolvem o paciente como o destinatário das ações por profissionais de saúde.

estresse Tensão fisiológica ou psicológica que ameaça a homeostase ou o equilíbrio psicológico de uma pessoa.

estressor Qualquer evento, situação ou outro estímulo encontrado no ambiente externo ou interno de uma pessoa que necessita de mudança ou adaptação pela pessoa.

estrias Linhas ou cicatrizes lineares que resultam de um rápido desenvolvimento de tensão na pele.

estrutura familiar Baseada na organização (ou seja, membros contínuos) de uma família e o padrão de relacionamentos.

ética de cuidar Prestação de cuidados de saúde baseada em princípios éticos e padrões de cuidados.

ética feminista Abordagem ética que se concentra na natureza das relações das pessoas para guiar participantes na tomada de decisões mais difíceis, especialmente relações nas quais o poder é desigual ou um ponto de vista é ignorado ou invisível.

ética Princípios ou normas que regem a conduta adequada.

etiologia Estudo de todos os fatores que podem estar envolvidos no desenvolvimento de uma doença.

etnia Identidade compartilhada relacionada com o patrimônio social e cultural, como valores, linguagem, espaço geográfico e características raciais.

etnocentrismo Tendência em manter a própria forma de vida como superior à de outros.

etno-história Experiências históricas significativas de um grupo particular.

eupneia Respiração normal, tranquila, sem esforço e rítmica.

Eustresse ou estresse positivo Estresse que protege a saúde; um dos dois tipos de estresse identificados por Selye.

evolução Determinação do grau de alcance das metas estabelecidas pelo paciente e que foram alcançadas.

exacerbações Aumento da gravidade de uma doença ou distúrbio, tal como indicado por maior intensidade de sinais ou sintomas.

exaustão pelo calor Condição anormal causada pelo esgotamento corporal hidroeletrolítico resultante da exposição ao calor intenso ou à incapacidade de se adaptar ao calor.

excesso de volume de líquido (EVL) Distúrbio hidroeletrolítico caracterizado pelo aumento da retenção de fluidos e edema, que resulta de falha de mecanismos homeostáticos corporais para regular a retenção e a excreção de líquidos corporais.

exercício de amplitude de movimento (ADM) Exercício articular realizado pelo paciente durante as suas atividades diárias ou durante uma avaliação.

exercícios isométricos Atividades que envolvem a tensão muscular sem encurtamento muscular, não tem qualquer efeito benéfico na prevenção de hipotensão ortostática, mas pode melhorar a tolerância à atividade.

exostose Crescimento benigno anormal sobre a superfície de um osso.

exsudato Líquidos e células ou outras substâncias que tenham sido liberadas das células ou vasos sanguíneos lentamente através de pequenos poros ou rupturas de membranas celulares.

extensão Movimento de certas articulações que aumenta o ângulo entre dois ossos adjacentes.

F

fahrenheit Denota uma escala de temperatura em que 32° é o ponto de congelamento da água e 212° é o ponto de ebulição da água ao nível do mar.

família como contexto Perspectiva da enfermagem em que a família é vista como uma união de membros interagindo e que tem atributos, funções e objetivos distintos daqueles dos membros individuais.

família como paciente Abordagem da enfermagem que leva em consideração o efeito de uma intervenção em todos os membros de uma família.

família Grupo de indivíduos que interagem para compor uma unidade básica da sociedade.

farmácia Local para obtenção de medicamentos prescritos.

farmacocinética Estudo de como os fármacos entram no corpo, chegam ao seu local de ação, são metabolizados e são excretados do corpo.

fase de resistência Terceira fase da resposta ao estresse, quando a pessoa tenta adaptar-se ao agente estressor. O corpo se estabiliza; os níveis hormonais se estabilizam; e a frequência cardíaca, a pressão arterial e o débito cardíaco retornam ao normal.

fator de risco Qualquer variável interna ou externa que faz com que uma pessoa ou grupo seja mais vulnerável a uma doença ou evento insalubre.

fator relacionado Qualquer condição ou evento que acompanhe ou esteja ligado ao problema de saúde do paciente.

fé Conjunto de crenças e maneiras de se relacionar consigo mesmo, com outras pessoas e com um Ser Supremo.

febre Elevação no ponto de ajuste hipotalâmico fazendo com que a temperatura do corpo seja regulada em um nível mais alto (aumente).

febril Pertencente ou caracterizado por uma temperatura corporal elevada.

fecaloma Acumulação de material fecal endurecido no reto ou colo sigmoide.

feedback Processo no qual a saída de um dado sistema retorna a ele.

feixe de His Parte do sistema de condução cardíaca que surge a partir da porção distal do nodo atrioventricular (AV) e se estende através da comissura AV até o ápice do septo interventricular, onde se divide em direito e esquerdo agrupando-se em ramos.

felonia Crime de natureza grave que acarreta pena de prisão ou morte.

fezes Resíduos ou excrementos do trato gastrointestinal.

fictícia. Parentesco sem laços de sangue; família de consideração em algumas culturas coletivas.

fidelidade Acordo para manter uma promessa.

filtração Esforço do fluido/líquido através de uma membrana.

fisioterapia torácica (FT) Grupo de terapias utilizadas para mobilizar secreções pulmonares para expectoração.

fístula Passagem anormal de um órgão interno para a superfície do corpo ou entre dois órgãos internos.

flashback Recordação tão forte que o indivíduo pensa que está realmente enfrentando o trauma novamente ou vendo-o acontecer diante de seus olhos.

flatos Gás Intestinal.

flebite Inflamação de uma veia.

flexão plantar Movimento do dedo do pé para baixo do pé no tornozelo.

flora Microrganismos que vivem sobre de um corpo ou dentro dele para competir com microrganismos causadores de doenças e proporcionar imunidade natural contra certos tipos de infecções.

fluido ou líquido intersticial Fluido que preenche os espaços entre a maior parte das células do corpo e proporciona uma porção substancial do meio líquido corporal.

fluido ou líquido intracelular Líquido dentro da membrana celular.

flutuação Sensação macia e flutuante quando o tecido é palpado; geralmente um sinal de infecção.

folhas de fluxo Documentos sobre os quais são registradas observações frequentes ou medições específicas.

Formas de família Pessoas consideradas pelos membros da família como padrão de referência a ser incluído como parte da família.

fraturas patológicas Fraturas resultantes de tecido ósseo enfraquecido; frequentemente causada por osteoporose ou neoplasias.

frêmito tátil Vibração trêmula da parede torácica durante a respiração que é palpável no exame físico.

fricção Efeitos de atrito ou a resistência que um corpo em movimento encontra na superfície sobre a qual ele se move; força que ocorre em uma direção oposta ao movimento.

funcionamento familiar Processos usados para atingir seus objetivos.

G

gengiva Mucosa com apoio de tecido fibroso que recobre as coroas dos dentes inclusos e envolve a cervical dos dentes erupcionados.

genômica Descreve o estudo de todos os genes de uma pessoa e as interações destes entre si e com o ambiente da pessoa.

gerenciamento de casos Sistema organizado de prestação de serviços de saúde a um paciente ou grupo de pacientes durante um episódio de doença e/ou no cuidado continuado; inclui a avaliação e desenvolvimento de um plano de cuidado, a coordenação de todos os serviços, encaminhamento e acompanhamento; geralmente atribuído a um profissional.

gerenciamento de impressão Capacidade de interpretar o comportamento dos outros dentro de seu contexto de significados e de se comportar de uma maneira culturalmente congruente para alcançar os resultados desejados de comunicação.

geriatria Ramo de cuidados à saúde que lida com a fisiologia e a psicologia do envelhecimento, bem como diagnóstico e tratamento de doenças que afetam os idosos.

gerontologia Estudo de todos os aspectos do processo de envelhecimento e suas consequências.

gestão de risco Função do hospital ou serviço de saúde a qual é direcionada para a identificação, avaliação e correção dos riscos potenciais que podem levar a lesões de pacientes, funcionários ou visitantes e resultar em perda de propriedade ou dano.

gestão descentralizada Filosofia organizacional que traz decisões até o nível da equipe. Indivíduos mais bem informados sobre um problema ou questão participam no processo de tomada de decisão.

glaucoma Condição anormal da pressão elevada dentro do olho causada pela obstrução do fluxo do humor aquoso. Se não for tratada, muitas vezes resulta em perda visual periférica, diminuição da acuidade visual com dificuldade de adaptação à

escuridão e um efeito de halo em torno de luzes.

glicogênese Processo de armazenamento de glicose sob a forma de glicogênio no fígado.

glicogênio Polissacarídeo que é o principal carboidrato armazenado em células animais.

gliconeogênese Processo de formação de glicose ou de glicogênio a partir de substâncias que não sejam carboidratos, tais como proteínas ou lipídios.

glicose combustível principal do corpo; necessário para realizar importantes funções fisiológicas.

globalização Âmbito ou aplicação mundial.

glomérulo Agrupamento ou aglomeração de vasos capilares dentro do rim envolvidos na formação inicial de urina.

grades laterais Barras posicionadas lateralmente ao longo do comprimento do leito ou maca para reduzir o risco de queda do paciente.

gradiente de concentração Gradiente que existe através de uma membrana separando uma elevada concentração de um determinado íon, a partir de uma baixa concentração do mesmo íon.

gráficos de foco Metodologia de gráficos para estruturar o progresso nas notas com foco nas notas (p.ex., sintomas e diagnóstico de enfermagem). Cada nota inclui dados, ações e resposta do paciente.

grupo de utilização de recursos (RUG) Método de classificação para o reembolso de cuidados de saúde em relação aos serviços de longa duração.

gustativo Pertencente ao sentido do paladar.

H

habilidades culturais Comunicação, avaliação cultural e cuidados culturalmente competentes.

halal Alimentos admissíveis para os muçulmanos comerem.

haram Alimentos proibidos para o consumo dos muçulmanos por motivos religiosos.

hematêmese Vômitos sanguinolento, indicando hemorragia digestiva alta.

hematoma Acúmulo de sangue preso nos tecidos da pele ou de um órgão.

hematúria Presença anormal de sangue na urina.

hemólise Quebra de hemácias e liberação de hemoglobina que pode ocorrer após a administração de soluções intravenosas hipotônicas, causando edema e ruptura dos eritrócitos.

hemoptise Tosse com sangue do trato respiratório.

hemorroidas Dilatação permanente e aumento das veias dentro da mucosa do reto.

hemostase Interrupção do sangramento por meios mecânicos ou químicos ou o processo de coagulação do corpo.

hemotórax Acumulo de sangue e líquido na cavidade pleural entre a pleuras parietal e visceral.

hérnia Protrusão de um órgão através de uma abertura anormal na parede muscular da cavidade que o circunda.

hiato auscultatório Ausência de som durante a medição da pressão arterial; geralmente ocorre entre o primeiro e segundo som de Korotkoff.

hidrocefalia Acúmulo anormal de líquido cefalorraquidiano nos ventrículos do cérebro.

hierarquia das necessidades de Maslow Modelo desenvolvido por Abram Maslow que é usado para explicar a motivação humana.

higiene oral Condição ou prática de manter os tecidos e as estruturas da boca.

higiene pulmonar Mudança de posição mais frequente, respiração profunda, tosse, uso de espirometria de incentivo e de fisioterapia respiratória (FR) se necessário.

hilots Profissionais de saúde amadores que auxiliam no trabalho de parto entre os filipinos.

hipercalcemia Quantidade de cálcio no sangue maior que o normal.

hipercapnia Quantidades de dióxido de carbono no sangue maior que o normal; também chamado hipercarbia.

hiperemia esbranquiçada Vermelhidão da pele causada pela dilatação dos capilares superficiais. Quando a pressão é aplicada à pele, a área branqueia, ou clareia.

hiperemia esbranquiçada Vermelhidão da pele causada pela dilatação dos capilares superficiais. A vermelhidão persiste quando a pressão é aplicada à área, indicando dano tecidual.

hiperextensão Posição de extensão máxima de uma articulação.

hiperglicemia Níveis elevados de glicose no soro.

hipertensão Transtorno caracterizado pela elevação da pressão arterial persistentemente superior a 120/80 mmHg.

hipertermia maligna Traço autossômico dominante caracterizado por hipertermia, muitas vezes fatal, em pessoas afetadas que se expõem a certos agentes anestésicos.

hipertermia Situação na qual a temperatura do corpo excede o ponto de equilíbrio.

hipertônica Situação em que uma solução tem maior concentração de

um soluto que outro; por conseguinte, a primeira solução exerce maior pressão osmótica.

hipertonicidade Tensão excessiva das paredes arteriais ou músculos.

hiperventilação Frequência respiratória superior à necessária para manter os níveis normais de dióxido de carbono nos tecidos do corpo.

hipnóticos Classe de fármacos que provoca insensibilidade à dor e induz o sono.

hipotensão Diminuição anormal da pressão arterial, que é inadequada para perfusão normal e oxigenação dos tecidos.

hipotensão ortostática pressão arterial anormalmente baixa que ocorre quando uma pessoa está de pé.

hipotensão postural Pressão arterial anormalmente baixa que ocorre quando um indivíduo assume a postura ereta; também chamada de hipotensão ortostática.

hipotermia Diminuição anormal da temperatura do corpo para menos de 35°C, geralmente causada por exposição prolongada ao frio.

hipotônica Situação na qual uma solução tem menor concentração de soluto que outra; Por conseguinte, a primeira solução exerce uma pressão osmótica menor.

hipotonicidade Tensão reduzida das paredes arteriais ou músculos.

hipoventilação Frequência respiratória insuficiente para evitar a retenção de dióxido de carbono.

hipovolemia Quantidade anormal de sangue circulante.

hipoxemia Nível de oxigênio arterial inferior a 60 mmHg; baixo nível de oxigênio no sangue.

hipoxia Oxigenação celular inadequada que pode resultar de uma

deficiência no fornecimento ou utilização do oxigênio a nível celular.

histórico de saúde de enfermagem Dados coletados sobre nível atual do bem-estar de um paciente, alterações nos padrões de vida, papel sociocultural e reações mentais e emocionais à doença.

histórico Primeiro passo do processo de enfermagem. Atividades exigidas na primeira etapa são coleta de dados, validação, classificação e documentação. O objetivo é reunir informações para identificação do problema de saúde.

holística Relativo ao todo; considerando todos os fatores.

homeostase Estado da constância relativa no ambiente interno do corpo; naturalmente mantido por mecanismos adaptativos fisiológicos.

hormônio antidiurético (ADH) Hormônio que diminui a produção de urina, aumentando a reabsorção de água pelos túbulos renais. ADH é secretado pelas células do hipotálamo e armazenado no lobo posterior da hipófise.

hospice Sistema de cuidado centrado na família projetado para ajudar as pessoas com doenças terminais a ficarem confortáveis e manter um estilo de vida satisfatório em toda a fase terminal da sua doença.

humor estratégia de enfrentamento baseada na avaliação cognitiva de um indivíduo a um estímulo que resulta em um comportamento como sorrir, rir ou sentimentos de diversões que diminuem a aflição emocional.

I

icterícia Descoloração amarela da pele, membranas mucosas e esclera causada por quantidades maiores de bilirrubina que o normal no sangue.

idade adulta emergente Momento de transição da adolescência para o adulto jovem quando as responsabilidades de um emprego estável, casamento e paternidade se iniciam. Inclui cinco características idade de exploração de identidade; idade de instabilidade, idade de autofoco, idade de sentir-se no meio e a idade das possibilidades.

identidade Componente do autoconceito caracterizado pela consciência persistente da pessoa sobre si mesma, separada e distinta dos outros.

identificação do problema Uma das etapas do processo de diagnóstico, no qual problema de saúde do paciente é reconhecido como resultado da análise de dados baseados no conhecimento e experiência profissional.

idioma Código que transmite significado especifico de como as palavras são combinadas.

íleo paralítico Paralisia geralmente temporária da parede intestinal que pode ocorrer após cirurgia abdominal ou lesão peritoneal que leva à interrupção do peristaltismo; leva a distensão e sintomas de obstrução abdominal.

imagem corporal Conceito subjetivo de uma pessoa à respeito de sua aparência física.

imaginação guiada ou orientada Método de controle da dor no qual o paciente cria uma imagem mental, concentra-se naquela imagem e gradualmente se torna menos consciente da dor.

imobilidade Incapacidade de mover-se livremente; causada por qualquer condição em que o movimento é prejudicado ou terapeuticamente restrito.

implementação Início e conclusão das ações de enfermagem necessárias para ajudar o paciente a alcançar as metas de saúde.

imposição cultural Uso de valores e costumes próprios como um guia

absoluto na interpretação de comportamentos.

imunidade Qualidade de ser não suscetível ou não afetado por uma doença ou condição particular.

imunização Processo pelo qual a resistência a uma doença infecciosa é induzida ou aumentada.

inalação Método de administração de medicamento através das vias respiratórias do paciente. O trato respiratório proporciona uma grande área de superfície para a absorção do fármaco. A inalação pode ser através da via nasal ou oral.

inalador dosimetrado (MDI) Dispositivos concebidos para liberar a dose exata de um medicamento por inalação.

incontinência de urgência Tipo de incontinência urinária que resulta da contração súbita e involuntária dos músculos da bexiga, resultando em vontade de urinar.

incontinência fecal Incapacidade de controlar a passagem de fezes e gases pelo ânus.

incontinência urinária Incapacidade de controlar a micção.

indicador de qualidade Medida quantitativa de um aspecto importante do cuidado que determina se a qualidade do serviço está em conformidade com as exigências ou padrões de cuidado.

índice cardíaco Débito cardíaco adequado para um indivíduo. Leva em conta a área de superfície corporal (ASC) do paciente.

induração Endurecimento de um tecido, particularmente da pele, devido a edema ou inflamação.

infarte do miocárdio Necrose de uma porção do músculo cardíaco causada por obstrução de uma artéria coronária.

infecção exógena Infecção proveniente de fora de um órgão ou parte.

infecção hospitalar Infecção que não estava presente ou incubada no

momento da admissão em um serviço de saúde.

infecção Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e se multiplicam.

infecção sexualmente transmissível Processo infeccioso transmitido por contato sexual, incluindo oral, genital ou atividade sexual anal.

infecções endógenas Infecções produzidas dentro de uma célula ou organismo.

inferência (1) Julgamento ou interpretação de pistas informativas. (2) Tomar uma proposição como um dado, supondo que outra proposição a segue.

infiltração Deslocamento de um cateter intravenoso ou agulha de uma veia para o espaço subcutâneo.

inflamação Resposta protetora dos tecidos do corpo à irritação ou lesão.

informática em Saúde Aplicação da ciência da computação e da informatização em todas as ciências biomédicas básicas e aplicadas para facilitar a aquisição, o processamento, a interpretação, o uso otimizado e a comunicação de dados relacionados com a saúde.

infusão epidural Tipo de anestesia para bloqueio do nervo no qual um anestésico é injetado intermitentemente ou continuamente na região lombossacral da medula espinhal.

infusão Introdução de líquido dentro de uma veia, fornecendo solução intravenosa ao longo do tempo.

ingesta diária de recomendada (IDR) Informações sobre cada vitamina ou mineral que refletem uma quantidade com intervalo mínimo e máximo a qual evita deficiência ou toxicidade.

injeções Administração parenteral de medicamentos; quatro principais locais de injeção: subcutâneo, intramuscular, intravenoso e intradérmico.

insolação Exposição contínua ao calor extremo que eleva a temperatura corporal para 40,5°C ou superior.

insônia Condição caracterizada pela incapacidade crônica de dormir ou permanecer adormecido durante a noite.

inspeção Método de exame físico pelo qual o paciente é visual e sistematicamente avaliado em relação à aparência, estrutura, função e comportamento.

instilação Fazer entrar gota a gota ou muito lentamente.

instituição de cuidados de longa permanência Serviço dedicado à prestação de cuidados médicos, enfermagem e custodiais para um indivíduo durante um período prolongado, como durante o curso de uma doença crônica ou a fase de reabilitação após uma doença aguda.

insuficiência cardíaca direita Condição cardíaca anormal que resulta do funcionamento deficiente do ventrículo direito, caracterizada por congestão venosa da circulação sistêmica.

insuficiência cardíaca esquerda Condição anormal caracterizada por funcionamento deficiente do ventrículo esquerdo causada por pressões elevadas e congestão pulmonar.

inteligência emocional Avaliação e técnica de comunicação utilizada para melhor entender e perceber as emoções de si mesmos. Isso ajuda na construção de uma relação terapêutica.

intenção primária União dos bordos de uma ferida, progredindo para completar a formação de cicatriz, sem granulação.

intenção secundária Fechamento da ferida na qual as bordas estão separadas; há o desenvolvimento de tecido de granulação para preencher a lacuna e, por fim, o epitélio cresce produzindo uma cicatriz maior que os resultados produzidos por intenção primária.

interação medicamentosa Resposta que ocorre quando um fármaco

modifica a ação de um outro fármaco. A interação pode potencializar ou diminuir as ações de um outro fármaco; ou pode alterar a forma como este é metabolizado, absorvido ou excretado.

internação domiciliar Serviço de saúde prestado no lugar onde o paciente mora para promover, manter ou restaurar a saúde ou minimizar os efeitos da doença e da deficiência.

internação prolongada Pacientes com períodos prolongados de permanência para além de dias ou custos de internação permitidos.

interpretação Informação da sugestão que uma enfermeira adquire através de observações auditivas, visuais, táteis e olfativas.

intervalo aniônico (*gap*) Diferença entre as concentrações de cátions e ânions séricos; é determinado pela medição das concentrações de cátions de sódio e ânions de cloreto e bicarbonato.

intervenção de enfermagem Qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e conhecimento que uma enfermeira realiza para melhorar os resultados dos pacientes.

intervenção em crise Uso de técnicas terapêuticas voltadas para ajudar um paciente a resolver um problema particular imediato.

intervenções assistenciais indiretas Tratamentos realizados longe do paciente, mas em nome dele ou de um grupo de pacientes.

intervenções colaborativas Terapias que exigem conhecimento, habilidade e experiência de vários profissionais da saúde.

intervenções de cuidados diretos Tratamentos realizados por meio da interação com o paciente. Por exemplo, um paciente pode requerer administração de medicamentos, inserção de uma infusão intravenosa ou aconselhamento durante o período de luto.

intervenções iniciadas pelo enfermeiro Resposta da enfermeira para as necessidades de saúde do paciente e diagnósticos de enfermagem. Este tipo de intervenção constitui uma ação autônoma com base na fundamentação científica que é executada

em benefício do paciente de uma forma previsível, relacionada com o diagnóstico de enfermagem e com os objetivos centrados no paciente.

intervenções iniciadas pelo médico Com base na resposta do médico a um diagnóstico, a enfermeira responde à prescrição médica.

intoxicação alimentar Processos tóxicos resultantes da ingestão de um alimento contaminado por substâncias tóxicas ou bactérias produtoras de toxinas.

intradérmica (ID) Injeção administrada entre as camadas da pele até a derme. As injeções são administradas em um ângulo de 5 a 15 graus.

intramuscular (IM) Injeção administrada no tecido muscular. A via intramuscular fornece uma rápida taxa de absorção que está relacionada com a maior vascularização do músculo. As injeções são administradas em um ângulo de 90 graus.

intraocular Método de administração de medicamento que envolve a inserção de um disco de medicamentos semelhante a uma lente de contato no olho do paciente.

intravenosa Injeção administrada diretamente na corrente sanguínea. Ação do fármaco começa imediatamente quando ele é administrado por via intravenosa.

intuição Sensação interna de certeza.

irrigação Processo de lavagem de uma cavidade corporal ou área ferida com um líquido em fluxo.

isolamento Separação de um paciente gravemente doente de outros para evitar a propagação de uma infecção ou proteger o paciente de fatores irritantes ambientais.

isotônica Situação na qual duas soluções têm a mesma concentração de soluto; por conseguinte, ambas as soluções exercem a mesma pressão osmótica.

isquemia Diminuição do suprimento sanguíneo para uma parte do corpo, como o tecido da pele ou um órgão como o coração.

isquemia miocárdica Condição resultante de fornecimento sanguíneo insuficiente ao miocárdio a partir das artérias coronárias para atender a demanda de oxigênio do órgão.

isquemia tecidual Ponto no qual os tecidos recebem oxigênio e perfusão insuficiente.

J

jogo associativo Forma de jogo na qual um grupo de crianças participa de atividades semelhantes ou idênticas sem organização formal, direção, interação ou metas.

jogo paralelo Brincadeira entre um grupo de crianças, principalmente *toddler*, em que cada um exerce uma atividade independente, que é semelhante, mas não influenciada pelos outros ou compartilhada com eles.

julgamento Capacidade de formar uma opinião ou tirar conclusões sólidas.

justiça Padrão ético de equidade.

K

Kardex Nome comercial atribuído ao sistema de arquivamento de cartão que facilita o acesso a uma referência rápida em necessidade específica do paciente para certos aspectos do cuidado de enfermagem.

Korotkoff, som de Som ouvido durante a aferição da pressão arterial com esfigmomanômetro e estetoscópio.

Kussmaul, respiração de Aumento tanto do ritmo quanto da profundidade da respiração.

L

laceração Ferida rasgada, irregular.

laringospasmo Contração descontrolada súbita dos músculos da laringe, que por sua vez diminui o tamanho das vias aéreas.

laxantes Fármacos que atuam promovendo a evacuação intestinal.

lei do Bom Samaritano Legislação promulgada em alguns estados para proteger os profissionais de saúde de responsabilidade ao prestar cuidados de emergência, a menos que seja comprovado negligência grosseira ou erro intencional.

Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEP) Leis aprovadas pelo Legislativo Federal, Estadual ou Municipal que descrevem e definem o escopo da prática de enfermagem.

lei estatutária Leis promulgadas por um ramo legislativo do governo.

lei Padrão, regra ou princípio que afirma um fato ou relação entre fatores.

lesão por pressão Inflamação, ferida ou lesão na pele sobre uma proeminência óssea.

leucoplasia Manchas brancas e espessas observadas na mucosa oral.

liderança transformacional Estilo de liderança que se concentra na mudança e inovação através de uma comunicação eficaz e formação de equipe. Engajamento, capacitação e prestação de contas são fundamentais para a eficácia da equipe.

limiar Ponto limite no qual uma primeira pessoa percebe um estímulo doloroso como sendo dor.

lipídios Compostos que são insolúveis em água, mas solúveis em solventes orgânicos.

lipogênese Processo durante o qual os ácidos graxos são sintetizados.

líquido extracelular (LEC) Porção de fluidos corporais composta por líquido intersticial e plasma sanguíneo.

líquido intravascular Líquido que circula dentro dos vasos sanguíneos corporais.

"livrar a cara" Forma de falar ou agir que preserva a dignidade.

lógica científica Razão pela qual uma ação de enfermagem específica é escolhida com base no apoio da literatura.

lordose Aumento da curvatura lombar.

luto antecipado Resposta de luto na qual a pessoa começa o processo de luto antes de uma perda real.

luto profundo Resposta à perda com a morte; uma experiência subjetiva que uma pessoa sofre após a perda de uma pessoa com quem tinha uma relação significativa.

M

maceração Amolecimento e ruptura da pele por exposição prolongada à umidade.

manobra de Valsalva Qualquer esforço expiratório forçado contra uma via aérea fechada, como quando um indivíduo prende a sua respiração e contrai seus músculos em um esforço concentrado, extenuante, para mover um objeto pesado ou mudar a cama de posição.

manual Documentos escritos e aprovados que contêm regras, políticas, procedimentos, regulamentos e ordens para a realização de atendimento ao paciente em vários cenários clínicos estipulados.

mapa conceitual Ferramenta do planejamento do cuidado que auxilia no pensamento crítico e forma associações entre diagnósticos de enfermagem de um paciente e intervenções.

mapeamento mental Abordagem gráfica para representar as conexões entre conceitos e ideias (p.ex., diagnósticos de enfermagem) que estão relacionados com um tema central (p.ex., problemas de saúde do paciente).

marcha com muleta Locomoção de uma pessoa que usa muletas.

marcha Forma ou estilo de andar, incluindo ritmo, cadência e velocidade.

matrilinear Parentesco que é limitado apenas ao lado materno.

maturação Plano biológico de crescimento e desenvolvimento determinado geneticamente. Crescimento físico e desenvolvimento motor são funções da maturação.

mau-olhado Olho gordo.

mecânica corporal Esforços coordenados dos sistemas musculoesquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo.

Medicaid Assistência médica do Estado para pessoas de baixa renda, com base no título XIX da Lei de Seguridade Social. Os estados recebem fundos federais para prestar cuidados e serviços médicos a pessoas que atendam aos requisitos de necessidades e de renda.

Medicare Programa de seguro de saúde nacional financiado pelo fundo nacional nos Estados Unidos para as pessoas com mais de 65 anos. O programa é administrado em duas partes. Parte A fornece proteção básica contra custos de cuidados médico-hospitalares, cirúrgicos e psiquiátricos. Parte B é um programa de seguro médico voluntário financiado em parte por recursos federais e em parte por contribuições de pessoas inscritas no programa.

medidas antropométricas Medidas corporais de estatura, peso e dobras cutâneas para avaliar atrofia muscular.

meias antiembólicas Meias elásticas que previnem a formação de

êmbolos e trombos, especialmente após uma cirurgia ou durante o repouso no leito.

meias de compressão sequenciais Meias sintéticas elásticas ligadas a uma bomba de ar que infla e esvazia as meias, aplicando pressão intermitente desde o tornozelo até o joelho.

meia-vida biológica Tempo que o corpo leva para reduzir à metade uma quantidade de medicamento inalterado.

meia-vida sérica Tempo necessário para os processos de excreção reduzirem a concentração de fármaco no plasma pela metade.

melanoma Grupo de neoplasias malignas, principalmente da pele, que são compostas de melanócitos. Comum em pessoas de pele clara com olhos claros e aqueles que sofreram queimaduras do sol.

melena Fezes anormais, pretas, contendo sangue digerido pegajoso, que é indicativo de hemorragia gastrointestinal.

melhoria da qualidade Acompanhamento e avaliação dos processos e resultados dos cuidados à saúde ou qualquer outro negócio, para identificar oportunidades de melhoria.

menarca Primeira menstruação de uma menina.

menopausa Cessação fisiológica da ovulação e menstruação que normalmente ocorre em idade mulheres adultas de meia idade.

mensagem Informação enviada ou expressa pelo remetente no processo de comunicação.

mesa de operação Mesa para a cirurgia.

metabolismo Agregado de todos os processos químicos que ocorrem nos organismos vivos e resulta em crescimento, geração de energia, eliminação de resíduos e outras funções relacionadas com a distribuição de nutrientes no sangue após a digestão.

metacomunicação Depende não só que é dito, mas também da relação com a outra pessoa envolvida na interação. É uma mensagem que

transmite a atitude do remetente para si mesmo e a atitude, sentimentos e intenções para o ouvinte.

metas Resultados ou desfechos esperados das ações de enfermagem definidos de forma realista pelo enfermeiro e paciente como parte da etapa do planejamento do processo de enfermagem.

metástase Disseminação de células tumorais para partes distantes do corpo a partir de um sítio principal (p.ex., pulmão, mama ou intestino).

método científico Sequência codificada de passos utilizados na formulação, análise, avaliação e comunicação de ideias científicas.

micção Processo de urinar.

micção Urinar; ato de passar ou expulsar a urina voluntariamente através da uretra.

microrganismos Entidades microscópicas, como bactérias, vírus e fungos que são capazes de transportarem-se nos processos de vida.

mictório Vaso sanitário para a recolha de urina.

miliequivalente por litro (mEq/L) Número de gramas de um eletrólito específico dissolvido em 1 L de plasma.

minerais Elementos inorgânicos essenciais para o corpo por causa de seu papel como catalisadores em reações bioquímicas.

mobilidade Capacidade da pessoa de se movimentar livremente.

modelo de crenças em saúde Estrutura conceitual que descreve o comportamento de saúde de uma pessoa como uma expressão de suas crenças de saúde.

modelo de promoção da saúde Define a saúde como um estado dinâmico positivo e não meramente a ausência de doença. O modelo de promoção da saúde enfatiza o bem-estar, a realização pessoal e a autorrealização, em vez de reação à ameaça da doença.

Modelo Sunrise (modelo do sol nascente) Um modelo desenvolvido por Leininger que auxilia o profissional de saúde na concepção das decisões e ações de cuidados culturalmente congruentes.

monóxido de carbono Gás incolor, inodoro, venenoso produzido pela combustão de combustíveis orgânicos ou do carbono.

moral Convicção pessoal de que algo é absolutamente certo ou errado em todas as situações.

motivação Impulso interno que leva uma pessoa a agir.

movimento não rápido dos olhos (NREM) Sonolência que ocorre durante os primeiros quatro estágios do sono normal.

movimento rápido dos olhos (REM) Estágio do sono em que sonhos e movimentos oculares rápidos são proeminentes; importante para a restauração mental.

músculos acessórios Músculos da caixa torácica que auxiliam a respiração.

N

NANDA Internacional North American Nursing Diagnosis Association, organizada em 1973. Formalmente identifica, desenvolve e classifica diagnósticos de enfermagem.

não maleficência Acordo ético fundamental para não causar mal. Intimamente relacionado com o padrão ético de beneficência.

narcolepsia Síndrome envolvendo ataques súbitos de sono que uma pessoa não pode inibir. Desejo incontrolável de dormir pode ocorrer várias vezes durante um dia.

nebulização Processo de adição de umidade ao ar inspirado pela adesão de gotículas de água.

necrótico Relativo à morte do tecido em resposta à doença ou lesão.

néfrons Unidades estruturais e funcionais do rim contendo glomérulos e túbulos renais.

negação Recusa inconsciente de admitir uma ideia inaceitável.

negligência Ato de omissão ou descuido, que resulta em prejuízo para o outro.

negligência Lesão ou ação não profissional que prejudica o outro.

Neonato ou recém-nascido Estágio de vida desde o nascimento até 28 dias incompletos.

neurotransmissor Química que transfere o impulso elétrico da fibra nervosa à fibra muscular.

nó sinoatrial (SA) Chamado o marca-passo do coração, porque a origem da pulsação do coração normal começa no nó SA. O nó SA localiza-se no átrio direito ao lado da entrada da veia cava superior.

nociceptores Terminações nervosas livres somáticas e viscerais compostas por fibras finas mielinizadas e não mielinizadas. Geralmente, reagem à lesão do tecido, mas também podem ser excitadas por substâncias químicas endógenas.

noctúria Micção noturna; pode ser um sintoma de doença renal ou pode ocorrer em pessoas que bebem quantidades excessivas de líquidos antes de deitar.

nodo atrioventricular (AV) Parte do sistema de condução cardíaco localizado no assoalho do átrio direito; recebe impulsos elétricos a partir do átrio e transmite-os para o feixe de His.

nutrição enteral (PT) Oferta de nutrientes pelo trato gastrointestinal quando o paciente não pode ingerir, mastigar ou engolir comida, mas pode digerir e absorver nutrientes.

nutrição parenteral (NP) Administração de uma solução nutritiva no sistema vascular.

nutrientes Alimentos que contêm elementos necessários para a função do corpo, incluindo a água, carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais.

O

obesidade Aumento anormal na proporção de células de gordura, principalmente nas vísceras e tecidos subcutâneos do corpo.

objetivos da aprendizagem Declaração escrita que descreve o comportamento que um professor espera de um indivíduo após uma atividade de aprendizagem.

oftálmicos Fármacos administrados no olho sob a forma de colírios ou pomadas.

oftalmoscópio Instrumento utilizado para iluminar as estruturas do olho para examinar o fundo do mesmo, que inclui a retina, coroide, disco do nervo óptico, mácula, fóvea central e vasos da retina.

olfativo Pertencente ao sentido do olfato.

opioide Substância medicamentosa derivada do ópio ou produzida sinteticamente que modifica a percepção da dor e que, com o uso repetido, pode resultar em dependência física e psíquica (narcótico).

orientação do momento presente Dimensão temporal que incide sobre o que está acontecendo aqui e agora. Os padrões de comunicação são circulares e esta orientação de tempo está em conflito com a norma organizacional dominante na área da saúde que enfatiza a pontualidade e a adesão aos compromissos.

orientação futura Dimensão temporal enfatizada pela cultura americana dominante. Caracteriza-se pela comunicação direta e está focada na realização de tarefas em que a comunicação de uma orientação passada é circular e indireta e se concentra na harmonia do grupo.

orientação para a realidade Modalidade terapêutica que restaura um sentido do indivíduo em relação ao presente.

orientação sexual Preferência erótica persistente e clara por uma pessoa de um sexo ou outro.

ortopneia Condição anormal na qual uma pessoa precisa ficar sentada ou em pé para respirar confortavelmente.

osmolalidade Concentração ou pressão osmótica de uma solução expressa em osmoles ou miliosmoles por quilograma de água.

osmorreceptores Neurônios no hipotálamo que são sensíveis à concentração do fluido no plasma sanguíneo e regulam a secreção do hormônio antidiurético.

osmose Movimento de um solvente puro através de uma membrana semipermeável a partir de uma solução com uma menor concentração de soluto para uma com concentração de soluto com uma mais alta.

osteoporose por desuso Redução na massa esquelética normalmente acompanhada por imobilidade ou paralisia.

osteoporose Transtorno caracterizado pela rarefação anormal do osso, ocorrendo com mais frequência em mulheres na pós-menopausa, indivíduos sedentários ou imobilizados e pacientes em tratamento com esteroides de longo prazo.

otoscópio Instrumento com um espéculo especial de ouvido usado para examinar as estruturas mais profundas da orelha externa e média.

ototóxicas Efeito nocivo sobre o oitavo nervo craniano (auditivo) de órgãos da audição e equilíbrio.

oxigenoterapia Processo em que o oxigênio é administrado ao paciente para aliviar ou prevenir a hipoxia.

P

paciente ambulatorial Paciente que não foi internado em um hospital, mas recebe tratamentos em uma clínica ou instalação associada ao hospital.

padrão de cuidado Nível mínimo de cuidados aceito para garantir um atendimento de alta qualidade aos pacientes. Padrões de cuidados definem os tipos de terapias normalmente administradas aos pacientes com problemas ou necessidades definidas.

padrões de saúde funcional Método de organização de dados de avaliação com base no nível de funcionamento do paciente em áreas específicas (p.ex., a mobilidade).

padrões profissionais para credenciamento de serviços (PSRO) Foca a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados em um ambiente de cuidados de saúde. Qualidade, eficácia e adequação dos cuidados de enfermagem para o paciente são o foco da avaliação.

pagamento por desempenho Programa de melhoria de qualidade que premia a excelência por desempenho por meio de incentivos financeiros para motivar a mudança, para alcançar melhorias mensuráveis e melhorar a qualidade de atendimento ao paciente e a segurança.

palidez Coloração não natural ou ausência de cor na pele.

palpação Método do exame físico no qual os dedos ou as mãos do examinador são aplicadas ao corpo do paciente para sentir as partes subjacentes à pele.

palpitações Acelerações do coração associadas à emoções normais ou a uma doença cardíaca.

parteiras Parteiras leigas.

parteiras tradicionais Praticantes não profissionais do partejamento

que auxiliam no trabalho de parto.

patogenicidade Capacidade de um agente patogênico produzir uma doença.

patógenos Microrganismos capazes de produzir doença.

patrilinear, patrilinearidade Parentesco que está limitado apenas ao lado paterno.

pensamento crítico Processo cognitivo ativo, proposital e organizado usado para examinar cuidadosamente ideias próprias e ideias de outras pessoas.

percepção Imagem mental ou conceito de elementos do ambiente, incluindo informações obtidas pelos órgãos através dos sentidos.

percussão Método de exame físico pelo qual a localização, o tamanho e a densidade de uma parte do corpo são determinados pelo som obtido a partir pequenos golpes marcantes desferidos pelos dedos.

percussão torácica Ato de percutir a parede do tórax com uma mão em concha para promover a mobilização e drenagem de secreções pulmonares.

perda de água sensível Perda do líquido do corpo através da atividade secretora das glândulas sudoríparas e da exalação de ar umidificado dos pulmões.

perda de maturação Perda, geralmente, de um aspecto de si mesmo, resultante das mudanças normais de crescimento e desenvolvimento.

perda insensível de água Perda de água que é contínua e não percebida pela pessoa.

perda percebida Perda que é menos óbvia para o indivíduo que a vivência real. Embora facilmente esquecida ou mal compreendida, a perda percebida resulta no mesmo processo de luto que uma perda real.

perda real Perda de um objeto, pessoa, parte ou função do corpo ou emoção que é evidente e facilmente identificável.

perda situacional Perda de uma pessoa, coisa ou qualidade resultante de uma mudança em uma situação de vida, incluindo alterações relacionadas com a doença, imagem corporal, meio ambiente e morte.

perdas necessárias Perdas que cada pessoa experimenta.

perfusão (1) Passagem de um líquido através de um órgão específico ou de uma área do corpo. (2) Medida terapêutica através da qual um medicamento destinado a uma parte isolada do corpo é introduzido através da corrente sanguínea. (3) Relacionada com a capacidade do sistema cardiovascular bombear o sangue oxigenado para os tecidos e retornar o sangue venoso para os pulmões.

período crítico de desenvolvimento Fase ou período específico no qual a presença de uma função ou resposta tem seu maior efeito sobre um aspecto específico do desenvolvimento.

peristalse Contrações rítmicas do intestino que impulsionam o conteúdo gástrico ao longo do trato gastrointestinal.

peritonite Inflamação do peritônio produzida por bactérias ou substâncias irritantes introduzidas na cavidade abdominal por um ferimento penetrante ou perfuração de um órgão no trato gastrointestinal ou do trato reprodutivo.

PERRLA Sigla para "pupilas iguais, redondas, reativas à luz, acomodação" (do inglês, *pupils equal, round, reactive to light, accommodation*); a sigla é registrada no exame físico se as avaliações dos olhos e pupilas estiverem normais.

personalismo personalista.

pesar Processo de luto.

pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) Mede quantidades microscópicas de sangue nas fezes.

petéquias Pequenas manchas roxas ou vermelhas que aparecem na pele como hemorragias de minuto dentro das camadas dérmicas.

pico mínimo Menor concentração plasmática de uma medicação antes da próxima dose ser administrada.

pirexia Elevação anormal da temperatura do corpo acima de 37°C por causa de doença; o mesmo que febre.

pirógenos Substâncias que provocam aumento da temperatura corporal, tal como no caso das toxinas bacterianas.

placebos Forma de dosagem que não contém ingredientes farmacologicamente ativos, mas pode aliviar a dor por meio de efeitos psicológicos.

planejamento da alta Atividades voltadas para identificação de futura terapia proposta e necessidade de recursos adicionais antes e após o retorno para casa.

planejamento Processo de elaboração de intervenções para atingir os objetivos e os resultados da prestação de cuidados de saúde.

plano de cuidados padronizados Planos escritos de cuidado de saúde utilizados para grupos de pacientes que apresentam problemas de saúde semelhantes.

plano de gerenciamento de casos Modelo multidisciplinar de documentação da assistência ao paciente que, geralmente, inclui planejamento para os problemas, intervenções-chave e os resultados esperados para os pacientes com uma doença ou condição específica.

pneumonia hipostática Pneumonia que resulta do acúmulo de líquido como resultado de inatividade.

pneumotórax Acúmulo de ar ou gás no espaço pleural.

polifarmácia Uso de vários medicamentos diferentes por um paciente que pode apresentar um ou vários problemas de saúde.

ponto de impulso máximo (PIM) Ponto onde o batimento cardíaco pode mais facilmente ser palpado através da parede torácica. Este é geralmente o quarto espaço intercostal na linha hemiclavicular.

ponto de vista Maneira de olhar para questões que refletem a cultura de um indivíduo e influências sociais.

população Coleção de indivíduos que apresentam em comum uma ou mais características pessoais ou ambientais.

populações vulneráveis Grupos de indivíduos que são mais propensos a desenvolver problemas de saúde como, resultado de riscos em excesso, limites no acesso aos serviços de saúde ou por serem dependentes de cuidados de outras pessoas.

portadores Pessoas ou animais que hospedam e disseminam um organismo causador de doença em outras pessoas, mas não desenvolvem a doença.

pós-carga Resistência à ejeção do ventrículo esquerdo; esforço que o coração deve superar para ejetar totalmente o sangue do ventrículo esquerdo.

postura do corpo Posição em relação ao espaço circundante.

prática baseada em evidências Uso da melhor evidência atual da pesquisa em enfermagem, experiência clínica, tendências da prática e preferências do paciente para orientar as decisões de enfermagem sobre o cuidado prestado aos pacientes.

pré-adolescência Estágio de desenvolvimento de transição que ocorre entre a infância e a adolescência.

pré-carga Volume de sangue nos ventrículos no final da diástole, imediatamente antes da contração ventricular.

precauções aéreas Medidas de segurança destinadas a reduzir o risco

de transmissão de agentes infecciosos através do ar que uma pessoa respira.

precauções de contato Cuidados destinados a reduzir o risco de transmissão de microrganismos epidemiologicamente importantes por contato direto ou indireto.

precauções para perdigotos Medidas concebidas para reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos por meio de perdigotos.

precauções-padrão Orientações recomendadas pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, do inglês, Centers for Disease Control and Prevention) para reduzir o risco de transmissão sanguínea e outros patógenos nos hospitais.

presbiacusia Perda auditiva associada ao envelhecimento. Geralmente, envolve tanto uma perda de sensibilidade auditiva como redução na nitidez da voz.

presbiopia Declínio gradual na capacidade da lente para acomodar ou focar objetos próximos; reduz a capacidade de ver objetos próximos claramente. Esta condição normalmente se desenvolve com o avançar da idade.

prescrições Instruções escritas para um agente terapêutico (p.ex., medicamentos, fármacos).

presença Conexão física, psicológica e espiritual profunda ou ligação entre enfermeira e paciente.

preservação ou manutenção do cuidado cultural Manter e/ou preservar o cuidado cultural como valor relevante para que os pacientes sejam capazes de manter o seu bem-estar, recuperar-se de uma doença ou enfrentar dificuldades e/ou morte.

pressão coloidosmótica Condição anormal do rim causada pela pressão de concentrações de partículas grandes, como moléculas de proteína que passam através de uma membrana.

pressão da via aérea positiva contínua (*continuous positive airway*

pressure **- CPAP)** Suporte ventilatório utilizado para tratar pacientes com apneia obstrutiva do sono, pacientes com insuficiência cardíaca congestiva e recém-nascidos prematuros com pulmões pouco desenvolvidos.

pressão de pulso Diferença entre as pressões sistólica e diastólica, normalmente de 30 a 40 mmHg.

pressão hidrostática Pressão causada por um líquido.

pressão oncótica Influência total da proteína na atividade osmótica do fluido plasmático.

pressão osmótica Osmolaridade de uma solução expressa em osmoles ou miliosmoles por quilograma de solução.

pressão osmótica Poder de atração da água que depende do número de moléculas na solução.

prevenção de doenças Programas ou atividades de educação em saúde voltados para proteger os pacientes de ameaças ou potenciais ameaças à saúde e para minimizar os fatores de risco.

prevenção primária Primeiro contato em um determinado episódio de doença que leva a uma decisão a respeito do curso de ação a ser adotado para prevenir o agravamento do problema de saúde.

prevenção secundária Nível da medicina preventiva que foca sobre o diagnóstico precoce, o uso de serviços de referência e início rápido do tratamento para interromper a progressão dos processos de doença.

prevenção terciária Atividades voltadas para a reabilitação em vez de diagnóstico e tratamento.

princípios éticos Conjunto de diretrizes que orientam as expectativas de uma profissão e os padrões de comportamento dos seus membros.

privação do sono Condição resultante de uma diminuição na

quantidade, qualidade e consistência do sono.

privação sensorial Estado em que a estimulação de um ou mais dos sentidos é inexistente, resultando na percepção sensorial prejudicada.

problema colaborativo Complicação fisiológica que exige da enfermeira o uso de intervenções de enfermagem e cuidados de saúde prescritos por outros profissionais para maximizar os resultados dos pacientes.

problemas de saúde Quaisquer condições ou disfunções que o paciente experimenta como resultado de uma doença ou tratamento de uma doença.

processo de comunicação transacional circular Modelo de comunicação que melhora a comunicação linear, permitindo que o emissor e o receptor vejam as percepções, atitudes e potenciais reações de outras pessoas através de uma imagem mental. Esta é uma atividade contínua e interativa.

processo de enfermagem Método sistemático de solução de problemas pelo qual os enfermeiros individualizam o cuidado de cada paciente. As cinco etapas do processo de enfermagem são: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução.

processo de luto Sequência de estados afetivos, cognitivos e fisiológicos através da qual a pessoa responde e finalmente aceita uma perda irreparável.

processo diagnóstico Etapas mentais (agrupamento de dados e análise, identificação problema) seguidas de avaliação e levam diretamente para a formulação de um diagnóstico.

procura ou busca por cuidados de saúde Pessoa designada pelo paciente para tomar decisões de saúde para o paciente no caso dele se tornar incapaz de fazer suas próprias decisões.

promoção da saúde Atividades como exercícios de rotina e boa

alimentação que ajudam pacientes a manter ou melhorar o seu atual estado de saúde e reduzir seu risco de desenvolver certas doenças.

prontuário eletrônico Parte do registo eletrônico de saúde que contém os dados do paciente reunidos em um ambiente de prestação de cuidados de saúde em determinado momento e local específico.

propriocepção Capacidade do corpo detectar a sua posição e movimento no espaço.

prostaglandinas Substâncias semelhantes a hormônios potentes que atuam em doses extremamente baixas em órgãos-alvo. Podem ser utilizadas para tratar a asma e hiperacidez gástrica.

proteínas Quaisquer elementos de grande grupo de complexos compostos azotados, orgânicos e de ocorrência natural. Cada um deles é composto por grandes combinações de aminoácidos, contendo elementos de carbono, hidrogênio, oxigênio, muitas vezes enxofre e, ocasionalmente, fósforo, ferro, iodo ou outros constituintes essenciais das células vivas. A proteína é a principal fonte de material de construção para os músculos, sangue, pele, cabelos, unhas e órgãos internos.

proteinúria Presença de quantidades anormalmente grandes de proteína na urina, geralmente de albumina. A proteinúria persistente quase sempre é um sinal de doença renal ou complicações renais de outra doença, como hipertensão e insuficiência cardíaca.

protocolo Plano escrito e aprovado especificando os procedimentos a serem seguidos durante uma avaliação ou realização de tratamento.

protrusão Evisceração de órgãos viscerais através de uma ferida cirúrgica.

prurido Sintoma de coceira; sensação desconfortável que leva ao

desejo de coçar.

ptose Condição anormal de uma ou ambas as pálpebras superiores, na qual há queda da pálpebra; causada pela fraqueza do músculo elevador da pálpebra ou paralisia do terceiro nervo craniano.

puberdade Período de desenvolvimento de mudanças físicas e emocionais, incluindo o desenvolvimento de características sexuais secundárias e o início da menstruação e ejaculação.

pulso apical Batimento cardíaco auscultado como a campânula ou diafragma de um estetoscópio sobre o ápice do coração.

punção venosa Técnica de punção na qual uma veia é perfurada por via transcutânea por uma agulha rígida afiada (p.ex., uma agulha com asa de borboleta), uma cânula (p.ex., um angiocateter que contém um cateter flexível de plástico), ou com uma agulha ligada a uma seringa.

Q

QSEN Quality and Safety in the Education of Nurses (QSEN) é uma iniciativa que reflete o compromisso da enfermagem com o ensino das competências descritas no relatório do Institute of Medicine. QSEN engloba seis competências: cuidado centrado no paciente, trabalho em equipe, colaboração, prática baseada em evidências, melhoria da qualidade e segurança do paciente.

quarentena Período de descanso e atividade física restrita após o parto que dura geralmente 40 dias.

queda plantar Condição neuromuscular anormal da perna e do pé caracterizada pela uma incapacidade de dorsiflexão ou eversão do pé.

queixoso Indivíduo que apresenta acusações formais contra um indivíduo ou organização por um crime ou problema legal.

questão aberta Forma de pergunta que incita o entrevistado a

responder com mais de uma ou duas palavras.

questão fechada Forma de pergunta que limita a resposta de um entrevistado a uma ou duas palavras.

R

raça Características biológicas comuns compartilhadas por um grupo de pessoas.

raciocínio diagnóstico Processo que permite que um observador atribua significado e classifique fenômenos em situações clínicas integrando observações e pensamento crítico.

raiva Segundo estágio da morte e morrer de Kübler-Ross. Durante esta fase, um indivíduo resiste à perda por expressar extremo descontentamento, indignação ou hostilidade.

Ramadan Observância religiosa realizada durante o nono mês do ano do calendário islâmico. Trata-se de jejum do nascer ao pôr do sol.

reabilitação cardiopulmonar Auxilia ativamente o paciente a obter e manter um nível ideal de saúde por meio de exercícios físicos controlados, aconselhamento nutricional, técnicas de relaxamento e manejo do estresse, medicamentos prescritos e oxigênio, e cumprimento do esquema de tratamento.

reabilitação Restauração da função de um indivíduo à normalidade ou quase normalidade após uma doença física ou mental, dano ou dependência química.

reabsorção óssea Destruição das células ósseas e liberação de cálcio no sangue.

reação à transfusão Resposta sistêmica do corpo à administração de sangue incompatível com o sangue do receptor.

reação adversa Qualquer efeito nocivo e não intencional de uma medicação, teste diagnóstico ou intervenção terapêutica.

reação Componente da experiência de dor que pode incluir, como respostas comportamentais, tanto as respostas fisiológicas quanto a síndrome de adaptação geral.

reação de alarme Mobilização dos mecanismos de defesa do corpo e da mente para lidar com um agente estressor; a fase inicial da síndrome de adaptação geral.

reação idiossincrática Reação de sensibilidade individual aos efeitos de um fármaco causada por fatores constitutivos corporais herdados ou outros.

reações alérgicas Resposta fisiológica desfavorável a um alérgeno ao qual a pessoa foi anteriormente exposta e desenvolveu anticorpos.

reações anafiláticas Condição de hipersensibilidade induzida pelo contato com determinados antígenos.

recepção Componentes neurofisiológicos de acolhimento da experiência de dor em que os receptores do sistema nervoso recebem estímulos dolorosos e os transmitem através dos nervos periféricos para a medula espinal e o cérebro.

receptor Pessoa a quem se destina uma mensagem enviada durante o processo de comunicação.

recipiente graduado Frasco graduado para medição de volume.

recuperação Período imediatamente após a cirurgia quando o paciente é observado atentamente para os efeitos da anestesia, alterações nos sinais vitais e sangramento. A área normalmente é uma unidade de cuidados pós-anestésicos.

rede de distribuição integrada (RDI) Conjunto de profissionais e serviços organizados para oferecer uma assistência contínua e coordenada à população atendida pelo sistema de remuneração por paciente

rede de Purkinje Rede complexa de fibras musculares que se espalha

através dos ventrículos direito e esquerdo do coração e leva os impulsos que contraem essas câmaras quase simultaneamente.

referente Fator que motiva uma pessoa a se comunicar com outro indivíduo.

reflexão Processo de pensar retrospectivamente ou recordar um evento para descobrir o significado e o propósito desse evento. Útil no pensamento crítico.

refluxo urinário Fluxo anormal, retrógrado de urina.

reforço Provisão de uma resposta condicionada a um comportamento do educando que aumenta a probabilidade de recorrência do comportamento.

reformulação do trabalho Processo formal usado para analisar o trabalho de um determinado grupo de trabalho e alterar sua estrutura atual.

registro de origem Organização dos registros de um paciente por disciplina (p.ex., enfermagem, medicina, assistência social ou terapia respiratória) tem uma seção separada para os dados. Ao contrário da POP, a informação não é organizada por problemas do paciente. A vantagem de um registro de origem é que os profissionais podem facilmente localizar a seção apropriada do registro para fazer novos registros.

registro do paciente orientado para o problema (POP). Método de documentação de dados sobre o estado de saúde de um paciente que promove uma abordagem colaborativa de resolução de problemas por todos os membros da equipe de saúde orientada para o problema.

registro do paciente Sistema informatizado abrangente usado por todos os profissionais de saúde para armazenar permanentemente as informações relativas ao estado de saúde de um paciente, problemas clínicos e habilidades funcionais.

registro eletrônico de saúde Registro eletrônico de informações de saúde do paciente gerado sempre que um paciente acessa os cuidados em qualquer ambiente de prestação de cuidados de saúde.

registro Forma de comunicação escrita que documenta permanentemente as informações relevantes para a gestão de cuidados de saúde.

registro gráfico Mecanismo que permite o registro dos sinais vitais e peso, de tal forma que o cuidador pode rapidamente notar mudanças no estado de saúde do paciente.

registro médico Registro gráfico do paciente; um documento legal.

registro preciso ou exato. Mecanismo pelo qual os dados que descrevem as atividades de atendimento ao paciente são feitos ao longo de um período de 24 horas. As atividades são traduzidas para um sistema de classificação por pontuação, ou pontuação de precisão, que permite uma comparação entre os pacientes, variando de acordo com a gravidade da doença.

Registro SOAP Anotação da evolução que concentra em um único problema do paciente e inclui dados subjetivos e objetivos, avaliação e planejamento; mais frequentemente utilizado no registro orientado para o problema (POP).

registros por exceção (RPE) Metodologia de gráficos no qual os dados são inseridos apenas quando há uma exceção ao normal ou esperado; reduz o tempo gasto com registros gráficos. É um método de taquigrafia para registro de achados normais e cuidados de rotina.

regressão Retorno a um estágio anterior de desenvolvimento ou comportamento.

relatório de ocorrência Documento confidencial que descreve qualquer acidente sofrido pelo paciente enquanto a pessoa estiver em instalações de um serviço de saúde. (Ver relatório sobre o

incidente.)

relatório de transferência Troca verbal de informações entre os profissionais quando um paciente é movido de uma unidade ou serviço de saúde para outra. O relatório inclui informações necessárias para manter um nível consistente de cuidados de um ambiente para outro.

relatório de troca de turno ou plantão Relatório realizado entre equipes de enfermagem de dois turnos de trabalho programados. A equipe de enfermagem passa informações sobre os pacientes designados para os enfermeiros que trabalham no turno/plantão seguinte.

relatório sobre incidente Documento confidencial que descreve qualquer acidente sofrido pelo paciente enquanto estiver nas instalações de serviços de cuidados de saúde. (Ver **relatório de ocorrência**.)

relatórios Transferência de informações de uma equipe de enfermeiros para outra na mudança de um turno/plantão. Relatório também pode ser fornecido por um dos membros da equipe de enfermagem para outro profissional de saúde (p.ex., um médico ou terapeuta).

relaxamento Ação de estar relaxado ou menos tenso.

relógio biológico Natureza cíclica das funções do corpo. Funções controladas internamente no corpo sincronizadas com fatores ambientais; mesmo significado que biorritmo.

remetente Pessoa que inicia a comunicação interpessoal, transmitindo uma mensagem.

reminiscência Recordar o passado para atribuir um novo significado às experiências anteriores.

remissões Desaparecimento parcial ou completo das características clínicas e subjetivas de doenças crônicas ou malignas; a remissão

pode ser espontânea ou resultado da terapia.

renina Enzima proteolítica produzida e armazenada no aparelho justaglomerular que envolve cada arteríola à medida que entra um glomérulo. A enzima afeta a pressão arterial por catalisar a alteração do angiotensinogênio para angiotensina, um repressor forte.

reorganização Última etapa das fases de luto de Bowlby. Durante esta fase, o que algumas vezes exige um ano ou mais, a pessoa começa a aceitar funções às quais não está habituada; a adquirir novas habilidades; e a construir novos relacionamentos.

repadronização ou reestruturação do cuidado cultural Reordenação, alteração ou modificação dos costumes de um paciente/familiares para um padrão de cuidados de saúde novo, diferente e benéfico.

repouso no leito Posicionamento do paciente na cama devido a razões terapêuticas, por um determinado período.

reservatório Local onde microrganismos sobrevivem, multiplicam e aguardam transferência para um hospedeiro susceptível.

resiliência familiar Capacidade da família de lidar com fatores estressantes esperados e inesperados.

resistência familiar Forças internas e durabilidade da unidade familiar; caracterizada por uma sensação de controle sobre o resultado de eventos da vida e dificuldades, uma visão da mudança como benefício e promoção do crescimento, e uma orientação ativa e não passiva em resposta a eventos estressantes.

resolução de problemas Abordagem metódica, sistemática para explorar as condições e desenvolver soluções, incluindo a análise dos dados, a determinação de fatores causais e a seleção de ações adequadas para intervenção ou eliminação do problema.

respeito Respeitoso.

respiração com lábios semicerrados Inspiração profunda seguida de

expiração prolongada através dos lábios.

respiração de Cheyne-Stokes Ocorre quando há diminuição do fluxo sanguíneo ou lesão do tronco encefálico.

respiração diafragmática Respiração na qual o abdome move-se para fora enquanto o diafragma desce na inspiração.

respiração Troca de oxigênio e dióxido de carbono durante o metabolismo celular.

responsabilidade Desempenho de deveres associados a uma determinada função.

responsabilização Estado de ser responsável pelas próprias ações — uma enfermeira responde por si mesma, pelo paciente, pela profissão, pela instituição empregadora, como um hospital, e diante da sociedade pela eficácia dos cuidados de enfermagem realizados.

resposta de luta ou fuga Resposta fisiológica ao estresse total que ocorre durante a fase de reação de alarme na síndrome geral de adaptação. Mudanças intensas em todos os sistemas do corpo preparam o ser humano para escolher entre fugir ou ficar e lutar contra o fator agressor.

ressuscitação cardiopulmonar (CPR) Procedimentos básicos de emergência para suporte de vida que consistem em respiração artificial e massagem cardíaca manual externa.

resultados esperados Condições esperadas de um paciente ao final da terapia ou processo de doença, incluindo o grau de bem-estar e a necessidade de cuidados contínuos, medicamentos, apoio, aconselhamento ou educação.

resultados esperados Condições esperadas de um paciente no final do tratamento, incluindo o grau de bem-estar e a necessidade de cuidados continuados, medicamentos, apoio, aconselhamento ou educação.

resultados sensíveis a enfermagem Resultados que estejam dentro do âmbito da prática de enfermagem; consequências ou efeitos de intervenções de enfermagem que resultam em mudanças nos sintomas do paciente, estado funcional, segurança, aflição psicológica ou custos.

retenção urinária Retenção de urina na bexiga; condição frequentemente causada por uma perda temporária da função muscular.

retinopatia diabética Desordem dos vasos sanguíneos da retina. Alterações patológicas secundárias ao aumento da pressão nos vasos sanguíneos da retina, resultando na diminuição da visão ou perda da visão causada por hemorragia e edema macular.

réu Indivíduo ou organização contra a qual encargos legais são tratados em um tribunal.

ritmo circadiano Repetição de certos fenômenos fisiológicos dentro de um ciclo de 24 horas.

ritmo sinusal normal (RSN) Padrão de ondas em um eletrocardiograma que indica condução normal de um impulso elétrico através do miocárdio.

rolo de trocanter Rolo de toalha enrolado colocado contra os quadris e coxa para impedir a rotação externa das pernas.

ronco Som pulmonar anormal auscultado quando as vias aéreas do paciente estão obstruídas com secreções espessas.

S

Sabbath A partir do pôr do sol da sexta-feira ao pôr do sol do sábado, esta prática religiosa é um dia de descanso e adoração para judeus e algumas seitas cristãs.

sacos de areia Tubos de plástico cheios de areia que podem ser

moldados aos contornos do corpo. Podem imobilizar uma extremidade ou manter o alinhamento do corpo.

sala cirúrgica (1) Sala de uma unidade de saúde destinada à realização de procedimentos cirúrgicos que requerem anestesia. (2) Informal: um conjunto de salas ou de uma área em uma unidade de saúde em que os pacientes são preparados para a cirurgia, são submetidos a procedimentos cirúrgicos e à recuperação de procedimentos anestésicos necessários para a cirurgia.

saturação de oxigênio Quantidade de hemoglobina totalmente saturada com oxigênio, dada como um valor percentual.

saúde Estado dinâmico no qual os indivíduos adaptam seu ambiente interno e externo para que haja um estado de bem-estar físico, emocional, intelectual, social e espiritual.

saúde familiar Determinada pela eficácia da estrutura familiar, pelos processos que a família usa para atingir os seus objetivos e pelas forças internas e externas.

saúde holística Visão abrangente da pessoa como um ser biopsicossocial e espiritual.

sedação consciente Administração de fármacos depressores do sistema nervoso central e/ou analgésicos para fornecer analgesia, aliviar a ansiedade e/ou proporcionar amnésia durante procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou de intervenção.

sedação moderada/analgesia/sedação consciente Administração de fármacos depressores do sistema nervoso central e/ou analgésicos para fornecer analgesia, aliviar a ansiedade e/ou proporcionar amnésia durante procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou de intervenção. Rotineiramente utilizados para procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, que não requerem anestesia completa, mas apenas uma diminuição do nível de consciência.

sedativos Medicações que produzem um efeito calmante, diminuindo a atividade funcional, diminuindo irritabilidade e dissipando

emoção.

segmentação Contração e relaxamento alternados da mucosa gastrointestinal.

segurança alimentar Acesso de todos os membros de uma família a alimentos suficientes, seguros e nutritivos para manter um estilo de vida saudável.

seguro de imperícia Tipo de seguro para proteger o profissional de saúde. No caso de uma alegação de negligência, o seguro paga o prêmio ao queixoso.

sentido conotativo Percepção ou interpretação do significado de uma palavra influenciada pelos pensamentos, sentimentos ou ideias que as pessoas têm sobre ela.

sexualidade "Uma função da personalidade total (…) relacionada com as variáveis biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituais e culturais da vida (…)" (Sex Information and Education Council of the United States, 1980).

sibilos, chiado Sons pulmonares adventícios causados por um brônquio gravemente estreitado.

significado denotativo Significado de uma palavra compartilhada por indivíduos que usam uma linguagem comum. A palavra "beisebol" tem o mesmo significado para todas as pessoas que falam inglês, mas o "código" da palavra denota principalmente parada cardíaca para os profissionais de saúde.

simpatia Amigável.

sinais vitais Temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

sinapse Região em torno do ponto de contato entre dois neurônios ou entre um neurônio e um órgão efetor.

síncope Breve lapso de consciência causada por hipóxia cerebral transitória.

síndrome da fase do sono avançada Comum em idosos; um distúrbio de sono em que a pessoa desperta muito cedo pela manhã e é incapaz de voltar a dormir. Acredita-se que esta síndrome seja causada pelo avanço do ritmo circadiano do corpo.

síndrome de adaptação geral (SAG) Resposta de defesa generalizada do organismo ao estresse; consiste em três fases: alarme, resistência e exaustão.

síndromes ligadas à cultura Doenças restritas a uma cultura ou grupo em particular devido às suas características psicossociais.

sistema apotecário Sistema de medição. A unidade básica de peso é o grão. Pesos que derivam do grão são o grama, onça e libra. A medida de base para o fluido é a mínima. O fluidograma, onça fluida, *pints*, quarto e galão são medidas derivadas da mínima.

Sistema de Informação Clínica (SIC) Um sistema baseado em computador que coleta, armazena e manipula dados para permitir que os profissionais de saúde tomem decisões informadas sobre o atendimento ao paciente.

Sistema de Informação Clínica em Enfermagem (**NCIS**, do inglês, *Nursing Clinical Information System*) Um sistema que incorpora os princípios da informática à enfermagem para apoiar o trabalho que os enfermeiros fazem, facilitar a documentação das atividades do processo de enfermagem e oferecer recursos para a gestão da prestação de cuidados de enfermagem.

sistema de pagamento prospectivo (PPS) Mecanismo de pagamento por reembolso de despesas hospitalares por regime de internação em que um valor predeterminado é definido para o tratamento de doenças específicas.

sistema de suporte à tomada de decisão clínica Programas computadorizados usados dentro no ambiente de cuidados à saúde para apoiar a tomada de decisões.

sistema métrico decimal Sistema de medição logicamente

organizado; as unidades métricas podem ser facilmente convertidas e calculadas através de uma simples multiplicação e divisão. Cada unidade de base da medição está organizada em unidades de 10.

sistólica Pertencente a ou resultante da contração ventricular.

sobrecarga sensorial Estado em que a estimulação de um ou mais sentidos é tão excessiva que o cérebro ignora ou não responde significativamente aos estímulos.

socialização Interação com amigos ou outras pessoas; comunicação com outros para formar relacionamentos e ajudar as pessoas a se sentirem relaxadas.

solidariedade Preocupação, amargura ou compaixão sentida pela enfermeira em relação ao paciente. A solidariedade é um olhar subjetivo para o mundo de outra pessoa que impede uma perspectiva clara das questões que confrontam essa pessoa.

solução Mistura de uma ou mais substâncias dissolvidas em outra substância. As moléculas de cada uma das substâncias se dispersam homogeneamente e não se alteram quimicamente. Uma solução pode ser um líquido, gás ou sólido.

soluto Substância dissolvida em uma solução.

solvente Qualquer líquido em que a outra substância pode ser dissolvida.

sonda nasogástrica (SNG) Passagem de um tubo do nariz até o estômago para esvaziar o estômago do seu conteúdo ou levar medicamentos e/ou alimentação.

sono Estado marcado pela diminuição da consciência, da atividade musculoesquelética e depressão do metabolismo.

sonolência diurna excessiva Extrema fadiga sentida durante o dia. Os sinais incluem adormecer em horários impróprios, como ao comer, falar ou dirigir. Pode indicar um distúrbio do sono.

sons ou ruídos adventícios Sons pulmonares anormais audíveis à ausculta.

sopro murmúrios ou sussurro (*whooshing*) são sons criados por alterações no fluxo sanguíneo através do coração ou anormalidades no fechamento da válvula.

sopro Som anormal ou ruído ouvido durante a ausculta de um órgão, glândula ou artéria.

subculturas Vários grupos étnicos, religiosos e outros com características distintas da cultura dominante.

subcutânea (sub-Q) Injeção administrada no tecido conjuntivo sob a derme. O tecido subcutâneo absorve os medicamentos mais lentamente que o músculo. As injeções são administradas em um ângulo de 45 graus.

sublingual Via de administração de medicamentos em que a medicação é colocada por debaixo da língua do paciente.

suprainfecção Infecção secundária geralmente causada por um patógeno oportunista.

surfactante Substância química produzida nos pulmões para manter a tensão superficial dos alvéolos e evitar que entrem em colapso.

T

talas de mão e punho Talas moldadas individualmente para o paciente manter o alinhamento adequado do polegar, ligeira adução do punho e ligeira dorsiflexão.

tampão Substância ou grupo de substâncias que podem absorver ou liberar íons de hidrogênio para corrigir um desequilíbrio acidobásico.

taquicardia Frequência cardíaca regular rápida, variando entre 100 e 150 batimentos/min.

taquipneia Frequência respiratória anormalmente rápida.

tátil Relativo ao sentido do tato.

taxa de incidente Taxa de novos casos de uma doença em uma população específica durante um período definido.

taxa metabólica basal (TMB) Quantidade de energia utilizada em uma unidade de tempo em jejum, em repouso, para manter as funções vitais da pessoa.

tecido de granulação Projeções carnosas de tecido, macias e rosadas, que se formam durante o processo de cicatrização de uma ferida não curada por intenção primária.

técnica asséptica Quaisquer procedimentos que requer precauções para prevenir a contaminação de uma pessoa, objeto ou área por microrganismos.

Técnica de injeção em Z Técnica para injetar soluções irritantes no músculo sem perda de medicação residual nos tecidos sensíveis.

temperatura central Temperatura das estruturas profundas do corpo.

teoria do cuidado da cultura Teoria de Leininger que enfatiza os cuidados culturalmente congruentes.

Ter compaixão. Comportamento que envolve cuidar ou promover o bem-estar de outro indivíduo.

teratógenos Agentes químicos ou fisiológicos que podem produzir efeitos adversos no embrião ou feto.

termogênese sem tremores Ocorre principalmente em recém-nascidos. Como os recém-nascidos não podem tremer, uma quantidade limitada de tecido adiposo vascular marrom presente no nascimento pode ser metabolizada para a produção de calor.

termorregulação Controle interno da temperatura corporal.

testamento em vida Instrumento em vida pelo qual uma pessoa que

está morrendo torna seus desejos conhecidos.

tolerância à atividade Tipo ou quantidade de exercício ou de trabalho que uma pessoa é capaz de realizar.

tolerância Ponto em que uma pessoa não está disposta a aceitar uma dor de maior gravidade ou duração.

tomada de decisão clínica Abordagem de resolução de problemas que os enfermeiros usam para definir os problemas do paciente e selecionar o tratamento adequado.

tomada de decisão Processo que envolve avaliação crítica da informação que resulta do reconhecimento de um problema e termina com a geração, teste e avaliação de uma conclusão. Etapa final do pensamento crítico.

tônus muscular Estado normal equilibrado de tensão muscular.

toque Entrar em contato com outra pessoa, muitas vezes transmitir carinho, apoio emocional, incentivo ou ternura.

tosse Expulsão súbita e audível de ar dos pulmões. A pessoa respira, a glote é parcialmente fechada, e os músculos acessórios da expiração expelem o ar com força.

tosse produtiva Expulsão súbita de ar dos pulmões, que remove eficazmente expectoração a partir do trato respiratório e ajuda a limpar as vias aéreas.

transcendência Crença de que existe uma força exterior para além do mundo material, que é maior que a pessoa.

transcultural Conceito de cuidados que se estende através das culturas que distinguem a enfermagem de outras disciplinas da saúde.

transfusão autóloga Processo no qual o sangue é removido de um doador e armazenado durante um período variável antes de ser devolvido à própria circulação do doador.

transporte ativo Movimento de materiais através da membrana celular por meio de atividades químicas que permitem à célula absorver moléculas maiores, que não seriam possíveis de outra forma

traqueostomia Procedimento pelo qual uma incisão cirúrgica é realizada na traqueia e uma via aérea artificial curta (um tubo de traqueostomia) é inserido.

trimestre Refere-se a uma das três fases da gravidez.

tristeza Forma de dor que envolve os pensamentos da pessoa, sentimentos e comportamentos que ocorre como resposta a uma perda real ou percebida.

trombo Acúmulo de plaquetas, fibrina, fatores de coagulação e elementos celulares do sangue ligados à parede interior de uma veia ou artéria, por vezes ocluindo a luz do vaso.

tubo endotraqueal Vias respiratórias artificiais para administrar ventilação mecânica, aliviar a obstrução das vias aéreas superiores, proteger contra a broncoaspiração ou limpar secreções.

Tubo ou sonda de gastrostomia Inserção de um tubo de alimentação através de um estoma até o estômago para fornecer nutrição enteral.

tubo ou sonda de jejunostomia Tubo oco inserido no jejuno através da parede abdominal para a administração de alimentos liquefeitos em pacientes que apresentam risco elevado de aspiração.

turgor Resiliência normal da pele causada pela pressão das células e do líquido intersticial.

U

umidificação Processo de adição de água a gás.

unidade de cuidado pós-anestésico (UCPA) Área ao lado da sala de

cirurgia em que os pacientes cirúrgicos permanecem enquanto ainda estão sob anestesia.

unidade de cuidados pré-anestésicos Área externa à sala de cirurgia, onde os preparativos pré-operatórios são realizados.

unidade de cuidados pré-operatório Área pré-cirúrgica fora da sala de cirurgia, onde os preparativos pré-operatórios são realizados.

ureterostomia Desvio do trajeto da urina da bexiga doente ou defeituosa por meio de uma abertura artificial na pele.

urina residual Volume de urina restante na bexiga após uma micção normal; a bexiga normalmente se esvazia quase completamente após a micção.

urômetro Dispositivo para medir quantidades frequentes e pequenas de urina por um sistema de cateter urinário de demora.

urosepse Organismos na corrente sanguínea.

utilitarismo Ética que propõe que o valor de algo seja determinado pela sua utilidade. O maior bem para o maior número de pessoas constitui o princípio orientador para a ação em um modelo de ética utilitarista.

V

validação Ato de confirmar, verificar ou corroborar a precisão dos dados de avaliação ou a adequação do plano de cuidados.

valor Crença pessoal sobre o mérito de uma determinada ideia ou comportamento.

variação Evento inesperado que ocorre durante o atendimento ao paciente e que é diferente do mapa de cuidado. Desvios ou exceções são intervenções ou resultados que não são alcançados conforme previstos. A variação pode ser positiva ou negativa.

variante Diferente de um padrão definido.

vasoconstrição Estreitamento do lúmen de qualquer vaso sanguíneo, especialmente as arteríolas e as veias nos reservatórios de sangue da pele e órgãos abdominais.

vasodilatação Aumento do diâmetro de um vaso sanguíneo provocado pela inibição dos seus nervos vasoconstritores ou estimulação de nervos dilatadores.

veneno Qualquer substância que prejudica a saúde ou destrói vida quando ingerida, inalada ou absorvida pelo corpo em quantidades relativamente pequenas.

ventilação não invasiva com pressão positiva (VNI) Usada para evitar o uso de vias aéreas artificiais invasivas (Tubo endotraqueal [ET] ou traqueostomia) em pacientes com insuficiência respiratória aguda, edema pulmonar cardiogênico ou exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica. Também tem sido usada a seguir extubação de um tubo endotraqueal.

ventilação Processo respiratório pelo qual os gases são movidos para dentro e para fora dos pulmões.

vertigem Sensação de tontura ou de estar zonzo.

vias críticas Ferramentas utilizadas no cuidado, que incorporam as intervenções de tratamento de profissionais de todas as disciplinas que normalmente cuidam do paciente. Projetado para um tipo de cuidado específico, uma via é utilizada para manejar os cuidados de um paciente durante um período previsto de internação.

vibração Delicada pressão vibratória aplicada pelas mãos à parede torácica somente durante a expiração.

vida assistida Serviços residenciais em que cada residente tem o seu próprio quarto e compartilha ações de jantar e áreas de atividades sociais.

vieses e preconceitos Crenças e atitudes que associam características negativas permanentes a pessoas percebidas como diferentes

daqueles que a julgam.

vínculo Relação psicossocial inicial que se desenvolve entre pais e recém- nascido.

violência lateral Comportamento verbal e não verbal hostil, agressivo e nocivo de uma enfermeira com outra enfermeira por meio de atitudes, ações, palavras ou comportamentos. Esse comportamento inclui críticas, intimidações, culpas, lutas, humilhação pública, isolamento, retardo na oferta de assistência ou minar esforços para concluir tarefas. Isso deixa a enfermeira intimidada, se sentindo inadequada e impotente.

virada em bloco Manobra utilizada para virar um paciente deitado de um lado para o outro ou completamente, sem mover a coluna vertebral de seu alinhamento.

virulência Capacidade de um organismo produzir doença rapidamente.

visão de mundo Postura ou perspectiva cognitiva sobre os fenômenos característicos de um grupo cultural particular.

visual Relacionado ou experimentado através da visão.

vitaminas Compostos orgânicos essenciais em pequenas quantidades para o funcionamento fisiológico e metabólico normal do corpo. Com poucas exceções, as vitaminas não podem ser sintetizadas pelo organismo e devem de ser obtidas a partir da dieta ou suplementos dietéticos.

volume sistólico (VS) Quantidade de sangue ejetado pelos ventrículos em cada contração. Pode ser afetado pela quantidade de sangue no ventrículo esquerdo no final da diástole (pré-carga), pela resistência à ejeção ventricular esquerda (pós-carga) e pela contractilidade do miocárdio.

Z

zumbido Tinido em uma ou ambas as orelhas (ouvidos).

Índice

A

Abandono, 187t, 309, 754-755

Abdome

contorno e simetria, 579-580

em adultos de meia-idade, 167t

em idosos, 178

Abdução, 589t

Abertura do pacote de luvas, 473-474, 473f-474f

Abertura do pacote/embalagem de luvas, 471-472, 472f

Abordagem ABCDE, 1015q

Abordagem científica, 59-60

Abordagem das capacidades, 295

Abordagem de tempo de vida, 135

Aborto

como questão decisória, 713

questões legais, 307

Abrasões, 539t, 820t, 1190

Abreviaturas, 355-356, 609

abreviaturas passíveis de erros, símbolos e designações de dose, 614t-615t

nome do medicamento sujeito a erros, 614t-615t
Absorção, 603-604
Absorção intestinal de nutrientes, 1049, 1049t
Abstração, 56
Abuso, 35
álcool, 184
criança, 146-147, 535q
de idosos, 535q
emocional, 35
físico, 35
idosos, 187, 187t
indicadores clínicos de, 535q
medicação
em idosos que vivem em residências comunitárias, 36t
funções e intervenções de enfermagem para, 36t
sexual, 35, 713, 716t
sinais de, 534
sinais de aviso de, 146q
substância, 35, 534
achados cutâneos indicativos de, 539, 539t
comportamentos suspeitos de, 536q
em adolescentes, 155
em adultos jovens, 163
em idosos, 36t
em idosos que vivem em residências comunitárias, 36t

e oxigenação, 872
fatores de risco cirúrgico, 1261-1262
oxigenação e, 871
papéis e intervenções de enfermagem para, 36t
Abuso de substâncias, 35, 534
achados cutâneos indicativos de, 539, 539t
comportamentos suspeitos para, 536q
e adolescentes, 155
em adultos jovens, 163
em idosos, 36t
em idosos residentes na comunidade, 36t
e oxigenação, 872
fatores de risco cirúrgico, 1261-1262
funções e intervenções de enfermagem para, 36t
Abuso emocional, 35, 187t
Abuso físico, 35
Abuso infantil, 146-147, 535q
Abuso sexual, 35, 187t, 713, 716t
Acenar afirmativamente, 213q
Acesso aos cuidados, 296
Acesso a serviços hospitalares essenciais, 20
Acesso intravenoso periférico (IV), 947
descontinuação, 953, 973-978
procedimento para, 973-978, 977f
Acesso venoso intermitente, 645-646

Acidente(s)
acidentes veiculares, 368-369
diretrizes de procedimento para intervenção no envenenamento, 384q
em adolescentes, 155
inerente ao paciente, 373
relacionado com o equipamento, 373
relacionado com o procedimento, 373
Acidentes com agulhas, 644q
Acidentes com equipamentos, 373
Acidentes de aviação, 155, 368-369
Acidentes inerentes ao paciente, 373
Acidentes relacionados com o procedimento, 373
Acidente vascular encefálico, 1235q
comunicação após, 1247
em idosos, 184
Ácido araquidônico, 1047
Ácido ascórbico, 1186t
Ácido carbônico, 935-936
Ácido linolênico, 1047
Acidose, 936
metabólica, 936, 937t
respiratória, 936, 937t
Acidose metabólica, 936, 937t
Acidose respiratória, 936, 937t

Ácidos graxos, 1047
insaturado, 1047
monoinsaturado, 1047
poli-insaturado, 1047
saturado, 1047
Ácidos graxos poli-insaturados, 1047
Ácidos graxos saturados, 1047
Ácidos metabólicos, 935-936
Acne, 816, 820t
Ações judiciais, 300q
Acomodação, 548
Aconselhamento, 263
Aconselhamento nutricional, 1063q-1064q
Acuidade auditiva, 551
Acuidade visual
avaliação da, 546
em idosos, 177
Acupressão, 681t-682t
Acupuntura, 681t-682t, 686
Adesão à terapia medicamentosa, 622
Adesão do paciente, 265
Adjuvantes, 1027, 1030
Administração bucal, 607, 607f, 608t
Administração de medicamentos, 601-677
aspectos culturais, 622q

avaliação da, 621-622, 625, 626, 621q, 627t
base de conhecimento científico para, 601-618
base de conhecimentos de enfermagem para, 610-618
bucal, 607, 607f
cálculo e medição da dose de, 624
calendário de dose-resposta, 605-606
considerações especiais para grupos etários específicos, 625
correta, 624
critérios para relatar ou registrar, 356t
diagnósticos de enfermagem aplicáveis a, 622
direitos para, 618-621
  caminho certo, 620
  documentação correta, 620-621
  dose certa, 619
  medicação certa, 618-619
  momento certo, 620
  paciente certo, 619-620, 619f
em *bolus* intravenoso, 667-671
em crianças, 625, 625q
em idosos, 625, 625q
em lactentes, 625, 625q
erros durante, redução da, 610q, *Ver tambím* Erros terapêuticos
esquemas de administração de dosagem, 606t
fluxo sanguíneo para o local de, 603-604
gravação, 624

implementação de, 623-625
inalação, 630-635
infusões sobrepostas, 671-675
injeções, 639-646
intraocular, 609, 630
intravenosa, 644-645
irrigações para, 635
medicamentos oculares, 630
medicamentos orais, 607, 626-629
  para crianças, 625q
  procedimentos na, 647-651, 648f-650f
metas e resultados esperados para, 623
mini-infusão, 671-675
no cuidado restaurador, 624-625
normas para, 618-621
nos cuidados agudos, 624
papel do enfermeiro, 616
papel do farmacêutico, 616
papel do médico prescritor, 613
parenteral, 607-608, 635-638
pensamento crítico para, 618-621
planejamento, 622-623
pré-operatória, 1272
processo de enfermagem, 621-626
resultados esperados do paciente, 626

revisão da história antes da, 621-622
segurança, diretrizes para, 629
sonda enteral, 628q-629q
sublingual, 606, 607f
terminologia associada a ações de medicação, 607t
tópica, 607-609, 629-630
vias de, 603, 606-609, 608t
volume controlado, 645
Administração sublingual, 606, 607f, 608t
Admissão no centro cirúrgico, 1274
Adolescente(s), 150, 153-156, *Ver tambím* Crianças
abuso de substâncias em, comportamentos suspeitos de, 536q
autoconceito e tabagismo em, 698q
comunicação, 154
definição de, 153
distúrbios alimentares em, 156
e desenvolvimento sexual, 709, 709f
efeitos da imobilização sobre, 407
faixa de frequência respiratória, 493t
gays, lésbicas e bissexuais, 156
gravidez em, 118, 156
intervenções para segurança do paciente, 379t-380t, 381
métodos de ensino para trabalhar com, 337q
minoria, 156
mudanças no desenvolvimento, 784

necessidades e padrões de sono, 990
necessidades nutricionais, 1051-1052
oxigenação em, 870
pressão arterial em, 496t
riscos para, 370
variação da frequência cardíaca em, 491t
Adolescentes bissexuais, 156
Adolescentes gays, lésbicas e bissexuais, 156
Adolescentes lésbicas e bissexuais, 156
Adução, 589t
Adultos de meia-idade, 159-171, 166f
alterações no desenvolvimento, 784-785
conclusões da avaliação física anormal em, 167t
e desenvolvimento sexual, 709
geratividade *versus* autoabsorção e estagnação, 134
necessidades e padrões de sono, 990
necessidades nutricionais, 1052
oxigenação em, 870
preocupações com a saúde para, 168-170
Adultos, *Ver tambím* Adultos de meia-idade; Idosos; Adultos jovens
efeitos da imobilização sobre, 407
necessidades nutricionais, 1052
variação da frequência cardíaca em, 491t
Adultos jovens, 159-171
alterações no desenvolvimento, 784-786

desenvolvimento sexual em, 709
intimidade *versus* isolamento durante, 134
necessidades e padrões de sono, 990
necessidades nutricionais, 1052
oxigenação em, 870
Adventistas do Sétimo Dia, 1055t
Aerossóis, 603t
Afasia, 593, 1240
comunicação com pacientes com, 328q, 1246q
expressiva, 1240
receptiva, 1240
tipos de, 593, 1239
Afasia expressiva, 1240
Afasia receptiva, 1240
Aflição, 533
Afro-americanos, 102
cuidados com o corpo após a morte, 758q-759q
doença pulmonar em, 878q
hipertensão em, 496
triagem do câncer colorretal em, 1154q
violência e homicídios entre adolescentes, 155
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 25, 54, 203
bases de dados e fontes de literatura científica para pesquisa, 54-55, 55t
folha de registro de tratamento da dor, 1015f

página eletrônica, 368q
Agenda de Enfermagem para o Futuro (ANA), 79
Agenda do serviço, 214
Agentes antidiarreicos, 1155
Agentes de mudança, 35-36
Agentes infecciosos, 435, 436t
Agnósticos, 726
Agrupamento de dados, 228
erros em, 233
fontes de erro de diagnóstico, 232q
reconhecimento, 218q
Agrupamento de dados, 228-229
Água, 1047
circulação de, 927-929
ebulição da, 448t
enemas com água corrente, 1155
localização da, 927-929
organismos que exigem, 436
Água fervente, 448t
Agulhas, 636, 636f
Agulhas contaminadas, 448q
Ajudas sensoriais, 822
Alcaçuz, 688t
Alcalose, 936
metabólica, 936-937, 937t

respiratória, 936, 937t
tipos de, 936-937
Alcalose metabólica, 937, 937t
Alcalose respiratória, 936, 937t
Álcool
abuso de, 184
fatores de risco cirúrgicos, 1261-1262
sono afetado pelo, 990q
Aldosterona, 930f, 931
Alergia a medicação, 605
Alergias
avaliação da, 874
como fator de risco cirúrgico, 1261
história de, 621
medicação, 605
perguntas do histórico de enfermagem para, 1015q, 1058q
Alho, 688t
Alimentação
amamentação, 1051
oral
auxílio aos pacientes com, 1066
equipamentos de adaptação para, 1066, 1067f
sonda, 1067q
sonda enteral, *Ver* Alimentação por sonda enteral
Alimentação oral

auxílio para os pacientes com, 1066
equipamentos de adaptação para, 1066, 1067f
Alimentação por sonda enteral, 1062, 1066-1068
administração de, procedimentos para, 1082-1086, 1083f-1085f
complicações de, 1071t
procedimentos para, 1077-1086, 1083f-1085f
sonda nasoenteral, de gastrostomia ou jejunostomia para, 1082-1086, 1083f-1085f
sondas nasoenterais de pequeno calibre para, 1077-1081
Alimentação por tubo
avanço da taxa de, 1067q
entérica, 1066-1068
Alimentos, *Ver também* Nutrição
arrumação do prato, 1249, 1249f
manipulação e técnicas de preparo para, 382
microrganismos que exigem, 435
objetivos do "Healthy People, 2020", 1046q
padrões alternativos, 1053, 1055q
sólidos, introdução a, 1051
sono afetado por, 991
Alinhamento, 401-402
Alinhamento do corpo, 401-402, 780
avaliação do, 410-412
em pé, 789f
influência patológica no, 783-784

Aloe, 688t
Alopecia, 541, 820, 823t
Alterações cognitivas
em adolescentes, 153-154
em adultos de meia-idade, 166
em adultos jovens, 160
em crianças em idade escolar, 151
em crianças pequenas, 148
em idosos, 179
em lactentes, 145-146
em pré-escolares, 149-150
em recém-nascidos, 144
Alterações físicas
antes da morte, 756q
em adolescentes, 152-153
em adultos de meia-idade, 166
em adultos jovens, 159-160
em crianças, 148
em crianças em idade escolar, 151
em idosos, 176-179, 177t
em lactentes, 145
em pré-escolares, 149
em recém-nascidos, 143-144
na gravidez, 165
transição de vida intrauterina para a vida extrauterina, 142

Alterações psicossociais
adaptação à doença, 335, 336t
cuidados agudos, 420-421
durante o envelhecimento, 179-182
em adolescentes, 154
em adultos de meia-idade, 166-168
em adultos jovens, 160-162
em crianças, 148
em crianças em idade escolar, 151-152
em idosos, 179-182
em lactentes, 146
em pré-escolares, 150
em recém-nascidos, 144
na gravidez, 165, 165t
transição da vida intrauterina para a vida extrauterina, 142
Alterações sensoriais, 1234-1235
avaliação das, 1237-1240
avaliação física, 1238
modelo de pensamento crítico para, 1237f
perguntas para, 1237q
avaliação das, 1249-1250, 1249f
base de conhecimento científico para, 1233-1235
base de conhecimentos de enfermagem para, 1235-1236
compreensão, 1247-1249
comunicação e, 1246, 1246q

cuidados agudos, 1247-1248
cuidados reparadores e contínuos, 1248-1249
deficiências, 371
diagnósticos de enfermagem que se aplicam a pacientes com, 1240-1241
fatores ambientais, 1236
fatores culturais, 1236, 1237q
fatores de risco para, 1238
história, 1238
idosos, 185
implementação para, 1242-1249
intervenções recomendadas para, 1242
medidas de segurança para, 1247
metas e resultados esperados para, 1241
pensamento crítico para, 1236-1237
perguntas a fazer, 1250
planejamento para, 1241-1242, 1242f
processo de enfermagem para, 1237-1250
promoção da saúde, 1242-1245
resultados esperados do paciente para, 1250
segurança preventiva para, 1242
tipos de, 1233-1235
triagem para, 1242
Altruísmo, 81t
Altura

avaliação da, 535-536
em adolescentes, 153
em lactentes, 145
Amamentação, 1051
Ambiente de aprendizagem, 337
Ambiente de ensino, 339
Ambiente doméstico
avaliação do, 375
perguntas de avaliação de enfermagem sobre, 374q
uso correto de extintores de incêndio no, 383q
Ambiente para dormir, 994
Ambientes de proteção, 452
orientações do CDC para, 450t
Ambiente tranquilo, 754
Ambiguidade de função, 697
Ambu, 387
Ameaça ou ataque, 305
American Academy of Pediatrics (AAP)
estruturas familiares alternativas e apoio aos pais, 162
recomendações de triagem auditiva neonatal universal, 144
recomendações para assento de carro, 368
recomendações vacinação contra o HPV, 152-153
American Association of Colleges of Nursing (AACN), 87, 305
American Association of Critical Care Nurses (AACN), 54, 744-745
American Cancer Society (ACS), 573-574

American Foundation for the Blind, 1248

American Geriatrics Society (AGS), 382f

American Heart Association (AHA)

2010 AHA Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiac Care (ECC), 894

recomendações de medição da pressão arterial da, 499

American Holistic Nurses Association, 681

American Nurses Association (ANA), 290, 305

Abrangência da Prática de Enfermagem, 225

Abrangência e Padrões de Enfermagem em Hospice e Cuidados Paliativos, 744-745, 746-747

Abrangência e Padrões de Prática, 618

Agenda de Enfermagem para o Futuro (Nursing's Agenda for the Future), 79

Banco de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade de Enfermagem (National Database of Nursing Quality Indicators/NDNQI), 24

certificação no manejo da dor, 1014

Código de Ética de Enfermagem, 2, 290, 729, 746-747

definição de enfermagem, 2

delegação definida pela, 284-285

Enfermagem: Declaração de Política Social (Nursing: a Social Policy Statement), 224-225

estratégias de escassez de enfermagem, 87

Indicadores de Qualidade de Enfermagem (Nursing Quality Indicators), 25q

Lei de Modelo de Prática de Enfermagem (Model Nurse Practice

Act), 224
Padrões de Desempenho Profissional, 3, 3q
Padrões de Prática de Enfermagem, 2-3, 2q, 257, 373
American Nurses Credentialing Center (ANCC), 24, 25q
American Organization of Nurse Executives (AONE)
estratégias recomendadas para reverter a escassez de pessoal de enfermagem, 87
princípios orientadores de prestação de cuidados de, 79, 80f
Americanos asiáticos, 878q
Americanos mexicanos, 581
Americanos nativos
cuidados com o corpo após a morte, 758q-759q
na doença pulmonar, 878q
práticas alimentares, 737t
American Pain Society (APS), 54, 1014
American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), 627
American Society of Anesthesiologists (ASA)
classificação do estado físico de pacientes cirúrgicos, 1254, 1255t
diretrizes para jejum pré-operatório, 1271
American Society of Pain Management Nurses, 744-745, 746-747
Aminoácidos, 1046
Aminoácidos dispensáveis, 1046
Aminoácidos indispensáveis, 1046
Amostras de urina
coleta de, 1113f

cronometrada, 1104t
estéril, 1104t
técnicas para, 457q
urina de jato médio, 1104t, 1120-1123, 1120f-1122f
Amostras de urina cronometrada, 1104t
Amostras fecais, 1148
Amplitude de movimento do antebraço
descrição da, 408
exercícios para, 408t-409t
Amplitude de movimento do dedo
descrição, 408
exercícios para, 408t-409t
Amplitude de movimento do joelho
descrição da, 410
exercícios para, 408t-409t
Amplitude de movimento do ombro
descrição, 408
exercícios para, 408t-409t
Amplitude de movimento do punho, 590f
descrição, 408
exercícios para, 408t-409t
Amplitude de movimento (ROM), 402, 587-588
avaliação da, 408-410, 790
de mão e punho, 590f
exercícios para, 408-410, 408t-409t

para cuidados reparadores e contínuos, 422
para prevenção de trombos, 420
passiva, 420, 420f, 422, 423f
terminologia para posições normais, 589t
Ampolas, 637, 637f
mistura de medicamentos a partir de, 637
preparo de injeções a partir de, 637
procedimento na preparação, 658-662, 659f-660f
Anabolismo, 1049
Analfabetismo, 344-345, 345q
Analfabetismo funcional, 340
Analgesia
controlada pelo paciente, 1030-1031
bomba de infusão e cassete para, 1030, 1030f
orientação do paciente para, 1030-1031, 1031q
procedimento para, 1038-1041
epidural, 1031-1032, 1032f
multimodal, 1028f
Analgesia controlada pelo paciente (ACP), 1030-1031
bomba de infusão e cassete para, 1030, 1030f
ensino do paciente para, 1030-1031, 1031q
procedimento para, 1038-1041
Analgesia epidural, 1031-1032, 1032t
controlada pelo paciente, 1031
Analgesia epidural controlada pelo paciente (AECP), 1031

Analgesia multimodal, 1028f
Analgésicos, 1027-1030
interações fármacos-nutrientes, 1054t
princípios de enfermagem na administração, 1029q
tipos de, 1027
tópicos, 1031
Análise, 194t, 232
Análise de tempo, 283q
Análise dimensional, 611-612
Análise do sangue
estudos de diagnóstico cardiopulmonares, 878t
sangue oculto nas fezes, 1148, 1149q-1150q, 1149f
técnicas de coleta, 457q
Análise dos dados, 232
Analiticidade, 194t
Analogias, 344
Anastomose de bolsa íleo-anal, 1145-1146, 1145f
Anel e canal inguinal, 585
Anemia, 1046q
Anestesia
avaliação dos cuidados pós-anestésicos, 1277q
eliminação intestinal e, 1143
pensamento crítico para, 787-788
geral, 1275
indução de, 1275-1276

local, 1276
regional, 1032-1033, 1275-1276
Anestesia geral, 1275
Anestesia local
indução de, 1276
infusão perineural, 1031
Anestésicos
infusão local perineural, 1031
mistura eutética de anestésicos locais (EMLA), 1031
Anestesistas, 164t
Anexos, 142
Angina do peito, 870
Angiografia, 878t
Angiomas tipo aranha, 539t
Angiotensina-II, bloqueadores dos receptores (BRA), 497t
Ângulo de Louis, 511
Angústia espiritual, 727, 733
relacionada com doença terminal, 734q
risco de, 733
Animismo, 136
Ânions, 927
Anorexia nervosa, 1051
avaliação para, 1052q
causa de, 1062
em adolescentes, 156

Anormalidades do leito ungueal, 542, 544q
Anormalidades musculoesqueléticas, 868
Ansiedade
  dor e, 1013
  em adultos de meia-idade, 169
  relacionada com a incerteza da recuperação cirúrgica, 248q
  relacionada com a incerteza sobre o tempo de recuperação, 248q
  respiração afetada por, 493q
Antiácidos, 1054t
Antiarrítmicos, 1054t, 1262t
Antibióticos
  de amplo espectro, 438
  durante a cirurgia, 1262t
  interações fármacos-nutrientes, 1054t
  ototóxicos, 1240
Antibióticos ototóxicos, 1240
Anticoagulantes
  durante a cirurgia, 1262t
  interações fármacos-nutrientes, 1054t
Anticonvulsivantes
  durante a cirurgia, 1262t
  interações fármacos-nutrientes, 1054t
  sono afetado por, 990q
Anticorpos, 1065t
Antidepressivos

interações fármaco-nutrientes, 1054t
sono afetado por, 990q
Anti-hipertensivos, 497t
durante a cirurgia, 1262t
interações fármacos-nutrientes, 1054t
Anti-inflamatórios, 1054t
Antipiréticos, 488
Antipsicóticos, 1054t
Antropometria, 412, 1056
Ânus, 1142
Apalaches, 731t
Aparelho auditivo intra-aural (aparelho auditivo no ouvido ou AAO), 838, 838f
Aparelho auditivo intracanal (AAIC), 838, 838f
Aparelho auditivo no ouvido (AAO ou intra-aural), 838, 838f
Aparelho auditivo que contorna completamente o canal (CIC), 838, 838f
Aparelho geniturinário
avaliação pós-operatória de, 1280-1281
complicações pós-operatórias, 1283t-1284t
em idosos, 177t
Aparelho lacrimal, 548, 548f
Aparelhos auditivos
cuidado e uso de, 837-838, 838q
solução de problemas, 1244q
tipos de, 838, 838f

Aparelhos auditivos posteriores à orelha (BTE ou pós-aural), 838, 838f
Aparência
  avaliação da, 533-534, 593
  geral, 533-534
Aparência geral e comportamento, 533-534
Aparência pessoal, 318
Apetite
  alteração de, 1147
  perguntas do histórico de enfermagem para, 1058q
  promoção do, 1065-1066
Apneia, 494t, 875
Apneia do sono, 988
  central, 988
  obstrutiva, 988, 1255
Apneia do sono central (ASC), 988
Apneia obstrutiva do sono (OSA), 988, 1255
Apoio, 3, 37, 290
Apoio da família, 1013
Apoio emocional, 324
Apoio espiritual, 734q
Apoio para o pé/estribo, 780, 839
Apoio social
  avaliação do, 1240
  dor e, 1013
Aposentadoria, 179-181

Aprendizagem, 332-333
adulto, 336
afetiva, 334, 334q
capacidade de, 339
capacidade física para, 336-337
capacidade para, 336-337
cognitiva, 333, 334q
domínios de, 333-334, 334q
em crianças, 336
manter a atenção e a participação de, 342-343
métodos de ensino para, 334q
motivação para, 335-336, 339
papel do enfermeiro na, 332-333
princípios da, 334-337
psicomotora, 334, 334q
recursos para, 339
teorias utilizadas para melhorar, 335
Aprendizagem afetiva, 334, 334q
Aprendizagem cognitiva, 333, 334q
Aprendizagem psicomotora, 334, 334q
Aprovação, 326
Arco corneal, 876t
Arco reflexo, 596, 597f
Arco senil, 548
Área apical, 565, 565f

Área de superfície corporal, 604
Área mitral, 564f, 565
Área pré-operatória (exploração), 1273
Área pulmonar, 565, 565f
Área pulmonar secundária, 565, 565f
Área/sala de espera, 1273
Áreas de assistência, 261
Área tricúspide, 565, 565f
Aréola, 576
Arguição, 326
Arredondamento, 209
Arritmia, 491, 566, 869
Arrumar a cama, 839-840
  camas ocupadas, 841q-843q, 841f-843f
  diretrizes para, 841q-843q
  mudança de roupa de cama, 840, 840f
Artéria braquial, 570, 571f
Artéria carótida, 558, 567-568, 568f
Artéria carótida interna, 568f
Artéria dorsal do pé, 490t, 570, 571f
Artéria femoral, 570, 571f
Artéria poplítea, 571f
Artéria radial, 570, 571f
Artérias periféricas, 569-572
  avaliação das, 569-572

posição anatômica das, 571f
Artéria tibial posterior, 571f
Artéria ulnar, 570, 571f
Articulação, 402, 780
amplitude de movimento, 587-588, 590f
cartilaginosa, 402, 781, 781f
fibrosa, 402, 781, 781f
sinovial, 402, 781, 781f
tipos de, 402
Articulações cartilagíneas, 781, 781f
Articulações fibrosas, 780, 781f
Articulações sinoviais, 780, 781f
Artigos baseados em evidências, 56
Artigos revisados por pares, 55
Artrite, 36t
Aspectos culturais de cuidado, 70q
abordagem de cuidado centrado no paciente, 379q
administração de medicamentos, 622q
autoconceito e promoção da autoestima, 695q
avaliação da dor, 1014q
avaliação de estresse e estratégias de enfrentamento, 767q
comportamentos de cuidado da enfermeira, 80q
cossono, 999q
cuidados com o corpo após a morte, 758q-759q
diabetes entre grupos étnicos, 787q

disparidades relacionadas com as alterações sensoriais, 1236q
eliminação urinária, 1100, 1101q
enfermagem e família, 125q
espiritualidade e cultura, 732q
fatores de risco para HIV/AIDS em latinos, 712q
hidratação, 947q
impacto da cor da pele, 1181q
mobilidade relacionada com indivíduos e suas influências culturais, 416q
nutrição, 1055q
pacientes cirúrgicos, 1264q
práticas de higiene, 816q
rastreio do câncer colorretal afetado por, 1154q
Aspergillus, 436t, 440
Aspiração
de conteúdo gástrico, 1166-1171, 1168f
precauções para, 1075-1077
procedimento para, 1075-1077
proteção contra, 627q
pulmonar, 1071t
silenciosa, 1058
Aspiração fechada, cateteres para, 886, 887f
Aspiração nasofaríngea, 886, 899-906, 901f-902f
Aspiração nasotraqueal, 886
contraindicações para, 899-906

procedimento para, 899-906, 902f
Aspiração orofaríngea, 887, 899-906
Aspiração orotraqueal, 886
Aspiração por agulha, 1192q
Aspiração pulmonar, 1071t
Aspiração silenciosa, 1058
Aspirado gastrointestinal, 1069q, 1069f
Assentos de carro, 144, 368
Assepsia, 447-451
cirúrgica, 459-461, 468-470, 468f-470f
clínica, 447-457
definição de, 447
Assepsia cirúrgica, 459-461
preparo do paciente para, 459
princípios da, 459-460
procedimento para assepsia, 468-470
situações que exigem, 459
Assepsia médica, 447-457
Assertividade, 321
Assistência ao paciente debilitado, 857-859, 859f
Associação, 593
As suspensões aquosas, 603t
Atelectasia, 404, 864
no pós-operatório, 1255, 1284t-1283t
Atenção

dor e, 1013
manutenção, 342-343
Atenção, 684, 773
Atenção integral de saúde, 680-683
Atenção secundária, 17-19
Atendimento psicossocial, 168, 754
Ateus, 726
Atitudes
e pensamento crítico, 200-202, 201t
sobre o uso de medicamentos, 622
Atividade e exercício, 779-811, *Ver tambím* Exercício
avaliação de, 788-790
modelo de pensamento crítico para, 789f
perguntas para, 374q, 788q
avaliação de, 802, 801f
avaliação dos resultados esperados do paciente em relação a, 802
base de conhecimento científico para, 779-783
base de conhecimentos de enfermagem para, 784-786
cuidados agudos, 795-796
cuidados reparadores e contínuos, 797
deficiências de
diagnósticos de enfermagem relacionados a, 790
exemplo de resultados para os pacientes, 791
eliminação intestinal e, 1143
pensamento crítico para, 787-788

fatores que influenciam, 784-786
implementação para, 791-802
perguntas a serem feitas quando os pacientes não alcançam os resultados esperados, 802, 802
planejamento para, 791
metas e resultados, 791
modelo de pensamento crítico para, 791f
pressão arterial e, 496
processo de enfermagem para, 788-802
promoção da saúde para, 791-795
restauração de, 801-802
retorno no pós-operatório de, 1270
visão geral, 780
Atividades da vida diária (AVD), 178, 183-184, 189, 262, 779
dor e, 1019-1020
Atividades instrumentais da vida diária (AIVD), 179, 189, 262, 422
Atrofia, 541q, 590
Audição, 85
ativa, 85, 323-324
dicas para delegação apropriada, 284-285
Audição, *Ver tambím* Ouvido(s)
avaliação auditiva neonatal, as recomendações para, 144
avaliação dos, 551, 1239t
estímulo significativo de, 1245
normal, 1234t

Auditoria, 352
Aulas de Lamaze, 161f
Aura, 387
Aurículas, 549-550, 549f
Ausculta, 498-499, 533
de sons respiratórios, 562, 562f
sons durante, características para descrever, 533
Autoabsorção
desenvolvimento de, 694q
versus geratividade, 134
Autoconceito, 75, 693-707, 1263
alterações no
comportamentos sugestivos de, 699q
ensino do paciente para, 704q
resultados esperados do paciente para, 705
avaliação do, 697-700
modelo de pensamento crítico para, 701f
perguntas para, 699q
avaliação do, 704, 704f
base de conhecimentos científicos para, 693-694
base de conhecimentos de enfermagem para, 694-699
base para, 694-695
componentes de, 695-696
comportamento tabagista em adolescentes e, 698q
cuidados agudos para, 704

cuidados reparadores e contínuos para, 704-705
definição de, 693
desenvolvimento do, 694-695, 698
diagnósticos de enfermagem relacionados com o, 700
do paciente, efeito do enfermeiro diante, 698-699
efeitos da doença sobre, 74-75
fatores que influenciam, 696-698
implementação relacionada com o, 704-705
influência de estressores, 697, 696f
manter/melhorar
em idosos, 698q
medidas para ajudar, 1288
pós-operatório, 1288
metas e resultados esperados para, 701
pensamento crítico para, 699
planejamento relacionado, 701, 701f
processo de enfermagem para, 699-705
promoção do, 695q
tarefas de desenvolvimento, 694q
termos inter-relacionados de, 695-696
Autoconfiança, 194t
Autocuidado, 75-76
avaliação da capacidade de, 818-819, 819f, 1238
deficiência no autocuidado do banho, 824q
ensino do paciente para a manutenção do, 753q

promoção do, 1248
Autocuidado no banho, prejudicado, 824q
Autoeficácia, 335
Autoestima, 696
baixa, situacional, 700, 700q, 702q
estimulando, 693, 694f
estressores, 698
promoção da, 695q, 754
valorização da, 702q
Autoexame da mama (AEM), 163-164, 572-573, 574q, 577q
Autoexame genital, 586q
Autoexame testicular, 586q
Autogestão, 269t, 338q
Autonegligência, 187t
Autonomia, 3, 279, 289-290, 320-321
desenvolvimento de, 694q
versus vergonha e dúvida, 134
Autopercepção, 152
Autopercepção e padrão de autoconceito, 210q
Autópsia, 305, 757
Autorevelação, 326
Autoridade, 201t, 279
Autorregulação, 194t
Autorresponsabilidade, 730, 730q
Autotranscendência, 726

Avaliação
abdominal, 578-581, 1147
abordagem de pensamento crítico para, 208-213, 209f
administração de medicamentos, 621-622
anal, 585
atividade e exercício, 788-790
atividade e exercício, 801
autogestão, 269t
baseada em segurança, 374-375
comparação entre enfermagem e ensino, 338t
comportamental, 533-534, 593
comunicação durante a, 314q, 321-323
comunicação durante, 314q
critérios de relatos ou registros, 356t
critérios para relatar ou registrar, 356t
cultural, 215-216
da altura, 535-536
da audição, 551
da bexiga, 1101
da boca, 553-556, 1147
da cabeça, 544-563, 1264
da coleta, 214
da comunicação, 327-328
da comunidade, 37, 37q
da coordenação de cuidados clínicos, 283

da documentação/registro dos resultados, 273
da educação do paciente, 346-347
da eliminação intestinal, 1146-1150
da eliminação urinária, 1100-1105
da eliminação urinária, 1119
da eliminação, 1161
da ferida, 1187-1192
da força muscular, 588-590
da função intelectual, 593-594
da função motora, 595-596
da genitália masculina, 583-585
da higiene, 818-823
da higiene, 844-845
da imobilidade, 411-413
da imobilidade, 423
da integridade da pele, 1188
da integridade da pele, 1212-1213
da mama, 575t
da marcha, 410, 790
da memória, 593
da mobilidade, 407-413, 790
da motivação para a aprendizagem, 339
da oxigenação, 897-898
da pele, 536-540, 819
da perda, morte e luto, 758-760

da pressão arterial, 567
da promoção da saúde, 1239
da respiração, 513-515
da saúde espiritual, 729-732
da saúde espiritual, 738
da sexualidade, 715
das alterações sensoriais, 1237-1240
das unhas, 536-544
de funcionários, 264
de risco para infecção, 441t
de riscos ambientais, 1239
de saúde, 525-599
do direito de supervisão/avaliação, 284q
do equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 957-958
do estresse e enfrentamento, 774-776
do manejo da dor, 1037-1038
do paciente centrada no problema, 211t
do sono, 1002
do tratamento de feridas, 1212-1213
dos erros, reconhecimento de, 271
dos padrões para, 273
dos resultados esperados insatisfatórios, 271
nutricional, 1073-1074
objetiva do objetivo alcançado, 271t
para controle do tempo, 283q

para segurança do paciente, 388
PLISSIT da sexualidade, 715q
sensorial, 1248-1250
Avaliação abdominal, 578-581, 1147
ausculta, 580
educação em saúde do paciente para, 580q
história de saúde no histórico de enfermagem para, 578t
inspeção, 579-580
massas ou órgãos aumentados durante, 580
no pré-operatório, 1265
palpação, 580-581, 581f
palpação profunda, 581, 581f
radiografia, 1150q
Avaliação anal, 585
Avaliação cardíaca
sítios anatômicos para, 565, 565f
testes de diagnóstico para, 878t
Avaliação cardiopulmonar
inspeção, 876t
sistema de envelhecimento, 875t
testes de diagnóstico para, 875-876, 877t
Avaliação centrada no problema do paciente, 211t
Avaliação cultural, 106-108
metas de, 107
mnemônica para, 108, 109q

perguntas para, 107q
Avaliação da cabeça
história de saúde no histórico de enfermagem para, 545t
inspeção e palpação, 544-545
Avaliação da comunidade, 37, 37q
Avaliação da deglutição à beira do leito, 1059
Avaliação da deglutição padronizada, 1059
Avaliação da ferida emergente, 1190
Avaliação da função do nervo sensitivo, 594-595, 596t
Avaliação da memória, 593
Avaliação da saúde, 525-599
Avaliação de estresse, 763
primária, 764-765
secundária, 764-765
variações culturais na, 767q
Avaliação de sistema social, 37q
Avaliação do desenvolvimento, 413
Avaliação do reflexo do tendão do bíceps, 597t
Avaliação do reflexo do tendão patelar, 596-597, 597f, 597t
Avaliação em enfermagem, 207-222
etapas, 208
questões de
avaliação da segurança, 374q
para administração de medicamentos, 621q
para alterações sensoriais, 1238q

para atividade e exercício, 788q
para autoconceito, 699q
para avaliação cultural, 107q
para avaliação de higiene, 818q
para avaliação do sono, 993q
para controle da dor, 1015q
para determinação de necessidades de aprendizagem singulares de um paciente, 338q
para eliminação intestinal, 1148q
para eliminação urinária, 1101q
para equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 940q
para estresse e enfrentamento, 769q
para história de saúde do coração, 1260q
para imobilidade, 408q
para integridade da pele, 1188q
para nutrição, 1058q
para oxigenação, 873q
para pacientes cirúrgicos, 1260q
para perda, morte e luto, 748q
para prevenção e controle de infecção, 442q
para saúde espiritual, 730q
para sexualidade, 715q
Avaliação musculoesquelética, 587-590
história de saúde no histórico de enfermagem para, 588t
inspeção geral, 587

palpação, 587
Avaliação PLISSIT, 715q
Avaliação psicossocial, 412-413
considerações sobre os cuidados no domicílio para, 1196q
questões para sobreviventes do câncer, 95t
Avaliação subjetiva global (ASG), 1056
Avanços da dor, 1033, 1034q
Avanços tecnológicos, 25
Aventais estéreis, 471-472, 471f
Avós, 119

B

Bacharel em Ciências da Enfermagem, 10
Bacharel em Enfermagem, 10
Background cultural, 70
Bacteremia, 1095-1097
Bactérias, 436t, 1105t
Bactericidas, 436
Bacteriostasia, 436
Bacteriúria, 1095-1097
Baixa autoestima situacional, 700, 700q, 702q
Balanço da cabeça afirmativamente, 213q
Baltes, Paul, 135
Bandagens, 1208
aplicação de, 1208

elásticas, 1228-1229
procedimento em, 1228-1229
responsabilidades da enfermeira antes de aplicar, 1208
Banheiros e chuveiros, 385f
Banho, 828-830
banheiras, 846-854
banho no leito, 846-854
banhos de assento, 1212
banhos de esponja, 828q
banhos mornos, 1211-1212
banhos quentes, 829
bolsas de banho, 852f
completo, 828q, 829-830, 846-854
déficit de autocuidado, 826q-827q
diretrizes para, 829-830
parcial, 828q, 829, 846-854
prevenção e controle da infecção para reduzir reservatórios de infecção, 449q
procedimento no, 846-854
tipos de, 828q
Banhos com água morna, 1211-1212
Banhos de assento, 1212
Banhos de banheira, 846-854
Banhos de esponja, 828q
Banhos em bolsas comerciais, 846-854, 852f

Banhos no leito
completo, 828q, 829-830, 846-854
parcial, 828q, 829, 846-854
procedimento de, 846-854
Banhos quentes, 829
Baqueteamento, 544q, 570, 876t
Barbear, 835, 836f
Bário, 1150q
Barra de trapézio, 421, 421f
Barras antiqueda, 385f
Barras de segurança, 385, 385f
Barreiras à mudança, 169q
Barton, Clara, 6
Base de conhecimentos específicos, 199
Bases de dados
bases de dados científicas pesquisáveis na literatura e fontes, 55t
registros do paciente orientado para problemas (POP), 358
Bases de dados da literatura e fontes, 55t
Basófilos, 443t
Bastões, 798, 798f
Bateria, 305
Bem-estar
efeitos do câncer sobre, 90-92
espiritual, 726
psicológico, 92-93

Bem-estar, 69-71
manutenção do, 1023
população, 15-16
Bem-estar da população, 15-16
Bem-estar espiritual, 726
efeitos do câncer sobre, 94
prontidão para, 732q
Bem-estar físico, 90-92
Bem-estar psicológico, 92-93
Bem-estar social, 93-94, 93f
Beneficência, 290
Bengalas Quad canes, 798, 798f
Benner, Patricia, 46t-47t
Benzodiazepínicos, 990q, 1002
Beta$_2$-adrenérgicos, 602
Bexiga, 1095
avaliação da, 1102
esvaziamento completo da, promoção do, 1111
hiperativa, 1097
preparo pré-operatório de, 1272
promoção da saúde, 1110q
hiperativa, 1097
ultrassom, 1106t
Bicarbonato de sódio, 935t
Bicarbonato (HCO_3), 927t, 935t

Bickerdyke, Mother, 6
Biofeedback, 681t-682t, 685-686, 1023
Bioterapia, 90
Bioterrorismo, 375
Biotransformação, 604
Bisacodil (Dulcolax), 1157t
Bloqueadores beta-adrenérgicos, 497t, 990q
Bloqueadores dos canais de cálcio, 497t
Boca, 1141
  assoalho da, 555-556
  avaliação da, 553-556, 1147
    ensino do paciente para, 554q
    história da enfermagem para, 554t
  estado cardiopulmonar e, 876t
  mecanismos de defesa contra a infecção, 438t
  mudanças de desenvolvimento, 817
Bolhas, 1179
Bolsa de banho, 852f
Bolsa de Hartmann, 1145
Bolsas de estomia
  de duas peças, 1159-1160
  de uma só peça, 1159-1160, 1171-1173
  ensino de pacientes sobre como cuidar da, 1159q
  procedimento para aplicar, 1171-1173, 1172f
Bolsas ou colares de gelo, 1212

Bolus intravenoso (IV), 645, 667-671, 669f-670f
Bomba do miocárdio, 865
Bomba do plexo venoso, 420f
Bombas infusoras, 950
Bombas intravenosas (IV), 950
  bombas mini-infusoras, 671-675
Bombas mini-infusoras, 671-675, 673f
Bombeamento da panturrilha, 420
Borborigmo, 580
Borracha de fricção plantar, 562, 563t
Botas de pés, 839
Botulismo, 1064t
Bouvia *versus* Corte Superior, 302
Bradicardia, 491
Bradicinina, 1007, 1007q
Bradipneia, 494t
Brancos, 878q
Branqueamento, 1178
Brevidade, 317
Brewster, Mary, 6
Bromidrose, 531t
Broncodilatadores, 1054t
Broncoscopia, 874, 879t
Budistas, 727
  crenças de saúde dos, 731t

cuidados com o corpo após a morte, 758q-759q
práticas alimentares dos, 737t
Bulimia nervosa, 1051, 1052q
em adolescentes, 156
Busca da verdade, 194t

C

Cabeça e pescoço, *Ver tambím* Pescoço
avaliação de, 544-563, 1264
em adultos de meia-idade, 167t
em idosos, 177
linfonodos em, 556-558, 558f
Cabelo, 815
avaliação do, 536-544, 820
ensino do paciente para, 543q
história de saúde no histórico de enfermagem para, 542t
inspeção do, 540-542
cuidado do, 833-835
avaliação do, 820
escovar e pentear, 833-834
lavagem, 834-835, 835q, 835f
mudanças de desenvolvimento, 817
no dia da cirurgia, 1271
questões de avaliação de higiene, 818q
problemas associados, 823t

Cadeiras de rodas, 385, 385f
Cafeína, 163, 990q
Cálamo, 689t
Cálcio
descrição, 927t, 933t
desequilíbrios do, 933
reabsorção de, 404
Cálculo, renal, 405-406
Cálculos clínicos, 610-613
Cálculos de dose, 610-612
análise dimensional, 612
doses pediátricas, 612
método de fórmula, 611
método de razão e proporção para, 611
passos para, 612
precisão, 624
Cálculos renais, 405-406
Calor, 1210, *Ver tambím* Resposta de termorregulação corporal a
efeitos do, 1210
efeitos locais do, 1210
efeitos terapêuticos de, 1211t, *Ver tambím* Terapia com calor
risco de lesões decorrentes do, condições que aumentam, 1210t
tolerância ao, fatores que influenciam, 1210
úmido, 448t
Calos, 544, 822t

Calúnia, 306
Camada basal, 1176-1177
Cama de Posey, 386, 386f
Caminhada
adultos e idosos, 185, 185f
ajuda de pacientes para andar, 796-797
andando de muleta em escadas, 800-801, 799f
cuidados agudos, 796
dispositivos de assistência para, 797-801
para cuidados reparadores e contínuos, 423-424
Caminhar, 797-798, 797f
Caminhos críticos, 358-359
Camomila, 688t
Campos estéreis, 460, 460f
preparação de, 461
procedimento para a preparação de, 465-468, 465f-467f
Campos visuais, 547
Canadian Interprofessional Health Collaborative, 223-224
Canadian Student Nurses Association (CSNA), 10
Canais, 316
Canal auditivo, 550-551
Canalização retrógrada, 215
Câncer colorretal
detecção precoce de, educação em saúde do paciente para, 587q
triagem para, 530t, 1154q

Câncer de mama, 163
detecção precoce do, diretrizes para, 573-574
exames preventivos para, 530t
Câncer de ovário, 530t
Câncer de pele
avaliação para, 540
exames preventivos recomendados para, 530t
malignidades, 542q
Câncer de próstata, 178
ensino dos pacientes para detecção precoce de, 587q
recomendação de exames preventivos para, 530t
Câncer de útero, 530t
Câncer do colo do útero, 530t
Câncer do endométrio, 530t
CâncerVer também cânceres específicos
dor associada ao, 1010, 1033-1035, 1034f-1035f
em idosos, 36t, 184
equilíbrio hídroeletrolítico e acidobásico afetado por, 939t
famílias e, 94
nutrição enteral para, 1067q
papéis e intervenções de enfermagem para, 36t
pescoço, 556
prestação de cuidados continuos, 91f
qualidade de vida afetada pelo, 90-94, 91f
relacionado com o trabalho, 164t

serviços de apoio à comunidade, 96
terapia clínico-nutricional para, 1073
tratamento, 90
Câncer relacionado com o trabalho, 164t
Câncer testicular, 530t, 585
Candida albicans, 436t
Cânula de conservação de oxigênio, 895t
Cânulas internas, de traqueostomia, 907-914, 911f
Cânulas nasais, 892q-894q, 893f, 894, 895t
Capacetes de segurança, 370, 371f
Capacidade de aprender, 339
Capacidade de organização, 282
Capacidade de transporte de oxigênio, 868
Capnografia, 479q, 872
Cápsulas, 603t
Características definidoras, 225, 229
Carboidratos simples, 1046
Cárcere privado, 305
Carcinoma de células basais, 540, 542q
Carcinoma de células escamosas, 540, 542q
Cardiopatia coronária, 801
Carga alostática, 764
Carga de trabalho cardíaco, 417
Cárie, 817
Cárie dentária, 815

Carinho entre pais e filhos, 162f
Carpenters, 164t
Carrapatos, 823t
Cartilagem, 402, 781
Casantranol (Peri-Colace), 1157t
Caspa, 823t
Casuística, 292
Catabolismo, 1049
Cataplexia, 988
Catapres (clonidina), 1286
Catarata, 178, 546q, 1235q
Catárticos, 1143, 1155, 1157t
Cateter
  aspiração, 887f
  cuidado do, 1113
  de curto prazo, 1111
  de sucção fechado (*in-line)*, 886, 887f
  dispositivos de estabilização para, 951, 951f
  inserção de, procedimento na, 1123-1132
  inserção do, 1123-1132, 1125f-1130f
  interno
    cuidado do, 1132-1134
    de curto prazo, 1111
    indicações para, 1111
    inserção do, 1123-1132

longo prazo, 1111
procedimento para, 1132-1134
remoção do, 1113-1114
irrigação do, 1134-1137, 1136f
irrigações e instilações, 1113
limpeza do, 1132-1134, 1133f
longo prazo, 1111
preservativo, 1116, 1117q, 1117f
procedimento para, 1132-114
procedimento para, 958-981
remoção de, 1113-1114
sobre agulha, 949f
tamanhos de, 1112, 1112f
urinário, 1111-1112, 1112f
Cateteres com preservativo, 1116, 1117q, 1117f
Cateteres sobre agulha, 949f
Cateteres urinários, *Ver* Cateter
Cateteres venosos centrais, 947, 947s
Cateterismo
suprapúbico, 1114-1116
uretrais, alternativas para, 1114-1116
urinário, 1111-1114
Cateterismo cardíaco, 878t
Cateterização suprapúbica, 1114-1116
Cateterização urinária, 1111-1114

tipos de, 1111-1112
Cátions, 927
Caucasianos, 878q
Cauda de Spence, 574-575, 576f
Cavidade oral
descrição da, 815, 819-820
triagem de, por distúrbios ou câncer, 530t
C. difficile, 452, 1144
Células parietais, 1049
Células principais, 1049
Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 450t
diretrizes de isolamento, 450t
recomendações de imunizações e vacinas para profissionais da saúde do, 462
recomendações de lavagem das mãos do, 449
recomendações de vacinação contra o HPV do, 152-153
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), 24, 305
condições adquiridas no hospital, 371-372, 373q
diretrizes de documentação em cuidados de saúde em longo prazo de, 360
Eventos Adversos Nunca (Never Events), 371-372
Iniciativa “Fale” (“Speak Up”), 371
página eletrônica, 368q
Centro de gravidade, 780
Centros de cuidado diário de adultos, 21-22
Centros de enfermagem, 20

seleção de, 175q
serviços de prevenção e cuidados primários, 18t
Centros de enfermagem com base na comunidade, 33, 34f
Centros de saúde comunitários, 18t
Centros de Saúde (SNFs), 20-21
Cera, *Ver* Cerume
Certificação, 10, 1014
Cerume, 550, 822, 1235q
Cetonas, 531t, 1049, 1105t
Chamadas telefônicas, 360-361
Chaparral, 689t
Chess, Stella, 135
Choque hipovolêmico, 1283t-1284t
Chuveiros, 853f
barras de segurança ao redor, 385f
procedimento para, 846-854
Cianose, 538, 538t, 570
Cicatrização de feridas
avaliação da, 1190t
complicações da, 1183-1184
fase inflamatória, 1183
fase proliferativa da, 1183
fatores que influenciam, 1186-1187
função de nutrientes na, 1186t
no pós-operatório, 1288

primeira intenção, 1181t, 1182, 1182f
processo de, 1181-1182
promoção, 1288
segunda intenção, 1181t, 1182, 1182f
terceira intenção, 1181t
Cicatrizes, 539t
Ciclo cardíaco, 564, 564f
Ciclo do sono, 985
Ciclo fértil, 161
Ciclo PDSA, 27
Ciclos de temperatura, 482, 482f
Cifose, 403t, 587, 589f
Cilindros de gás comprimido, 896t
Cinta, 1208
abdominal, 1208, 1209f
aplicação de, 1208, 1209q
responsabilidades da enfermeira antes de aplicar, 1208
Cinta de marcha, 423
Cintilografia, 878t
Cintilografia pulmonar, 879t
Cinto de contenção, 394, 394f
Circulação, 604
artéria coronária, 866
avaliação pós-operatória, 1279
pulmonar, 865

sistêmica, 866
Circulação arterial coronariana, 866
Circulação pulmonar, 865
Circulação sistêmica, 866
Círculos com o pé, 1289-1294, 1293f
Cirrose, 939t
Cirurgia
ambulatorial, 1278
avaliação hidroeletrolítica e acidobásica, 939-940
classificação de procedimentos, 1254t
complicações pós-operatórias de, 1283t-1284t
efeitos tardios entre os sobreviventes, 91, 92t
eletiva, 1254t
eliminação intestinal e, 1143
pensamento crítico para, 787-788
eliminando local errado e procedimento errado, 1273
emergente, 1254t
eventos reportáveis graves, 372q
fase intraoperatória, 1274-1277
fase pré-operatória, 1258-1273
fatores de risco para, 1254-1261, 1260t
história, 1147
localização da família durante, 1270
medo relacionado com falta de conhecimento e experiência anterior, 1266q

mobilidade física prejudicada relacionada com incapacidade musculoesquelética de, 416q

percepções e conhecimentos relativos, 1262

pós-operatório, 1277-1294

procedimentos, 1269

rápida, 1278

recuperação no pós-operatório imediato (fase I), 1277-1278

reduções do risco de infecção, 1270-1271

sentimentos em relação, 1270

tempo de, 1269-1270

urgente, 1254t

Cirurgia ambulatorial

orientações de pós-operatório para pacientes, 1278q

pontuação de recuperação pós-anestésica para pacientes ambulatoriais (PRPAP), 1278

recuperação de, 1278

Cirurgia de urgência, 1254t

Cirurgia eletiva, 1254t

Cirurgia *fast-track* (rápida), 1278

Cisalhamento, 402, 1178-1179, 1179f

Cistite, 1095-1097

Citrato de magnésio, 1157t

Clamídia, 711

Clareamento, 325

Clareza, 317

Classificação da acuidade, 360

Classificação das intervenções de enfermagem/Nursing Interventions Classification (NIC), 245

para abuso de substâncias, 36t

para alterações sensoriais, 1242

para a promoção do conforto físico, 245q

para a segurança, 381-384

para a segurança do paciente, 379-384, 379t-380t

para controle da dor, 1021-1038

para deficiência visual, 1246

para pacientes cirúrgicos mais antigos, 1283q

seleção de, 244-246

tipos de, 244

Classificação de Intervenções em Enfermagem/Nursing Interventions Classification (NIC), 245, 246t, 256, 257q

Classificação de Resultados esperados em Enfermagem (NOC), 242, 242t, 269

diagnóstico em enfermagem e, 270t

Classificação do Estado Físico (CEF), 1254, 1255t

Clichê, 326

Climatério, 166, 720

Clínicas de dor, 1036-1037

Clonidina (Catapres®), 1286

Cloreto (Cl^-), 927t, 1266t

Coanalgésicos, 1030

Cochrane Database of Systematic Reviews (Base de Dados de Revisão Sistemática da Biblioteca Cochrane), 55, 55t

Código de Ética de Enfermagem, (ANA), 4, 290-291, 729, 746-747
Coiloníquia, 544q
Colaboração, 323
com equipe, 280, 280f
construção de competência em, 321q, 751q
definição com exemplos, 8t
interdisciplinar, 280
para administração de medicamentos, 623
para alterações sensoriais, 1241-1244
para atividade e planejamento de exercício, 791
para autoconceito, 704
para controle da dor, 1021
para cuidado do paciente cirúrgico, 1267, 1274, 1281
para educação em saúde do paciente, 340
para eliminação urinária, 1107-1110
para estresse e enfrentamento, 769-770
para higiene, 827
para integridade da pele e tratamento de feridas, 1193-1195
para mobilidade, 414
para perda, morte e luto, 751
para planejamento de eliminação, 1153
para planejamento de oxigenação, 878
para planejamento do equilíbrio hídroeletrolítico e acidobásico, 944
para planejamento nutricional, 1062
para prevenção e controle de infecção, 443

para problemas de sono, 995
para saúde espiritual, 735
para segurança do paciente, 376-378
para sexualidade, 717
para tomada de decisão ética, 293f
prática colaborativa médico-enfermeiro, 280
Colaboração interdisciplinar, 280
Colaboração interprofissional, 223-224
Colaboradores, 37
Colace® (docussato de sódio), 1157t
Colágeno, 1177
Colchões terapêuticos, 1197
Colegas, 203
Colesterol, 877t, 1066q
Coleta de amostras, 457
amostras de urina, 1104, *Ver tambím* Amostras de urina
técnicas para, 457q
Coleta de dados, 209
dicas para, 529
dimensões, 216f
fontes de erro de diagnóstico na, 232q
Coletor de urina, 1103, 1103f
Cólicas abdominais, 1071t
Coloides, 928
Cólon, 1142

Colonização, 435
Colonoscopia, 1148
Colostomia, 1145
alça, 1145
irrigação, 1159
terminal, 1145
Colostomia sigmoide, 1145f
Columbia Teachers' College, 6
Coluna vertebral, colo do útero, 408t-409t
Comadres
posicionamento, 1154-1155, 1155f
tipos de, 1154-1155, 1154f
Coma não cetótico hiperosmolar hiperglicêmico (CNCHH), 1072t
Comissão de Acreditação de Serviços de Reabilitação (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities – CARF), 17, 1036-1037
Comitês de revisão de utilização (RU), 15
Compaixão, 80
Compartimentos de fluido, 927-928, 927f
Compensação, 766q
Competência, 2t, 23
competências de pessoal de enfermagem de nível médio, 277q
competências OIM para o século XXI, 22q
de enfermagem com base na comunidade, 35-37
na colaboração, 321q
na segurança, 373q, 613q

no cuidado centrado no paciente, 606q, 732q
no trabalho em equipe, 321q
processo de enfermagem, 198-199
Competência cultural, 103-111
cuidado centrado no paciente *versus*, 105
Competência linguística, 109-110
Competências
enfermagem, 25, 362
OIM para o século XXI, 22q
segurança de medicamentos e, 617q
Competências culturais, 105
Competências de enfermeiro iniciante, 277q
Completude, 356
Complexo de Édipo, 133
Complexo de Electra, 133
Complicações
antecipação e prevenção, 261
etapas para prevenir, 261
Comportamento(s)
abuso de substância, 536q
aparência geral e comportamento, 533-534
atividade e exercício afetados pelo, 785
autoconceito alterado, 699q
avaliação do, 533-534, 593
controle de temperatura, 481

critérios para relatar ou registrar, 356t
cuidado de enfermagem, 80q, 83t
desequilíbrios hídroeletrolíticos e acidobásicos, 942t
doenças relacionadas com o, 65, 74
dor e, 1008-1009, 1019, 1019q
observação de, 218
pensamento crítico, 194t
privação de sono, 994
saúde, 72-73
Comportamentos de cuidado de enfermeiros, 80q
Comportamentos de saúde, 66, 72-73, 73t
Compressão pneumática intermitente (CPI), 417
Compressas
frias, úmidas e secas, 1212
quentes e úmidas, 1211
Compressas quentes comerciais, 1212
Comprimidos revestidos entericamente, 603t
Comprometimento cognitivo
comunicação com pacientes com, 328q
em idosos, 181q
higiene e, 817
relacionado com a quimioterapia, 92
Compromisso, 196
Comunicação, 313-334
acidente vascular encefálico e, 1247

alterações sensoriais e, 1246, 1246q
análise das, 327q
avaliação da, 1240, 1240f
avaliação dos resultados esperados, 327-328
checklist para comunicar desamparo aos colegas, 1038q
com idosos com perda auditiva, 323q
com pacientes de língua não inglesa, 323q
contexto ambiental, 322q
contexto cultural, 322q
contexto psicofisiológico, 322q
contexto relacional, 322q
contexto situacional, 322q
desenvolvimento de competências de, 314-315
dicas para delegação apropriada, 284
discussões individualizadas, 344
documentação para melhorar, 351
educação como, 333
elementos, 316-317, 316f
em pequenos grupos, 315
equipe, 280-281
equipe, 283
fatores de desenvolvimento, 322
fatores emocionais, 321-322
fatores físicos, 321-322
fatores que influenciam, 322q

fatores socioculturais, 322q, 322
formas de, 316-318
interpessoal, 313-316, 353-355
interprofissional, 320q
intrapessoal, 315
metacomunicação, 318
mnemônica e, 109q
na avaliação, 321-323
não verbal, 316
níveis de, 315-316
no processo de enfermagem, 314q, 321-328
nos cuidados agudos, 1247-1248
pacientes com necessidades especiais, 327, 328q
prática de enfermagem e, 313-316
prejuízos na, 371
  planejamento de cuidados para, 323
  plano de cuidados de enfermagem para, 323
profissional, 320-328
pública, 315-316
questões sexuais discutidas durante, 711-712
situações desafiadoras, 314q
técnicas não terapêuticas, 326-327
terapêutica, 314, 323-326
  para idosos, 187-188
  para perda, morte e luto, 753-754

técnicas para, 323-326
verbal, 316
Comunicação da equipe, 283-284
Comunicação eletrônica, 315
Comunicação em pequenos grupos, 315
Comunicação interpessoal, 313-315
Comunicação interprofissional, 320q
Comunicação intrapessoal, 315
Comunicação profissional, 320-328
Comunicação pública, 315-316
Comunicação terapêutica, 313-314, 323-326
para idosos, 187-188
para perda, morte e luto, 753-754
técnicas para, 323-326
Comunicação verbal, 317
prejudicada, 323
Comunicadores, 3
Comunidade, 731-732, 787
recursos relacionados à sexualidade dentro da, 719q
Comunidade rural, 32
Conceitos, 42
Conceitos farmacológicos, 602-603
Concentração, 606
Concentração de oxigênio inspirado (FIO_2), 868
Concentração de pico, 606

Concentradores de oxigênio, 896t, 919-921
Condição física
desesperança relacionada com, 749q
higiene e, 817
Condução, 481
Conectividade, 726, 730, 730q, 732f
Confiabilidade, 321
Confiança, 134, 694q, 200, 201q
Confiança na abordagem, 343
Confidencialidade, 61, 290, 303, 353-355
Configuração da atenção, 335
Configurações com base na comunidade, 249
Conflito de funções/papéis, 697
Conflitos emocionais, 713
Conflitos pessoais, 713
Conforto, 84
avaliação pós-operatória do, 1281
espiritual, 754
Confrontação, 326
Confusão de função
desenvolvimento de, 694q
versus identidade, 134
Confusão de identidade, 697
Conhecimento
avaliação do, 593

base de conhecimento específico, 199
desenvolvimento do, 48-49
Conhecimento baseado em evidências, 194
Conhecimento cultural, 105-107
Conhecimento dos pacientes, 85-86, 198
Conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), 257
Conjuntiva, 548
Conjuntivite, 548
Conjunto de Dados (CD), 21, 21q, 360
Conjuntos de infusão intravenosa intermitente, 671-675
Consciência cultural, 104-105
Conselheiros, 37
Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), 2, 26, 305
Conselho Regional de Enfermagem/State Board of Nursing, 304
Conselhos de governança compartilhada, 280
Consentimento, 307-308
diretrizes legais para, 307q
Consentimento informado, 61, 307-308, 1267
Consentimento legal, 307q
Consequencialismo, 292
Consórcio, 106
Consórcio de Educação de Enfermagem para os Cuidados em Fim de Vida (End-of-Life Nursing Education Consortium/ELNEC), 744-745
Constipação, 1142, 1144
alimentação por sonda enteral e, 1071t

causa de, 1144q
manejo, 1151q
definição de prioridades para, 1152
exemplo de mapa conceitual para, 1153f
medicação para dor contendo opiáceos e diminuição da ingestão de fibra como causa de, 1151q
perguntas de avaliação para, 1148q
plano de cuidados de enfermagem para, 1151q
Construção do conhecimento, 285
Consulta, 251
calendário para, 251
profissionais da saúde, 250-251
telefone, 251q
Consultas por telefone, 251q
Consultórios, 18t
Contato com os olhos, 318
Contato físico, 84
Contemplação, 73t
Conteúdo, 45
Continuidade dos cuidados, 85
Contração isométrica, 780, 782
Contração isotônica, 780, 782
Contracepção, 708, 710
como uma questão de decisão, 712-713
envolvimento do profissional da saúde na, 710

sem receita médica, 710
Contrações de Braxton Hicks, 165
Contraturas, 405, 406q
articulares, 405, 406q
Contravenção, 300
Controle de eletrólitos, 945q
Controle de fluido, 945q
Controle de interrupção, 283q
Controle de ruído, 1001q
Controle glicêmico, 1258
Controles de cama, 840f
Contusão, 539t
Convalescença, 437q
Convecção, 481
Conversão, 766q
Convulsões, 387, 388q
Coordenação dos cuidados, 595
Coordenação dos cuidados clínicos, 281-283
Coração, *Ver tambím* Sistema cardiovascular
alterações relacionadas com a função no, 869-870
avaliação do, 563-567
ausculta, 565-567
ensino do paciente para, 567q
história de saúde para o histórico de enfermagem para, 564t
inspeção e palpação, 565

pré-operatório, 1264-1265
sequência de posições para, 565-566, 566f
sítios anatômicos para, 565, 565f
envelhecimento do, 875t
fluxo sanguíneo através, 866, 866f
posição anatômica do, 563-564, 564f
sistema de condução, 867, 867f, 869
Corcunda, 587
Cor da pele
avaliação da, 538-539
escura, 1178q
impacto da, 1181q
variações, 538t
Córnea, 548
Cornos, 544, 822t
Correção da insulina, 638, 638q
Correctol, 1157t
Corticosteroides, 1262t
Cosméticos, 1271
Cosmovisão, 106
Cossono, 999q
Costelas, 144
Cotovelo
amplitude de movimento
descrição, 408

exercícios de, 408t-409t
verificação de flexão com goniômetro, 798, 799f
Couro cabeludo
avaliação do, 540-542
ensino do paciente para, 543q
história de saúde no histórico de enfermagem para, 542t
inspeção do, 540-542
cuidado do, 818q, 833-835
problemas associados ao, 167t, 823t
C. perfringens, 435
Creatinacinase, 877t
Creatinina, 1266t
Creatinina sérica, 1266t
Credenciamento, 355
Crença, 730
perguntas do histórico de enfermagem para, 730q
religiosa, sobre saúde, 731t
Crenças de saúde, 66
higiene e, 815-816
variáveis que influenciam, 70
Crenças espirituais, 69, 746
Crenças religiosas, 727
perda e luto afetados por, 746-747
questões de avaliação de higiene, 818q
restrições dietéticas, 1055t

saúde e, 731t
Crepitação, 562f, 563t
Crescimento
fases do, 141
objetivos “Healthy People, 2020”, 1046q
urina e, 1098
Crianças, 147-149, *Ver tambím* Crianças
autonomia *versus* sentimento de vergonha e dúvida, 134
efeitos de imobilização em, 407
frequência respiratória, 493t
intervenções para a segurança do paciente, 379, 379t-380t
métodos de ensino para trabalhar com, 337q
mudanças no desenvolvimento, 783
necessidades de sono e padrões, 989
necessidades nutricionais, 1051
oxigenação em, 870
precauções de segurança para, 148f
pressão arterial em, 496t
riscos para, 370
variação da frequência cardíaca, 491t
Criança Saudável (AAP website), 368
Crianças com sobrepeso, 1051
Crianças em idade escolar, 150-153
e desenvolvimento sexual, 709
equipamento de segurança para bicicleta, 370, 371f

iniciativa *versus* culpa durante, 134
intervenções de segurança em, 379t-380t, 381
métodos de ensino para trabalhar com, 337q
mudanças no desenvolvimento, 783
necessidades de sono e padrões, 990
necessidades nutricionais, 1051
oxigenação em, 870
pressão arterial em, 496t
riscos para, 370
variação da frequência cardíaca em, 491t
Crianças fáceis, 132
Crianças, *Ver tambím* Adolescente(s); Lactentes; Recém-nascidos; Crianças em idade escolar; Crianças
abuso de, 146-147, 535q
administração de medicamentos para, 625, 625q
aprendizagem de, 336
aquecimento lento, 135
desenvolvimento sexual de, 708-709
dificuldades, 135
dose de cálculos para, 612-613
educação em saúde do paciente para, 345, 345f
em situação de pobreza, 119
erros de medicação envolvendo, 612-613
exame físico, 529
fácil, 132

faixa de frequência respiratória, 493t
imunizações para, 444
mudanças no desenvolvimento, 784
necessidades nutricionais, 1051
obesidade em, 153
pressão arterial em, 496t, 499
segurança para, intervenções para promover, 379t-380t
sobrepeso em, 1051
Criatividade, 201t, 202
Crime, 300
Crises, 763
acidental, 766
desenvolvimento, 766
situacional, 766
tipos de, 766
Crises adventícias, 766
Crises de desenvolvimento, 766
Crises situacionais, 766
Cristais, 1105t
Cristaloides, 947-948
Cristianismo
crenças de saúde no, 731t
práticas alimentares, 737t, 1055t
Critério da idade, 174
Cruzan *versus* Director of Missouri Department of Health, 302

Cruz Vermelha Americana (American Red Cross), 6, 375
C. tetani, 440
Cuidado, 80
comportamentos dos enfermeiros, 80q, 83t
desafios de, 86-87
de sobreviventes ao câncer, 90-99
espiritual, 86
na prática de enfermagem, 79-89
percepções do paciente, 83
pontos de vista teóricos sobre, 79-83
principal, 80
reforço, 82q
teoria de Swanson, 81, 82t
teoria de Watson, 46t-47t
transcultural, 80
transpersonal, 81
Cuidado ambulatorial
equipamentos de oxigênio para uso domiciliar, procedimento para, 919-921, 920f
idosos, apresentação alterada de doença em, 176q
Cuidado centrado na família, 126-129, 278
Cuidado centrado no paciente, 207, 278
aspectos culturais, 379q
competência cultural *versus*, 105
competências IOM para o século XXI, 22q

conceitos de, 24
definição com exemplos, 8t
exemplo de, 105q
formando competência em, 413q, 606q, 698q, 732q
prática baseada em evidências para, 9q
Cuidado com a prótese, 833
diretrizes de procedimentos para, 834q
escovação da prótese, 833, 834f
Cuidado com o registro e a documentação, 359
Cuidado culturalmente congruente, 103
Cuidado de controle, 15
Cuidado de familia, 86, 86f, 86q, 126, 128
abordagens para, 123-124
abordagens teóricas para, 120
câncer e, 93-94, 93f
cuidado restaurador, 129
cuidados agudos, 128-129
ensino do paciente para, 128q
modelo transacional de
competências do familiar
cuidador no câncer, 95, 96f
promoção da saúde, 128
promoção do cuidado, 129
valor econômico dos, 126
Cuidado dentário

avaliação do, 819-820, 819f
educação em saúde do paciente para, 554q
em idosos, 185
escovação dos dentes, 831, 857-859
Cuidado direto, 255, 262-263
Cuidado do bigode, 835
Cuidado do câncer pela família, 95, 96f
Cuidado domiciliar centrado no paciente, 21
Cuidado domiciliar/internação domiciliar (Home Care), 19-20
cuidados com o cateter, 1134
da traqueostomia, 914
idosos, alteração na apresentação das doenças em, 176q
para alimentação por sonda enteral via nasoenteral, gastrostomia ou tubos/sondas de jejunostomia, 1086
para aplicação de bandagens elásticas, 1229
para aspiração, 906
para bolsas de ostomia, 1173
para coleta de urina por jato médio (limpo), 1123
para curativos, 1222
para drenos torácicos, 918
para enemas de limpeza, 1165
para exercícios pós-operatórios, 1294
para inserção do cateter, 1132
para irrigação com cateter fechado, 1137
para irrigação da ferida, 1228

para terapia intravenosa, 972, 978
para tratamento de feridas, 1196q
para tratamento de lesões por pressão, 1218
por terapia da ferida por pressão negativa, 1226
terapia intravenosa, 646, 957, 957q
Cuidado do paciente cirúrgico, 1253-1296
avaliação do
intraoperatório, 1276-1277
modelo de pensamento crítico para, 1273f
pós-operatório, 1288-1289
avaliação do, 1259-1274
história clínica, 1259
história de saúde no histórico de enfermagem, 1258
perguntas para, 1260q
pós-anestésica, 1277q
pós-operatório, 1278-1281
triagem diagnóstica, 1265, 1266t
colaboração para, 1267, 1274-1276, 1281
cuidados agudos, 1270-1276, 1282-1288
cuidados culturalmente sensíveis, 1264q
cuidados reparadores e contínuos, 1288
definição de prioridades para, 1274
diagnósticos de enfermagem relevantes para, 1265, 1274, 1281
fontes de apoio para, 1263
idosos, 1283q

implementação de, 1267-1276, 1282-1288
intraoperatório, 1274-1277
diagnósticos de enfermagem relevantes para, 1274
documentação de, 1276
preparo físico, 1274-1275
medicamentos com implicações especiais para, 1262t
metas e resultados esperados para, 1266, 1274, 1281
no pós-operatório, 1270, 1277-1294
acompanhamento e tratamentos, 1270
convalescença, 1278-1289
ordens típicas, 1281
orientações para pacientes em acompanhamento ambulatorial, 1278q
retorno a atividade, 1270
para os pacientes ambulatoriais, 1278q
planejamento, 1265-1267, 1274
modelo de pensamento crítico para, 1267f
pós-operatório, 1281
pós-anestésico, 1277q
posicionamento, 1276
pré-operatório
avaliação, 1273
avaliação da dor, 1263
instruções e exercícios, 1269
jejum, 1271

preparo físico, 1271-1273
preparo no dia da cirurgia, 1271-1273
processo de enfermagem para, 1258-1273
preparo físico, 1271-1275
processo de diagnóstico de enfermagem para, 1266q
processo de enfermagem para, 1274-1276, 1278-1289
recuperação de cirurgia ambulatorial (fase II), 1278
recuperação no pós-operatório imediato (fase I), 1277-1278
resultados esperados para, 1273, 1276-1277, 1289
trabalho em equipe para, 1267, 1274, 1281
transporte para sala de cirurgia, 1273-1274
Cuidado focado na família, 125-126
Cuidado indireto, 255, 264-265, 264q
Cuidado integral dos pacientes, 278
Cuidado, *Ver tambím* Cuidados de saúde
acesso ao, 296
coordenação dos cuidados clínicos, 281-283
direto, 255
do corpo após a morte, 758q-759q
enfermagem como prestação de, 3
ética do cuidado, 83-84
eventos reportáveis graves, 372q
fornecimento de, princípios orientadores para, 79, 80f
indireto, 255
metas de, 242

Cuidado oral ou com a boca
em pacientes inconscientes ou debilitados, 857-859, 859f
questões de avaliação de higiene, 818q
Cuidado perineal, 830, 846-854
Cuidadores, 35
enfermeiros como, 3
familiares, 338q
papel para, 128q
para idosos, 119
preocupações dos, 119
Cuidado restaurador, 19-20
administração de medicamentos no, 624-625
atividade e exercício no, 797
cuidados familiares, 129
cuidados paliativos, 751
eliminação intestinal no, 1158-1161
eliminação urinária, 1118-1119
exemplos de, 17q
higiene, 828
manejo da dor em, 1036-1037
no pós-operatório, 1288
nutrição para, 1072-1073
para adultos de meia-idade, 169-170
para adultos jovens, 166
para alterações sensoriais, 1247-1249

para a mobilidade e imobilidade, 423-424
para a saúde espiritual, 736-737
para a sexualidade, 720
para idosos, 189
para o autoconceito, 704
para o estresse e enfrentamento, 774
por alterações da temperatura corporal, 489
prevenção terciária, 71t
problemas de sono em, 1001-1002
reabilitação cardiopulmonar, 895
Cuidados agudos, 18
administração de medicamentos, 624
alterações da temperatura corporal, 488-489
alterações sensoriais, 1247
assistência à família, 128-129
atendimento ao paciente cirúrgico, 1270-1276
atividade e exercício, 795-796
autoconceito e, 704
comunicação, 1247-1248
cuidados ao paciente cirúrgico no pós-operatório, 1282-1288
cuidados nutricionais, 1064-1072
cuidados paliativos, 752
desequilíbrios hídroeletrolíticos e acidobásicos, 946-957
eliminação intestinal, 1155-1158
eliminação urinária, 1111-1118

em idosos, 188-189
estresse e enfrentamento, 774
exemplos de, 17q
higiene, 828, 828q
hipotermia, 489
imobilidade, 416-424
lesões por pressão, 1197
manejo e tratamento da dor, 1027-1032
manejo e tratamento das feridas, 1197-1212
mobilidade, 416-424
na febre, 488-489
oxigenação, 882-895
para adultos de meia-idade, 169
para adultos jovens, 165
prevenção e controle de infecção, 447
problemas de sono, 1000-1001
saúde espiritual, 736
segurança do paciente, 384-388
sexualidade, 720
Cuidados ao barbear, 835

Cuidados cirúrgicos culturalmente sensíveis, 1264q
Cuidados com a pele, 814t, 828-830
avaliações de higiene, 818q
limpeza básica, 1205-1206
tópica, 1195-1196
Cuidados com a sutura, 1206-1207
Cuidados com lentes de contato, 836, 837q
Cuidados com os olhos, 815, 835-839
básicos, 835-839
cuidados de higiene, 815
fatores de risco para, 821t
lavagem dos olhos, 846-854
Cuidados contínuos, 21
cuidados familiares, 129
exemplos de, 17q
manejo da dor em, 1036-1037
nutrição para, 1072-1073
para adultos de meia-idade, 169-170
para adultos jovens, 166
para alterações da temperatura corporal, 489
para alterações sensoriais, 1247-1249
para atividade e exercício, 797
para autoconceito, 704-705
para eliminação intestinal, 1158-1161
para higiene, 828

para imobilidade, 423-424
para o enfrentamento do estresse, 774
para pacientes cirúrgicos, 1288
para pacientes com alterações urinárias, 1118-1119
para problemas de sono, 1001-1002
para reabilitação cardiopulmonar, 895-897
para saúde espiritual, 736-737
para sexualidade, 720
Cuidados de conforto, 754
exemplo, intervenções para, 245q
medidas para, 1205
no pós-operatório, 1286
nos quartos dos pacientes, 839
para dormir, 999, 1001
para pacientes cirúrgicos, 1270
para pacientes terminais, 755t
protocolos "Não Reanimar – (NR)" de Cuidados de Conforto na Parada Cardíaca, 302
protocolos NR de Cuidados de Conforto, 302
Cuidados de longa duração, documentação, 360
Cuidados de repouso, 21
Cuidados de saúde baseados na comunidade, 31-33
Cuidados de saúde de qualidade, 23-24
definição de, 23-24
diretrizes para documentação e apresentação de relatórios, 355-357

Cuidados de saúde, *Ver também* Cuidado
avaliação da segurança ambiental para, 374-375
com base na comunidade, 31-33
configurações e serviços, 16-22
custos de, 7
disparidades de saúde em, 102
ética em, 294-296
futuro dos, 27
globalização dos, 26
liberação
prioridades nacionais para, 15
questões, 22-26
modelos holísticos, 67
práticas dietéticas religiosas afetando, 737t
qualidade e segurança nos, 23-24
razões para busca de, 216-217
reforma, 295
regulação do, 15
serviços cultural e linguisticamente adequados em, 104q
sistemas redesenhados, regras de desempenho para, 23q
Cuidados de sobrevida, 97
Cuidados em enfermagem
implementação de, 255-269
modelos de alta no, 278
planejamento, 238-253

Cuidados em fim de vida, 120, 295
documentação no, 758q
tomada de decisões, 757
Cuidados físicos, 262
Cuidados intensivos, 20
Cuidados intraoperatórios
avaliação de, 1276-1277
diagnósticos de enfermagem relevantes para, 1274
documentação de, 1276
fase cirúrgica, 1274-1277
preparo físico, 1274-1275
Cuidados na estomia, 1159
considerações de cuidado domiciliar, 1173
ensino de pacientes a fornecer, 1159q
Cuidados nasal, 814-815, 838-839
Cuidados paliativos, 1036-1037
ajustes agudos e restauradores, 752
Scope and Standards for Hospice and Palliative Care Nursing/Abrangência e Padrões de Enfermagem em Cuidados Paliativos e Hospice, 744-745, 746-747
Cuidados pós-morte, 758
Cuidados pós-operatórios
acompanhamento e terapias, 1270
convalescença, 1278-1289
cuidados agudos, 1282-1288
ensino, 343f

fase cirúrgica, 1277-1294
recuperação imediata (fase I), 1277-1278
resultados esperados, 1289
retorno à atividade, 1270
tratamento, 1270
Cuidados pré-operatórios
administração de medicamentos, 1272
avaliação abdominal, 1265
avaliação cardiovascular, 1264-1265
avaliação da dor, 1263
avaliação de tórax e pulmões, 1264
avaliação do sistema neurológico, 1265
avaliação tegumentar, 1264
conhecimento deficiente sobre, 1268q-1269q
documentação, 1272
ensino dos pacientes, 1267-1270
exame físico, 1263-1265
exercício, 1269
fase cirúrgica, 1258-1273
indicações para a nutrição parenteral total, 1067q
jejum, 1271
levantamento geral, 1263-1264
orientações do paciente, 1269
planos de ensino para, 1265-1266
preparo da bexiga, 1272

preparo no dia da cirurgia, 1271-1273
retirada da prótese, 1271
sinais vitais, 1272
Cuidados preventivos, 17
ações de enfermagem para, 264
exames recomendados, 530t
exemplos de, 17q
medidas para, 264
níveis de, 71-72, 71t
segurança, 1242
serviços, 18t
Cuidados primários, 17, 18t
Cuidados terciários, 17-19
Cuidados tópicos com a pele, 1195-1196
Cuidados transculturais, 80
Cuidados transpessoais, 81
Teoria de Watson, 46t-47t
Cuidados traqueais de Ballard, 887f
Culpa
desenvolvimento de, 694q
versus iniciativa, 134
Cultura, 101-115, 730-731
Cultura chinesa, 581, 758q-759q
Culturas de feridas, 1191, 1192q
Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL),

55, 55t
Cura latino-americana tradicional, 681t-682t
Curativo de acesso venoso periférico (IV), 979-981
Curativos, 453, 453q-455q, 1200-1205, 1203t
aplicação de, procedimento de, 1218-1222, 1219f-1221f
colocação de, 461
considerações em, 1201q
etapas para, 471-472
filme transparente, 958-981, 967f, 1201-1202, 1202f
finalidade do, 1201
fixação, 1205
gaze, 1201
hidrocoloide, 1202
hidrogel, 1202
intravenoso periférico, 979-981, 979f
mudança de, 951-952
recomendações para os cuidados domiciliares, 1196q
rótulos de, 958-981, 968f
seco, 1218-1222
terapia intravenosa, 951-952, 979-981, 979f
tipos de, 1201-1202
troca de, 951-952, 1202-1204
prevenção e controle da infecção para reduzir reservatórios da infecção, 449q
procedimento no, 979-981, 979f

úmido, 1218-1222
Curativos compressivo, 1201
Curativos de alginato, 1202
Curativos de espuma, 1202
Curativos de feridas, 1204
Curativos de hidrogel, 1202
Curativos hidrocoloides, 1202
Curativos secos, 1218-1222
Curativos transparentes, 958-981, 967f, 979f, 1201-1202, 1202f
Curativos úmidos, 1218-1222
Cura tradicional da América Latina, 681t-682t
Curiosidade, 194t, 201t, 202
Cutículas, 814-815

D

Dados
de diagnóstico, 218
de registro, 219
empíricos, 58
fontes de, 212-213
interpretação de, 229
interpretáveis, 218-219
laboratoriais, 218
objetivos, 212
subjetivos, 211

tipos de, 211-212
validação, 218-219
Dados de diagnóstico, 218
Dados empíricos, 58
Dados laboratoriais, 218
Dados objetivos, 212, 356t
Dados subjetivos, 211, 356t
Dano, 305-306
intencional, 305
não intencional, 306
quase intencional, 305-306
Danos à pele associados à umidade, 1202q
Danos intencionais/lesões intencionais, 305
Darling v. Charleston Community Memorial Hospital, 300
Deambulação
benefícios na expansão pulmonar, 887
exercícios terapêuticos, 416q
métodos para ajudar os pacientes a, 796-797, 797f
Débito, 45
Débito cardíaco, 489, 495, 866
alterado, 869
fórmula para, 866
Debridamento, 1198
Declarações de propósitos, 56
Decúbito, 789

Decúbito dorsal, 422, 528t
áreas de problemas para os pacientes, 422
procedimento para, com o apoio, 429
secreções no, 404, 404f
travesseiros, 428f
Decúbito lateral, 528t
Dedos de pombo, 403t
Dedos do pé, amplitude de movimento
descrição, 410
exercícios para, 408t-409t
Defecação, 1142
posição durante, 1143
promoção de, 1153-1155
Defeitos congênitos, 783
Defesas do sistema corporal, 438
Deficiência, 295
educação em saúde de pacientes com, 344-345, 345q
limitações, 71t
relacionada com a aprendizagem, 345q
Deficiência auditiva, 1235q, 1246
adaptações para audição reduzida, 1246
avaliação da, 1240f
de segurança preventiva para, 1244
idosos, 323q
métodos de comunicação para pacientes com, 328q, 1246q

perda auditiva condutiva, 1245
Deficiência de ferro, 1046q
Deficiência do paladar, 1235q
Deficiência sensorial, de, 1234, 1235q
Deficiência visual, 546q, 1235q, 1242
adaptações para perda visual, 1246
intervenções recomendadas para, 1242-1245
medidas de segurança para os pacientes com, 1247
segurança preventiva para, 1242
técnicas de comunicação com pacientes, 328q
Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), 340
Déficit de conhecimento, 1266q
Déficit de conhecimento, 340-341
em relação aos requisitos de cuidados pós-operatórios relacionados com a falta de exposição à informação pré-operatória e, 1268q-1269q
plano de cuidado de enfermagem para, 342q, 1268q-1269q
plano de educação pré-operatório para, 1265-1266
procedimento cirúrgico, 342q
relacionado com o uso de muletas relacionado com falta de experiência, 340q
Déficit de pulso, 491
Déficits neurológicos, 1235q
Definição do diagnóstico
erros na, 233-234
formulação do, 229-231

Definições, 42
Degeneração macular, 546q, 1235q
Deglutição, 1058q
Deiscência, 1183-1184
Deiscência, pós-operatória, 1283t-1284t
Deitado, 411, 411f
Delegação, 284-285
  aos membros da equipe, 264
  definição de, 284
  dicas para, 284-285
  direitos de, 284q
Delírio, 179
  características clínicas de, 180t
  critérios, 592q
  definição de, 592q
Demência, 179, 180t
Demografia
  alterações na, 7
  idosos, 173
Demografia
  alterações na, 7
  idosos, 173
Demonstração de retorno, 344
Densidade de nutrientes, 1046
Dente, 554-555

escovação, 831, 857-859
problemas em idosos, 185
Deontologia, 29
Dependência física, 1036, 1036q
Depressão, 179
características clínicas da, 180t
em adultos de meia-idade, 169
Depressão pós-parto, 161q
Dermabond®, 1191
Dermatite de contato, 820t
Dermátomos, 594, 595f
Desabrigado, 35, 119
Desaprovação, 327
Desastres, 369, 375, 388
Descarte de
das luvas, 473-474
de agulhas e materiais cortantes, 643-644, 644f
de informações, 354-355
Descentrado, 766q
Descentralização, 278-279
Descompressão gástrica, 1166-1171, 1167f, 1169f
Descondicionamento, 779
Desconfiança, 134, 694q
Descrença, 336t
Desejo cultural, 105, 111

Desempenho de função, 696-698
Desenvolvimento, 141-158
alteração de cuidados agudos, 421
alterações associada à imobilidade, 407
atividade e exercício afetados pelo, 784-785
capacidade de aprendizagem afetada por, 336
crenças e práticas de saúde afetadas, 69
estágio fetal, 141
estágio pré-embrionário, 141
estrutura de, 141
fase embrionária, 141
fases do, 141
higiene afetada por, 816-817
intervenções de segurança do paciente, 379-384
luto afetado por, 745
métodos de ensino baseados no, 337q
micção afetada pelo, 1098
necessidades nutricionais durante, 1050-1053
oxigenação afetada pelo, 870
perda e luto afetados por, 745
perspectivas sobre, 135
saúde afetada, 69
Desenvolvimento biofísico, 132
Desenvolvimento da carreira, 3-5
carreiras de adultos jovens, 160

transições do adulto jovem, 167
Desenvolvimento de habilidades motoras, 145, 145t
Desenvolvimento pré-operacional, 136
Desenvolvimento psicossexual, 133-134, 133t
Desenvolvimento psicossocial, 133t, 134
Desenvolvimento sensório-motor, 136
Desenvolvimento sexual, 708-710
Desequilíbrio, 1235q
Desequilíbrio de magnésio, 933-935
Desequilíbrio eletrolítico, 933, 934t
com alimentação por sonda enteral, 1071t
cuidado restaurador, 957
cuidados agudos, 946-957
diagnóstico de enfermagem para, 943
e nutrição parenteral, 1072, 1072t
fatores de risco cirúrgicos, 1257
fatores de risco para, 939t
implementação de, 944-957
intervenções a favor, 955
processo de diagnóstico de enfermagem para, 943q
sinais cardíacos e respiratórios da, 942t
sinais gastrointestinais de, 942t
sinais neuromusculares, 942t
Desequilíbrio no volume, 932t
Desequilíbrio nutricional

plano de cuidados de enfermagem para, 1063q-1064q
processo de diagnóstico de enfermagem, 1060q
Desequilíbrios acidobásicos, 936-937, 937t
cuidado restaurador, 957
cuidados agudos para, 946-957
diagnósticos de enfermagem nos, 943
fatores de risco para, 939t
intervenções para, 955-957
sinais neuromusculares de, 942t
sinais respiratórios e cardíacos de, 942t
Desequilíbrios de fluidos, 931, 932t
cuidado restaurador, 957
cuidados agudos, 946-957
diagnósticos de enfermagem de, 943
fatores de risco cirúrgicos, 1257
fatores de risco para, 939t
processo de diagnóstico em enfermagem para, 943q, 945q
Desespero, 745t
plano de cuidados de enfermagem para, 750q
relacionado com a deterioração da condição física, 749q
desenvolvimento do, 694q
versus integridade, 134-135
Desfibriladores externos automáticos (DEA), 895, 897q
Desidratação, 931, 932t
clínica, 931, 932t

em idosos, 176-177, 189
hiperosmolar, e alimentação por sonda enteral, 1071t
Desidratação hiperosmolar, 1071t
Designações de dose, propensas a erros, 614t-615t
Desinfecção, 447-451
categorias de, 447q
de alto nível, 447-448
exemplo de processos, 448t
fatores que influenciam, 448
Desinfecção de alto nível (DAN), 448
Desintoxicação, 604
Deslizamento (Effleurage), 830
Desnutrição, 1186-1187
Desobediência civil, 137-138
Desorganização e desespero, 745t
Destreza, 1147
Desvios intestinais, 1145-1146
processos alternativos, 1145-1146
Deterioração da condição física, 749q
Determinantes sociais da saúde, 32-33, 103
Diabetes melito
dieta terapêutica para, 1066q
restauração da atividade em, 800-801
terapia clínico-nutricional para, 1073
terapia nutricional para, 1072

tipo 2, 787q
Diaforese, 481, 539t
Diafragma (contraceptivo), 710
Diagnóstico relacionado com grupos (DRG), 15, 352
Diagnósticos de enfermagem, 223-237, 224f
aplicação no planejamento de cuidado, 235
atividade e exercício, 790
atuais, 225
baixa prioridade, 239
características, 245q
características definidoras de, 492
Classificação dos Resultados Esperados, 270t
comunicação durante, 314q
conhecimento deficiente (psicomotor), 340q
cuidado ao paciente cirúrgico, 1266q
deficiência de banho no autocuidado, 824q
definição de, 223
desequilíbrio eletrolítico, 943q
desequilíbrio nutricional, 1060q
desequilíbrios de líquidos, 943q
disfunção sexual, 716q
enfrentamento ineficaz, 769q
exemplos, 225, 229q
fins de, 225
foco no problema, 225, 228

formato internacional NANDA para, 225, 231t
história de saúde, 224-225
indicação de necessidade de educação, 340-341
insônia, 994q
integridade da pele prejudicada e feridas, 1191-1192
lista internacional da NANDA, 224, 226q-227q
mapa conceitual, 232, 233f
mobilidade física prejudicada, 413q, 790q
orientado pelo problema, 225, 228
para dor, 1020
pensamento crítico e, 224f, 228-232
perda, morte e luto, 749q
prática de enfermagem e, 225q
prevenção de infecção e controle relacionados com, 443-444
prioridade intermediária, 239
problemas colaborativos *versus*, 230f
promoção da saúde, 225-228
pulso e, 492
redefinição, 272
relacionados com a comunicação, 323
relacionados com a segurança do paciente, 375-376
relacionados com a segurança, 375-376
relacionados com educação do paciente, 340-341
relacionados com o autoconceito, 700
relevância cultural de, 232-233

risco, 225
termorregulação ineficaz, 486q
tipos de, 225-228
Diagnósticos de enfermagem de baixa prioridade, 239
Diagnósticos de enfermagem prioritários-intermediários, 239
Diagnósticos de risco em enfermagem, 225
Diagnósticos médicos, 223
Diagramas, 346t
Dialose (docussato de potássio), 1157t
Diário reflexivo, 203
Diarreia, 939t, 1144
agentes antidiarreicos para, 1155
déficit no volume de líquido relacionado com o aumento da produção GI de, 945q
e alimentação por sonda enteral, 1071t
questões do histórico de enfermagem para, 1148q
Diástole, 564
Dieta com alto teor de fibra, 1066q
Dieta com redução de sódio, 1066q
Dieta de baixo colesterol, 1066q
Dieta de líquidos claros, 1066q
Dieta líquida total, 1066q
Dieta livre de glúten, 1066q
Dieta mecânica leve, 1066q
Dieta mole/baixo resíduo, 1066q

Dieta vegetariana, 1053
Dieta(s), 1147, *Ver também* Nutrição
avanço, 1065
eliminação intestinal e, 1143
pensamento crítico para, 787-788
práticas religiosas, 737t, 1055t
saúde espiritual através, 736
terapêutica, 1066q
vegetariana, 1053
Difamação/calúnia, 306
Difamação de caráter, 305-306
Diferenças culturais
alterações sensoriais e, 1236q
atividade e exercício afetados pelas, 787
avaliação da
considerações sobre, 217
perguntas para, 338q
cuidados cirúrgicos paciente e, 1263
doença pulmonar afetada pelas, 878q
educação do paciente afetada pelas, 345q
espiritualidade e, 732q
estresse e enfrentamento e, 767q
higiene e, 816, 818q, 823
mobilidade e, 416q
perda e luto afetados por, 746

sensibilidade para, 526
Dificuldades de aprendizagem
ensino de pacientes para pacientes com, 345q
literatura em saúde e, 339-340
Difusão, 492, 928
Difusão passiva, 1049t
Digestão, 1047-1049
Dignidade, 754
Dilemas éticos
passos-chave para, 293q
recursos institucionais para, 294
Dióxido de carbono, 927t, 935
Direito
administrativo, 299-300
Bom Samaritano, 304
civil, 300
comum, 300, 305-309
criminal, 300
estatutário, 299-300
fontes de, 299-300
regulatório, 299-300
saúde pública, 304
Direito administrativo, 299-300
Direito civil, 300, 305-309
Direito comum, 300, 305-309

Direito de delegação, 284q
Direito regulatório, 299-300
Direitos da pessoa que está morrendo, 746-747, 747q
Direitos do paciente, 621
Diretivas avançadas, 302-303
Diretrizes alimentares, 1049
Diretrizes Alimentares para Americanos, 2010, 1050
Diretrizes de práticas clínicas (DPC), 256, 358
Diretrizes legais para gravação, 351t
Disartria, 328q
Disciplina, 201t, 201-202
Disco intraocular, 603t, 654f
Discriminação de dois pontos, 596t
Discurso, 534
Discussão individualizada, 344
Disfagia, 1058, 1060q
Disfunção cognitiva relacionada com a quimioterapia (DCRQ), 92
Disfunção eréctil (DE), 713
Disfunção sexual, 713
  avaliação da, 715
  diagnósticos de enfermagem relacionados com, 716, 716q
  incidência de, 713
  plano de cuidados de enfermagem para, 718q
Disonate® (docussato de sódio), 1157t
Disparador centrado no conhecimento, 54

Dispareunia, 709
Disparidades de saúde, 33, 101-102
Displasia congênita do quadril, 403t
Dispneia, 873, 882
Disponibilidade para aprender, 335
Dispositivo de drenagem Jackson-Pratt, 1191, 1191f
Dispositivo intrauterino (DIU), 710
Dispositivos auxiliares, 1244-1245
  avaliação do uso de, 1240
  para caminhadas, 797-801
Dispositivos de acesso vascular (DAV), 948-949
  inserção de, 958-981, 963f
  locais potenciais de contaminação, 951f
  procedimento para, 958-981, 963f
Dispositivos de autossucção para drenagem, 1191
Dispositivos de compressão sequencial (DCS), 417, 418q-419q, 418f
Dispositivos de drenagem, autossucção, 1191
Dispositivos de fixação de tubo, 1169f
Dispositivos de monitoramento eletrônico, 309
Dispositivos de movimento passivo contínuo (MPC), 420, 420f, 796
Dispositivos eletrônicos de infusão (DEI), 26, 950, 969-972, 971f
Dispositivos sem agulha, 643
Dissociação, 766q
Distensão abdominal, 579-580
  no pós-operatório, 1283t-1284t

Distração, 1025
Distribuição
de eletrólitos, 933t
de fármacos, 604
Distribuição de fluido, 929
Distúrbio do desejo sexual hipoativo (DDSH), 713
Distúrbio respiratório relacionado com o sono, 987q
Distúrbios alimentares
avaliação de, 1052q
em adolescentes, 156
Distúrbios/câncer da faringe, 530t
Distúrbios cardiovasculares
projeções recomendadas para prevenção de, 530t
terapia clínico-nutricional para, 1073
Distúrbios da articulação, 783
Distúrbios de movimento, relacionados com o sono, 987q
Distúrbios do movimento relacionado com o sono, 987q
Distúrbios do sono, 987-989
abordagens farmacológicas, 999-1000
avaliação para, 993q
classificação dos, 987q
cuidado restaurador ou continuado, 1001-1002
cuidados agudos nos, 1000-1001
descrição, 993
diagnósticos de enfermagem de pacientes com, 994

implementação para, 997-1002
metas e resultados esperados para, 994-995
promoção de conforto para, 999, 1001
resultados esperados do paciente, 1002
ritmo circadiano, 987q
Distúrbios musculares, 1067q
Distúrbios ósseos, 783
Disúria, 1095-1097, 1102t
Diuréticos, 497t
durante a cirurgia, 1262t
interações fármaco-nutrientes, 1054t
sono afetado pelos, 990q
Diversão urinária, 1097-1098, 1098f, 1116
Diversidade cultural, 344-345
Diverticulite, 1073
Doação de órgãos, 303, 757
Doação de tecido, 757
Dobra do canto, modificado, 841q-843q, 843f
Dobra do lençol, opcional, 842, 842f
Dobra nos pés, opcional, 843f
Documentação, 234, 350-365
achados da história, 219
atual, 356-357
conclusões da avaliação física, 598
cuidado domiciliar, 360

cuidados de saúde de longo prazo, 360
cuidados em fim de vida, 758q
cuidados intraoperatórios, 1276
dados, 219
definição de, 350
de resultados, 273
diretrizes avançadas, 302-303
diretrizes para, 355-357
documentação correta, 620-621
eletrônica, 352-353
folha de registro de informações sobre segurança de material, 373
legal, 350, 351t
manifestação do desejo/vontade em vida, 302
métodos de, 357-358
narrativa, 357
notas PIE (Problema, Intervenção, Evolução), 357q, 358
ordem de não ressuscitar (NR), 302
padrões de, 354
plano de cuidados de enfermagem, 246
pré-operatório, 1272
prescrição de medicamento, 624
prescrições permanentes, 256
procuração legal para serviços de saúde, 302-303
procuração permanente para cuidados de saúde (DPAHC), 302
registro da evolução, 357q, 358

sumário de cuidados, 97, 358
variações, 358-359, 358q
Documentação de variância, 358q
Documentação eletrônica, 352-353
Docussato de cálcio (Surfak®), 1157t
Docussato de potássio (Dialose®), 1157t
Docussato de sódio (Colace®), 1157t
Doença, 73-75Ver também doenças específicas
adaptação psicossocial para, 335, 336t
aguda, 73-74
atualmente, 217
comportamentos associados a, 65, 74
crônica, *Ver* Doença crônica
doença *versus*, 103
educação do paciente para, 332
funcionamento sexual afetado pela, 714q
modelos de, 66-69
paciente e família afetados pela, 74
prevenção, 69-71
sono afetado pela, 986-987
variáveis que influenciam, 74
Doença aguda, 73-74
equilíbrio hídroeletrolítico e acidobásico afetado pela, 941
espiritualidade afetada, 727
família afetada, 120

Doença arterial coronariana, 183-184
Doença atual, 217
Doença cardíaca
coronariana, 801
idosos, 183-184
Doença crítica, 1067q
Doença crônica, 73-74
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado por, 939t
espiritualidade afetada, 727
família afetada por, 120
higiene afetada por, 817
oxigenação afetada por, 868
restauração da atividade em, 800-801
Doença de Alzheimer
em idosos que vivem em residências comunitárias, 36t
funções e intervenções de enfermagem para, 36t
Doença de Crohn, 163
Doença de Parkinson, 782-783
Doença física, 993-994
Doença psicológica, 993-994
Doença pulmonar
impacto cultural na, 878q
restauração da atividade obstrutiva crônica em, 801
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado pela, 939t
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

equilíbrio hídroeletrolítico e acidobásico afetado por, 939t
restauração da atividade na, 801
Doença terminal
angústia espiritual relacionada com, 734q
definição de, 305
espiritualidade e, 727-728
promoção de conforto durante, 755t
Doença(s)Ver também doenças específicas
cardiopatia coronariana, 801
doença, 103
em idosos, 184
gastrointestinal, 1072-1073
impacto cultural na, 878q
infecciosa, 435
micção afetada por, 1095-1098
neuromuscular, 868
terminal, 305
transmissíveis, 435
Doenças mentais, 35
Doenças neuromusculares, 868
Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), 36t, 708, 711
em adolescentes, 156
em adultos jovens, 163, 169
em crianças em idade escolar, 152-153
prevenção de

educação do paciente para, 583q-584q
questão decisória, 713
Doenças transmissíveis, 435
Dor
aguda, 223, 1009
fatores relacionados, 231t
manejo da, 1027-1036
plano de cuidados de enfermagem para, 1022q-1023q
respiração afetada pela, 493q
atividades da vida diária afetadas pela, 1019-1020
avaliação da, 873, 1014-1020
abordagem clínica de rotina para, 1015q
avaliação centrada no problema do paciente, 211t
em pacientes não verbais, 1016q
erros na, 1016, 1016q
modelo de pensamento crítico para, 1015f
pacientes culturalmente diversos, 1014q
pré-operatório, 1263
avanço da, 1033, 1034q
características da, 1017-1019
classificação
por localização, 1017t
por patologia, 1010, 1010t
conhecimentos, atitudes e crenças sobre, 1010-1011
crônica, 1009-1010, 1020q

diretrizes práticas, 1009-1010
episódica, 1010
manejo da, 1033-1035
deaferentação, 1010t
definição de, 1006
diagnósticos de enfermagem, 1020
dor referida, 1010, 1017t
efeitos comportamentais da, 1009, 1019, 1019q
efeitos da, 1019-1020
eliminação intestinal e, 1143
pensamento crítico para, 787-788
em idosos, 185-186, 1011q
em lactentes, 1012t
equívocos sobre, 1012t
espontânea, 1034q
estímulos controladores, 1026q
experiência anterior de, 1013
expressão de, 1016-1017
falha, 1034q
fatores culturais, 1013
fatores espirituais, 1013
fatores psicológicos na, 1013
fatores que influenciam, 1011-1013, 1011q
fatores sociais, 1013
fisiologia da, 1007-1008, 1009t, 1, 019-1, 021

idiopática, 1010
incidente, 1034q
início e duração da, 1017
intensidade, 1018
intratável no pós-operatório, 1283t-1284t
irradiação da, 1017t
lesões por pressão e, 1189-1190
localização, 1017
mantida simpaticamente, 1010t
mobilidade física prejudicada relacionada com, 416q
modulação da, 1008
natureza, 1007
neurofisiologia da, 1007q
neuropática, 1010t
nociceptiva, 1010t
pelo processo patológico, 1010
preconceitos e equívocos sobre, 1011q
profunda ou visceral, 1017t
qualidade da, 1018-1019
recepção da, 1008, 1008f
reflexo de proteção ao estímulo da, 1008, 1008f
relacionada com o câncer, 1010, 1033-1035, 1034f-1035f
sintomas que contribuem para, 1019
somática, 1010t
superficial ou cutânea, 1017t

teoria do portão, controle da, 1008-1009
tipos de, 1010
transdução da, 1007
transitória, 1009
transmissão da, 1007-1008, 1007f
visceral, 1010t
Dor aguda, 223, 1009
fatores relacionados a, 231t
manejo da, 1027-1036
plano de cuidados de enfermagem para, 1022q-1023q
respiração afetada pela, 493q
Dor aguda/transitória, 1009
Dor antecipada ou presumida, 744
Dor crônica, 1009-1010, 1020q
diretrizes para a prática de, 1009-1010
episódica, 1010
manejo, 1033-1035
Dor cutânea, 1017t
Dor espontânea, 1034q
Dor incidental, 1034q
Dor irradiada, 1017t
Dor nas pernas, 413q
Dor neuropática, 1010t
Dor nociceptiva, 1010t
Dor no quadril, 413q

Dor por deaferentação, 1010t
Dor profunda, 1017t
Dor referida, 1010, 1017t
Dorsoflexão, 589t
Dor somática, 1010t
Dor superficial, 1017t
Dor visceral, 1010t, 1017t
Dose unidade, 616
Doulas, 161
Doutorado (PhD), 10
Doutorado profissional (DP), 10
Drenagem da ferida
  caráter de, 1190
  evacuação de, 1207
  purulenta, 1183, 1184t, 1190
  sanguínea, 1184t, 1190
  serosa, 1184t, 1190
  serossanguinolenta, 1184t, 1190
  tipos de, 1183, 1184t, 1190
Drenagem de evacuação/evacuadores, 1207, 1208f
Drenagem postural, 884, 885t-886t
Drenos, 1190-1191
Drenos de Penrose, 1190-1191
Drenos torácicos, 890-891, 890f
  considerações especiais para, 891-892

considerações nos cuidados domiciliares para, 918
procedimentos no cuidado de pacientes com, 914-918
Dspositivo protetor IV House, 979-981, 980f
Dulcolax® (Bisacodil), 1157t
Duodeno, 1142
Dúvida, 134

E

Ecocardiografia, 878t
Ecografia renal, 1106t
Economia
crenças em saúde e práticas de saúde afetada por, 69-70
mudanças na, 119
Ectrópio, 547
Edema, 438
avaliação do, 539-540
corrosão, 539-540, 540f
em desequilíbrios hídroeletrolíticos e acidobásicos, 929, 942t
Edema, 539-540, 540f
Edema (distensão), abdominal, 579-580, 1283t-1284t
Educação
continuada, 10
de idosos, 182-183
documentação para, 352
enfermagem, 10-11

enfermeira, 10-11
equipe, 281
graduação, 10
serviço, 10
Educação contínua, 10
Educação de enfermagem, 10-11
Educação do paciente, 331-349 *Ver também Ver também* Ensino
administração de medicamentos, 623-624
aprendizagem, 345q
aspectos culturais, 345q
avaliação da, 346-347
com dificuldades de
com pacientes analfabetos
crianças, 345, 345f
critérios para relato ou registro, 356t
cuidados da estomia, 1159q
da próstata e colorretal e, 587q
diagnósticos de enfermagem relacionados com, 340-341
durante a gravidez, 165
eliminação urinária, 1110
ensino pré-operatório, 1265-1270
ferramentas de ensino para, 346t
fins de, 332
idosos, 346, 347q
implementação de, 342-346

lesões por pressão, 1200
métodos de ensino para, 343-344
na administração segura de insulina, 623q
na alterações de autoconceito, 704q
na analgesia controlada pelo paciente, 1030-1031, 1031q
na higiene oral/dental, 554q
na insuficiência vascular, 570q
na prevenção da osteoporose, 416q, 589q
na prevenção e controle de infecção, 458q
na saúde do pulmão, 559q
na visualização criativa, 685q
nas alterações do estilo de vida, 73q
no autocuidado do nariz, 553q
no autocuidado sinusal, 553q
no autocuidado, 753q
no cuidado com lentes de contato, 837q
no manejo do estresse, 773q
nos cuidados com o ouvido/orelha, 551q
padrões de, 331
para a segurança com muleta, 798q
planejamento, 340
preparo de assepsia cirúrgica, 459
prevenção e controle de infecção, 457
sobe doença cardíaca, 567q
sobre cuidado e família, 127q

sobre detecção precoce do câncer
sobre exames oftalmológicos, 546q
sobre higiene do cabelo e do couro cabeludo, 543q
sobre higiene do sono, 998q
sobre higiene, 827-828
sobre massas cervicais, 558q
sobre o cuidado das unhas, 544q
sobre orientações de pós-operatório para os pacientes cirúrgicos ambulatoriais, 1278q
sobre prevenção de infecção respiratória, 883q
sobre prevenção do risco elétrico, 383q
sobre problemas de eliminação urinária, 1110q
sobre promoção da eliminação, 580q
sobre promoção da saúde, 502q
sobre redistribuição de superfícies de pressão, 1199q
sobre saúde da mama, 577q
sobre saúde sexual e prevenção de DSTs, 583q-584q
sobre segurança alimentar, 1065q
sobre técnicas de meditação, 737q
sobre uso de extintor de incêndio, 383q
sobre uso de preservativos, 720q
sobreviventes ao câncer, 95-96
Educação em enfermagem, 4-5
Educação em saúde
para adolescentes, 156

para crianças em idade escolar, 152
Educação em serviço, 10-11
Educação nutricional, 1050, 1050q
Educação para a segurança, 8t
Educadores, 3, 37
Eenfermagem baseada na comunidade, 33-37
Efedrina, 689t
Efeitos adversos, 605
controle de, 263-264
relacionados à transfusão, 955, 956t
Efeitos tóxicos, 605
Efluentes, 1145
Egocentrismo, 136
ELA-Max/LMX, 1031
Elasticidade, 495-496
Elencos, 1105t
Eletrocardiograma (ECG), 867
normal, 867f
teste ergométrico, 878t
EletrólitosVer também eletrólitos específicos
base de conhecimento científico para, 927-937
definição de, 927
ingestão e absorção de, distribuição e saída de, 933t
posição e movimento dos, 927-929
reposição parenteral de, 947

soro, 877t, 1266t
valores normais, 927t
Eletrólitos séricos, 877t, 1266t
Elevação
posição do corpo para, 414
prevenção de lesões em trabalhadores de saúde, 796t
Eliminação, 1049
avaliação da, 1161, 1161f, 412, 1146-1150
história de saúde no histórico de enfermagem para, 1146-1148
modelo de pensamento crítico para, 1146f
planejamento para, 1152-1153
modelo de pensamento crítico para, 1152f
trabalho em equipe e de colaboração para, 1152
Eliminação intestinal, 1141-1175
avaliação da, 1146-1150
avaliação física, 1147-1148
escala de Bristol para avaliação da forma das fezes, 1147f
exame de diagnóstico, 1148, 1151q
exames radiológicos, 1151q
modelo de pensamento crítico para, 1146f
perguntas para, 1148q
avaliação de, 1161, 1161f
base de conhecimento científico para, 1141-1142
base de conhecimentos de enfermagem para, 1142-1146
cuidados agudos, 1155-1158

cuidados contínuos e restauradores, 1158-1161
definição de prioridades para, 1152
ensino dos pacientes para promover, 580q
fatores psicológicos, 1143
fatores que influenciam, 1142-1143
implementação de, 1153-1161
medidas para promover o retorno a, 1287
metas e resultados para, 1152
no pós-operatório, 1287
pensamento crítico para, 1146
perguntas a serem feitas, 1161
planejamento de, 1152-1153
privacidade durante, 1155
problemas associados, 1144-1145
diagnósticos de enfermagem que se aplicam aos pacientes com, 1148-1152
processo de diagnóstico de enfermagem, 1152q
processo de enfermagem no, 1146-1161
promoção da saúde, 1153-1155
promoção de rotina, 1147
resultados esperados do paciente, 1161
Eliminação urinária, 1093-1139
alterações, 1095-1098, 1118-1119
diagnósticos de enfermagem comuns com, 1104-1107
sintomas de, 1101

tipos de, 1102t
aspectos culturais, 1101q
avaliação de, 1100-1105
exames de diagnóstico, 1104-1105, 1106t
físico, 1102-1103
pensamento crítico para, 1099, 1100f
questões de enfermagem para, 1101q
avaliação dos, 1119
modelo de pensamento crítico para, 1119f
perguntas a serem feitas, 1119
base de conhecimentos científicos para, 1093-1098
base de conhecimentos de enfermagem para, 1098-1099
cuidado restaurador, 1118-1119
cuidados agudos, 1111-1118
efeitos de imobilidade no, 405-406
esvaziamento da bexiga, promoção do, 1111
implementação para, 1110-1119
manutenção de hábitos, 1110-1111
medidas para, 1287
metas e resultados esperados para, 1107
no pós-operatório, 1287
planejamento para, 1105-1110, 1107f
processo de enfermagem para, 1099-1105
promoção, 1110-1111
recipientes para medir a produção, 943, 943f

resultados esperados de pacientes, 1119

Elixires, 603t

EMBASE, 55t

Embolia, 412, 1283t-1284t

Embolia pulmonar, no pós-operatório, 1283t-1284t

Emergência de riscos, 201t, 202

Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Tratamento de Emergência Médica e Trabalho de Parto Ativo (EMTALA), 302

Emoção/excitação, 566

Emoções (afeto), 534

Emolientes, 1157t

Empatia, 324

Emulsões lipídicas por via intravenosa (IV), 1070

Encomendas por telefone, 361, 361q, 613q

Encontros culturais, 105, 111

Endoscopia

sistema urinário, 1106t

superior, 1150q

Endoscopia, 1150q

Endurecimento, 539

Enema baritado, 1150q

Enema de continência anterógrado, 1146

Enema Phospho-Soda® (fosfato de sódio), 1157t

Enemas, 1155-1157

administração de, 1156-1158, 1162-1165, 1164f

água corrente, 1155
bário, 1150q
continência anterógrada, 1146
limpeza, 1155, 1162-1165, 1164f
procedimentos no, 1162-1165, 1164f
tipos de, 1155-1157
Enemas com água corrente, 1155
Enemas de limpeza, 1155
administração de, procedimentos em, 1162-1165, 1164f
alto ou baixo, 1156
considerações nos cuidados domiciliares para, 1165
Enemas de retenção de óleo, 1156
Enemas saponáceos, 1156
Energia vital (qi), 686
Enfermagem, 1-12, *Ver tambím* Enfermeiro(s)
abordagem científica e, 58-60
abrangência e padrões de prática, 2-3
administração de medicamentos, 616
autoconceito do paciente afetado por, 698-699
características profissionais de, 3
Code of Ethics for Nurses (ANA)/Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 3, 290-291, 729, 746-747
com base na comunidade, 33-37
como profissão, 1-5
competências IOM para o século XXI, 22q

comportamentos de cuidado, 80q
definição de, 2, 43
desenvolvimento da teoria e conhecimento em, 48-49
desenvolvimento do conhecimento em, 48-49
Doctor of Nursing Practice (DNP)/Doutorado profissional, 10
Doctor of Philosophy (PhD)/Doutorado, 10
domínio da, 42-44
enfermagem em saúde da comunidade, 33
exemplos de atividades, 245q
familiar, 123, 125q
fundamentos teóricos da, 41-50
gerontológica, 175
incorporando ensino ao cuidado, 343, 343f
influências históricas, 5-6
limites legais na, 299-300
modelo de saúde holística, 67
modelos teóricos de, 44q
níveis de proficiência, 2q
no ensino e aprendizagem, 332-333
organizações profissionais, 11
paradigma, 42
para sobreviventes do câncer, 94-96
paróquias, 18t
percepção pública da, 9
perioperatório, 1253-1254

política e políticas de saúde saúde afetadas por, 9
ponto de vista, 292-294
prestação de cuidados, 2
redefinição de regras de desempenho no sistema de cuidados de saúde, 23q
relações profissionais, 318-321
saúde pública, 33
segurança e competência QSEN para, 367-368
selecionando uma rede de desenvolvimento para, 141
Standards of Nursing Practice (ANA)/Padrões de Prática de Enfermagem, 2-3, 2q
Standards of Professional Performance (ANA)/Padrões de Desempenho Profissional, 3q
tendências em, 7-9
terapias alternativas e complementares, 687
transcultural, 103
Enfermagem e família, 123-124
abordagens de, 123-124
aspectos culturais, 125q
Enfermagem em saúde comunitária, 33
Enfermagem em saúde pública, 33
Enfermagem gerontológica, 175
Enfermagem holística, 681
Enfermagem paroquial, 18t
Enfermagem perioperatória, 1253-1254
Enfermagem transcultural, 103

Enfermeira assistente (EA), 1274

Enfermeira circulante, 1273

Enfermeira com certificação de anestesista, 4

Enfermeira de continência, ostomia e ferida/Wound ostomy continence nurse (WOCN), 1159-1160

Enfermeira obstétrica, 4

Enfermeira registrada (RN), 10

Enfermeiras aprovadas em exames de proficiência, 2q

Enfermeiro clínico especialista (ECE), 4

Enfermeiros administradores, 5

Enfermeiros especialistas, 2q

Enfermeiros gerentes

abordagens para apoiar o envolvimento do pessoal, 279-281

responsabilidades de, 279, 279q

Enfermeiros iniciantes na prática avançada, 2q

Enfermeiro(s), *Ver tambím* Enfermagem

autocuidado por, 7

como fonte de dados, 213

escassez de, 5, 22

equipe pequena, 309

estratégias recomendadas para reverter, 87

habilidades de liderança para, 281-283, 285

idade média, 22-23

responsabilidades profissionais e funções, 3

Enfermeiros novatos/recém-graduados, 2q

Enfermeiros registrados em prática avançada (APRN), 4
Enfrentamento, 764
avaliação do, 700
base de conhecimento científico para, 763-766
base de conhecimentos de enfermagem para, 766-767
cuidados agudos, 774
cuidados reparadores e contínuos, 774
definição de, 765
dor e, 1013
durante a gravidez, 165t
educação em saúde do paciente para, 332
em idosos, 767q
estratégias para, 746, 767q
fatores que influemciam, 766-767
implementação para, 770-774
ineficaz, 769, 769q, 771q
metas desejáveis e resultados esperados em, 770
pensamento crítico para, 768
processo de enfermagem para, 768-776
processos familiares, 124q
promoção da saúde para, 770-774
recursos para, 1263
resultados esperados do paciente, 775-776
variações culturais no, 767q
Enoxaparina, 417

Ensacamento do lixo, 457
Ensaios clínicos controlados, 59-60
  randomizados, 56, 59-60, 59q
Ensaios clínicos randomizados (ECR), 56, 59-60, 59q
Enterite por *Perfringens*, 1064t
Enterococo resistente à vancomicina (ERV), 452
Entonação, 316
Entorpecimento, 745t
Entrada e saída (ES)
  medição, 941-943, 1103
Entrevista motivacional (MI), 320
Entrevistas
  técnicas para, 215
Entrevistas centradas no paciente, 213-215
  entrevistas iniciais, 214
  término, 214-215
Entrópio, 547
Enucleação, 836-837
Enurese, 1102t
Enurese noturna, 1098
Envenenamento acidental, 384q
Envenenamento por gás carbónico, 874
Envolvimento profissional, 309
Enxugamento das empresas, 164
Enzima conversora da angiotensina (ECA), 497t

Enzimas, 877t
Enzimas cardíacas, 877t
Eosinófilos, 443t
Epidemiologia, 457
Epidemiologistas, 37
Epiderme, 814, 814t
Episódios febris, 482-483
Epitelização, 1183
Equidade, 201, 201t
Equilíbrio, 587
  avaliação do, 595-596
  descrição, 401-402, 780
Equilíbrio acidobásico, 927, 935
  avaliação de, 957-958
    modelo de pensamento crítico para, 958f
  avaliação do, 938-943
    avaliação física, 941-943
    avaliações de enfermagem, 942t
    modelo de pensamento crítico para, 938f
    questões/perguntas para, 940q
  base de conhecimento científico para, 927-937
  base de conhecimentos de enfermagem para, 937-938
  em idosos, 940q
  implementação para, 944-957
  metas e resultados para, 944

planejamento para, 943
modelo de pensamento crítico para, 944f
processo de enfermagem para, 938-958
resultados esperados do paciente para, 957-958
Equilíbrio corporal, 780
Equilíbrio de eletrólitos, 927, 931
avaliação do, 938-943
avaliação física, 941-943
avaliações de enfermagem, 942t
modelo de pensamento crítico para, 938f
questões/perguntas para, 940q
avaliação do, 957-958
modelo de pensamento crítico para, 958f
base de conhecimentos de enfermagem para, 937-938
em idosos, 940q
metas e resultados esperados para, 944
no pós-operatório, 1287
normal, manutenção do, 1271, 1287
planejamento de, 944, 944f
processo de enfermagem para, 938-958
resultados esperados do paciente para, 957-958
Equilíbrio do nitrogênio, 1047
negativo, 404
Equilíbrio hídrico, 927, 929-931
avaliação de, 957-958

modelo de pensamento crítico para, 958f
avaliação do, 938-943
avaliação física, 941-943
avaliações de enfermagem, 942t
modelo de pensamento crítico para, 938f
questões/perguntas para, 940q
base de conhecimentos de enfermagem para, 937-938
fatores que afetam, 940q
implementação para, 944-957
manutenção normal, 1271, 1287
metas e resultados esperados para, 944
no pós-operatório, 1287
planejamento para, 944, 944f
processo de enfermagem para, 944-958
resultados esperados do paciente para, 957-958
Equilíbrio nitrogenado negativo, 404
Equilíbrio prejudicado, 1235q
Equinácea, 688t
Equipamento/aparelho, 260
adaptativo, para alimentação oral, 1066, 1067f
administração de medicamentos
através de sonda enteral, 628q-629q
instilações nasais, 630q-631q
medicamentos otológicas, 632q
medicamentos parenterais, 635-637

medicamentos vaginais, 632q-633q
supositórios, 634q
avaliação física, 527q
dispositivos de acesso vascular, 949
em seringas de insulina, 639q
equipamento de oxigênio domiciliar, 919-921
exame físico, 527
no quarto de hospital, 839
pressão arterial, 498
teste de sangue oculto nas fezes, 1149f
Equipamentos de adaptação, 1066, 1067f
Equipamentos de proteção individual (EPI), 453-457, 460
Equipamentos de segurança para bicicleta, 370, 371f
Equipe de enfermagem de nível médio (ENM), 300
Equipe/funcionários
colaboração com, 280, 280f
comunicação com, 280-281
delegar, supervisionar e avaliar, 264
educação para, 281
envolvimento de, 279-281
equipe pequena, 309
Equipes de enfermagem, 276-281
Equipes de saúde
como fonte de dados, 212-213
relacionamento equipe de saúde–enfermeiros, 319

Equipes interdisciplinares, 22q

Erikson, Erik, 134-135

Eritema, 538-539, 538t, 605t

Eritrócitos (hemácias), 1105t, 1266t

Eritropoietina, 1094

Erro de diagnóstico, 232q

Erro refrator, 1244

Erros

abreviaturas, símbolos, e designações de dose associadas a, 614t-615t

correção de, 272

diretrizes para reduzir, 233-234

em intervenções de enfermagem, 249t

na definição do diagnóstico, 233-234

reconhecimento do, 271

relacionado com a medicação, *Ver* Erros de medicação

Erros de medicação, 616-618

abreviaturas símbolos e designações de dose passíveis de erros, 614t-615t

em crianças, 612-613

prevenção, 617q

recomendações para reduzir, 613q

Erros inatos do metabolismo (EIM), 144

Erupções cutâneas, 820t

Escadas, 800-801, 799f

Escala Celsius, 484

Escala de bem-estar espiritual (SWB), 730
Escala de Braden, 1185t, 1189
Escala de Bristol de avaliação da forma das fezes, 1147f
Escala de coma de Glasgow, 592-593, 593t
Escala de dor Faces, 1018, 1019f
Escala de dor "Oucher", 1018, 1018f
Escala de Faces de Avaliação da Dor de Wong-Baker, 880f, 1018
Escala de flebite, 953t
Escala de infiltração, 953t
Escala de sonolência de Epworth, 992
Escala Fahrenheit, 484
Escalas de dor
  amostras, 1018f
  escala de dor de "Oucher", 1018f
  escala FACES, 1018, 1019f
Escala visual analógica (VAS), 873
Escaneamento da bexiga, 1115q
Escara, 1177-1180
Escarro, sangue, 874
Escassez de enfermeiros, 5, 22
  equipe pequena, 309
  estratégias recomendadas para reverter, 87
Escavação, 687
Escherichia coli, 435, 1095
  reservatórios e infecções/doenças causadas por, 436t

segurança alimentar, 1064t
Esclera, 548
Escola(s), 785
programas de prevenção de violência na, 155q
serviços de saúde e, 18t
Escoliose, 403t, 587, 589f, 783
Escore de Aldrete, 1277-1278
Escoriação, 552-553
Escovação
da prótese dentária, 833, 834f
de dentes, 831, 857-859
do cabelo, 833-834
Escrita, jornal, 773
Escroto, 585
Escuta ativa, 85, 323-324, 753
Esfigmomanômetros, 498, 498f
Esfregar as costas, 830
Esgotamento ou Burnout, 75-76, 774
Esôfago, 1141
Espaçadores, 635
Espaço epidural, 1032f
Espaço pessoal, 318, 318q
Especialização, 730q, 731-732
Esperança, 726, 746
compartilhamento de, 324

instilação de, 81t
promoção de, 754
Espermatogênese, 178
Espiritualidade, 69, 726, 1013
cultura e, 732q
definição de, 725
doenças crônicas e, 728q
fatores que influenciam, 727-728
idosos e, 737q
perguntas de avaliação de enfermagem para, 730q
Espirometria de incentivo, 887
dispositivos de espirometria de incentivo orientado por volume, 887, 888f
espirômetros de incentivo orientados pelo fluxo, 887
procedimentos na, 1289-1294, 1291f
Espirometria de incentivo, 888
espirômetros orientados por fluxo, 888
procedimento para, 1289-1294, 1291f
Estabelecimento de metas
papel do paciente, 242
para o controle do tempo, 283q
pensamento crítico no, 240-243
Estado de mal epiléptico, 387
Estado mental
avaliação dos, 592-593, 1238-1239

sono afetado por, 994
Estado nutricional
lesões por pressão, 1189, 1200
prevenção e controle de infecção, 441
sinais físicos de, 1059t
Estágio de alarme, 764
Estágio de exaustão, 764
Estágio latente do desenvolvimento, 133, 133t
Estágio pré-embrionário, 141
"Estar presente", 84
Estase urinária, 405-406, 406f
Estatuto de não reanimação (NR) de New York (New York DNR Statute), 302
Estenose, 567
Estereognosia, 1233
Estereótipos, 173-174, 314
Esterilização, 447-451
categorias de, 447q
exemplo de processos, 448t
fatores que influenciam, 448
Esterilizantes químicos, 448t
Estetoscópios, 490-491, 490f
ultrassonografia (Doppler), 500, 570, 572f
uso e cuidado do, 533q
Estetoscópios de ultrassom, 500, 570, 572f

Estilo de vida, 72, 371
avaliação hidroeletrolítica e acidobásica afetada por, 939
causa da morte afetada pelo, 72
em adultos jovens, 160
ensino dos pacientes para alterações no, 73q
oxigenação afetada pelo, 870-871, 882
saudável, 1248
sono afetado pelo, 990-991, 994
Estilo de vida saudável
manutenção, 1248
para oxigenação, 882
Estimulação
quantidade de, 1236
significativa, 1236, 1245-1246
Estimulação cutânea, 1025
Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), 1025
Estimulação significativa, 1236, 1245-1246
Estimulantes, 990q
Estímulos sensoriais, 1247
Estômago, 1141, 1166-1171, 1168f
Estoma(s), 1097, 1145
broto, 1171f
medição, 1172f
Estomatite, 833
Estomias, 1145

bolsas, 1159-1160, 1171-1173, 1172f
considerações nutricionais para, 1160
Estrabismo, 546q, 1242
Estresse, 763-778
avaliação do, 768-769
achados objetivos, 769
achados subjetivos, 769
modelo de pensamento crítico para, 768, 768f
perguntas para, 769q
avaliação do, 774-776, 776f
base de conhecimento científico, 763-766
base de conhecimentos de enfermagem para, 766-767
definição de, 763
diagnósticos de enfermagem para pessoas que sofrem, 769
em crianças em idade escolar, 152
fatores de maturação, 767
fatores que influenciam, 766-767
idosos, 767q
manejo do *Ver* Controle do estresse
modos de intervenção para, 770-774
no ambiente de trabalho, 204q
no puerpério, 165t
oxigenação afetada pelo, 872
pensamento crítico para, 767-769
planejamento para, 769-770, 770f

pressão arterial afetada pelo, 496
prevenção e controle de infecção afetados pelo, 441
processo de enfermagem para, 768-776
psicológico, 764-766
reação de luta ou fuga para, 763-764, 764f
relacionado com o trabalho, 164, 164f
temperatura do corpo afetada pelo, 482
teoria de enfermagem e, 766
tipos de, 766
transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), 766
Estresse do trabalho, 164, 164f
Estresse familiar, 164
Estresse psicológico, 764-766
Estresse traumático secundário (STS), 75-76
Estressores, 763
autoestima, 698
desempenho de função, 697
estressores e identidade, 697
imagem corporal, 697
influência do autoconceito por, 697, 696f
situacional, 767
tratamento do câncer, 93
Estressores de identidade, 697
Estressores no câncer, 93
Estressores situacionais, 767

Estrias, 579
Estrogênio, 153
Estruturas familiares alternativas e parentalidade, 162
Estudantes de enfermagem, 307-309
Estudo de trânsito no cólon, 1150, 1150q
Estudo eletrofisiológico (EEF), 878t
Estudos de caso-controle, 60
Estudos de coagulação, 1266t
Estudos experimentais, 59
Esvaziamento gástrico retardado, 1071t
Ética, 83-84, 289-298
  Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 3, 290-291, 729, 746-747
  cuidados de saúde, 294-296
  definição de, 289
  feminista, 292
  filosofia e, 291-292
  terminologia associada ao, 289-290
Ética do cuidado, 83-84, 292
Etiologia, 230-231
Etiqueta, 448-449
Etnia
  atividade e exercício afetados pela, 787
  diabetes tipo 2 e, 787q
  perda e luto afetados pela, 746

pressão arterial afetada pela, 496
Eupneia, 492-493
Evaporação, 481
Evento de melhoria rápida (RIE), 27
Eventos ambientais, 373q
Eventos criminais, 372q
Eventos de proteção do paciente, 373q
Eventos graves notificáveis, 371-372, 372q
Eversão, 589t
Evisceração, 1184
Evisceração da ferida, pós-operatória, 1283t-1284t
Exame de urina, 1104t
Exame especular, 583
Exame físico, 218, 525-599
achados para registro, 598
ambiente para, 526-527
aparelhos e materiais para, 527q
avaliação etária específica, 529
de crianças, 529
de populações vulneráveis, 34q
dicas para, 529-531
em adultos de meia-idade, 167t
exame especular, 583
exame pélvico, 581-582
no pré-operatório, 1263-1265

nutricional, 1060
organização do, 529-531
para a eliminação intestinal, 1147-1148
para a eliminação urinária, 1101-1103
para alterações sensoriais, 1238
posições/posicionamento para, 527-529, 528t
preocupações sexuais, 715
preparo físico do paciente para, 527-529
preparo para, 526-529
preparo psicológico do paciente para, 529
propósitos de, 526
razões para, 526
sensibilidade cultural durante, 526
técnicas, 531-533
Exame pélvico, 581-582
Exames bioquímicos, nutricionais, 1056-1058
Exames de visão, 150
Exaustão pelo calor, 483
Excesso de base, 927t, 935t
Excreção, 604
Excreção de ácidos, 936, 936f
Exercício com esforço, 878t
Exercício(s), 414, 779-811, *Ver também* Atividade e exercício
amplitude de movimento, 408-410, 408t-409t, 423
antiembólicos, 420

apoio à família como fator motivador para, 787
apoio social como fator motivador para, 787
assoalho pélvico, 1118
avaliação do, 374q, 410, 790
base de conhecimento científico para, 779-783
base de conhecimentos de enfermagem para, 784-786
benefícios, 780
controle da insônia com, 996q
cuidados agudos, 795-796
definição de, 410, 780
diagnósticos de enfermagem relacionados com, 790
diretrizes para, 794q
efeitos de, 790q
e oxigenação, 872
fatores que influenciam, 784-786
implementação para, 791-801
isométrico, 780
isotônico, 780
manejo do estresse e enfrentamento através, 772-773, 772f
músculo pélvico, 1107-1110
no pós-operatório, 1289-1294
para idosos, 185, 185f
para jovens adultos, 165
para oxigenação, 882
pensamento crítico para, 787-788

perguntas a serem realizadas quando os pacientes não atingem os resultados esperados, 802
perna, 1289-1294, 1293f-1294f
plano de cuidados de enfermagem, 416q
pré-operatório, 1269
processo de enfermagem para, 788-801
promoção da saúde para, 791-795
promoção de, 792q-793q, 1161
regular, 772-773, 772f
respiração, 896
respiração afetada por, 493q
respiração profunda, 1289-1294, 1290f
resultados esperados do paciente para, avaliação de, 802
sono e, 991
temperatura do corpo e, 481
visão geral, 780
Exercícios antiembólicos, 420
Exercícios da coluna cervical, 408t-409t
Exercícios de Kegel, 1110q
Exercícios de perna, 1289-1294, 1293f-1294f
Exercícios isométricos, 780
Exercícios isotônicos, 780
Exercícios para os músculos pélvicos, 1107-1110
Exercícios passivos de amplitude de movimento, 422, 423f
Ex-Lax, 1157t

Expectativas do paciente, 217
Experiência, 199-200
Experiência anterior, 1013
Experiência clínica, 85
Experiência de quase morte (EQM), 728
Expiração, 864
Explicação, 194t, 326-327
Exposição ambiental, 874
Expressão facial, 318
Exsudato, 438
  ferida, 1181
  inflamatório, 438
Exsudato purulento, 438
Exsudato sanguinolento, 438
Exsudatos inflamatórios, 438
Extensão, 589t
Extintores de incêndio, 383q, 387, 387f
Extratos, 603t
Extravasamento, 952t, 953
Extremidades inferiores, 573f
Extremidades superiores, 572, 573f
Exudato seroso, 438

F

Facilitação do crescimento espiritual, 734q

Fadiga
avaliação da, 873
compaixão, 6
dor e, 1012
relacionada com o câncer, 92
sono afetado pela, 991
Fadiga de compaixão, 6
Fadiga relacionada com o câncer (FRC), 92
Fagocitose, 438
Falantes de inglês como segundo idioma, 323q
Falta de confiança, 326
Família, 117-118, 118f, *Ver tambím* Pais
alternativa, 118q, 162
atributos da, 121-122
avaliação das necessidades, 124-126
como fonte de dados, 212
como sistema, 123
conceito de, 117
contexto, 123
crenças e práticas de saúde afetadas por, 69
cuidado, 117-130
definição de, 117-118
de luto, 755-757
desenvolvimento do autoconceito afetado por, 698
diversidade, 117

durabilidade, 117
durante cirurgia e recuperação, 1270
educação de, 125f
efeitos da doença sobre, 75
estendida, 118q
estrutura da, 121
fases de desenvolvimento, 120
fases do ciclo de vida, 121t
fatores psicossociais para adultos de meia-idade, 168
fértil, 165-166
formas de, 118-120, 118q
função, 121-122
mista, 118q
monoparentais, 118q
nuclear, 118q
paciente, 123
para administração de medicamentos, 623-624
processo de enfermagem para, 124-126
processos de desenvolvimento, 124q
processos de enfrentamento, 124q
processos de integridade, 124q
processos de saúde, 124q
processos interativos, 124q
relação enfermeiro-família, 320
resiliência, 122

saúde e, 69, 122
tendências atuais, 118-120
tipos de, 161
transições na, 168
Família alternativa, 118q
Família estendida, 118q
Família mista, 118q
Família monoparental, 118q
Família nuclear, 118q
Familiares cuidadores, 338q
Faringe, 530t, 553-556, 554q, 554t
Farmacêuticos, 616
Farmacocinética, 602-604
Fármacos antimuscarínicos, 756q
Fármacos antinflamatórios não esteroidais (AINEs), 1027
durante cirurgia, 1262t
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado por, 940q
Fármacos, *Ver* Medicação(ões)
Fármacos redutores de colesterol, 1054t
Fase de desenvolvimento anal, 133t
Fase de resistência, 764
Fase de solteiro/a, 161-162, 168
Fase edipiana do desenvolvimento, 133
Fase embrionária, 141
Fase fálica do desenvolvimento, 133, 133t

Fase fetal, 141
Fase genital do desenvolvimento, 133-134, 133t
Fase oral do desenvolvimento, 133, 133t
Fatores de risco, 71-72
  indivíduo, 371
  modificação, 72-73
Fatores de risco ambientais, 163
Fatores de riscos ocupacionais, 163
Fatores genéticos, 72
Fatores relacionados, 225, 230-231, 231f
Fator intrínseco (FI), 1049
Fé, 726-727, 730
  instilação de, 81t
  perguntas de avaliação de enfermagem para, 730q
Febre, 482-483, 482f
  cuidados agudos na, 488-489
  intervenções de enfermagem na, 488q
  padrões de, 483q
Febre contínua, 483q
Febre de origem desconhecida, 483
Febre intermitente, 483q
Febre recorrente, 483q
Febre remitente, 483q
Fechaduras de segurança, 385, 385f
Fechamento assistido a vácuo, 1204, 1204f, 1205q

Fechamento da ferida, 1191, 1207f
assistido a vácuo, 1204, 1204f, 1205q
Feedback ou retroalimentação, 45, 285, 315-316
FEMA, 375
Fenazopiridina, 1104
Fenômeno, 42
Ferida(s), 1181
aguda, 1181t
aparência da, 1190
avaliação da, 1187-1192
em situações de emergência, 1190
medição da profundidade, 1216f
modelo de pensamento crítico para, 1187f
pós-operatória, 1280
recomendações sobre cuidados domiciliares para, 1196q
técnicas de coleta de amostras, 457q
cirúrgica
avaliação pós-operatória de, 1280
infecções associadas aos cuidados de saúde em, 439q
plano de cuidados de enfermagem para, 1193q-1194q
prevenção e controle da infecção para reduzir reservatórios da infecção, 449q
reduzir o risco de infecção local, 1270-1271
classificação de, 1181-1184, 1181t, 1182f
crônica, 1181t

de espessura parcial, 1182-1183
de espessura total, 1183
diagnósticos de enfermagem associados a, 1191-1192
impacto psicossocial, 1187
palpação, 1191
punção de feridas, 1190
tipos de, 1181
Feridas, 539t
Feridas agudas, 1181t
Feridas cirúrgicas
avaliação pós-operatória de, 1280
infecções associadas aos cuidados de saúde em, 439q
plano de cuidados de enfermagem para, 1193q-1194q
prevenção e controle da infecção para reduzir reservatórios da infecção, 449q
reduzir o risco de infecção local, 1270-1271
Feridas crônicas, 1181t
Ferimentos na cabeça, 939t
Ferramentas de ensino, 345, 346t
Fertilidade familiar, 165-166
Feto, 141-142
Fezes, 531t
características das, 1147-1148, 1149t
coleta da amostra, 457q
escala de fezes de Bristol, 1147f

impactação das, 1144
mau cheiro, 531t
remoção digital, 1156, 1158q
Fezes fétidas, 531t
Fibra
descrição, 1046-1047
ingestão de, 1151q
Fibras C, 1007-1008
Fibras delta A, 1007-1008
Fibrilação ventricular, 869
Fibrina, 1183
Fidelidade, 290
Filosofia, 291-292
Filtração, 928-929, 929f
Filtração capilar, 928-929, 929f
Fitoterapia, 417, 681t-682t, 687-688, 884-886, 885q
alívio da dor utilizando, 1025
durante a cirurgia, 1261, 1262t
ervas na, 688t-689t
Flatulência, 1144
Flebite, 572, 952t, 953
Flexão, 589t
Flexão plantar, 589t
Flora, normal, 438
Fluidos corporais

compartimentos para, 927-928, 927f
lesões por pressão e, 1189
Flutuação, 309
Fluxo sanguíneo
local, 569t
miocárdico, 865, 866f
no local da administração de medicamentos, 604
promoção do, 1285-1286
regulação do, 866
Focalizar, 325
Fogachos, 482
Fogo, 369, 386-387, 386q
Folhas de fluxo, 358
Fontanelas, 143, 143f
Food and Drug Administration (FDA), 368, 601, 687, 1049
Força de cisalhamento, 1196
Força interior, 726
Força muscular, 591t
avaliação da, 588-590
manobras para avaliar, 591t
Formação da equipe, 276-281
Formação intelectual, 69
Formação pélvica muscular do assoalho, 1110q, 1118
Formação reticular, 764
Formas, 358-359

Formas de manutenção de registros, 358-361
Formato PES, para diagnóstico, 231
Fórmula, 1051
Formulário do histórico de enfermagem na admissão, 358
Formulario Nacional (National Formulary), 602
Fosfato, 927t, 933t
Fosfato de sódio (Fleet Phospho-Soda®), 1157t
Fotos, 346t
Frascos, 637, 637f
  injeções preparadas a partir de, 637, 638f
  por mistura de medicamentos, 637-638
  preparação de, procedimento para, 658-662, 661f
Frascos de drenagem e bolsas, 448q
Fraturas, 402
  patológica, 402
Frêmito tátil, 561
Frêmito vocal ou tátil, 561
Frequência, 1102t
Frequência cardíaca, 491
  avaliação da, 491
  intervalos de, 491t
  máxima, 1285
Frequência respiratória, 493, 493t
Freud, Sigmund, 133-134
  modelo psicanalítico da personalidade, 133, 133t

teoria psicossexual do desenvolvimento, 133-134, 133t
Fricção, 402, 780, 1179
Frio
efeitos locais do, 1210
efeitos terapêuticos do, 1211t
respostas corporais para, 1210
risco de ferimentos no, condições que aumentam, 1210t
tolerância a, fatores que influenciam, 1210
Função das valvas, danificadas, 870
Função intelectual, 593-594
Função motora, 595-596
Função prejudicada das válvulas, 870
Fundamentação científica, 247-249
Fungos, 436t
Futilidade, 295

G

Galope ventricular, 566
Garantia de qualidade, 309-310
Garantia falsa, 326
Garganta, 167t
Gás de óxido de etileno (ETO), 448t
Gasometria arterial, 514, 879t, 927t, 935, 935t
para desequilíbrios acidobásicos, 955-957
valores normais, 927t

Gasometria, arterial *Ver* Gases sanguíneos arteriais
Gás radônio, 874
Gasto energético de repouso (GER), 1046
Gazes, 1201
Gazes esterilizadas, 958-981
Gel de álcool, 450
Gênero, 533
  comunicação afetada pelo, 322-323
  papéis com base em, 708
  pressão arterial afetada pelo, 496
Genes, 1012-1013
Gengibre, 688t, 1262t
Gengiva, 554-555, 555f
Gengivite, 815
Genitália feminina e trato reprodutor, 581-583
  em adultos de meia-idade, 167t
  ensino do paciente para, 583q
  externa, 582-583, 583f
  história de saúde no histórico de enfermagem para, 582t
  interna, 583
Genitália masculina, 167t
  avaliação da, 583-585
    autoexame, 586q
    ensino do paciente para, 584t
    história de saúde para o histórico de enfermagem sobre, 584t

descrição, 583-585, 584f-585f
Genômica, 8-9
Geração Sandwich, 119, 127-128, 166
Geratividade
desenvolvimento de, 694q
versus autoabsorção e estagnação, 134
Gerentes, 3
Gerontologia, 174
Gerontological Nursing Interventions Research Center (GNIRC), 256-257
Gestos, 318
Gilligan, Carol, 138
Gingko biloba, 688t, 1262t
Ginseng, 688t, 1262t
Glândula hipófise, 764
Glândula tireoide, 558, 558f
Glaucoma, 546q, 1242
Glicemia de jejum, 1266t
Glicogênese, 1049
Glicogenólise, 1049
Gliconeogênese, 1049
Glicose
arterial, monitoramento de, 1086-1089
jejum, 1266t
valores normais, 1105t, 1266t

Globalização, 26
Glóbulos brancos (leucócitos), 443t, 1105t, 1266t
Glomérulo, 1093-1094
Glossite, 819-820
Goniômetro, 588, 590f, 798, 798f
Gorduras, 1047
Governança compartilhada, 280
Gráficos, 346t
Gráficos de Snellen, 546
Gráficos SOAPIE, 358
Grampos, 1207, 1207f
Grandes teorias, 44
Granulócitos, 1065t
Gravidade, 402
  centro de, 780
  músculos antigravitacionais, 782
Gravidade específica, 1105t
Gravidez
  adolescente, 118, 156
  alterações psicossociais durante, 165, 165t
  eliminação intestinal durante, 1143
  em adultos jovens, 165-166
  fator de risco cirúrgico, 1262
  impacto sobre a sexualidade, 711
  movimento da parede torácica e, 868

mudança de papel durante, 165t
não planejado, 163
necessidades educacionais durante, 165
necessidades nutricionais durante, 1052
preocupações com a saúde durante, 165
promoção da saúde durante, 141-142
Grupos de utilização de recursos (GUR), 15
Grupos islâmicos
crenças em saúde, 731t
cuidados com o corpo após a morte, 758q-759q
práticas alimentares dos, 737t
Grupos marginalizados, 102
Grupos musculares, 782
Grupos sanguíneos, 954, 954t
Guerra civil, 6
Guias para deficientes visuais, 1248, 1248f

H

Habilidades cognitivas, 261-262, 683-684

Habilidades interpessoais, 262

Habilidades motoras, 145, 145t

Habilidades psicomotoras, 262

Habitação para idosos, 181

Habitantes havaianos e Ilhas do Pacífico, 878q

Hábitos pessoais

eliminação intestinal afetada por, 1143

hábitos de higiene, 162

Halitose, 531t, 819-820

Health Care Financing Administration (HCFA), 303

Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS), 361

Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH Act), 303

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), 213, 290, 303, 353-354, 462

Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS), 24

Healthy People, 2020, 31, 65-66, 70-71, 101-102, 182, 1046

objetivos nutricionais, 1046q

Helicobacter pylori, 1072-1073

Hematêmese, 874

Hematócrito (Hct), 495, 1266t

Hematoma, 1183

Hematúria, 1093-1097, 1102t
Hemiparesia, 423
Hemiplegia, 423
Hemoglobina, 867
  respiração e, 493q
  valores normais da, 1266t
Hemograma completo (HC), 514, 877t, 1266t
Hemólise intravascular, aguda, 955, 956t
Hemoptise, 874
Hemorragia, 1183
  equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado por, 939t
  no pós-operatório, 1283t-1284t
  subungueal, 544q, 876t
Hemorragia salpicada, 544q, 876t
Hemorroidas, 1142, 1145
Hemostasia, 1183, 1200
Hemotórax, 890
Henderson, Virginia, 46t-47t
Henry Street Settlement, 6
Heparina (HBPM)
  de baixo peso molecular, 640
  injecções subcutâneas de, 640, 640f
  profilaxia da trombose venosa profunda usando, 417
Hesitação, 1102t
Hiato auscultatório, 500

Hidratação, 883, 947q
Hidrocarbonetos, 1046-1047
Hidróxido de magnésio (leite de magnésia), 940q, 1157t
Hierarquia de necessidades de Maslow, 67-68, 68f
Higiene, 534, 813-861
avaliação da, 818-823
modelo de pensamento crítico para, 817f
perguntas de avaliação da, 818q
avaliação de, 844-845
modelo de pensamento crítico para, 845f
perguntas a fazer, 844-845
base de conhecimento científico para, 813-815
base de conhecimentos de enfermagem para, 815-817
colaboração na, 827
cuidado restaurador, 828
cuidados agudos, 828
cuidados contínuos, 828
pensamento crítico para, 817-818
definição de prioridades para, 827
diagnósticos de enfermagem comumente associados a problemas de, 824
diagnósticos de enfermagem relacionados com, 823-824
educação do paciente sobre os pontos-chave durante, 827-828
fatores de risco, 821t, 823
fatores que influenciam, 815-817

implementação de cuidados, 827-844
metas do paciente e resultados esperados para, 825
no dia da cirurgia, 1271
oral, 831-833
educação do paciente para, 554q
problemas que afetam, 821t
procedimentos na, 857-859
perineal, 1102
planejamento para, 824-827, 824f
práticas culturais, 816, 816q
procedimentos na, 845-859
processo de enfermagem para, 818-845
promoção da saúde para, 827-828
resultados esperados do paciente para, 845
trabalho em equipe na, 827
urinária, 1098
Higiene da mão, 447, 450-451, 462-470
Higiene do sono, 998q
Higiene oral, 831-833
educação do paciente para, 554q
problemas que afetam, 821t
procedimento para, 857-859
Higiene perineal, 846-854, 850f-851f, 1103
Hindus
crenças em saúde dos, 731t

cuidados com o corpo após a morte pelos, 758q-759q
práticas alimentares dos, 737t, 1055t
Hipercalcemia, 933, 934t
Hipercalemia, 933, 934t
Hipercapnia, 1072t
Hiperemia branqueadora, 1178
Hiperemia reativa, 1197
anormal, 1188
Hiperestesia, 1245-1246
Hiperextensão, 589t
Hiperglicemia, 1072t
Hiperidrose, 531t
Hipermagnesemia, 935, 934t
Hipermetropia, 546q
Hipernatremia, 931, 932t
Hiperpneia, 494t
Hipersonia, 987q
Hipersonolência, 987
Hipertensão, 496-497, *Ver tambím* Pressão arterial
classificação da, 497t
em idosos residentes na comunidade, 36t
idosos em, 183-184
papéis e intervenções de enfermagem para, 36t
pré-hipertensão, 496-497, 497t
recomendações de acompanhamento para, 497t

restauração da atividade em, 801
Hipertermia, 483
maligna, 483, 1280, 1283t-1284t, 1286
relacionada com os processo infecciosos, 487q
Hipertonia, 590
Hipertrofia prostática benigna, 178
Hiperventilação, 494t, 869
Hipervitaminose, 1047
Hipnóticos, 990q, 1001
Hipocalcemia, 933, 934t
Hipocalemia, 932-933, 934t
Hipoglicemia, 1072t
Hipomagnesemia, 933, 934t
Hiponatremia, 931, 932t
Hipotálamo, 480
Hipotensão ortostática, 189, 405, 417, 497-498
Hipotensão postural, 497-498
Hipotermia, 483
acidental, 483
classificação da, 483t
cuidados agudos na, 489
Hipóteses, 56
Hipotonicidade, 588-590
Hipoventilação, 494t, 868
Hipovolemia, 868, 931

Hipoxemia, 492, 1283t-1284t
Hipóxia, 869
Hirsutismo, 541
Hispânicos
cuidados com o corpo após a morte pelos, 758q-759q
e doença pulmonar, 878q
Histamina, 1007, 1007q
História alimentar, 621, 1058
para idosos, 536q
História clínica
avaliação hidroeletrolítica e acidobásica de, 939-943
paciente cirúrgico, 1259
História da saúde sexual, 715
História de dor, 1147
História de exercício, 1147
História de medicação, 1147
fatores de risco cirúrgicos, 1261
perguntas do histórico de enfermagem, 374q
História de quedas, 374q
História de saúde, 217, 1058
dimensões de dados para, 216f
documentação dos achados, 219
História de saúde do coração, 1260q
História de saúde no histórico de enfermagem, 214-219
História do sono, 992-994

História familiar, 162, 217
História psicossocial, 217-218
História social, 1147
Histórico de enfermagem
para avaliação cardíaca, 564t
para avaliação da boca e da faringe, 554t
para avaliação da genitália feminina e trato reprodutivo, 582t
para avaliação da genitália masculina, 584t
para avaliação da mama, 575t
para avaliação da orelha, 550t
para avaliação da pele, 537t
para avaliação da segurança do paciente, 374
para avaliação das unhas, 543t
para avaliação de cabeça, 545t
para avaliação de eliminação, 1146-1148
para avaliação de peso, 537t
para avaliação do cabelo e couro cabeludo, 542t
para avaliação do equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 939
para avaliação do nariz e dos seios nasais e paranasais, 553t
para avaliação do pescoço, 557t
para avaliação musculoesquelética, 588t
para avaliação neurológica, 591t
para avaliação pulmonar, 560t
para avaliação retal e anal, 586t
para avaliação urinária, 1101

para avaliação vascular, 567t
para exame abdominal, 578t
para pacientes cirúrgicos, 1259
populações vulneráveis, 34q
Holter, 878t
Homicídio, 155
Homossexualidade, 118
Horários dos cuidados de higiene, 828q
Hormônio antidiurético, 930, 930f
Hormônios, 482
Hospedeiros suscetíveis, 437
Hospice and Palliative Care Nurses Association, 744-745
Hospice, 22, 744, 753, 1036-1037
Hospitais Magneto, 278
Hospitais psiquiátricos, 19
Hospitais rurais, 19
Hospital Compare, 9
Hospital Consumer of Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) (Avaliação de Profissionais e Sistemas pelo Consumidor de serviços hospitalares), 9, 24, 263
Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)/Comitê de Avaliação das Práticas de Controle Hospitalar, 451-452
Hospital(s), 17-19
magneto, 278
Humildade, 201t, 202

Humor, 324
Humor, 534

I

Icterícia, 538-539, 538t
Idade, 72, 533
alterações do trato gastrointestinal, 1143
cicatrização de feridas afetada pela, 1187
dor afetada pela, 1011-1012
eliminação intestinal afetada pela, 1143
equilíbrio hídroeletrolítico e acidobásico afetado pela, 939, 939t
função sensorial afetada pela, 1234-1236
metabolismo de medicamentos afetado pela, 625, 626f
mudanças no sistema cardiopulmonar relacionadas com a, 875t
pressão arterial afetada pela, 496
prevenção e controle de infecção afetados pela, 441
propriocepção, 177t, 1236
risco cirúrgico afetado pela, 1255
segurança do paciente afetada pela, 381q
temperatura do corpo afetada pela, 481
termorregulação ineficaz relacionada com, 486q
Idade adulta emergente, 159
Identidade, 695
confusão de papéis *versus*, 134
desenvolvimento da, 694q

familiar, 154
grupo, 154
saúde, 154-155
sexual
adolescente, 154
em crianças em idade escolar, 152
Identidade de gênero, 708-709
Identidade de grupo, adolescente, 154
Identificação, 766q
Identificação do paciente, 619f, 620
Idosos, 35, 134-135, 173-193, 135f
abordagens para avaliação dos, 213q
abuso de, 187, 187t, 535q
abuso de álcool entre, 185
abuso de substâncias em, 36t
administração de medicamentos para, 625, 625q
alterações fisiológicas, 176-179, 177t
apresentações de doença em, 176q
atitudes de enfermeiros, 174
avaliação das necessidades para, 175-183
com comprometimento cognitivo, 181q
comunicação com, 323q
considerações de luto para, 746q
considerações de segurança e intervenções para, 381, 381q
cuidados restauradores para, 189

demografia, 173
demografia populacional, 173
dor e, 185-186
equívocos sobre, 1012t
fatores que influenciam, 1011q
e cirurgia, 1256t-1257t, 1283q
e desenvolvimento sexual, 709-710
educação das, 345, 347q
efeitos da imobilização sobre, 407
e infecção, 439q
em ambientes de cuidados agudos, 188-189
espiritualidade e saúde espiritual de, 737q
estresse e enfrentamento entre, 767q
exame físico, 529
fatores que influenciam o equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 940q
história alimentar para, 536q
hospitalização de
alteração na apresentação de doenças durante, 176q
problemas nutricionais durante, 407q
incontinência urinária em, 1099q
integridade *versus* desespero, 134-135, 135f
maus tratos de, 187, 187t
métodos de ensino para, 337q
mitos e estereótipos, 174

mudanças no desenvolvimento, 785
nutrição
avaliações do estado, 1052q
necessidades, 1052-1053
problemas associados a, 407q
oxigenação e, 870, 870q
preocupações com a saúde de, 182-188
preocupações do cuidador, 119
preocupações fisiológicas, 182-188
problemas de saúde comuns em idosos residentes na comunidade, 36t
programas de exercício para, 796q
promoção da saúde, 68q
quedas, 185q
questões associadas à pele, 1177q
retenção intestinal, 1160q
riscos para, 370-371
saúde bucal e, 831q
sexualidade, 710q
sinais vitais, 503q
solidão, 1248q
sono e
promoção do, 998q
requisitos e padrões de, 990
tarefas de desenvolvimento para, 174-175, 174q

toque, importância do, 686q
variabilidade entre, 173
Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (Mórmons), 1055t
Igreja Ortodoxa Russa, 737t
Iinformações biográficas, 216-218
Íleo, 1142
Íleo paralítico, 1281, 1283t-1284t
Íleo, paralítico, 1283t-1284t
Ileostomia, 1145, 1145f
Imagem corporal, 695-696, 695f, 1263
alterações relacionadas com a gravidez, 165t
efeitos da doença sobre, 74-75
em idosos, 188
estressores que afetam, 697
higiene e, 815
melhora da, para baixa autoestima situacional, 702q
Imagem de rins, ureteres, bexiga (RUB), 1150q
Imagens, 684
aplicações clínicas de, 684
limitações de, 684
orientada, 773
Imaginação orientada, 681t-682t, 773, 1024-1025
Imersões frias, 1212
Imigrantes, 35
Imobilidade, 371, 401-440, *Ver também* Mobilidade física prejudicada

alterações cardiovasculares devido a, 404-405
alterações metabólicas devido, 404
alterações respiratórias causadas por, 404
alterações tegumentares devido, 406
avaliação da, 411-413
para perigos/riscos fisiológicos, 411-413
perguntas sobre, 408q
avaliação de, 423
base de conhecimento científico, 401-403
cuidados agudos, 416-424
cuidados reparadores e contínuos, 423-424
definição de, 404
definição de prioridades para, 414
efeitos esqueléticos, 405
efeitos musculares, 405
efeitos psicossociais de, 406-407
efeitos sistêmicos da, 404-406
eliminação urinária causada por, 405-406
equilíbrio negativo do nitrogênio associado a, 404
fatores que influenciam, 404-407
implementação para, 414-424
metas e resultados esperados para, 414
mudanças de desenvolvimento associadas a, 407
perigos fisiológicos de, 412t
posicionamento da comadre para pacientes com, 1155, 1156f

processo de enfermagem para, 407-424
questões a considerar, 423
secundária, 377q
Imobilização das extemidades (tornozelo ou pulso), 394, 395f
Imobilização de cotovelo, 395, 395f
Imobilização removível, 395, 395f
Impactação, 1144
Imperícia, 306
critérios para, 306
erros gráficos que resultam em, 352
Implementação, 255-269
comparação entre enfermagem e educação, 338t
de cuidados de higiene, 827-844
dicas para a tomada de decisões durante, 258
do cuidado do paciente cirúrgico, 1267-1276, 1282-1288
para administração de medicamentos, 623-625
para alterações sensoriais, 1242-1249
para atividade e exercício, 791-802
para controle da dor, 1021-1038
para desequilíbrios hidroeletrolíticos e acidobásicos, 944-957
para educação do paciente, 342-346
para eliminação intestinal, 1153-1161
para eliminação urinária, 1110-1119
para enfrentamento, 770-774
para imobilidade, 414-424

para integridade da pele, 1195-1212
para manejo do estresse, 770-774
para nutrição, 1062-1073
para oxigenação, 879-897
para perda, morte e luto, 751-758
para prevenção e controle de infecção, 443-462
para problemas de sono, 997-1002
para saúde espiritual, 735-738
para segurança do paciente, 378-388
para sexualidade, 717-721
para tratamento de feridas, 1195-1212
pensamento crítico em, 257-258, 258f
por alterações da temperatura corporal, 488-489
procedimentos para, 261-262
processo para, 258-262
relacionada com o autoconceito, 704-705
técnicas de comunicação para, 314q, 323-328
Impulso apical, 563-565
Imunizações, 369
para crianças, 444
para lactentes, 147, 444
para profissionais de saúde, 462
Imunoglobulina E, 526
Inalação, 609, 630-635
Inaladores

dosimetrados ativados pela respiração, 630-635
medidas da dose, 630-635
cálculos para determinar tempo de duração, 635
pressurizado (pMDI), 630-635
procedimento para usar, 655-658, 656f
pó seco, 630-635, 655-658, 657f
Inaladores de pó seco (DPIs), 630-635, 655-658, 657f
Inaladores dosimetrado ativados pela respiração (BAIs), 630-635
Inaladores dosimetrados (DI), 630-635
cálculos para determinar tempo de duração, 635
pressurizado (pMDI), 630-635
procedimento para usar, 655-658, 656f
Inaladores pressurizados dosimetrados (pMDI), 630-635
Inclinada para frente, 213q
Incontinência
fecal, 1144-1145, 1271
urinária, 1097, 1102t
Incontinência de esforço, 1097
características da, 1096t-1097t
opções de tratamento, 1096t-1097t
relacionada com musculatura pélvica enfraquecida, 1108q-1109q
Incontinência de superfluxo, 1095, 1096t-1097t
Incontinência de urgência, 1096t-1097t, 1097
Incontinência fecal, 1144-1145, 1271
Incontinência funcional, 1096t-1097t

Incontinência reflexa, 1096t-1097t

Incontinência transitória, 1096t-1097t

Incontinência urinária, 1096t-1097t, 1097, 1102t

desejo, 1097

em idosos, 178, 1099q

estresse, 1096t-1097t, 1097, 1108q-1109q

medicamentos para, 1116-1118

prevenção de, 1271

superfluxo, 1095

tipos de, 1096t-1097t

tratamento de, 1096t-1097t

Indicadores de avaliação, 269

Indicadores de Qualidade em Enfermagem/Nursing Quality Indicators, 25q

Indicadores sensíveis à enfermagem, 58

Índice de Apgar, 142

Índice de massa corporal (IMC), 1056

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, 992

Indigestão, 1148q

Individuação, lactente, 146, 146f

Indústria, 134, 694q

Infarto do miocárdio, 870

Infecção associada ao cateter, 1113, 1114q

Infecção da corrente sanguínea associada ao cateter central (CLABSI), 948-949, 949q

Infecção de ferida operatória, 1183, 1187, 1283t-1284t

Infecção endógena, 440
Infecção exógena, 440
Infecção(s), 435 Ver também infecções específicas
aparência clínica da, 442-443
assintomática, 435
associada ao cuidado com a saúde, 439-440
em idosos, 189
locais e causas, 439q
reservatórios para, 435-436
cadeia de, 434-437, 435f
defesas contra, 437-439, 438t
definição de, 435
endógena, 440
Exames laboratoriais de triagem para, 442, 443t
exógena, 440
fase prodrômica, 437q
fases da, 437q
ferida, 1183, 1187, 1283t-1284t
hipertermia relacionada, 487q
iatrogênica, 440
integridade da pele prejudicada relacionada com, 1192q
local, 437, 952t
metas de atendimento, 444
modos de transmissão, 437, 437q
no pós-operatório, 1283t-1284t

papel dos, 458
patógenos que causam, 436t
processo de, 437-440
progressão de, 437q
reservatórios de, 435-436, 448q
respiratória
  avaliação de, 874
  educação dos pacientes na prevenção de, 883q
responsabilidades e deveres dos profissionais no controle de infecção, 458
risco de
  avaliação para, 441t
  idosos e, 439q
  plano de cuidados de enfermagem para, 445q
sintomática, 435
sistêmica, 437
sítio cirúrgico, 1270-1271
suprainfecção, 438
suscetibilidade a, 437, 442-443
transmissão direta de, 437q
transmissão indireta de, 437q
trato urinário, 1095-1097
  características da, 1095-1097
  em idosos, 176
  fatores que diminuem, 1114q

pós-operatório, 1284t-1283t
Infecção transmitida pelo ar e quarto de isolamento, 452
Infecções associadas aos cuidados de saúde (IAS), 439-440
em idosos, 189
locais e causas, 439q
reservatórios para, 435-436
Infecções da corrente sanguínea, 439q
Infecções do trato urinário, 1095-1097
características de, 1095-1097
em idosos, 176
fatores que diminuem, 1114q
no pós-operatório, 1284t-1283t
Infecções iatrogênicas, 440
Infecções respiratórias
avaliação de, 874
educação dos pacientes para a prevenção de, 883q
mecanismos de defesa contra, 438t
Infecções sintomáticas, 435
Inferências, 194t, 197, 210, 210f
Inferioridade
desenvolvimento de, 694q
versus industriosidade, 134
Infertilidade, 164, 713
Infiltração, 952t, 952
Inflamação, 438-439

Influência/poder, 402
Influxo, 45
Informação
fontes de, 209
fornecimento de, 325
manejo da, 354-355
Informações confidenciais de saúde protegidas (ICS), 353-354
Informática, 234, 350-365
definição de, 8t
saúde, 361
Informática em enfermagem, 25, 362
Informática em saúde, 361
Infusão de anestésico local perineural, 1031
Infusão(ões), 606
bombas mini-infusoras, 671-675
conjuntos de infusão intravenosa intermitente, 671-675
contínua, 958-981
controlada por volume, 645, 671-675, 674f
de grande volume, 644-645
epidural, 1032t
fluxo por gravidade, 969-972, 971f
infusão de anestésico local perineural, 1031
piggyback (intermitente), 645, 645f, 671-675, 673f
procedimento para, 973-978, 977f
Infusões contínuas

iniciando as, 958-981, 962f-963f
procedimentos na, 958-981, 962f-963f
Infusões de fluxo por gravidade, 969-972, 971f
Infusões de volume controlado, 645
administração de, 671-675, 674f
procedimento na, 969-972, 971f
vantagens das, 645
Infusões epidural, 1032t
Infusões *piggyback*, 645, 645f, 671-675, 673f, 949
Ingestão alimentar
avaliação hidroeletrolítica e acidobásica de, 939
questões do histórico, 1058q
Ingestão calórica
cicatrização de feridas afetada pela, 1186, 1186t
sono afetado pela, 991
Ingestão de alimentos, 1161
Ingestão de líquidos, 929
diariamente, 1147
eliminação intestinal e, 1143
pensamento crítico para, 787-788
ingestão média diária saudável, 929t
manutenção de, 1111, 1161
medição de, 941-943
Ingestão dietética de referência (DRIs), 1050
Inibidores da agregação plaquetária, 1054t

Iniciativa
culpa *versus*, 134
desenvolvimento de, 694q
Iniciativa para Pessoas Saudáveis (Healthy People Initiative), 32
Iniciativa Quality and Safety Education for Nurses (QSEN), 8t
Iniciativa Quality and Safety Education for Nurses (QSEN)/Educação de Qualidade e com Segurança para Enfermeiras, 8, 8t, 25-26, 228-229, 367-368, 378q
Iniciativas de segurança, 368q
Início de avaliação do perigo, 375
perigos ambientais, 1240
populações vulneráveis, 34q
Injeção(ões), 603
administração de, 639-646, 662-667, 664f-665f
ampolas, 637
a partir de frascos, 637, 638f
desconforto durante, 639
em crianças, 625q
intradérmica, 640f, 643
intramuscular, 640f, 641-643
locais de, 607
locais recomendados para, 639-640, 640f
preparação de, procedimento para, 658-662, 659f-660f
prevenção de infecções, 635q
procedimento na administração, 662-667, 664f-665f
subcutânea, 607, 639-641, 640f, 662-667

desvantagens ou contraindicações para, 608t
Injeções intradérmicas (ID), 607, 643, 662-667
Injeções intramusculares (IM), 607, 640f
administração de, 662-667
contraindicações para, 608t
desvantagens das, 608t
locais para, 641-642
método em Z para, 642-643, 643f
Injeções subcutâneas, 607, 639-641, 640f
desvantagens ou contraindicações para, 608t
locais recomendados para, 639-640, 640f
procedimento para administrar, 662-667, 664f-665f
Inquérito de Deficiência Auditiva em Idosos (Hearing Handicap Inventory for the Elderly/HHIE-S), 1238
Inquietação criativa, 48
Inquietação espiritual, 86
Insolação, 483
cuidados agudos na, 489
definição de, 483
sinais e sintomas de, 483
Insônia, 987-988, 987q
plano de cuidados de enfermagem para, 996q
processo de diagnóstico de enfermagem na, 994q
Inspeção, 531
Inspiração, 864

Instilações
nasal, 630, 630q-631q, 631f
olho, 630
ouvido, 630, 632q, 632f
retal, 630
vaginal, 630
Instituições de longa permanência (ILP), 21
Instituições de saúde, 602
Institute for Healthcare Improvement/Instituto para a Melhoria da Atenção à Saúde, 368q
Institute for Safe Medication Practices (ISMP)/Instituto para Práticas Seguras em Medicações, 602, 614t-615t
Institute of Medicine (IOM)/Instituto de Medicina, 14-15
competências do século XXI, 22q
componentes dos cuidados de sobrevivência de, 97
redefinição de regras de desempenho para os sistemas de saúde, 23, 23q
To Err Is Human: Building a Safer Health System/Errar é humano: Construção de um Sistema de Saúde Seguro, 10, 367, 610
Instituto ECRI, 368q
Instrução do computador, 346t
Instrução em grupo, 344
Instrução programada, 346t
Instruções preparatórias, 344
Instrumento de avaliação de queda, 376q
em ambientes de cuidados de saúde, 389-394

em idosos, 185, 188
prevenção, 382f, 384-385, 389-394
risco de, 185q, 375, 377q
Instrumento de Avaliação de Residente (IAR), 21
Instrumento de triagem de desnutrição (ITD), 1056
Instrumentos
contaminados, 448q
disposição de, 643-644, 644f
Insuficiência arterial, 570-572, 572t
Insuficiência cardíaca
alinhado à esquerda, 869
do lado direito, 869
do lado esquerdo, 870
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado por, 939t
Insuficiência respiratória, 1067q
Insuficiência vascular
ensino do paciente para, 570q
sinais de, 830q
Insuficiência venosa, 571f, 572t
Insulina
administração de, ensino do paciente para, 623q
correção, 638
durante a cirurgia, 1262t
mistura de, 638, 639q
preparo de, 638

Insulina U-100, 638, 640
Insulina U-492, 638
Integridade, 134-135, 201t, 202
Integridade da pele, 1176-1231
  avaliação da, 1212-1213, 1212f, 1188, 1188q
  avaliação pós-operatória de, 1280
  base de conhecimento científica para, 1176-1184
  base de conhecimentos de enfermagem para, 1184-1187
  definição de prioridades para, 1193
  manutenção de, 1161
  metas e resultados esperados para, 1192-1193
  planejamento para, 1192-1195, 1193f
  prejudicada
    características de pele escura com, 1178q
    diagnósticos de enfermagem associados a, 1191-1192
    plano de cuidados de enfermagem para, 1193q-1194q
    relacionada com infecção, 1192q
  processo de enfermagem para, 1187-1213
Integridade da pele prejudicada
  definição de prioridades para, 1193
  diagnósticos de enfermagem associados a, 1191-1192
  plano de cuidados de enfermagem para, 1193q-1194q
  relacionada com infecção, 1192q
Integridade do ego, 694q
Inteligência emocional (IE), 314

Interação narrativa, 320

Interações fármacos-nutrientes, 1054t

Interações sociais, de, 1236

International Association for the Study of Pain (IASP)/Associação Internacional nos Estudos de Dor, 1006

Interpretação, 194t, 218-219

erros de, 232

fontes de erro de diagnóstico, 232q

Intérpretes, 110q

Intersetorialidade, 102, 103q

Intervalo aniônico, 927t, 936, 938t

Intervenção na crise, 774

definição de, 774

modelo para, 775f

Intervenções

atividades de enfermagem associados, 245q

colaborativas, 244

comunicação, 264

desenvolvimento, 379-384

eficácia, 273

erros em, 249t

imagem corporal, 188

intervenções de enfermagem independentes, 244

intervenções mente-corpo, 681t-682t

para a febre, 488q

para a hipertensão, 36t
para desequilíbrios acidobásicos, 955-957
para doença de Alzheimer, 36t
para o câncer, 36t
para o desequilíbrio eletrolítico, 955
pensamento crítico para a escolha, 243-245
por abuso de medicamentos, 36t
Intervenções cirúrgicas de emergência, 1254t
Intervenções de comunicação em enfermagem, 264
Intervenções de enfermagem, 255
colaborativas, 244
comunicação, 264
critérios para relatos ou registros, 356t
dependente, 244
diretrizes processuais para intoxicação acidental, 384q
erros de escrita, 249t
escolhas, 245q
independente, 244
padrão, 256-257
para febre, 488q
pensamento crítico para, 243-245
tipos de, 244
Intervenções mente-corpo, 681t-682t
Intestino delgado, 1142, 1142f
Intestino grosso, 1142, 1142f

Intimidade
desenvolvimento de, 694q
isolamento *versus*, 134
Intolerância à atividade, 792q-793q
Intoxicação acidental, 384q
Invasão de privacidade, 305
Inveja do pênis, 133
Inversão, 589t
Investigação científica, 58
Iowa Intervention Project/Projeto de Intervenção de Iowa, 242, 244-245
Íris, 548
Irmãos, 144f
Irrigação, 610
cateter fechado, 1134-1137, 1136f
irrigação da ferida, 1198, 1199f, 1206
pela administração de medicamentos, 635
Isolamento
implicações psicológicas, 451-452
intimidade *versus*, 134
proteger contra, 754-755
Isolamento social, 181
Isolantes, 164t
Isquemia miocárdica, 870
Itens críticos, 418q-419q
Itens não críticos, 418q-419q

Itens semicríticos, 418q-419q

J

Jejum, pré-operatório, 1271
Jejuno, 1142
Joelho valgo, 403t
Joelho varo, 403t
Jogos, 136, 136f
  crianças em idade escolar, 148
  infantis, 146
  pré-escolares, 150
Jornal escrito, 773
Jovens, *Ver* Adolescente(s)
Judeus
  crenças em saúde dos, 731t
  cuidados com o corpo após a morte, 758q-759q
  práticas alimentares dos, 737t, 1055t
Julgamento, 594
Julgamento clínico, 193
Junção dermoepidérmica, 1176-1177
Justiça, 290

K

King, Martin Luther, 138
Kohlberg, Lawrence

críticas de, 138
teoria do desenvolvimento moral de, 133t, 137-138

L

Lábios
estado cardiopulmonar e, 876t
inspeção dos, 554
normal, 554, 554f
Lacerações, 1190
Laços de Montgomery, 1205f
Lactação, 165, 1052
Lactentes, 144-147. *Ver tambím* Crianças; Recém-nascidos
administração de medicamentos para, 625
confiança *versus* desconfiança, 134
desenvolvimento motor em, 145t
desenvolvimento motor geral em, 145t
dor em, 1012t
e desenvolvimento sexual, 708-709
efeitos da imobilização sobre, 407
faixa de frequência respiratória, 493t
fezes com odor fétido em, 531t
frequência cardíaca de, 491t
medição de comprimento, 536, 536f
métodos de ensino para desenvolver com, 337q
mudanças no desenvolvimento, 783

necessidades e padrões de sono, 989
necessidades nutricionais, 1050
oxigenação em, 870
pressão arterial em, 496t, 499
riscos para, 370
segurança nas intervenções para, 379, 379t-380t
Lance Armstrong Foundation (LiveStrong), 97
Lanches na hora de dormir, 999
Lares de idosos, 176q
Látex, 527t
alergia/sensibilidade ao, 516, 526, 1275
precauções de evasão, 1275q
substitutos não látex, 527t
Latinos
cuidados com o corpo após a morte, 758q-759q
fatores de risco HIV/AIDS e, 712q
Lavagem das mãos, 450
Lavagem dos cabelos, 834-835, 835q-836q, 835f
Laxantes, 1155
fatores que afetam o equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 940q
interacções fármaco-nutrientes, 1054t
tipos de, 1157t
trato gastrointestinal e, 1143
Laxantes e catárticos formadores de massa, 1157t
Laxantes e catárticos umidificados, 1157t

Laxantes salinos e catárticos, 1155, 1157t

Legionella pneumophila, 436

Lei da Morte Digna (Death with Dignity Act) (Oregon), 305

Lei de Cuidados de Baixo Custo (Affordable Care Act) (ACA), 7, 15-16, 31, 295, 296q, 300

Lei de Equidade Paritária de Dependência e Saúde Mental, 302

Lei de Recuperação e Reinvestimento Americano (American Recovery and Reinvestment Act -ARRA), 352

Lei de Starling do coração, 865

Lei do Bom Samaritano, 304

Lei do orçamento equilibrado (BBA), 19-20

Leininger, Madeleine

cuidar transcultural, 80

teoria do cuidado cultural, 48

Lei Orgânica, 299-300

orientações para consentimento legal para tratamento médico, 307q

questões estaduais, 304-305

questões federais, 300-304

Lei para Americanos com Deficiência (Americans with Disabilities Act - ADA), 302

Lei Paritária de Saúde Mental, 302

Leis de saúde pública, 304

Leis penais, 300

Leito/cama(s), 839

de ar fluidizado, 1198t

desocupado, 844q

orientações para o banho e higiene em pacientes acamados, 835q, 835f
terapêutico, 1197
Leitos cirúrgicos ou de recuperação, 840, 844f
Leitos de recuperação, 840, 844f
Leitos hospitalares, 839
arrumação de, 839-840
leitos cirúrgicos ou de recuperação, 840, 844f
posições em, 840t
Leitos terapêuticos e colchões, 1197
Lesão dos tecidos profundos, 1179-1181, 1180f
Lesões
cabeça, 939t
definição de, 540
em adultos jovens, 162-163
lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, 414
neurológicas, 493q
pele, 540, 541q
picada de agulha, 644q
prevenção de, 414, 644q
para enfermeiros e pacientes, 795q, 796t
para lactentes, 146
relacionadas com carga, 796t
teciduais profundas, 1179-1181, 1180f
Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, 414

Lesões por pressão, 406, 1177-1179, 1177f, 1188f
avaliação de, 1188-1190
avaliação de risco para, 1184, 1185t, 1213-1215
classificação, 1179-1181
consequências econômicas de, 1184-1186
cuidados agudos para, 1197
educação sobre, 1200
fases de, 1179-1181, 1180f
fatores de risco para, 1178-1179
fatores que influenciam a formação de, 1186-1187
fatores relacionados à pressão que contribuem para, 1177
locais de, 1188, 1189f
manejo, 1197
patogênese da, 1177-1178
plano de cuidados de enfermagem para, 1193q-1194q
predição de, 1184-1186, 1185t
medidas para, 1189
prevenção, 1184-1186, 1185t, 1258
guia rápido para, 1196t
promoção da saúde, 1195-1197
procedimento nas, 1216-1218
proeminências ósseas mais frequentemente subjacentes à, 1188, 1189f
recomendações para os cuidados domicialiares nas, 1196q
tratamento de, 1216-1218

Letramento ou alfabetização em saúde, 169
avaliação da, 1100-1101
competência linguística e, 110
definição de, 339-340
dificuldades de aprendizagem e, 339-340
em idosos, 183, 183q
experiência da dor afetada por, 1023
medidas de, 110
Leucocitose, 438
Leucoplasia, 555
Licenciamento, 10, 304
Liderança
características dos líderes eficazes, 277q
enfermagem, 281-283, 285
transformacional, 276-277
Liderança transformacional, 276-277
Lidoderm, 1031
Ligação às proteínas, 604
Ligadura de trompas, 710
Ligamentos, 402, 780
Limiar de dor, 1008
Limites legais, 299-300
Limpeza, 447
categorias para, 447q
da pele, 1205-1206

de cateteres, 1132-1134, 1133f
de feridas, 1200
medidas para garantir a limpeza, 447
Limpeza a seco, 164t
Linfócitos, 443t
Linfócitos T, 1065t
Linfonodos
axilares
palpação dos, 576, 577f
posição anatômica dos, 576, 576f
cabeça e pescoço, 556-558, 558f
palpação de, 556-558, 558f
supraclaviculares, 558, 558f
Língua, 555-556, 556f
Linguagem
avaliação da, 593
criança, 148
desenvolvimento da, 151
habilidades de adolescentes, 154
infantil, 146
pré-escolar, 150
Linhas de Beau, 544q
Linhas de sutura, 143, 143f
Linimentos, 603t
Lipídios, 1047

Lipoproteínas de alta densidade (HDLs), 877t

Lipoproteínas de baixa densidade (LDL), 877t

Lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL, do inglês very low-density lipoprotein), 877t

Lipossolubilidade, 604

Líquido extracelular, 927

Líquido intersticial, 927

Líquido intracelular, 927

Líquido intravascular, 927

Líquidos

base de conhecimento científico para, 927-937

consumo médio diário saudável e saída, 929t

definição de, 927

na cicatrização de feridas, 1186t

reposição enteral de, 947

reposição parenteral de, 947

restrição de, 947

Líquidos intracelulares, 927

Listas de problemas, 358

Listeriose, 1064t

Literatura científica

bases de dados e fontes, 55t

como fonte de dados, 213

Lobos pulmonares, 559, 560f

Locais de drenagem, limpeza de, 1205-1206, 1206f

Local da injeção no deltoide, 642-643, 642f
Local de trabalho, 785
Loções, 603t
Lordose, 403t, 587, 589f
Lubrificantes, 1157t
Lúnula, 542
Luto, 743-744
  facilitador, 757
  teorias de, 745t
Luto complicado, 744
Luto tardio, 744
Luvas, 453q-455q, 457
  calçar luvas com pacote aberto, 473-474, 473f-474f
  calçar luvas com pacote fechado, 471-472, 472f
  descartável, 1219f
  descarte de, 473-474
  estéril, 461
Luzes de chamada, 385, 840f

M

Má absorção, 1073
Macrócitos, 1065t
Macrominerais, 1047
Máculas, 540, 541q
Magnésio, 927t, 933t

Mahoney, Mary, 6
Ma huang, 689t
Mama(s), 572-578
alterações normais nas, 575q
avaliação da, 572-578, 575t, 577q
educação dos pacientes para avaliação da, 577q
em adultos de meia-idade, 167t
em idosos, 178
inspeção de, 574-576
masculina
em adultos de meia-idade, 167t
exame da, 578
palpação, 576-578, 578f
quadrantes, 574-575, 576f
saúde da, educação em saúde do paciente para, 577q
Mamas masculinas
em adultos de meia-idade, 167t
exame de, 578
Mamilo, 576
Manejo ambiental
ambiente de sono em hospitais, 1000q
controle de estímulos dolorosos, 1026q
controle de ruído, 1001q
exemplo de atividades associadas à enfermagem, 245q
Manejo da dor, 1006-1043

ABC do, 1014-1015, 1015q
abordagem clínica de rotina para, 1015q
aguda, 1027-1036
avaliação do, 1037-1038, 1037f
barreiras para, 1035-1036, 1036q
base de conhecimento científico para, 1007-1010
base de conhecimentos de enfermagem para, 1010-1013
certificação, 1014
cuidados de enfermagem para, 86
cuidados reparadores e contínuos, 1036-1037
definição de prioridades para, 1021
dor aguda, 1027-104
dor crônica, 1010, 1033-1035
dor do câncer, 1033-1035, 1034f-1035f
fluxograma para, 1015f
implementação, 1021-1038
intervenções farmacológicas, 1027-1032
intervenções invasivas, 1033
intervenções não farmacológicas, 1023-1027
lista de verificação para comunicar dor aos colegas, 1038q
medidas de alívio, 1019, 1270
metas e resultados esperados para, 1021
pensamento crítico para, 1013-1014, 1021f
perguntas de avaliação para, 1015q
perguntas para conferir se os resultados esperados do paciente não

forem alcançados, 1037-1038
planejamento para, 1020-1021
plano de cuidados de enfermagem para, 416q, 1022q-1023q
procedimento, 1033
processo de enfermagem, 1014-1038
resultados esperados do paciente para, 1037-1038
Manejo das vias aéreas, 881q
Manejo de casos, 278, 358-359
Manejo do caso, 35
Manejo do estresse
cuidados agudos, 774
cuidados reparadores e cuidados continuos, 774
descrição, 203-204
ensino do paciente para, 773q
implementação para, 770-774
metas desejáveis e resultados esperados para, 770
no local de trabalho, 773-774
para adultos de meia-idade, 168
para problemas de sono, 999, 1001
promoção da saúde para, 770-774
resultados esperados do paciente, 775-776
Manejo dos cuidados, 276-287
Manejo do tempo, 282-283
para redução do estresse, 773
princípios de, 283q

Manejo nutricional, 1063q-1064q
Manifestações, 344
de retorno, 344
planejamento avaçado, 344
Manometria anorretal, 1150, 1150q
Manutenção das vias aéreas, 883
Mão(s), 814-815
amplitude de movimento, 590f
assepsia cirúrgica da, 468-470
Mapa de gráficos, 357q, 358
Mapas conceituais, 203
definição de, 703
para alterações sensoriais, 1242f
para avaliação, 219, 220f
para constipação, 1153f
para controle da dor, 1024f
para deficiência de atividade e exercício, 792f
para desequilíbrios hídroeletrolíticos e acidobásicos, 946f
para diagnósticos de enfermagem, 232, 233f
para implementação de cuidados, 259f
para integridade da pele prejudicada, 1195f
para o planejamento dos cuidados, 249-250, 250f, 770
para os cuidados de higiene, 825f
para oxigenação, 882f
para pacientes cirúrgicos, 1282f

para perda, morte e luto, 752f
para prevenção e controle de infecção, 446f
para problemas da sexualidade, 719f
para problemas de autoconceito, 703f
para problemas de eliminação urinária, 1109f
para problemas de estresse e enfrentamento, 772f
para problemas de sono, 997f
para problemas nutricionais, 1061f
para saúde espiritual, 735f
para segurança do paciente, 378f
para tratamento de feridas, 1195f
Marcas de agulha, 539t
Marcha, 318, 534
avaliação da, 410, 790
Marcha com muleta, 797-798, 799f
Máscara com reinalador, 895t
Máscara de respiração parcial, 895t
Máscara facial, 894f
Máscara facial simples, 894, 895f, 895t
Máscara respiratória N95, 456, 456f
Máscara(s), 453q-455q
cirúrgica, 456q
colocação e remoção da, 460
respiratória, 456, 456f
Máscaras cirúrgicas, 456q

Máscaras de oxigênio, 892q-894q, 893f, 893-894
Máscaras de Venturi, 893f, 894, 895t
Máscaras respiratórias, 456, 456f
Mascaramento da tristeza, 744
Massagem manual, 1026q
Massagem nas costas, 1026q, 1026f
Massagem no braço, 1026q
Massagem no pescoço, 1026q
Massas cervicais, 558q
Massoterapia, 681t-682t
  manejo da dor utilizando, 1025
  massagem padrão das costas, 1026f
  orientações processuais, 1026q
Mastigação, 1058q
Materiais audiovisuais, 346t
Materiais escritos
  intervenções de enfermagem, 249t
  objetivos, 243
  para o ensino, 346t
Material didático desenvolvido de forma apropriada, 336, 337f
Material Safety Data Sheets (MSDSs)/Folha de Registro de Dados de Segurança de Material, 373
Matricária, 688t
Maturidade, 194t
  sexual, 584

Maus-tratos, 146-147
Maus-tratos à criança, 146-147
Meato uretral, 1102-1103
Meato urinário, 1102-1103
  limpeza do, 1123-1132, 1127f
Meato urinário masculino, 1123-1132, 1127f
Mecânica do corpo, 795
Mecanismos de defesa, 442
Mecanismos de defesa do ego, 765, 766q
Medicação eletrônica
  registro da administração (RAME), 618-619, 624
Medicações tópicas
  administração de, 608-609, 629
  analgésicos, 1031
  aplicações, 629-630
  formas de, 603t
Medicaid, 16t
  cuidados domiciliares, 19-20
  despesas totais, 126
Medicamento intratecal, 607
Medicamento(s)
  absorção de, 603-604
  abuso de
    em idosos residentes na comunidade, 36t
    papéis e intervenções de enfermagem para, 36t

ações de, 604-605
adesão, 622
atitude do paciente sobre, 622
avaliação dos
descrição, 874
perguntas para, 1058q
avaliação hidroeletrolítica e acidobásica, 939
desequilíbrios, 940q
cálculos de dose, 610-612, 624
análise dimensional, 612
doses pediátricas, 612-613
etapas para, 612
método de fórmula, 611
precisos, 624
razão e proporção para, 611
capacidade de dissolver, 603-604
classificação de, 602
concentração de, 606
considerações de segurança para, 617q, 957
distribuição de, 604, 616
efeitos adversos de, 605
efeitos colaterais de, 605
efeitos sinérgicos de, 604
efeitos terapêuticos de, 604
efeitos tóxicos de, 605

eliminação intestinal e, 1143, 1155
em pacientes cirúrgicos, 1261, 1262t
excreção de, 604
formas de, 602-603, 603t
funcionamento sexual afetado por, 714q
história, 621-622
idosos e, 186-187
interações, 605
intervalo terapêutico de, 606, 606f
legislação relativa, 601
manejo da dor utilizando, 1015q, 1027-1032
meia-vida biológica, 606
metabolismo de, 604, 625, 626f
mistura de, 637-638
nomes de, 602
normas sobre, 602
oftálmico, 630
pico de concentração, 606
pressão arterial e, 496
problemas de sono gerido com, 1000, 1002
problemas urinários controlados com, 1116-1118
reações alérgicas a, 605
reações idiossincrásicas a, 605
reconstituição, 658-662
regulamentos para, 602

respiração afetada por, 493q
sistemas de distribuição automatizados, 616, 616f
sistemas de medição para, 609-610
sono afetado por, 990, 990q
tópico
administração de, 608-609, 629
analgésicos, 1031
aplicações, 629-630
formas de, 603t
trato gastrointestinal e, 1143
Medicamentos antiparkinsonianos, 1054t
Medicamentos de uso vaginal
instilação de, 630
orientações processuais para administração de, 632q-633q, 633f
Medicamentos intra-arteriais, 607-608
Medicamentos intra-articulares, 608
Medicamentos intracardíacos, 608
Medicamentos intraósseos, 607
Medicamentos intraperitoneais, 607
Medicamentos intrapleurais, 607
Medicamentos oftálmicos, 630, 652-655, 653f
Medicamentos orais
administração de, 607, 626-629
para crianças, 625q
procedimento para, 647-651, 648f-650

desvantagens ou contraindicações para, 608t
formas, 603t
Medicamentos para dor contendo opiáceos, 1151q
Medicamentos por via peridural, 607
Medicamentos transdérmicos
desvantagens ou contraindicações para, 608t
disco ou remendo, 603t, 608-609
orientações para garantir segurança da administração, 629
Medição eletrônica da pressão arterial
condições do paciente não apropriadas para, 501q
diretrizes de procedimento, 501q
dispositivos para, 500-501, 500f
Medicare, 15, 16t
despesas totais, 126
prestação de cuidados domiciliares, 20
Medication Error Reporting Program/Programa de Registro de Erro na Medicação, 614t-615t
Medicina alopática, 681
Medicina alternativa e complementar (MAC), 680-683
Medicina ayurvédica, 681t-682t
Medicina chinesa, tradicional, 681, 681t-682t, 686-687, 687t
Medicina homeopática, 681t-682t
Medicina naturopata, 681t-682t
Medicina quiroprática, 681t-682t
Medicina tradicional chinesa, 681, 681t-682t, 686-687, 687t

Medições
conversões de
dentro de um sistema, 610
entre sistemas, 610
equivalentes de, 609t
Médicos, 280
Medidas caseiras, 609, 609t
Medidas de avaliação, 268-269, 268f, 269t
Medidas de núcleo, 111-112
Medidas de salvamento, 262-263
Meditação, 681t-682t, 684, 737
aplicações clínicas da, 684
ensino do paciente para, 737q
limitações da, 684
MEDLINE, 55, 55t
Medo, 1266q
Medula oblonga, 764
MedWatch, 602
Meias antiembolíticas, 417-420, 418q-419q, 418f-419f
Meias elásticas, antiembolíticas, 418q-418q, 418f-419f, 420
Meio ambiente, 43, 72, 261, 316
atividade e exercício afetados pelo, 785-786
de idosos, 181-182
educação, 339
e oxigenação, 872

equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado por, 939, 939t
e sono, 994, 997-998, 1000, 1001q
medidas gerais de prevenção, 382-384
nutrição e, 1051
orientação, 1247
orientações do CDC para, 450t
para exame físico, 526-527
proteção e, 450t, 452
segurança, 1245
sono afetado pelo, 991
temperatura do corpo afetada pelo, 482
termorregulação ineficaz relacionada com a incapacidade de se adaptar à temperatura ambiente, 486q
Melanoma, 540, 542q
Melhora da qualidade (MQ), 26-27, 61-62, 61f, 112q
definição com exemplos, 8t
definição de, 61
investigação e, 61-62, 62t
prática baseada em evidências e, 61-62
Melhora de desempenho (PI), 26-27, 57
Melhora, qualidade, *Ver* Melhora da qualidade (MQ)
Melhor coleta de evidências, 54-55
Melhoria do papel, 702q
Membranas mucosas
como porta de saída, 436

desvantagens ou contraindicações de via administração de medicamentos para, 608t
métodos para, 607
em desequilíbrios hidroeletrolíticos e acidobásicos, 942t
Membrana timpânica, 550-551, 551f
Memórias passadas, 766
Menarca, 154
Menopausa, 166
Mensagens, 316
Menstruação, 711
Mensurabilidade, 243
Mente aberta, 194t
Mesa de cabeceira, 448q
Metabolismo, 1049
aumento da taxa metabólica, 868
avaliação pós-operatória de, 1280
de fármacos/drogas, 604
erros inatos do, 144
Metacomunicação, 318
Metamucil (*Psyllium*), 1157t
Metaparadigma em enfermagem, 42-43
Metas de curto prazo, 243
Metas de longo prazo, 243
Metas realistas, 243
Metheny, Norma, 58

Metilcelulose (Citrucel®), 1157t
Método científico, 58, 196, 197q
Método Credé, 1111
Método de fita para os cuidados de tubo endotraqueal, 908, 909f
Método de fórmula, 611
Método de razão/proporção, 611
Método em Z para injeções intramusculares, 642-643, 643f
Métodos baseados no corpo, 681t-682t
Métodos de ensino
  capacidade de desenvolvimento de base para, 337q
  descrição de, 343-344
  domínios de aprendizagem como base para, 334q
Micção cronometrada, 1196
Micoterapias, 681t-682t
Microrganismos, 435, 436t
Mictórios masculinos, 1111, 1111f
Micturação, 1093, 1095, 1110-1111
Mídias sociais, 304q
Minerais, 1047
Miniavaliação Nutricional (MAN), 1056, 1057f
Miniexame do Estado Mental (MMSE), 179, 592, 592q
Mioglobina, 877t
Miopia, 546q
Mistura eutética de anestésicos locais (EMLA), 1031
Mistura total de nutrientes, 1070

Mnemônica, 108, 109q
Mobilidade, 401-440
avaliação da, 407-413, 790, 1147
perguntas para, 408q
cuidados agudos, 416-424
cuidados reparadores e contínuos, 423-424
definição de, 404
diagnósticos de enfermagem relacionados com problemas de, 413-414
efeitos sistêmicos de, 404-406
fatores que influenciam, 404-407
implementação para, 414-424
influências patológicas sobre, 402-403, 783-784
lesões por pressão e, 1189
metas e resultados esperados para, 414
planejamento para, 414-424
promoção da saúde para, 414-424
questões a considerar, 423
relacionada com indivíduos e suas influências culturais, 416q
resultados esperados do paciente, 423
trabalho em equipe e de colaboração para, 414
Mobilidade articular, 795-796
Mobilidade física reduzida, 371, 404, 413, *Ver tambím* Imobilidade
higiene e, 817
intervenções para, 231t

lesões por pressão e, 1178
plano de cuidados de enfermagem para, 1193q-1194q
processo de diagnóstico de enfermagem, 413q, 790q
relacionadas com dor no quadril/perna, 413q
relacionadas com o comprometimento musculoesquelético da cirurgia e dor com o movimento, 416q
riscos de queda secundários a, 377q
Modelagem, 143
Modelo de avaliação transcultural, 107
Modelo de crenças em saúde, 66, 67f
Modelo de processo de Rando, 745t
Modelo de promoção da saúde (MPS), 66, 68f
Modelo de Purnell para Competência Cultural, 107
Modelo de Sistemas Neuman, 46t-47t, 766
Modelo de tarefas no luto, 745t
Modelo explicativo, 107-108, 108t
Modelo transformador, 81
Modelos de pensamento crítico
para alterações sensoriais, 1237f, 1242f, 1249f
para atividade e exercício, 789f, 791f, 801f
para controle da dor, 1015f, 1021f, 1037f
para déficits de autoconceito, 700-701, 701f, 704, 704f
para déficits nutricionais, 1056f, 1062f, 1074f
para desequilíbrios hidroeletrolíticos e acidobásicos, 938f, 944f, 958f
para enfermagem, 195, 196f

para enfrentamento de estresse, 768f, 770, 770f, 774-775, 776f
para higiene, 817f, 824f, 845f
para o cuidado do paciente cirúrgico, 1267f, 1273f
para oxigenação, 872f, 880f, 897f
para perda, morte e luto, 746-747, 747f, 749, 751f, 758-760
para problemas da sexualidade, 713, 714f, 717f, 721, 721f
para problemas de eliminação intestinal, 1146f, 1152f, 1161f
para problemas de eliminação urinária, 1100f, 1107f, 1119f
para problemas de sono, 992f, 995f, 1002f
para saúde espiritual, 728, 733, 733f, 738, 738f
para tomada de decisão clínica, 199-203
para tratamento de feridas, 1187f, 1193f, 1212f
Modelos de saúde holística, 67
Modificadores da resposta biológica, 90
Modo de falha e análise de efeitos (FMEA), 372
Monitoramento, 352
Monitoramento da glicose sanguínea, 1086-1089, 1088f-1089f
Monitores de glicose sanguínea, 1086-1089, 1087f
Monitores de pressão arterial automáticos, 501-502, 500f
Monócitos, 443t
Mononeuropatia dolorosa, 1010t
Morte, 182, *Ver tambím* Perda, morte e luto
base de conhecimentos de enfermagem, 744-747
cuidados após, 757-758, 758q-759q
mudanças físicas antes da, 756q

violenta, 162-163
Morte, estágios da, 745t
Motilidade intestinal, 580
Motivação, 335
higiene e, 815-816
para a aprendizagem, 336, 339
teorias utilizadas para melhorar, 335
Movimentação do pacientes, 422
Movimento
abdominal, 580
mobilidade física prejudicada relacionada com dor, 416q
natureza do, 401-402
regulação do, 780-783
regulação muscular, 782
Movimento coordenado do corpo, 780
Movimento não rápido dos olhos (NREM), 985, 986q
Movimento(s) do corpo, 534
coordenação, 780
regulação do, 780-783
Movimentos extraoculares, 547
Moxabustão, 687
Muco, 1065t
Mucosa bucal, 554-555, 555f
Mucosite, 824
Muçulmanos, 1055t

Mudanças conjugais, 168
Mudando de assunto, 326
Mudez, 328q
Muletas, 798-801
déficit de conhecimento (psicomotor) sobre o uso de, 340q
durante o uso de escadas, 800-801, 800f
medição da, 798, 798f-799f
orientação de pacientes para a segurança com, 798q
sentar em cadeiras enquanto estiver usando, 801, 800f
Murmúrios, 566
Musculoesquelético, 402, 781-782
Músculo fusiforme, 596
Músculo(s)
anormalidades de, 403
antagônico, 782
atrofia do, 403
distúrbios do, 783
efeitos da imobilização sobre, 405
musculoesquelético, 402
relacionados com a postura, 402, 782
relacionados com movimento, 402, 782
sinérgico, 782
Músculos antigravitacionais, 782
Músculos do assoalho pélvico, 1095, 1110q
Músculo vasto lateral, 641-642

Musculo ventroglúteo, 641
Musicoterapia, 681t-682t, 1025
Mycobacterium tuberculosis, 436t

N

Naloxona (Narcan), 1028
Não maleficência, 290
Narcolepsia, 988-989
Narcóticos, 1027
  diretrizes de manejo e controle de segurança para, 602q
  sono afetado por, 990q
Nariz
  alterações de desenvolvimento, 817
  avaliação do, 551-553
    educação do paciente para, 553q
    história de saúde no histórico de enfermagem para, 553t
  estado cardiopulmonar e, 876t
  exame físico do, 552-553, 820-822
National Assessment of Adult Literacy Survey (NAALS), 340
National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), 680-681
National Committee for Quality Assurance (NCQA), 24, 355
National Comprehensive Cancer Network, 92
National Council Licensure Examination for Registered Nurses (NCLEX-RN®)/Exame de suficiência, 1
National Council Licensure Examinations (NCLEX®), 304

National Council of State Boards of Nursing (NCSBN), 277-278

National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), 25, 25q, 54

National Guidelines Clearinghouse (NGC), 55, 55t, 256

National Institutes of Health/Instituto Nacional de Saúde, 680-681

National League for Nursing (NLN)/Liga Nacional de Enfermagem, 87

National Organ Transplant Act, Lei Federal de Transplante de Órgão303

National Patient Safety Goals (TJC)/Objetivos nacionais de segurança do paciente, 371, 1272-1273

National Priorities Partnership/Parcerias com prioridade nacional, 14-15

National Quality Forum (NQF)/Fórum Nacional de Qualidade, 15, 24, 371-372

National Student Nurses Association (NSNA)/Associação Nacional de Estudantes de Enfermagem, 10

National Voluntary Consensus Standards for Public Reporting of Patient Safety Eventos (QNQ)/Padrões Nacionais de Consenso Voluntário para o Registro Público de Eventos de Segurança do Paciente, 371

lista de eventos graves reportáveis (EGR), 371-372, 372q

práticas seguras de melhoria de cuidados de saúde, 371-372

Nativos do Alasca, 878q

Naturacil (*Psyllium)*, 1157t

Náusea e vômito, *Ver tambím* Vômitos

alimentação por sonda enteral, 1071t

no pós-operatório, 1257, 1283t-1284t

perguntas do histórico de enfermagem para, 1148q

Náuseas e vômitos (NV), 1257, 1283t-1284t

Navajos, 731t

NCLEX (National Council Licensure Examinations), 304

NCLEX-RN (National Council Licensure Examination for Registered Nurses), 1

Nebulização, 883

Necessidades

básicas, 67, 368, 381-382

hierarquia de Maslow, 67-68, 68f

Necessidades de aprendizagem, 338, 338q, 622

Necessidades humanas

básicas, 67

hierarquia das necessidades de Maslow, 67-68, 68f

Needlestick Safety and Prevention Act/Lei de Prevenção e Segurança de Perfuração com Agulha, 461, 643

Néfrons, 1093-1094

Néfrons renais, 1093-1094

Nefrostomia, 1097

Negação, 336t, 766q

Negligência, 306, 307q

Negligenciar, 35

Negociação, 336t

Neobexiga ortotópica, 1098

Nervos cranianos, 594, 594t

Nervo trigêmeo (V nervo craniano), 594t

Neuropatia, 91

Neuropatia periférica, 830q, 1235q
Neurotoxicidade periférica induzida por quimioterapia (NPIQ), 91
Neurotransmissores, 1007, 1007q, 1007f
Neutrófilos, 443t
Nicotina, 990q
Nightingale, Florence, 5-6, 45, 1046
  teoria ambiental de, 45
Nistagmo, 547
Nível de consciência
  avaliação dos, 592-593
  em alteração, 1178
  em desequilíbrios hídroeletrolíticos e acidobásicos, 942t
  tratamento bucal para pacientes inconscientes, 857-859, 859f
Nível socioeconômico
  higiene e, 815
  perda e luto e, 746
  saúde e crenças e práticas de saúde, 69-71
Nociceptores, 1007
Noctúria, 987, 1102t
Nódulos, 540, 541q
Nomes
  de medicamentos, 602
  utilização de, 321
Nomes de medicamentos
  abreviaturas propensas a erros, 614t-615t

propenso a erros, 614t-615t

North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), 224

diagnóstico de enfermagem, 226q-227q, 242

exemplo de diagnósticos de enfermagem e características definidoras aprovadas, 229q

exemplo sugeridos de ligações NOC, 242t

formato para diagnóstico de enfermagem, 231t

North American Summit on Aspiration in the Critically Ill Patient/Diretrizes Americanas para a Aspiração de Pacientes Críticos Tipo III, 1067

Nó sinusal, 867

Notas PIE, 357q, 358

Nunca Eventos (Never Events), 15, 309, 371-372

Nurse Practice Acts (NPA)/Lei do Exercício Profissional, 299-300, 602

Nursing: Scope and Standards of Practice (ANA)/Enfermagem: Abrangência e Padrões de Prática, 618

Nutrição, 368, 1045-1091. *Ver tambím* Dieta(s); Alimentos

aspectos culturais, 1055q

avaliação da, 1053-1058

modelo de pensamento crítico para, 1056f

perguntas para, 1058q

avaliação de, 1073-1074, 1074f

base de conhecimento científico para, 1046-1049

base de conhecimentos de enfermagem para, 1050-1053

cicatrização de feridas e, 1186-1187

cuidados agudos, 1064-1072

cuidados reparadores e contínuos, 1072-1073
desequilibrada, 1060q
entérico, 1066-1067
e oxigenação, 870-871
fatores que influenciam, 1050-1053
“Healthy People, 2020”, 1046q
implementação para, 1062-1073
lesões por pressão e, 1186-1187
necessidades de desenvolvimento para, 1050-1053
no pós-operatório, 1287
para crianças, 149
para crianças em idade escolar, 153
para idosos, 184-185
para lactentes, 147
para pré-escolares, 150
parentérica, *Ver* Nutrição parenteral (NP)
pensamento crítico para, 1053, 1062f
planejamento para, 1060-1062
metas e resultados esperados para, 1060
modelo de pensamento crítico para, 1053
processo de enfermagem para, 1053-1074
resultados esperados para o paciente, 1074
risco cirúrgico e, 1255
sistema imunológico e, 1065t
Nutrição enteral, 1066-1067, 1067q

Nutrição parenteral (NP), 947, 1068-1072
complicações da, 1070-1072, 1072t
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado pela, 939t
indicações para, 1067q
iniciação, 1070
no total, 947, 1067q
Nutrição parenteral total (NPT), 947, 1067q
Nutrientes, 1046-1047, 1054t *Ver também* Interações medicamentosas com alimentos
absorção intestinal de, 1049, 1049t
armazenamento de, 1049
na cicatrização de feridas, 1186t
objetivos do "Healthy People, 2020", 1046q
Nutrition Labeling and Education Act (NLEA)/Lei de Educação e de Rótulo Alimentar, 1049
Nutting, Mary Adelaide, 6

O

Obesidade
em adultos de meia-idade, 168
em adultos jovens, 164-165
em crianças, 153, 1051
exames preventivos para, 530t
movimento da parede torácica afetado pela, 868
risco cirúrgico, 1255-1257
Objetivo(s), 240-241

alterações da temperatura corporal, 486-488
atingir as metas do paciente, 264
avaliação objetiva dos, realização, 271t
centrados no paciente, 242, 243
comparação do efeito alcançado com, 270, 271t
de curto prazo, 243
diretrizes para descrição, 242-243
longo prazo, 243
medidas de avaliação para, 269t
no plano de cuidados, 272
para a educação do paciente, 341
para a segurança do paciente, 376
realista, 243
singular, 243
Objetivos de aprendizagem, 333
Objetivos Nacionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças do Healthy People, 2000 (Healthy People, 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives), 65-66
Observações
compartilhamento de, 324
do comportamento do paciente, 218
mudanças observáveis, 243
Observações DAR, 358
Observações narrativas, 357q
Occupational Safety and Health Act/Lei de Segurança e Saúde Ocupacional, 304

Oclusões arteriais, 570-572
Óculos, 460, 836
Odores, 531
avaliação dos, 531t
pé, 822t
Odores corporais, 531t, 534
Odores de álcool, 531t
Odores de amônia, 531t
Oientação relativista instrumental, 137
Óleo de rícino, 1157t
Olfato, 1233
avaliação do, 1239t
em idosos, 177t
estímulo significativo para, 1245
reduzido, 1246
Olhar fixo
olhar do paciente conduzido, 213q
sentidos de, 547f
Olho(s), 545-548, 545f
anatomia e fisiologia, 547-548, 1234t
anatomia externa do, 547-548
anatomia interna, 548
artificial, 836-837
avaliação do, 545-548, 820-822
ensino do paciente para, 546q

história de saúde no histórico de enfermagem para, 545t
em adultos de meia-idade, 167t
em idosos, 177t
estado cardiopulmonar e, 876t
exames preventivos para, 530t
função, 1234t
mecanismos de defesa contra infecção, 438t
mudanças de desenvolvimento, 817
posição e alinhamento de, 547
problemas envolvendo, 546q
protético, 836-837, 837f
seca, 1235q
Olhos artificiais, 836-837
Olhos do paciente
avaliação através
de autoconceito, 704
do tratamento da dor, 1037
nutricional, 1073-1074
para a atividade e exercício, 802
para a educação do paciente, 345
para a eliminação intestinal, 1161
para a eliminação urinária, 1119
para a higiene, 844-845
para a integridade da pele e tratamento de feridas, 1212-1213
para alterações sensoriais, 1248

para a mobilidade e imobilidade, 423
para a oxigenação, 897-898
para a perda, morte e luto, 758-760
para a saúde espiritual, 738
para a sexualidade, 721
para equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 957
para o estresse e enfrentamento, 774-775
para pacientes cirúrgicos, 1273-1274, 1276, 1288-1289
para problemas de sono, 1002
avaliação através, 321
avaliação do sono, 991-992
de administração de medicamentos, 626
para a atividade e exercício, 788
para administração de medicamentos, 621
para a dor, 1014-1016
para a educação do paciente, 345
para a eliminação intestinal, 1146
para a eliminação urinária, 1100
para a higiene, 818
para alterações da temperatura do corpo, 484, 489
para alterações sensoriais, 1237-1240
para a mobilidade-imobilidade, 407-413
para a nutrição, 1053-1056
para a oxigenação, 873
para a perda, morte e luto, 748

para a prevenção e controle de infecção, 441-442, 462
para a saúde espiritual, 729
para a segurança do paciente, 374, 388
para a sexualidade, 715
para equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 938-939
para o estresse e enfrentamento, 768-769
para pacientes cirúrgicos, 1258, 1279
para tratamento de feridas, 1188
sobre autoconceito, 699
Olhos secos, 1235q
Oligoelementos, 1047-1047
Oligúria, 1102t
Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA)/Lei de Reconciliação Orçamentária, 19, 21q
Oncologia, 97
Operações concretas, 136
Operações formais, 136-137
Operadores de britadeiras, 164t
Opiniões pessoais, 326
Opioides, 1027
efeitos colaterais de, 1028q
terminologia relacionada com os, 1036q
Opressão, 102
Oração, 730, 732f, 737
Ordens de não ressuscitar (NR), 302

Oregon, 306
Orem, Dorothea, 47-48
Organismos multidrogas-resistentes (OMDR), 439
Organização Mundial da Saúde (OMS)
definição de alfabetização em saúde, 339-340
recomendações para o manejo da dor do câncer, 1034, 1034f
Organizações de Controle de Cuidado (OCC), 16t
Organizações prestadoras de serviços preferenciais (OPP), 16t
Organizações profissionais, 10
Organizações profissionais de enfermagem, 10
Organizações Responsáveis por Cuidados (ACOs), 22
Órgãos genitais
do sexo masculino, 167t, 583-585, 584f-585f
avaliação dos, 583-585
autoexame, 586q
ensino do paciente para, 584t
história de saúde no histórico de enfermagem para, 584t
descrição, 583-585, 584f-585f
em adultos de meia-idade, 167t
femininos, 581-583
em adultos de meia-idade, 167t
ensino do paciente para, 583q
externos, 582-583, 583f
história de saúde no histórico de enfermagem para, 582t
internos, 583

Orientação da realidade, 188

Orientação de contrato social, 137

Orientação de manutenção da sociedade, 137

Orientação do tipo bom menino e boa menina, 137

Orientação por princípio ético universal, 137-138

Orientação sexual, 708, 710

Orientação sexual de lésbicas*gays*, bissexuais ou transgêneros (LGBT), 709

Orientação sobre obediência, 137

Orientações clínicas, 55

Orientações de alta para o paciente, 19, 263f

Orientações de segurança e procedimentos

com pacote aberto, 473-474

com pacote fechado, 471-472

de prevenção da queda, 389-394

inaladores dosimetrados ou de pó seco, 655-658, 656f-657f

inserção de, 1123-1132, 1125f-1130f

para a alimentação por sonda enteral via nasoenteral, gastrostomia ou sondas de jejunostomia, 1082-1086

para administração segura e controlada de narcóticos, 602q

para a higiene, 845-859

para a higiene das mãos, 462-465

para a higiene oral, 857-859

para a irrigação do cateter fechado, 1134-1137, 1136f

para analgesia controlada pelo paciente, 1038-1041

para a preparo de campo estéril, 465f-467f

para assepsia das mãos para cirurgia, 468-470

para a terapia intravenosa, 667-671, 669f-670f, 958-981, 961f, 964f-967f

para coleta de amostra de urina, 1120-1123, 1120f-1122f

para controle da velocidade do fluxo intravenoso, 969-972

para cuidados com os pés, 854-857

para cuidar das unhas, 854-857

para drenos torácicos, 914-918

para enemas de limpeza, 1162-1165, 1164f

para equipamento de oxigênio domiciliar, 919-921, 920f

para injeções, 658-667, 659f-660f

para inserção de cateteres, 1132-1134

para irrigação da ferida, 1226-1228

para lesões por pressão, 1213-1218

para ligaduras elásticas, 1228-1229

para medicamentos oftálmicos, 652-655

para medicamentos orais, 647-651, 648f-650f

para medições da temperatura do corpo, 504-509

para monitoramento de glicose sanguínea, 1086-1089

para mover e posicionar pacientes na cama, 429-430

para o cuidado perineal, 846-854

para os exercícios pós-operatórios, 1289-1294

para roupas, 471-472

para sistemas de retenção, 394-397

para sonda nasoenteral de pequeno calibre na alimentação por sonda enteral, 1077-1081

para tomar banho, 846-854
para troca de curativos de acesso venoso periférico, 979-981
para vestimentas estéreis, 471-472
por aspiração, 899-906
precauções na aspiração, 1075-1077
sonda nasogástrica para descompressão gástrica, 1166-1171, 1167f
terapia de feridas por pressão negativa, 1223-1226, 1224f
Ortopneia, 873
Osmolaridade, 928
desequilíbrios da, 931, 931f, 932t
valores normais da, 927t
Osmose, 928, 928f, 1049t
Osteogênese imperfeita, 783
Osteomalacia, 783
Osteoporose, 178, 405, 587, 783
de desuso, 405
educação de pacientes com, 416q
na saúde óssea, 416
prevenção da, 589q
Otorrinolaringologistas, 1237-1238
Otoscopia, 550, 550f
Otoscópios, 550
Ototoxicidade, 551
Outcome and Assessment Information Set (OASIS)/Conjunto de Informações sobre Avaliação e Resultados, 360

Outros entes significativos
avaliação de, 700
como fonte de dados, 212
Ouvido(s), 548-551, 549f, *Ver tambím* Audição
anatomia e fisiologia, 1234t
avaliação dos, 548-551, 820-822
educação do paciente para, 551q
história de saúde no histórico de enfermagem sobre o/a, 550t
cuidado de, 837
cuidados de higiene do, 815
em adultos de meia-idade, 167t
em idosos, 177t
exames preventivos para, 530t
função, 1234t
mudanças no desenvolvimento, 817
OVID, 55
Oxigenação, 863-923
avaliação da, 872-876, 897-898, 897f
ausculta, 875
estudos de diagnóstico, 879t
exame físico, 874-875
inspeção, 875
modelo de pensamento crítico para, 872f
palpação, 875
percussão, 875

perguntas para, 873q
testes de diagnóstico, 875-876
base de conhecimento científico para, 863-870
base de conhecimentos de enfermagem para, 870-871
cuidados agudos, 882-895
cuidados reparadores e contínuos, 896-897
diagnósticos de enfermagem relacionados com, 876
fatores que afetam, 867-868, 870-871
história de saúde no histórico de enfermagem, 873-874
idosos, 870q
implementação para, 879-897
manutenção e promoção da, 891-894
metas e resultados esperados para, 876
pensamento crítico para, 872
planejamento para, 876-879, 880f
procedimento para, 899-906
processo de enfermagem para, 872-898
resultados esperados do paciente para, 898
Oxigênio
bactérias que requerem, 435-436
necessidade básica de, 368
Oxigenoterapia, 892
equipamento domiciliar para, 919-921, 920f
homecare/internação domiciliar, 894
precauções de segurança para, 891-894

sistemas de liberação e métodos para, 894, 895t-896t
suprimento de oxigênio para, 894
Oxigenoterapia em casa, 894
indicações para, 895
procedimentos na, 919-921, 920f
sistemas para, 894, 896t
Oximetria de pulso, 514
intervalo para, 479q
oxímetros de pulso, 494, 494f
procedimento para, 515-517
Oxímetros de pulso, 494, 494f

P

Paciente afebril, 482-483

Pacientes com necessidades especiais

comunicação com, 326, 327q

higiene oral para, 833

Pacientes imunodeprimidos, 435

fatores de risco cirúrgicos, 1257

terapia clínico nutricional para, 1073

Pacientes inconscientes ou debilitados, tratamento bucal para, 857-859, 859f

Pacientes não verbais, 1016q

Pacientes que giram, 1289-1294, 1293t

Pacientes que não falam inglês, 323q, 328q

Pacientes que não respondem, 328q

Pacientes suicidas, 302

Pacotes de limpeza, 846-854, 852f

Pacotes estéreis, 460

Padrão de atividade-exercício, 210q

Padrão de relacionamento de papel, 210q

Padrão de repouso no sono, 210q

Padrão de sexualidade e reprodutivo, 210q

Padrão de tolerância de enfrentamento de estresse, 210q

Padrão de valores-crença, 210q

Padrão nutricional-metabólico, 210q

Padrões
de cuidados, 272-273, 300
medicação, 602
para administração de medicamentos, 618-621
para avaliação, 273
para documentação, 355
para educação do paciente, 331
para o pensamento crítico, 202-203
Padrões alimentares alternativos, 1053, 1055q
Padrões de eliminação, 210q, 1147
Padrões de Prática de Enfermagem holística/Standards of Holistic Nursing Practice, 681
Padrões intelectuais para o pensamento crítico, 202
Padrões profissionais
pensamento crítico, 202-203
Standards of Nursing Practice (ANA)/Padrões de Prática de Enfermagem, 2-3, 2q, 257, 618
Standards of Professional Performance (ANA)/Padrões de Desempenho Profissional, 2, 3q
Padrões profissionais para revisão de organizações (PPRO), 15
Pagamento, 24
Pagamento por pessoa, 15
Pais, 162, 162f, 168Ver também Envelhecimento familiar
parentalidade alternativa, 162
Pais idosos, 168
Paladar

avaliação do, 1058q, 1239t
em idosos, 177t
estímulo para promover, 1245
Paladar, 1233
Palato, 556
Palato duro, 556, 556f
Palato mole, 556, 556f
Palidez, 538t
Palpação, 500, 531-532, 532f
características avaliadas pela, 532t
tipos de, 533
Pálpebras, 547-548
Panos, 846-854, 848f
PaO_2, 927t, 935t
Papel do doente, 697
Papilomavírus humano (HPV), 152-153, 711
Pápulas, 541q
Paracetamol (acetaminofeno) (Tylenol®), 602, 1027
Paradigma, 42
Parafrasear, 325
Paramentação, 461
Parassonias, 987q, 989
Parede torácica
circulação de, condições que afetam, 867-868
referências anatômicas da, 559, 559f

Parestesias, 91

Paroníquia, 544q

Participação

abordagem de ensino, 342-343

manutenção, 342-343

Participação ativa, 335-336

Pastas, 603t

Pastilhas, 603t

Patient and Family Advisory Council/Conselho de Aconselhamento de Paciente e Família, 24

Patient Protection and Affordable Care Act/Lei de Proteção do Paciente e Financiamento de Cuidados, *Ver* Affordable Care Act (ACA)/Lei de Financiamento dos Cuidados

Patient Self-Determination Act (PSDA)/Lei de Autodeteminação do Paciente, 302

Patógenos, 369, 435, 436t

transmissão de, 369

Paz interior, 726

P. capitis, 541-542, 542f, 820, 823t

pente, 833-834

P. corporis, 541-542, 823t

Pé de atleta, 822t

Pediculosis spp, 541-542, 543q, 823t, 834q

Pediosa, 570, 571f

Pé, *Ver* Pés

Pele, 538f, 1176-1177, *Ver tambím* Sistema tegumentar

abdominal, 579
abuso de substâncias e, 539, 539t
alterações do desenvolvimento, 816
anatomia e fisiologia da, 814
aplicação de medicação tópica para, 629
avaliação da, 536-540, 819
história de saúde no histórico de enfermagem para, 537t
avaliação da umidade da, 539
camadas da, 1176-1177, 1177f
colapso pós-operatório, 1283t-1284t
como porta de saída, 436
danos associados à umidade, 1202q
em idosos, 1177q
escurecimento, 1178q
estado cardiopulmonar e, 876t
fatores de risco para, 821t
função, 814t
limpeza da, 1205-1206
mecanismos de defesa contra infecção, 438t
nutrição e, 1065t
problemas associados, 820t
regulação da temperatura por, 481
terapia intravenosa, 950q
Pele escura, 1178q
Pele seca, 820t

Penicilina, 940q
Pênis, 584-585
Pensamento abstrato, 593
Pensamento crítico
achados de interpretação e resumos, 270-271
atitudes para, 200-202, 201t
básico, 195
competência em, 196-199
complexa, 196
componentes de, 200q
comportamentos associados a, 195t
conceitos para, 195t
definição de, 194-195
desenvolvimento de competências para, 194t, 203-204
específicas, 197-198
geral, 196-197
medidas de avaliação, 268-269
na prática de enfermagem, 193-206
níveis de, 195-196
normas para, 202-203
normas profissionais para, 202-203
padrões intelectuais para, 202
para a atividade e exercício, 787-788
para a avaliação, 208-213, 209f
para administração de medicamentos, 618-621

para a eliminação do intestino, 1146
para a espiritualidade, 728-729
para alterações sensoriais, 1236-1237
para autoconceito, 699
para avaliação, 230f, 267-273, 268f
para avaliação da eliminação urinária, 1099
para controle da dor, 1013-1014
para cuidados de higiene, 817-818
para definição de objetivos, 240-243
para desequilíbrios hídroeletrolíticos e acidobásicos, 938
para diagnósticos de enfermagem, 224f, 228-232
para enfrentamento de estresse, 768
para implementação, 257-258, 258f
para nutrição, 1053
para oxigenação, 872
para perda, morte e luto, 746-747, 760f
para problemas da sexualidade, 713-714
para resultados esperados, 240-243
para segurança, 373, 374f, 376, 376f, 388, 388f
para tratamento de feridas, 1187
planejamento dos cuidados de enfermagem, 241f, 243-245
reflexão em, 195, 195q
síntese, 203, 203f
Pensamento crítico complexo, 196
Pensamento independente, 200-201, 201t

Pentear os cabelos, 833-834
Peplau, Hildegard, 45-47
Peptídeo natriurético atrial, 930f, 931
Percepção
  a respeito da cirurgia, 1262
  autopercepção, 152, 210q
  da dor, 1008, 1008f
    avaliação dos, 596t
    reduzindo, 1025-1027
  da posição do corpo, 596t
  de perda, 743
  de posição, 596t
  de temperatura, 596t
  do cuidado, 83
  fatores que afetam, 1240
  funcionamento, 69
  padrão de manejo de saúde–percepção da saúde, 210q
  percepção pública da enfermagem, 9
  percepção sensorial prejudicada, 1178
Percepção da dor, 1008, 1008f
  avaliação da, 596t
  redução na, 1025-1027
Percepção da saúde–Padrão de controle de saúde, 210q
Percepção de posição, 596t
Percepção de posição do corpo, 596t

Percepção sensorial, prejudicada, 1178
Percepção tátil, 1233
Percussão, 532, 875
torácica, 884-886, 884f
Perda ambígua, 744
Perda de cabelo, 541, 820, 823t
Perda de calor, 479-480
Perda de maturidade, 743
Perda de pele
de espessura parcial, 1179
de espessura total, 1179
Perda, morte e luto, 742-762
avaliação de, 747-749, 758-760
modelo de pensamento crítico para, 746-747, 747f
perguntas para, 748q
base de conhecimentos científicos, 743-744
base de conhecimentos de enfermagem, 744-747
diagnósticos de enfermagem para, 749, 749q
fatores que influenciam, 745-747
implementação para, 751-758
metas e resultados esperados para, 749-751
natureza da perda, 746
pensamento crítico para, 746-747, 749, 751f
perda ambígua, 744
perda da maturidade, 743

perda necessária, 743
perda percebida, 743
perda real, 743
perda situacional, 743
planejamento para, 749-751
processo de enfermagem, 747-760
promoção da saúde para, 751-757
resultados esperados do paciente, 760
tipos de, 743t
Perda situacional, 743
Perfusão, 492, 864
avaliação da, 494
tecidual, 570-572
Perguntas abertas, 215
Perguntas fechadas, 215
Perimenopausa, 166
Peristaltismo, 580, 1048
em intestino delgado, 1142
no esôfago, 1141
Permanência do objeto, 136
Permeabilidade da membrana, 604
Pernas arqueadas, 403t
PERRLA, 548
Perry, William, 137
Perseverança, 201t, 202

Personalidade, 133
Pés, 814-815
amplitude de movimento
descrição, 408
exercícios de, 408t-409t
avaliação dos, 819
cuidado de, 830-831
diretrizes para, 830-831
procedimentos para, 854-857
questões de avaliação de higiene, 818q
massagem, 1026q
mudanças de desenvolvimento, 816-817
odores associados aos, 822t
problemas associados aos, 821t-822t
Pesar, *Ver tambím* Perda, morte e luto
antecipado, 744
apoio a superação do luto, 736-737
base de conhecimento científico, 743-744
base de conhecimentos de enfermagem, 744-747
complicado, 744
descomplicado, 744, 749q
em idosos, 746q
em variáveis, 748
estratégias de ajuda para pessoas em, 757
exagerado, 744

família, apoio para, 755-757
fatores que influenciam, 745-747
marginalizado, 744
mascarado, 744
modelo de processo “R” de Rando para, 745t
normal, 744, 749q
reações de, 748-749
tardio, 744
teorias de, 745t
Pescoço, *Ver tambím* Cabeça e pescoço
amplitude de movimento do
descrição, 408
exercícios para, 408t-409t
anatomia do, 556-558, 556f
avaliação do, 556-558
história de saúde no histórico de enfermagem para, 557t
em idosos, 178
malignidade, 556
adultos de meia-idade, 167t
músculos do, 556
Peso, 402
avaliação das mudanças no, 942t
avaliação do, 534-536
história de saúde no histórico de enfermagem para, 537t
perguntas da, 1058q

crianças com sobrepeso, 1051
diariamente, 941-943
em adolescentes, 153
em lactentes, 145
em pré-escolares, 149
ideal (IMC), 1056
objetivos do "Healthy People, 2020", 1046q
pressão arterial e, 496
Peso ao nascer, médio, 1051
Peso corporal ideal (PCI), 1056
Peso corporal, *Ver* Peso
Peso diário, 941-943
Pesquisa
descritiva, 59q
enfermagem, 48-49, 57-60
experimental, 59-60
não experimental, 60
PBE e melhoria da qualidade, 61-62, 61f, 62t
processo de, 60-61, 61t
qualitativa, 60
quantitativa, 59-60
resultados esperados, 58
tipos de, 59q
Pesquisa correlacional, 59q
Pesquisa de avaliação, 59qQ, 60

Pesquisa de desenvolvimento cognitivo, 137
Pesquisa de geração de teoria, 48
Pesquisa de resultados esperados, 58
Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), 1148
guaiaco (gPSOF), 1148, 1149q-1150q, 1149f
Materiais, 1149f
Pesquisa descritiva, 59q
Pesquisa em/de enfermagem, 48-49, 57-60
qualitativa, 60
quantitativa, 59
Pesquisa experimental, 59-60, 59q
Pesquisa exploratória, 59q
Pesquisa histórica, 59q
Pesquisadores de enfermagem, 5
Pesquisas, 60
Pesquisa teste-teoria, 48
Pessoa idosa, *Ver* Idosos
Pessoal, 260-261
Petéquias, 539
Pé torto, 403t
Pew Health Professions Commission/Comissão de Profissões de Saúde Independentes, 23
pH, 935t
aspirado gastrointestinal obtido para a medição de, 1069q, 1069f
necessidade de microrganismos para, 436

valores normais, 927t, 1105t
Phytolacca americana (Pokeweed), 689t
Piaget, Jean, 136-137
teoria do desenvolvimento cognitivo de, 133t, 135-137
teoria do desenvolvimento moral de, 133t
Pielografia intravenosa (IV), 1106t
Pielonefrite, 1095-1097
Pigmentação, 538
bandas pigmentadas nas unhas, 543, 544f
pele escura, 1178q
perda de, 538t
Pilates, 681t-682t
Pinocitose, 1049t
Pintor, 164t
Piolho corporal, 541-542, 823t
Piolhos, 541-542, 542f, 820, 823t, 833-834
Pirâmide de Serviços de Saúde, 16-17, 17f
Pirexia, 482
Pirogênios, 482-483
Pistas, 210, 210f
Placebos, 1036
Placenta, 141-142
Planejamento da assistência de enfermagem, 238-253
comparação entre enfermagem e ensino, 338t
comunicação durante, 314q

educação do paciente, 340
mapeamento de conceito para, 249-250, 770
nutricional, 1060-1062
para administração de medicamentos, 622-623
para a educação do paciente, 340
para a eliminação urinária, 1107-1110, 1107f
para a higiene, 824-827, 824f
para a integridade da pele, 1192-1195
para alterações sensoriais, 1241-1244
para a mobilidade, 414-424
para a nutrição, 1053, 1060-1062
para a oxigenação, 876-879, 880f
para a perda, morte e luto, 749-751
para a prevenção e controle de infecção, 443-444
para a saúde espiritual, 733-735
para a sexualidade, 717
para atividade e exercício, 791
para controle da dor, 1020-1021
para demonstrações, 344
para disfunção da comunicação, 323
para dormir, 994-995
para eliminação intestinal, 1152-1153
para equilíbrio acidobásico, 944
  modelo de pensamento crítico para, 944f
para o autoconceito, 700-701, 701f

para o cuidado do paciente cirúrgico, 1265-1267, 1267f, 1274, 1281
para o equilíbrio eletrolítico, 944, 944f
para o estresse e enfrentamento, 769-770
para os riscos de segurança do paciente, 376-378
para pacientes no pós-operatório, 1281
para tratamento de feridas, 1192-1195
pensamento crítico em, 241f, 243-245
por alterações da temperatura corporal, 486-488
sistemas para, 246-250
Planejamento de alta do paciente, 18, 125, 246-247, 358-359
critérios para relatar ou registrar, 356t
dicas de encaminhamento, 19
Plano de avaliação familiar, 124q
Plano de cuidado de enfermagem, 246
análise e revisão de, 259, 272-273
descontinuidade, 272
modificação de, 259, 272-273
para ajustes com base na comunidade, 249
para angústica espiritual, 734q
para ansiedade, 248q
para baixa autoestima situacional, 702q
para conhecimento científico, 342q, 1268q-1269q
para constipação, 1151q
para desequilíbrio nutricional, 1063q-1064q
para desespero, 750q

para desidratação, 945q
para desobstrução ineficaz de vias aéreas, 881q
para disfunção sexual, 718q
para dor aguda, 1022q-1023q
para insônia, 996q
para integridade da pele deficiente, 1193q-1194q
para intolerância à atividade, 792q-793q
para mobilidade física prejudicada, 416q, 1193q-1194q
para risco de infecção, 445q
para risco de quedas, 377q
para temperatura corporal elevada, 487q
planos de saúde estudantil, 247-249
técnicas de comunicação na implementação de, 323
Plano de cuidados interdisciplinares, 246, 264
Plano de cuidados por estudante, 247-249
formato para, 247-249
perguntas para ajudar você a elaborar, 247-249
Planos de acompanhamento, 97
Planos de cuidados de sobrevida, 97, 97q
Planos de cuidados padronizados, 358
Planos de manejo de casos, 358-359
Planos de saúde, 358
diagnósticos de enfermagem e, 235
em descontinuidade, 272
interdisciplinar, 246, 264

modificação de, 272-273
padronizado, 358
para comunidade, 249
revisão, 272-273
sobrevida na oncologia, 97
Planos de seguro de saúde, 16t
Planos do corpo, 408, 407f
Plaquetas(s)
descrição, 1266t
transfusão de, 954t
Plasma fresco congelado, 954t
Plasmodium falciparum, 436t
Pleurodese, 607
Pneumonia
hipostática, 404
no pós-operatório, 1284t-1283t
Pneumotórax, 890, 916, 916f
Pobreza, 35, 119
Policarbofil (FiberCon®), 1157t
Polifarmácia, 186, 186q, 625
Polineuropatia dolorosa, 1010t
Pólipos, 553
Polissonografia, 987
Política, 9
Política de saúde, 9

Poliúria, 1102t
Poluentes ambientais, 880, 882
Poluição, 370
Pomadas, 603t, 653, 653f
Ponto de impulso máximo (PMI), 563-565
Pontos de acupuntura, 686
Pontuação de recuperação pós-anestésica (PARS), 1277
População, 33
População bariátrica, 1255
Populações carentes, 7
Populações vulneráveis, 26, 34-35, 34q
Portal de entrada, 437
Portal de saída, 436-437
Pó(s), 603t
Pós-carga, 866
Pós-esvaziamento residual (PER), 1095, 1115q
Pós-graduação, 10
Posição de Fowler, apoiada, 422, 428f
  áreas de problemas para os pacientes, 422
  procedimentos na, 428
Posição deitado de lado, 422
  problemas, 422
  procedimento para, 430
Posição de litotomia, 528t, 1264f
Posição de Sims, 422, 430, 528t

Posição do Fowler com apoio, 422, 428f
áreas de problemas para os pacientes, 422
procedimento para, 428
Posição dorsal, 528t
Posição genupeitoral, 528t
Posição prona, 422, 528t
áreas de problemas para os pacientes, 422
com o apoio de almofadas, 429f
treinamento para, 429-430
Posição sentada, 528t
alinhamento do corpo para, 411-412, 411f
avaliação do paciente, 789
na cadeira, com muletas, 801, 800f
promoção da defecação normal, 1154
Posição tripé, 799, 799f
Posicionamento do paciente
em comadres
etapas para, 1155
para promoção da defecação normal, 1154-1155, 1155f
movimentação e posicionamento de pacientes no leito, 424-431
no leito, 424-431
para a cirurgia, 1276
para a drenagem postural, 885t-886t
para a prevenção de lesões por pressão, 1196-1197, 1197f
para defecação, 1143, 1154-1155

para dormir, 1001f
para expansão pulmonar, 888
para o exame físico, 527-529, 528t
posição sentada, 1154
respiração afetada por, 493q
técnicas para, 421-423, 783
virar pacientes, 1289-1294, 1293f
Postura, 318, 401-402, 534, 780, 782
anormalidades da, 402, 403t, 587, 589f
normal, 587, 589f
regulação muscular, 401-402, 782
Postura com muleta, 798, 799f
Postura ereta
alinhamento corporal, 411, 411f, 788-789, 789f
normal, 587, 589f
Potássio (K+)
desequilíbrios, 932-933
ingestão e absorção, distribuição, produção/perda de função importante, 933t
níveis séricos de, 877t
reposição de, 1054t
valores normais para, 927t, 1266t
P. pubis, 541-542, 823t
Prática baseada em evidências (EBP), 52-64
ambientes relaxantes criados em hospitais através, 1000q

autoconceito e tabagismo
comportamentos de adolescentes, 698q
avaliação crítica de provas, 56
avaliação da depressão pós-parto, 161q
avaliação da dor em pacientes não verbais, 1016q
avaliação ou alteração da decisão prática, 57
coleta da melhor evidência, 54-55
compartilhamento dos resultados esperados com outras pessoas, 57
competências IOM para o século XXI, 22q
competências na, 1000q
comunicação interprofissional e, 320q
cuidado centrado no paciente, 8q
danos da pele associados à umidade, 1202q
definição de, 8t, 53
descrição, 7
diagnóstico de enfermagem, 225q
enfermagem concentrada, 249q
erros relacionados com a administração de medicamentos reduzidos através, 610q
hierarquia de evidências, 55, 55f
infecções do trato urinário e, 1114q
inquietação reforçada por, 82q
inserção de sonda de alimentação determinada por, 1070q
integração de provas, 57
investigação e, 61-62, 61f

manipulação segura de pacientes e prevenção de lesões para enfermeiros e pacientes promovida através da, 795q
melhora da qualidade e, 61-62, 61f, 62t
modelo de tomada de decisão, 53f
necessidade de, 52-57
passos de, 53-57
polifarmácia em idosos, 186q
procedimentos de segurança, 8q
programas de prevenção da violência no meio escolar, 155q
rodízio de enfermagem na segurança do paciente afetada por, 384q
sofrimento moral, 295q
tromboembolismo venoso pós-cirúrgico em pacientes pós-cirúrgicos, 1285q
Prática colaborativa enfermeira–médico, 280
Prática de enfermagem
ciência e arte, 1-2
com base na comunidade, 31-40
comunicação e, 313-316
cuidado na, 79-89
decisões clínicas na, 193-194
diagnósticos de enfermagem e, 225q
domínios da, 255-256, 256q
e saúde comunitária, 33
fundamentos teóricos da, 41-50
implicações legais na, 299-311
pensamento crítico na, 193-206

questões de direito civil e comum na, 305-309
questões legais estaduais na, 304-305
questões legais federais, 301-304
raciocínio moral e, 138
regulamentos de medicação e, 602
teoria baseada na, 44-45
Prática de enfermagem com base na comunidade, 31-40
Práticas alimentares mórmons, 737t, 1055t
Práticas de comunicação, 23q
Práticas sociais, 815
Prazos, 243
Pré-carga, 866
Precauções ambientais, 452
Diretrizes do CDC, 450t
Precauções contra perdigotos, 450t, 452
Precauções de barreira, 450t, 452
Precauções de contato, 452
Precauções de isolamento, 451-457
ambiente e, 452
desenvolvimento de, 694q
orientações de cuidados para pacientes em, 453q-455q
orientações do CDC para, 450t
princípios básicos nas, 452
Precauções-padrão, 449, 451-452, 450t
Precisão, 355-356

Preconceitos perceptivos, 314
Pré-contemplação, 73t
Pré-escolares, 149-150
efeitos da imobilização sobre, 407
iniciativa *versus* culpa, 134
métodos de ensino para trabalhar com, 337q
necessidades e padrões de sono, 989-990
riscos para, 370
segurança das intervenções para, 379, 379t-380t
variação da frequência cardíaca, 491t
Preferências alimentares, 1058q
Preferências pessoais, 815
Pré-hipertensão, 496-497
classificação da, 497t
recomendações, 497t
Pré-natal, 165
Preparação doutoral, 10
Preparo intestinal, pré-operatório, 1272
Presbiacusia, 177, 1235q
Presbiopia, 177, 546q, 1235q
Prescrição de insulina, 638q
Prescrição de medicamentos
componentes de, 624q
em serviços de cuidados agudos, 613-615
prescrição, 615

prescrição de enfermeiro/a, 613
prescrição individual, 615
prescrição permanente ou prescrição de rotina, 613
prescrição recente, 615
prescrições verbais, 613
recebimento, transcrição e comunicação, 624
Prescrição recente, 615
Prescrição simples (uma vez), 615
Prescrição SOS, 613
Prescrições, 613, 616f
receitas de insulina, 638q
Prescrições permanentes, 256, 613
Prescrições STAT, 613
Prescrições verbais, 361, 613, 613q
diretrizes para, 361q
recomendações para reduzir erros de medicação associados a, 613q
Prescritores, 613
Presença, 750q
estabelecimento da, 736
fornecimento de, 83t, 84-87
Preservativos, 710, 720q
Pressão arterial, 495-502. *Ver tambím* Hipertensão; Hipotensão
arterial, 495-496
avaliação da, 567
classificação da, 496t

das extremidades inferiores, 500, 500f
definição de, 495
em idosos, 503q
fases de Korotkoff, 499f
fatores que influenciam, 496-497
medição da, 498-502
automedição, 502
eletrônicos, 501q
em crianças, 499
equipamentos para, 498
erros em, 499t
manguitos para, 498, 498f, 500f
método de uma só etapa, 520
métodos de duas etapas, 519
para desequilíbrio hídroeletrolítico e acidobásico, 942t
procedimentos na, 517-521, 518f-520f
recomendações de acompanhamento para, 497t
níveis específicos da idade, 496t
níveis normais de, 479q, 496
processo de enfermagem e, 502
sistólica, 500q
variação diária, 496
Pressão arterial das extremidades inferiores, 500, 500f
Pressão arterial sistólica, 495
classificação da, 497t

orientações para palpação, 500q
Pressão coloidosmótica, 928
Pressão de pulso, 495
Pressão diastólica, 495, 497t
Pressão hidrostática, 928
Pressão inspiratória nas vias aéreas (PIVA), 889
Pressão oncótica, 928
Pressão osmótica, 928
Pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP), 889, 889f
Pressão positiva das vias aéreas de dois níveis (BiPAP), 889
Pressão positiva expiratória final (PEEP), 889
Pressão positiva expiratória (PPE), 889
Pressão venosa, 569
Pressão venosa jugular, 569, 569f
Prevenção
de complicações, 261
de doença, 69-71
de infecção, 434-476, 458q
de infecções respiratórias, 883q
de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)
ensino do paciente para, 583q-584q
questão de decisão, 713
de lesão, 414-424
para enfermeiros e pacientes, 795q, 796t
para lactentes, 146

recomendações para, 644q
de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, 414
de lesões por pressão, 1184-1186, 1185t, 1195-1197
de quedas, 382f, 384-385
de riscos elétricos, 383q
de tromboembolismo venoso pós-cirúrgico, 1285q
de violência em meio escolar, 155q
educação do paciente para, 332
imunizações e vacinas para os profissionais da saúde, 462
lavagem das mãos, 450
lesões de levantamento, 796t
primária, 71, 71t
secundário, 71, 71t
terciária, 71t, 72
Prevenção e controle de infecção, 434-476
avaliação, 441-462
base de conhecimento científico, 434-437
base de conhecimentos de enfermagem para, 440-441
com cateteres, 1114q, 1114f
com estetoscópios, 533q
cuidados agudos, 447
diagnósticos de enfermagem, 442-443
durante injeções, 635q
educação do paciente sobre, 458, 458q
fatores que influenciam, 441

implementação, 443-462
para a equipe hospitalar, 458
para reduzir reservatórios, 449q
para segurança do paciente, 448
perguntas do histórico de enfermagem na, 442q
planejamento para, 443-444
preparo para o exame físico, 526-529
processo de enfermagem, 441-462
processo de enfermagem no, 457-462
recomendações para os cuidados domiciliares na, 1196q
urinário, 1098, 1111
Prevenção primária, 71, 71t
Prevenção secundária, 71, 71t
Prevenção terciária, 71t, 72
Primeira infância, 708-709
Primeiros socorros, 1200
Prioridades
definição, 239
para a atividade e exercício, 791
para alterações da temperatura corporal, 488
estabelecimento de, 239-240
modelo para, 240f
na prática, 240
níveis de problemas do paciente, 281
para a comunicação, 323

para administração de medicamentos, 623
para a educação do paciente, 340
para a eliminação intestinal, 1153
para a higiene, 827
para alterações sensoriais, 1241
para a mobilidade-imobilidade, 414
para a oxigenação, 878
para a perda, morte e luto, 751
para a prevenção e controle de infecção, 443-444
para a saúde espiritual, 735
para a segurança do paciente, 376
para a sexualidade, 717
para controle da dor, 1021
para dormir, 995
para eliminação urinária, 1107
para estresse e enfrentamento, 770
para integridade da pele prejudicada e tratamento de feridas, 1193
para o autoconceito, 704
para o controle do tempo, 283q
para o planejamento de equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico de, 944
para o planejamento nutricional, 1060-1061
para pacientes cirúrgicos, 1266-1267, 1274, 1281
problemas de alta prioridade, 281
problemas de baixa prioridade, 281

problemas prioritários intermédiários, 281
Prisão, falsa, 305
Privação de sono, 989
comportamentos de, 994
sintomas de, 989q
Privação sensorial, 1235, 1235q
efeitos de, 1235, 1235q
tipos de, 1234-1235
Privacidade, 303, 354
durante a eliminação intestinal, 1155
invasão de, 306
para banhos, 829
Probióticos, 681t-682t
Problemas colaborativos, 223-224, 230f
Problemas de coordenação, 621-622
Problemas de exposição, 461-462
Problemas de percepção, 621-622
Problemas nutricionais
diagnósticos de enfermagem em, 1060
em idosos hospitalizados, 407q
Procedimento de *swab* quantitativo, 1192q
Procedimentos de esterilização, 460
abertura, 460, 460f
Procedimentos invasivos, 434-435
Processo de comunicação transacional circular, 316

Processo de enfermagem, 207, 208f
como sistema, 45, 45f
como uma competência, 198-199
comunicação, 314q, 321-328
determinação da pressão arterial e, 502
ensino e, 337-347, 338t
etapas, 61t
modelo para, 199, 199f
na prevenção e controle de infecção, 457-462
para administração de medicamentos, 621-626
para controle da dor, 1014-1038
para segurança, 373-388
sinais vitais e respiratórios, 494-495
Procura, 745t
Procuração legal para serviços de saúde, 302-303
Procuração permanente para cuidados de saúde, 302
Produção de ácido, 935, 936f
Produção de calor, 480
Produtos naturais, 687
Produtos ou dispositivos, 372q
Proficiência limitada em inglês, 109-110
Profissionais da saúde
consultas, 251
métodos contraceptivos que requerem intervenção, 710
prescrições de, 309

Profissionais que trabalham com vidro, 164t

Profundidade ventilatória, 493

Programa de Acreditação de Saúde na Comunidade (Community Health Accreditation Program - CHAP), 17, 309

Programa de Reconhecimento Magneto, 24-25, 24q, 277-278

ambientes para dormir, 1000q

área pré-operatória (exploração) do, 1273

controle de ruído no, 1001q

estímulos dolorosos no, 1026q

metas de segurança nacional do pacientes para, 372q

readequação de planta, 18-19

rural, 19

unidade de cuidados pré-anestésica ou unidade de cuidados pré-cirúrgica (UCPA ou UCPC), 1273-1274

Programa Escolha Meu Prato (Choose MyPlate), 1050, 1050f

Programas de exercícios

etapas para início, 787q

início de, diretrizes para, 787q

para idosos, 796q

Programas de saúde comunitários, 169

Proliferação epitelial e migração, 1182-1183

Promoção da saúde, 69-71, 71t

cuidados familiares, 128

diagnósticos de enfermagem para, 225-228

educação do paciente para, 332, 502q

estimulação significativa, 1245-1246

estratégias ativas para, 71
estratégias passivas de, 71
exemplos de, 17q
na gravidez, 141-142
para administração de medicamentos, 623-624
para adolescentes, 156
para adultos de meia-idade, 168
para adultos jovens, 163
para alterações sensoriais, 1242-1245
para a micção normal, 1110-1111
para a mobilidade, 414-424
para a nutrição, 1062-1064
para a prevenção e controle de infecção, 443-447
para as crianças em idade escolar, 152-153
para atividade e exercício, 791-795
para controle da dor, 1023-1027
para crianças, 149
para eliminação intestinal, 1153-1155
para eliminação urinária, 1110-1111, 1287
para equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 944-957
para estresse e enfrentamento, 770-774
para higiene, 827-828
para idosos, 68q, 183-188
para lactentes, 147
para o autoconceito, 704

para o esvaziamento completo da bexiga, 1111
para oxigenação, 879-882
para pacientes cirúrgicos, 1267-1270
para perda, morte e luto, 751-757
para pré-escolares, 150
para prevenção de osteoporose, 589q
para problemas de integridade da pele, 1195-1197
para problemas de sono, 997-1000
para recém-nascidos, 144
para saúde espiritual, 736
para saúde sexual, 717-720
para segurança do paciente, 379-384
para tratamento de feridas, 1195-1197
por alterações da temperatura corporal, 488
sinais vitais e, 502
Pronação, 589t
Prontuário eletrônico do paciente (PEP), 353
Prontuário eletrônico (PE), 8, 234, 352, 353
Prontuário médico
como fonte de dados, 213
eletrônicos, 353
manuseio e eliminação de informações, 354-355
propósitos dos, 350-353
Propriocepção, 177t, 783, 1236
Prostaglandinas, 1007, 1007q

Proteção dos olhos, 456-457
Proteção respiratória, 456
Proteína(s), 1047
cicatrização de feridas e, 1186-1187, 1186t
de alta qualidade, 1047
lesões por pressão e, 1200
valores normais das, 1105t
Proteinúria, 1093-1094
Próteses
remoção de olhos protéticos, 836-837, 837f
remoção pré-operatória de, 1271
Protocolos de Avaliação de Residentes, 21, 21q
Protocolos de Cuidado de Conforto, 302
Protocolos de Cuidados de Conforto na Parada Cardíaca, 302
Protocolo Universal, 1272-1273
Protozoários, 436t
Prurido, 605t
Pseudomonas, 531t
Pseudovício, 1034
PsycINFO®, 55t
Psyllium (Metamucil, Naturacil), 1157t
Ptose, 547
Puberdade, 153
e desenvolvimento sexual, 709
identidade *versus* confusão durante, 134

PubMed, 55t
Puerpério, 161, 165t
Pulmão(ões), *Ver tambím* Tórax
avaliação do, 559-563
ensino do paciente para, 559q
envelhecimento e, 875t
história da enfermagem para, 560t
em idosos, 178
expansão
diminuição, 880q
manutenção e promoção do, 887-891
medidas destinadas a promover, 1282-1285
secreções durante a posição supina, 404, 404f
Pulsações, abdominal, 580
Pulsação aórtica, 581
Pulseira de identificação de alergia e medalha, 605, 605f
Pulso, 489-492
apical, 490t
avaliação do, 509-513, 510f
palpação do, 565, 565f
avaliação do, 489-491
locais para, 490t
braquial, 490t, 570, 571f
caráter, 491-492
carotídeo, 490t

determinação do, 492
diagnósticos de enfermagem, 492
dorsal do pé, 490t, 570, 571f
femoral, 490t, 570, 571f
fisiologia de, 489
força, 492
igualdade de, 492
intervalo para, 479q
locais de avaliação, 490t
poplíteo, 490t, 570, 571f
processo de enfermagem, 492
radial, 490t
palpação do, 570, 571f
procedimento de avaliação do, 509-513, 510f
regulação do, 489
temporal, 490t
tibial posterior, 490t, 570, 571f
ulnar, 490t, 570, 571f
Punção de feridas, 1190
Punção venosa, 949-950
cateter sobre agulha para, 949f
procedimento para, 958-981, 964f
sangramento no local de, 952t
Punição, 137
Pupilas, 548

Push intravenoso (IV) (bloqueio IV), 667-671
Pústulas, 541q

Q

Qi (energia vital), 686
Quadrantes do abdome, 579, 579f
Quadril
  amplitude de movimento
    descrição, 408
    exercícios de, 408t-409t
  anatomia do, 781f
  displasia congênita, 403t
Quadro conceitual, 42
Qualidade de vida, 90-94, 91f, 294
Quality Improvement Organization Support Center/Centro de Apoio a Organização de Melhoria da Qualidade, 368q
Quartos de hospital, 839f
  avaliação, 1240
  materiais, 839
  promoção do conforto em, 839
  riscos ambientais
Queda plantar, 403t, 405, 405f
Queda(s), 369, 373
Queimadura de frio, 483
Queimaduras, 539t, 939t, 941, 1179
Questionário CAGE, 534

Questões
aberta-fechada, 215
avaliação de enfermagem, 338q
fechadas, 215
pessoais, 326
PICOT, 54, 54q
relevantes, 325-326
Questões clínicas, 53-54
Questões de atribuição, 309
Quilocalorias (kcal), 1046
Quimioterapia, 90
Quimo, 1048, 1142

R

Raça, 533 *Ver também* Raças aqui
Raciocínio
convencional, 137
moral, 138
pós-convencional, 137-138
pré-convencional, 137
Raciocínio diagnóstico, 197
Raciocínio indutivo, 60
Raciocínio moral
desenvolvimento de, 133t
prática de enfermagem e, 138

Radiação, 387-388, 481

Radicais livres, 1047

Radiografia abdominal, 1106t

Radioterapia, 90

Raios X, 1150q

Raiva, 336t

Raiva na estrada, 381

Raiz da vida, 689t

Ramificação lógica, 211f

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)/ Estimativa Rápida de Alfabetização de Adultos em Medicamentos, 110, 340

Reabilitação, 20, 71t

cardiopulmonar, 895

Reação de luta ou fuga, 763-764, 764f

Reações alérgicas, 605, 605t

Reações anafiláticas, 605

reação transfusional, 955, 956t

Reações idiossincrásicas, 605

Reações transfusionais, 954-955, 956t

Readequação do trabalho, 18-19

Reavaliação, 272

Recém-nascidos, 142-144. *Ver também* Crianças; Lactentes

características comportamentais de, 143

choro de, 144

faixa de frequência respiratória, 493t

irmãos e, 144f
necessidade e padrões de sono, 989
pressão arterial em, 496t
triagem auditiva
recomendações para, 144
Receptor, 1234
Receptores universais de sangue, 954
Reconciliação de medicação, 617-618, 617q
Recuperação
de cirurgia ambulatorial (fase II), 1278
pontuação de recuperação pós-anestésica (PARS), 1277
pós-operatório imediato (fase I), 1277-1278
Recursos
para aprendizagem, 339
para a segurança do paciente, 368q
para a sexualidade, 719q
para enfrentamento, 1263
para sobreviventes do câncer, 96
para tomada de decisão ética, 294
utilização adequada de, 282
Recursos institucionais, 294
Redes de distribuição integradas (RDI), 16
Redes de proteção, 354
Redes sociais, 290-291
Reeducação vesical, 1118

Reembolso, 352
Referente, 316
Reflexão, 195, 195q, 203
Reflexão em ação, 268, 271-272
Reflexo addominal, 597t
Reflexo do tendão do calcâneo (tendão de Aquiles), 597t
Reflexo do tendão do tríceps, 597t
Reflexo plantar, 597t
Reflexo(s)
  avaliação dos, 596-597, 597f, 597t
  cutâneo, 596-597
  do tendão profundo, 596-597
  graus para, 596-597
  pupilar, 548, 549f
  tônico do pescoço, 143f
Reforço, 343
Registro da evolução, 357q, 358
Registro de administração de medicamentos (RAM), 618-619, 624
Registro de narrativa, 357
Registro por exceção (RPE), 358
Registro(s)
  administração de medicamentos, 618-619, 624
  como fonte de dados, 213
  critérios para, 356t
  diretrizes legais para, 351t

eletrônico de saúde, 352, 353
médicos eletrônicos, 353
propósitos de, 350-353
recentes, 355
Registros factuais, 355
Registros gráficos, 358
Registro SOAP, 357q, 358
Registros orientados para problemas clínicos (ROP), 358
Regra de ouro, 137-138
Regra de segurança, 353-354
Regressão, 766q
Regulamentos
dos cuidados de saúde, 15
para medicamentos, 602
Regulamentos estaduais para medicamentos, 602
Regulamentos federais
para medicamentos, 601
questões legais, 301-304
Regulamentos locais, 602
Relação com pares
durante a adolescência, 153, 153f
em idade escolar, 152, 152f
Relação de ajuda enfermeiro–paciente, 318-320
Relação de cura
apoio, 736

fatores evidentes de, 736
Relações
ajuda, 318-320, 318q
cicatrização
apoio, 736
fatores evidentes de, 736
enfermeiro–família, 320
enfermeiro–paciente, 318-320
equipe de enfermagem nos cuidados de saúde, 320-321
pares
durante a adolescência, 153, 153f
em idade escolar, 152, 152f
pessoal
com pacientes, 85
perda e luto afetados por, 745-746
profissional, 318-321
Relações de ajuda
enfermeiro–paciente, 318-320
fases da, 318q
Relações enfermeiro–família, 320
Relações equipe de enfermagem–equipe de saúde, 320-321
Relações pessoais
com pacientes, 85
perda e luto afetados por, 745-746
Relatório de Cirurgia Geral em Promoção da Saúde e Prevenção de

Doenças do Healthy People (Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention), 65

Relatórios

critérios para, 356t

de incidente, 309

ocorrência, 309

Programa Relatório de Erros Medicamentos, 614t-615t

Relatórios de incidentes, 309, 361

Relatórios de ocorrências, 309

Relaxamento muscular progressivo, 773

Relaxamento passivo, 683

Relevância, 317

Relógios biológicos, 984-985

Remetente, 316

Reminiscência, 188, 745t

Removedores de grampo, 1207, 1207f

Renina, 1094-1095

Renina-angiotensina-aldosterona, 930-931, 1094-1095

Reorganização, 745t

Reparação de feridas, 1182-1183

Reposição enteral de líquidos, 946-947

Repouso

estabelecimento de períodos de, 999-1001

promoção do

para pacientes cirúrgicos, 1270

pós-operatório, 1286
Repouso no leito, 404
Requisitos de absorção de energia, 1051
Reservatórios
de infecção, 435-436, 436t, 449q
para infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), 435
Reservatórios humanos, 440
Reservatório urinário continente, 1097-1098
Resíduos, gástricos
recomendações para, 1067
verificação, 1082-1086, 1083f
Resiliência, 122
Resistência periférica, 495
Resolução, 336t
Resolução de problemas, 196-197
Respiração, 492-495
alterações na, 494t
avaliação da
considerações sobre, 217
perguntas para, 338q
diafragmática, 1289-1294
distúrbios relacionados com o
em idosos, 503q
esforço respiratório, 864
exercícios para, 896

fatores que influenciam, 493q
fisiologia da, 492, 863-865
intervalo para, 479q
lábios semicerrados, 896
mecânica de, 492-493, 492f
regulamentação, 865
sono, 987q
técnicas de respiração profunda, 883-884
Respiração abdominal, 883
Respiração de Biot, 494t
Respiração de Cheyne-Stokes, 494t, 875
Respiração de Kussmaul, 494t, 875
Respiração diafragmática, 883, 1289-1294
Respiração dispneica, 876t, 898
Respiração profunda
procedimento na, 1289-1294, 1290f
técnicas para, 884
Responsabilidade, 3, 201, 201t, 279, 290, 320-321
Resposta ao estresse, 683
Resposta de relaxamento, 683
Resposta inflamatória, 438, 1182-1183
Respostas agressivas, 326
Respostas automáticas, 326
Respostas defensivas, 327
Respostas passivas, 326

Ressonância magnética, 1150q
Ressuscitação cardiopulmonar (RCP), 302, 895
Restrições, 304, 385-386
  correia, 394, 394f
  cotovelo, 395
  extremidade (tornozelo ou no pulso), 394, 395f
  luva, 395, 395f
  objetivos para, 385-386
  procedimento para, 394-397
Restrições de Mitten, 395, 395f
Resultados esperados
  avaliação objetiva de realização de, 271
  classificação dos resultados esperados de enfermagem, 242
  efeito alcançado em comparação com, 270
  expectativa, 240-241, 272
    diretrizes para escrita, 242-243
    medidas de avaliação para, 269t
    no plano de cuidados, 272
    para segurança do paciente, 376
    pensamento crítico em, 240-243
  não assistidos, 271
  para a educação do paciente, 341
  para segurança do paciente, 376, 388
  sensíveis à enfermagem, 242
  singulares, 243

Resultados esperados, 240-243, 272
medidas de avaliação para, 269t
no plano de cuidados, 272
orientações para o registro, 242-243
pensamento crítico em, 240-243
Resultados esperados do paciente sensível à enfermeira, 242, 269
Resultados esperados insatisfatórios, 271
Resultados esperados relatados pelo paciente, 295
Resultados esperados sensíveis à enfermagem, 24-25
Resumindo, 326
Resumo de cuidados, 97, 358
Resumo geral, 533-536
no pré-operatório, 1263-1264
para idosos, 177
Retenção urinária, 1095, 1102t
no pós-operatório, 1283t-1284t
Retinopatia, 546q
diabética, 1235q
Reto, 1142
avaliação do, 585, 1148
ensino do paciente para, 587q
história de saúde no histórico de enfermagem para, 586t
inspeção, 585
palpação digital, 585
exame do, 585

na medicação por instilação, 630
Retorno gástrico
recomendações de volume, 1067
verificação do, 1082-1086, 1083f
Retorno venoso, 1285-1286
Revisão dos sistemas (RDS), 218
Revisões de literatura, 56
Rickettsia rickettsii, 436t
Rigidez, rim, 580
Rim(ns), 1093-1095, *Ver tambím* Sistema renal
avaliação do, 1102
excreção de líquidos, hormônios que influenciam, 930, 930f
sensibilidade/dor, 580
Rinite, 605t
Risco de síndrome do desuso, 413
Riscos
ambiental, 377q
de quedas, 377q
físico, 368-369
nos estágios de desenvolvimento, 370-371
por lesão, 1243q
sistemas de cuidados de saúde, 371-373
Riscos ambientais, 377q, 1239
Riscos de saúde
avaliação dos, 874

para adolescentes, 154-156
para adultos jovens, 162-163
para crianças, 148-149, 148f
para crianças em idade escolar, 152
para lactentes, 146-147
para pré-escolares, 150
Riscos físicos, 368-369
Ritmo, 317, 491-492
Ritmo do pulso, 491-492
Ritmos circadianos
descrição dos, 482, 984-985
distúrbios do sono associados aos, 987q
Ritmo sinusal, normal, 867, 867f
Ritmo ventilatório, 493-494
Rituais, 732
apoio, 736
Robert Wood Johnson Foundation, 7
Robustez, 122
Roe v Wade, 307
Role Play, 344
Rolos, 431, 430f
Rolo trocanter, 421, 421f
Roncos, 563t
Rotação
externa, 589t

interna, 589t
lateral, 1198t
Rotinas para dormir, 994, 998
Rótulo-diagnóstico, 229-230, 231f
desenvolvimento de, 229-230, 231t
formato PES (problema, etiologia, sintoma) para, 231
Rótulos
de curativos, 958-981, 968f
erros em, 232q
Roupa de cama, 840-844, 840f
ensacamento, 457
mudança, 840
Rscos elétricos, 383q, 387
Ruídos
abdominais, 580
da artéria carótida, 568, 568f
Ruídos respiratórios adventícios, 562, 563t

S

Sacarídeos, 1046
Saco de drenagem de urina, 1113f
Saco de lixo ou roupa de cama, 457
Sacos de lixo, 453q-455q
Saída de fluido, 929-931, 943
hormônios que influenciam, 930, 930f

ingestão média diária saudável, 929t
medição de, 941-943
Sala de operação/cirurgia (SO)
admissão a, 1274
transporte para, 1273-1274
Salina, 645-646, 973-978
Salmonella, 440, 1064t
Sangramento, 952t, *Ver tambím* Hemorragia
Sangue
como portal de saída, 437
valores normais, 1105t
Sangue no escarro, 874
Satisfação com a vida, 730, 730q
Satisfação do paciente, 24
Saturação arterial de oxigênio (SaO_2), 494, 927t, 935t
Saturação de oxigênio, 515-517
Saturação de oxigênio do pulso (SpO_2), 494, 495q
Saturação venosa (SvO_2), 494
Saúde, 42-43, 65-77. *Ver tambím* Saúde emocional; Saúde ocupacional
crenças religiosas sobre, 731t
definição de, 66
determinantes sociais de, 32-33, 103
em adultos de meia-idade, 168-170
em adultos jovens, 163-166
em idosos, 182-188

espiritual, 218, 725-740
família e, 122
hábitos positivos para, 168-169
manutenção da
educação do paciente para, 332
para crianças em idade escolar, 152-153
para idosos, 182-188
modelos de, 66-69
na gravidez, 166
preocupações, 217
restauração de, 332
sexual, 708
variáveis que influenciam, 70
Saúde bucal, 831q-832q
Saúde da comunidade, 33
Saúde da mulher
na gravidez, 165-166
na perimenopausa, 709
prevenção da osteoporose, 589q
Saúde da população, 37q
Saúde das Pessoas (Healthy People), 65-66
Saúde emocional
alterações relacionadas com a doença, 74-75
avaliação da, 592-593
características da, 162, 162q

crenças em saúde e práticas de saúde afetada por, 69
e defecação, 1147
revisão da, 1263
sentimentos à respeito da cirurgia, 1270
sono afetado por, 994
Saúde espiritual, 218, 725-740
avaliação da, 729-732, 738, 738f
modelo de pensamento crítico para, 728, 729f
perguntas para, 338q, 730q
base de conhecimentos científicos para, 725
base de conhecimentos de enfermagem para, 726-728
conceitos em, 726-727
cuidados agudos para, 736
cuidados reparadores e contínuos para, 736-737
de adultos, 737q
diagnósticos de enfermagem para, 732-733
implementação para, 735-738
metas e resultados esperados para, 733
pensamento crítico para, 728-729
planejamento para, 733-735, 733f
processo de enfermagem para, 729-738
promoção da saúde, 736
resultados esperados do paciente, 738
sistemas de apoio às, 736
terapias alimentares para, 736

Saúde funcional
em idosos, 179
padrões da, 210-211, 210q
Saúde ocupacional
câncer relacionado com o trabalho, 164t
fatores de risco cirúrgicos, 1263
lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, 414
perigos/riscos, 164t
serviços preventivos e cuidados primários, 18t
Saúde óssea, 416
Saúde psicossocial
em adultos de meia-idade, 169
em adultos jovens, 163-164
em idosos, 187-188
Saúde sexual, 708
alterações na, 713
discussões sobre, 712
doenças e medicamentos que afetam, 714q
ensino do paciente para, 583q-584q
promoção da saúde para, 717-720
S. aureus, 435-436
reservatórios e doenças infecciosas causadas pelo, 436t
resistente à meticilina, multidroga (MRSA), 452
Saw Palmetto, 688t
Scope and Standards for Hospice and Palliative Care

Nursing/Abrangência e Padrões de Enfermagem em Hospice e Cuidados Paliativos, 744-745, 746-747

Secreções pulmonares

desobstrução ineficaz de vias relacionadas com, 881q

mobilização de, 884

remoção de, medidas para promover, 1285

Secreções respiratórias, 756q

Sedação consciente, 1276

Sedativos, 1001

Sede, 929, 930f

Segurança, 354, 367-399

administração de medicamentos, 606

ambiental, 368-373, 1246

com injeções, 643-644

competência, 373q, 613q, 794q, 952q, 1197q

com problemas de sono, 999, 1001

definição com exemplos, 8t

de transporte de pacientes, 783, 783q, 802-810

em cuidados de saúde, 23-24

intervenções de desenvolvimento para, 379-384

na comunicação interprofissionais, 320q

na manipulaço de pacientes, 795q

pacientes que se deslocam, 423

para a administração de insulina, 623q

para alterações sensoriais, 1247

para a oxigenoterapia, 892-894
para crianças em idade escolar, 153
para o banho, 829
prática baseada em evidências para a competência em, 9q
preventiva, 1244
relacionada com os alimentos, 1064t
segurança de medicamentos, 617q, 957
Segurança alimentar, 1046, 1064t
Segurança ambiental, 368-373
Segurança do paciente, 367-399
alterações fisiológicas do envelhecimento e, 381q
base de conhecimento científico para, 368-373
base de conhecimentos de enfermagem para, 370-373
cuidados agudos para, 384-388
fatores que influenciam, 370-373
implementação para, 378-388
intervenções, 379t-380t
intervenções ambientais para, 381-384
metas para, 376
National Patient Safety Goals (TJC)/Objetivos Nacionais de Segurança do Paciente, 371, 372q
para idosos, 381q
perguntas de avaliação da enfermagem, 374q
prevenção e controle de infecção para, 448
recursos relacionados com, 368q

resultados esperados para, 376
turnos de enfermagem e, 384q
Seguro de cuidados de longo prazo, 16t
Seguro de malversação, 309
Seguros privados, 16t
Seio(s)
achados anormais em adultos de meia-idade, 167t
avaliação do, 551-553
educação do paciente para, 553q
história de saúde no histórico de enfermagem para, 553t
exame do, 553
palpação do, 553, 553f
Sem cobertura médica, 7
Senhas, 354
Sensação, normal, 1233-1234
Sensação tátil, reduzida, 1246
Sensibilidade cultural, 126, 526
Sensibilidade, látex, 1275
Sensibilização para a segurança, 371
Sentido cinestésico, 1233
Sentido conotativo, 316
Sentido da audição, 1233
Sentidos, 1233
Sentimentos
compartilhamento de, 324

em relação à cirurgia, 1270
Separação, lactente, 146, 146f
S. epidermidis, 436t
Sepse, 955, 956t
Seriação, 136
Seringas, 635-636, 636f, 639q
Seringas de insulina, 636, 636f
Seringas de segurança, 643-644, 643f
Serotonina, 1007q, 1008
Serviço de Saúde Pública, 32
Serviços culturais e linguisticamente apropriados, 104q
Serviços de enfermagem, 20
Serviços de saúde, 16-22, 17q
incêndios em, 386-387, 386q
riscos para, 371-373
Serviços de saúde de base comunitária, 175
Serviços institucionais para os adultos e idosos, 175
Sexualidade, 95, 708-723
adulto jovem, 161
avaliação da, 715, 721, 721f
avaliação PLISSIT da, 715q
base de conhecimento científico para, 708-711
base de conhecimentos de enfermagem para, 711-714
cuidados agudos para, 720
cuidados reparadores e contínuos para, 720

definição de prioridades para, 717
diagnósticos de enfermagem relacionados com, 715
dimensões socioculturais da, 711
efeitos da menstruação sobre, 711
em adultos de meia-idade, 167-168
em idosos, 181, 710q
fatores que influenciam, 711, 715
gravidez e, 165t, 711
implementação para, 717-721
metas e resultados esperados para, 717
pensamento crítico para, 713-714
planejamento para, 716-717, 717f
processo de enfermagem para, 714-721
questões decisivas, 713
recursos da comunidade relacionados com, 719q
resultados esperados para, 717
Shigelose, 1064t
Sibilo, 562f, 563t
Sigma Theta Tau International, 1014
Significado denotativo, 316
Sikhismo, 731t
Silêncio, 325
Símbolos, propenso a erros, 614t-615t
Simpatia, 326
Simulação, 344

Sinais vitais, 478-523
avaliação dos, 484-486
de adultos e idosos, 503q
diagnósticos de enfermagem, 486
intervalos de, 479q
medição dos
descrição, 535
diretrizes para, 478-479
incorporação de mensurações na prática de enfermagem, 478-479
pré-operatórios, 1272
processo de enfermagem para, 483-489
promoção da saúde e, 502
quando medir, 479q
registro dos, 502
respiratórios, 494-495
Sinais vitais respiratórios, 494-495
Sinal de Homans, 572
Síncope, 567
Síndrome coronariana aguda (SCA), 870
Síndrome da adaptação geral (GAS), 764-766, 765f
Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), *Ver tambím* Vírus da imunodeficiência humana (HIV)
fatores de risco para, 712q
terapia clínica nutricional para, 1073
Síndrome da morte súbita infantil (SMSI), 144, 989

Síndrome das pernas inquietas (SPI), 987
Síndrome não cetótica hiperglicêmica hiperosmolar (SNCHH), 1072t
Sintomas concomitantes, 217
Sistema cardiovascular. *Ver tambím* Coração; Pulmões
avaliação do, 412
cuidados agudos, 417-420
efeitos de imobilidade no, 404-405
efeitos do exercício sobre, 790q
em adultos de meia-idade, 167t
em idosos, 177t, 178
estrutura do, 865-867
fisiologia do, 865-867
função, 865-867
mudanças relacionadas com a idade, 177t, 178, 1256t-1257t
Sistema circulatório
complicações pós-operatórias, 1283t-1284t, 1285-1286
medida para promover retorno venoso e fluxo sanguíneo normal, 1285-1286
Sistema de ativação reticular (RAS), 985
Sistema de condução
descrição, 867-867, 867f
nos distúrbios, 869
perda auditiva condutiva e, 1245
Sistema de drenagem Pleur-Evac, 914-918, 915f
Sistema de drenagem torácica (SDT), 891, 914-918, 915f

Sistema de eliminação
avaliação dos, 412
cuidados agudos, 420
Sistema de injeção Carpuject, 636, 637f
Sistema de injecção Tubex, 636
Sistema de oferta de cuidados de saúde, 14-29
Sistema de pagamento prospectivo (SPP), 15
Sistema de prescrição eletrônica (SPE), 361-362
Sistema de Saúde da Família (SSF), 124q
Sistema digestivo, 1047-1050, 1048f
Sistema endócrino, 177t, 404
Sistema esquelético, 402, 780-781
Sistema gastrointestinal, 178
Sistema imunológico
idosos, 177t
nutrição e, 1065t
Sistema linfático
avaliação do, 572
drenagem do
das extremidades inferiores, 572, 573f
das extremidades superiores, 572, 573f
sistema metabólico
avaliação dos, 411-412
cuidados agudos, 416-417
efeitos de imobilidade no, 404

efeitos do exercício sobre, 404, 790q
fatores de risco cirúrgicos, 1256t-1257t
Sistema métrico, 609, 609t
Sistema musculoesquelético, 586
avaliação do, 412, 587-590
cuidados agudos do, 420, 795
efeitos do exercício sobre, 790q
em adultos de meia-idade, 167t
em idosos, 177t, 178
mobilidade-imobilidade e, 405
Sistema nervoso, 782-783, *Ver tambím* Sistema nervoso central
complicações pós-operatórias, 1283t-1284t
Controle do movimento e da postura por, 402
Sistema nervoso central
alterações do, 868
danos ao, 403, 783
Sistema neurológico, 590-597
avaliação do, 590-597
história de saúde no histórico de enfermagem para, 591t
materiais para, 591-592
pós-operatório, 1280
pré-operatório, 1265
dor e, 1013
em adultos de meia-idade, 167t
em idosos, 177t, 178

fatores de risco cirúrgicos, 1256t-1257t
função de pós-operatório, 1286-1287
indicações de nutrição enteral, 1067q
prejuízo para, 493q
Sistema pulmonar
alterações relacionadas com a idade, 1256t-1257t
efeitos do exercício sobre, 790q
estrutura, 863-865, 864f
fatores de risco cirúrgicos, 1256t-1257t
função, 863-865
Sistema renal, *Ver tambím* Rim(ns)
avaliação do, 1102-1103
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado pelo, 939t, 941
fatores de risco cirúrgicos, 1256t-1257t
Sistema respiratório
avaliação do, 412
cuidados agudos, 417
Sistemas clínicos de apoio à decisão (SCAD), 362, 362f
Sistemas Clínicos de Informação em Enfermagem (SIE), 362-363
Sistemas clínicos integrais, 681
Sistemas de apoio, 773, 1262-1263
Sistemas de avaliação, 218
Sistemas de drenagem urinária
fechado, 1113
locais de infecção em, 1113, 1114f

Sistemas de informação clínica (SIC), 362
Sistemas de medicação de distribuição automática (SMDA), 616, 616f
Sistemas de oxigênio comprimido, 919-921
Sistemas de oxigênio líquido, 896t, 919-921
Sistema sensorial
avaliação funcional do, 1239t
em idosos, 177t
fatores que influenciam, 1235-1236
Sistema tegumentar, 536. *Ver também* Unha(s); Pele
alterações relacionadas com a imobilidade no, 406
avaliação do, 412, 536
avaliação pré-operatória do, 1264
complicações pós-operatórias do, 1283t-1284t
cuidados agudos para, 420
em adultos de meia-idade, 167t
em idosos, 177t, 176
fatores de risco cirúrgico, 1256t-1257t
mudanças relacionadas com a idade, 1256t-1257t
Sistematicidade, 194t
Sistema/trato reprodutivo, 581-583, *Ver também* Genitália feminina e trato reprodutivo
como via de saída, 437
em idosos, 177t, 178
Sistema urinário
em idosos, 178

órgãos, 1094f, 1104
Sistema vascular
avaliação do, 567-572
ensino do paciente para, 570q
história de saúde no histórico de enfermagem para, 567t
avaliação pré-operatória de, 1264-1265
respostas inflamatórias, 438
Sístole, 564
Sitio de injeção no músculo vasto lateral, 642, 642f
Sítio de injeção ventroglútea, 641, 641f
Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR)/Recomendação para a Avaliação do Histórico da Situação, 283
Six Sigma®, 24
Sobrancelhas, 547
Sobrecarga circulatória, 952t, 955, 956t
Sobrecarga de líquidos, 1071t
Sobrecarga de função, 698
Sobrecarga sensorial, 1235
Sobrevida no câncer, 90
Sobreviventes ao câncer, 90-99
avaliação de, 94-95, 95t
componentes de cuidados para, 97
cuidados de enfermagem para, 94-96
educação em saúde do paciente para, 95-96
efeitos tardios da cirurgia entre, 91, 92t

planos de cuidados para, 97
resposta a estressores do tratamento do câncer, 93
tratamento de sintomas na, 94-95
Socialização, 1248
Society for Urological Nurses and Associates/Sociedade de Enfermeiras em Urologia e Associados, 1099
Sódio (Na^+), 927t, 1266t
Sofrimento, 86
Sofrimento moral, 294, 295q
Solidão, 1248q
Solução hipertônica, 928, 928f
enemas, 1155-1156
Soluções, 603t, 609
Soluções aquosas, 603t
Soluções de dextrose, 948t
Soluções eletrolíticas, 948t
Soluções eletrolíticas balanceadas, 948t
Soluções engarrafadas, 448q
Soluções estéreis, 461
Soluções hipotônicas, 928, 928f
Soluções isotônicas, 928, 928f
Soluções salinas, 948t
Sonda de acesso enteral, 1068
Sonda de alimentação de pequeno calibre
aspirado gastrointestinal para medição de pH obtido a partir de, 1069q

inserção de, 1077-1081
Sonda enteral
administração de medicamentos através, 628q-629q
de diâmetro pequeno, 1068, 1068f
deslocamento da, 1071t
oclusão, 1071t
Sonda enteral de pequeno calibre, 1068, 1068f
Sondagem, 215
Sonda nasoenteral
alimentação enteral administrada utilizando, 1082-1086
determinação de comprimento, 1077-1081, 1078f
inserção de, procedimento para, 1077-1081, 1079f
Sonda nasogástrica
administração de medicamentos através, 628q-629q
descompressão gástrica usando, 1166-1171, 1167f, 1169f
escontinuidade da, 1170-1171
introdução e manutenção, 1157
objetivos de, 1158, 1159t
procedimento para inserir, 1077-1081, 1078f, 1166-1171, 1168f
Sondas de alimentação
administração de medicamentos por, 628q-629q
aspirado gastrointestinal para medição de pH obtido a partir de, 1069q
colocação de, 1070q
de pequeno calibre, 1068, 1068f

aspirado gastrointestinal para medição de pH obtido a partir de, 1069q
inserção, 1077-1081, 1079f
Sondas de jejunostomia, 628q-629q, 1082-1086
Sonhos, 986
Sono, 144, 984-1004
avaliação do, 1002, 1002f
avaliação do, 991-994
ferramentas para, 992
fontes para, 992
modelo de pensamento crítico para, 992f
perguntas para, 993q
base de conhecimentos científicos para, 984-989
base de conhecimentos de enfermagem para, 989-991
controles ambientais para, 1000
cossono, 999q
criação de ambientes para, 1000q
em idosos, 998q
fases do, 985, 986q, 986d
fatores que infuenciam, 990-991
fisiologia do, 984-985
funções, 985-986
infantil, 147
medicamentos para, 1002
movimento não rápido dos olhos (NREM), 985, 986q

movimento rápido dos olhos (REM), 985, 986q
padrões habituais, 991, 993
padrões normais, 989-990
para pré-escolares, 150
pensamento crítico para, 991
períodos de estabelecimento de, 999-1001
planejamento para, 994-995, 995f
processo de enfermagem para, 991-1003
regulação do, 985, 985f
requisitos para, 989-990
valorização do, 996q
Sono com movimento rápido dos olhos (REM), 985, 986q
funções, 986
parassonias associadas ao, 987q
Sono de ondas lentas, 985
Sonolência, de dia, 988
Sonolência diurna excessiva (SDE), 988
Sons, 318
Sons broncovesiculares, 562, 562t
Sons brônquicos, 562, 562t
Sons cardíacos, 564-565
Sons de Korotkoff, 499, 499f
Sons respiratórios
adventícios, 562, 563t
ausculta de, 562, 562f

normal, 562, 562t

Sons vasculares, 580

Sons vesiculares, 562, 562t

Sorriso, 213q

Speak Up Initiatives (TJC)/Iniciativa “Fale”, 332-333, 371

Spires v. Hospital Corporation of America, 309

Standards of Nursing Practice (ANA)/Padrões de Prática de Enfermagem, 2-3, 2q, 257, 618

Standards of Professional Performance (ANA)/Padrões de Desempenho Profissional, 2, 3q

Staphylococcus spp, 1064t

State Children's Health Insurance Program (SCHIP)/Programa de Seguro de Saúde Infantil Estadual, 16t

Streptococcus, 436t

Substância P, 1007, 1007q

Suicídio

assistido pelo médico, 305

em adolescentes, 155

sinais de aviso de, 155

Sulfonato de poliestireno de sódio (Kayexalate®), 1156

Sumário de alta, 359q

formulários para, 358-359

informações para, 359q

Superfícies de apoio, 1197, 1198t, 1199f

Superfícies de redistribuição da pressão, 1199q

Supervisão

de funcionários, 264
direito de supervisão/avaliação, 284q
Supina, 589t
Suplementos
para lactentes, 147
Suplementos dietéticos, 681t-682t
Suportes para tubos de traqueostomia, 907-914
Suportes para tubos endotraqueais (ET), 907-914, 910f
Suposições, 42
Supositórios, 603t
Supositórios retais, 634q, 634f
Suprainfecção, 438
Surfactante, 864
Surfak® (*docusate calcium)*, 1157t
Sutura(s), 1206-1207, 1207f
métodos de sutura, 1206-1207, 1207f
remoção de, 1207, 1207f

T

Tabagismo
autoconceito em adolescentes afetado pelo, 698q
avaliação do, 874
em idosos, 184
fatores de risco cirúrgicos, 1261
oxigenação afetada pelo, 872
pressão arterial afetada pelo, 496
respiração afetada pelo, 493q
Tabletes, 603t
Tai chi, 681t-682t
Tamanho da pupila, 548, 548f
Tampões, 935
Tamponamento ácido, 935
Taquicardia, 491
Taquicardia ventricular, 870
Taquipneia, 494t
Tatuagens, 539t
Taxa de pico de fluxo expiratório (PFE), 879t
Taxa de sedimentação de eritrócitos, 443t
Taxa metabólica basal (TMB), 480, 1046
Taxas de incidência, 37
Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER)/Reforma Educacional Orientada para a Tecnologia Informacional, 361

Tecido
de granulação, 438-439, 1180
isquemia, 1178
perda de espessura total, 1179
perfusão do, 570-572, 1187
reparação do, 438-439
Tecido necrosado, 438
Técnica de Ensino de Retorno (Teach-Back), 110, 111f, 263, 263f, 332-333, *Ver também* Educação do paciente
abordagens para, 343
ajudas adequadas ao desenvolvimento para, 336, 337f
comparação com a enfermagem, 338t
comunicação, 333
cuidados pós-operatórios, 343f
estratégias para mudanças de estilo de vida, 73q
ferramentas de instrução, 346t
incorporando cuidados de enfermagem, 343, 343f
instrução de computador, 346t
instrução em grupo, 344
instrução preparatória, 344
instrução programada, 346t
no pré-operatório, 1265-1270
papel da enfermeira, 332-333
processo de enfermagem, 337-347, 338t
Técnica SBAR, 320

Tecnologia da informação (TI), 361
Telemedicina, 8, 26
Teleologia, 292
Telessaúde, 8, 26
Temperamento, 135
classes de, 135
teorias relacionadas com o, 135
Temperatura, *Ver tambím* Corpo
controle pós-operatório da, 1280
necessidade dos microrganismos, 436
necessidades básicas sobre, 368
percepção da, 596t
tolerância a, 1208-1210
Temperatura axilar
procedimento para medição da, 503-521, 508f
vantagens e desvantagens da, 485q
Temperatura central, 480
Temperatura corporal, 479-483. *Ver tambím* Hipertermia; Hipotermia
alterações da, 482-483
avaliação de, 489
cuidados agudos para, 488-489
cuidados contínuos para, 489
cuidados restauradores para, 489
diagnósticos de enfermagem de, 486
implementação para, 488-489

planejamento para, 486, 488
avaliação da, 484-486
axilar, 485q, 508, 508f
central, 480
definição de, 480
elevada, 487q
em idosos, 503q
fatores que afetam, 481-483, 503q
fisiologia da, 479-480
fórmula para, 480
intervalo normal de, 480f
intervalo para, 479q
locais para medir, 485q
medição da
artéria temporal, 485q
locais para, 485q
membrana do tímpano, 506, 507f
pele, 485q, 539
procedimentos na medição, 504-509
oral, 485q, 504
regulação da, 479-480
comportamental, 481
de pele, 481
neural e vascular, 480
pós-operatório, 1286

retal, 485q, 505, 506f
Temperatura da artéria temporal, 485q
Temperatura da membrana timpânica
procedimento para medir, 506, 507f
vantagens e desvantagens de, 485q
Temperatura da pele
avaliação da, 539
vantagens e desvantagens da, 485q
Temperatura oral
medição da, 504
vantagens e desvantagens da, 485q
Temperatura retal
termômetros eletrônicos para aferição da, 505, 506f
vantagens e desvantagens da, 485q
Tempo, 317
para a educação do paciente, 340
para consultoria, 251
Tempo de protrombina (PT), 1266t
Tempo militar, 357, 356f
Tendões, 402, 781
Tensão concêntrica, 781-782
Tensão excêntrica, 781-782
Teoria ambiental, 45
Teoria da atividade, 135
Teoria da deficiência no autocuidado, 47-48

Teoria de controle da dor, 1008-1009
Teoria de desenvolvimento moral, 137-138
Teoria de enfermagem, 41, 45-49, 46t-47t
  componentes, 42, 42f
  eras históricas na, 43t
  evolução, 43-44
Teoria de enfermagem de King, 46t-47t
Teoria de enfermagem de Roy, 46t-47
Teoria de Gesell de desenvolvimento, 132-133
Teoria do cuidado cultural, 48
Teoria do cuidado de Swanson, 81, 82t
Teoria do desenvolvimento cognitivo, 133t, 135-137
Teoria do estágio-crise, 135
Teoria dos sistemas, 45, 45f
Teoria interpessoal, 45-47
Teoria psicanalítica/psicossocial, 133-135
Teorias
  atividade, 135
  componentes, 42
  componentes, 42, 42f
  de enfermagem, 41-45, 46t-47t
  de Henderson, 46t-47t
  de King, 46t-47t
  de Roy, 46t-47t
  desenvolvimento cognitivo, 133t, 135-137

desenvolvimento do conhecimento e, 48-49
do envelhecimento, 174
para aumentar a motivação e aprendizagem, 335
teoria da deficicência de autocuidado, 47-48
teoria de cuidado transpessoal de Watson, 46t-47t, 81
teoria de desenvolvimento de Gesell, 133-134
teoria de desenvolvimento moral, 137-138
teoria de desenvolvimento moral de Kohlberg, 133t, 137-138
teoria de sistemas, 45, 45f
teoria do controle do portal da dor, 1008-1009
teoria do cuidado de Swanson, 81, 82t
teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, 135-137
teoria do desenvolvimento cognitivo/moral de Piaget, 133t
teoria do estágio-crise, 135
teoria psicanalítica/psicossocial, 133-135
teoria psicossexual de desenvolvimento de Freud, 133-134, 133t
tipos de, 44
Teorias de envelhecimento, 174
Teorias de médio alcance, 44
Teorias descritivas, 44
Teorias do desenvolvimento, 132-140, 133t
biofísico, 132-133
teoria de Gesell, 132-133
Teorias prescritivas, 44
Terapia clínico-nutricional (TCN), 1046, 1072-1073

Terapia com calor, 1208-1212
aplicação de, 1210-1212
manejo da dor com utilização de, 1025
sugestões de segurança para, 1211q
úmido ou seco, 1211, 1211q
Terapia com dança, 681t-682t
Terapia com pressão positiva expiratória, 1289-1294, 1291f
Terapia craniossacral, 681t-682t
Terapia da ferida por pressão negativa (NPWT), 1204, 1223-1226, 1224f
Terapia de relaxamento, 683-684
alívio da dor através de, 1024-1025
aplicações clínicas, 683-684
habilidades cognitivas de, 683-684
insônia tratado com, 996q
limitações de, 684
relaxamento muscular progressivo, 773
treinamento de relaxamento progressivo, 684
Terapia de transfusão, 954t, *Ver também* Transfusão de sangue
Terapia de validação, 188
Terapia eletroconvulsivante (TEC), 181
Terapia fria, 1208-1212
alívio da dor utilizando, 1025
aplicação de, 1210-1212
sugestões de segurança para, 1211q
úmida ou seca, 1211, 1211q

Terapia hormonal, 90
Terapia intravenosa (IV)
acesso periférico
interrupção, 953
procedimento na troca do, 979-981, 979f
acesso principal, 949
administração de, 644-645
controlada por volume, 645
domiciliar, 646
procedimento na, 671-675
ajudar os pacientes a proteger a integridade de, 951-952
bomba mini-infusora, 671-675
complicações de, 952-953, 952t
conjuntos de infusão intermitentes, 671-675
contraindicações na, 608t
controle da velocidade do fluxo na, 969-972
cristaloides, 947-948
cuidado domiciliar, 957, 957q
administração de, 646
considerações no, 972, 978
desvantagens da, 608t
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado por, 939t
infusões, 606
infusões controladas por volume, 645
infusões de grande volume, 644-645

início da, 949-950, 958-981, 961f, 964f, 968f
injeções, 603, 607, *Ver também* Injeção(s)
locais para, 950f
manutenção de, 973-978
manutenção do sistema, 950-951
piggyback/intermitente, 645, 645f, 671-675
procedimento na, 671-675, 958-981, 961f, 964f, 968f, 979f
proteção da pele e veias durante, 950q
recipiente de fluidos, equipos e trocas de curativos, 951-952, 973-978, 974f-977f
soluções, 947-948, 948t
Terapia nutricional
com estomias, 1160
terapia clínico-nutricional, 1072-1073
tratamento de desequilíbrios hidroeletrolíticos e acidobásicos com, 957
Terapia Reiki, 681t-682t
Terapias alternativas, 680
Terapias complementares, 680-681
Terapias complementares e alternativas, 680-692, 681t-682t
abordagens de saúde, 680-683
enfermagem acessível, 683-685
papel da enfermagem na, 689-690
treinamento específico, 685-688
Terapias de enfermagem acessível, 683-685
Terapias de manipulação, 681t-682t

Terapias de movimento, 681t-682t
Terapias energéticas, 681t-682t
Teratógenos, 141-142
Terminologia
abreviaturas, 609
abreviaturas de nomes de medicamentos sujeitos a erros, 614t-615t
abreviaturas passíveis de erros, símbolos e designações de dose, 614t-615t
ações de medicação, 607t
amplitude de movimento, 589t
autoconceito, 695-696
nomes de medicamentos, 602
para a ética de saúde, 289-290
relacionada com os opioides, 1036q
Termogênese, sem tremor, 480
Termômetro(s), 484-486
artéria temporal, 484, 486f
eletrônico, 484, 486f
medição da temperatura oral, com, 504, 505f
medição de temperatura axilar com, 508, 508f
temperatura retal
medição com, 505, 506f
ponto químico, 484-486
Termômetros eletrônicos, 484, 486f
medição de temperatura axilar, 508, 508f

medição de temperatura oral com, 504, 505f
medição retal da temperatura com, 505, 506f
Termômetros eletrônicos com infravermelho, 506
Termômetros para artéria temporal, 484, 486f
Termômetros químicos, 484-486, 486f
Termorregulação, 480, *Ver tambím* Aquecimento
comportamental, 481
ineficaz, 486q
neural e vascular, 480
no pós-operatório, 1286
papel da pele, 481
Territorialidade, 318
Tesoureiro, 316
Testamentos, 302
Teste de Desempenho individual WRAT, 340
Teste de estresse com tálio, 878t
Teste de Rinne, 552f, 552t
Teste de Romberg, 595-596
Teste de Weber, 552f, 552t
Testemunhas de Jeová, 737t
Teste padrão cognitivo-perceptual, 210q
Testes com diapasão, 551, 552f, 552t
Testes de função pulmonar, 879t
Testes diagnóstico
cardiopulmonar, 875-876, 877t

eliminação intestinal e, 1143
pensamento crítico para, 787-788
exames de sangue, 877t
exames de ventilação e oxigenação, 879t
para pacientes cirúrgicos, 1265, 1266t
Testes fecais, 1148
Testes laboratoriais
fecal, 1148
nutricional, 1056-1058
triagem de desequilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 943
triagem de infecção, 443, 443t
Testes sensoriais, 594-595, 596t
Testículos, 585
Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)/Teste de Alfabetização Funcional em Saúde entre Adultos, 110
Testosterona, 153, 178
Textura da pele, 539
The Joint Commission (TJC), 17, 290, 300, 304, 309, 352
medições, 111
National Patient Safety Goal/Objetivos Nacionais de Segurança do Paciente, 371, 372q, 614t-615t, 1272-1273
padrões de educação do paciente, 331
protocolos universais, 1272-1273
Speak Up Initiatives/Iniciativa “Fale”, 332-333, 371
Thomas, Alexander, 135
Thunder Project II, 1033

Tímpanos, 550-551
Tinha do pé/*Tinea pedis*, 822t
TIN (taxa internacional normal), 1266t
Tipo corporal, 533
Tipoias, 1208, 1209f
Tipos de sangue, 954, 954t
Tiras de termômetro, descartável, 484-486, 486f
Tolerância
  ao frio, 1210
  à temperatura, 1208-1210
  atividade, 780
    avaliação da, 410, 790
    definição de, 411
    fatores que influenciam, 790q
  à dor, 1009
  à medicação, 1036, 1036q
  padrão de enfrentamento de estresse e de tolerância, 210q
  para aquecer, 1210
Tomada de decisão, 197, 278-281
  baseada em evidências, 53f
  clínica, 198
  em fim de vida, 757
Tomada de decisão clínica, 193-194, 198, 281
  modelo de pensamento crítico para, 199-203
  para grupos de pacientes, 198q

Tomada de decisão ética, 293f
Tomografia computadorizada, 1106t, 1150q
Tonturas, 1235q
Tônus muscular, 588-590, 590f, 782
Toque, 84-85
  avaliação do, 1239t
  comunicativo, 324-325, 324f
  cura, 681t-682t
  estímulo significativo para, 1245-1246
  importância do, 686q
  para os idosos, 177t, 188
  terapêutico, 681t-682t
  zonas de, 318q
Toque de carinho, 84
Toque de cura, 681t-682t
Toque leve, 596t
Toque protetor, 84
Toque terapêutico, 681t-682t, 686, 686f
Toracocentese, 879t
Tórax, 559-563, *Ver também* Pulmão
  anterior, 563
  avaliação pré-operatória de, 1264
  em adultos de meia-idade, 167t
  em idosos, 178
  lateral, 563

mistura 3 em 1, 1070
palpação, 561-562, 562f
posterior, 559-563, 561f
Tórax instável, 868
Torcicolo, 403t
Torneiros, 164t
Tosse, 884
avaliação da, 874
controlada, 1289-1294, 1292f
em cascata, 884
etiqueta da, 448-449
forçada, 884
seca, 883, 1289-1294
Tosse quad, 884
Tosse tipo “Huff” (tosse na expiração forçada), 883, 1289-1294
Touca, 460
Trabalhadores agrícolas, 164t
Trabalhadores da construção civil, 164t
Trabalhadores de escritório que usam computador, 164t
Trabalhadores da saúde
imunizações e vacinas para, 462
prevenção de lesões de esforço em, 796t
Trabalhadores de transporte, 164t
Trabalhadores do hospital
perigos/riscos ocupacionais, 164t

prevenção e controle de infecção para, 457
Trabalho de equipe, 323
competências IOM para o século XXI, 22q
construindo competência no, 321q, 751q
definição com exemplos, 8t
para administração de medicamentos, 623
para a educação do paciente, 340
para a eliminação urinária, 1107-1110
para a higiene, 827
para a integridade da pele e tratamento de feridas, 1193-1195
para alterações sensoriais, 1241-1242
para a prevenção e controle de infecção, 443-444
para a saúde espiritual, 735
para a segurança do paciente, 376-378
para a sexualidade, 717
para atividade e planejamento do exercício, 791
para controle da dor, 1021
para mobilidade, 414
para o autoconceito, 704
para o cuidado do paciente cirúrgico, 1267, 1274, 1281
para o estresse e enfrentamento, 769-770
para o planejamento da oxigenação, 878
para o planejamento de eliminação, 1153
para o planejamento nutricional, 1062
para perda, morte e luto, 751

para planejamento do equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico, 944
para problemas de sono, 995
relação da equipe de saúde–equipe de enfermagem, 320-321
Trabalho de facilitação do luto, 750q
Tráfico de seres humanos, 163
Tranquilizantes, 1054t
Transcendência, 726
Transferência de informação (*handoffs)* em enfermagem, 249q
Transferência de pacientes
princípios da, 783, 783q
promovendo a manipulação segura de pacientes, 795q, 802-810, 804f-809f
Transferência do paciente
princípios de, 783, 783q
técnicas seguras e eficazes para, 802-810, 804f-809f
Transfusão autóloga, 954
Transfusão de sangue, 953-955
autóloga, 954
efeitos adversos da, 955, 956t
objetivos para, 953-955
tubos para, 955f
Transição da vida intrauterina para a vida extrauterina, 142
Transmissão aérea, 406q
Transmissão por perdigotos/gotículas, 406q
Transmissão vetorial, 406q

Transporte ativo, 928, 1049t
Transporte de dióxido de carbono, 865
Transporte de oxigênio, 865
Transporte de pacientes, 457
  à sala de cirurgia, 1273-1274
Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), 92-93, 766
Traqueia
  aspiração de, 886
  como via aérea, 888
  descrição, 558
Traqueostomia, 887
  com a cânula interna, 907-914, 911f
  considerações sobre o cuidado domiciliar, 914
  procedimento para, 903f, 907-914, 911f-913f
Tratamento de feridas, 1176-1231
  avaliação do, 1212-1213, 1212f
  base de conhecimento científico para, 1176-1184
  base de conhecimentos de enfermagem para, 1184-1187
  cuidados agudos, 1197-1212
  curativos, 1204
  definição de prioridades para, 1193
  implementação para, 1195-1212
  irrigação, 1198, 1199f, 1206
    procedimento para, 1226-1228
  limpeza, 1200

metas e resultados esperados para, 1192-1193
pensamento crítico para, 1187
perguntas a serem feitas, 1213
planejamento para, 1192-1195, 1193f
plano de cuidados de enfermagem para, 1193q-1194q
primeiro auxílio, 1200
proteção, 1200
recomendações de cuidados domiciliares para, 1196q
resultados esperados do paciente, 1212-1213
terapia com pressão negativa, 1204, 1223-1226, 1224f
Trato espinotalâmico, 1007, 1008f
Trato respiratório
alterações no funcionamento do, 868
como portal de saída, 436
efeitos de imobilidade no, 404
efeitos do exercício sobre, 404
efeitos no equilíbrio hídrico, eletrolítico e acidobásico, 941
em idosos, 177t
estrutura, 863-865
função, 863-865
função pós-operatória
complicações de, 1283t-1284t
manutenção, 1282-1285
indicações de nutrição enteral, 1067q
infecções associadas aos cuidados de saúde em, 439q

Trato urinário
abdominal, 1106t
como portal de saída, 437
exame de diagnóstico de, 1104-1105, 1106t
infecções associadas aos cuidados de saúde e, 439q
mecanismos de defesa contra infecção, 438t
Trauma, 763, 868
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico afetado por, 939t, 941
família afetada, 120
indicações de nutrição enteral no, 1067q
infecções de feridas associadas aos cuidados de saúde, 439q
musculoesquelético, 403, 783
Trauma musculoesquelético, 783
acidentes de trabalho, 414
trauma direto, 403
Treinamento
assertividade, 773
do intestino, 1160
higiênico, 149
muscular respiratório, 895-896
reeducação vesical, 1118
treinamento de relaxamento progressivo, 684
Treinamento de assertividade, 773
Treinamento de relaxamento progressivo, 683
Treinamento em terapias específicas, 685-688

Treinamento intestinal, 1160
  componentes do programa, 1160
  reciclagem, 1160q
Treinamento para o banheiro, 149
Treinamento respiratório muscular, 895-896
Tremor, 480
Tríade de Virchow, 405
Triagem
  alterações sensoriais, 1242
  câncer colorretal, 530t, 1154q
  câncer de pele, 530t
  câncer de próstata, 530t
  cavidade oral, 530t
  nutrição, 1056
  olho, 530t
  ouvido/orelha, 530t
  visão, 150
Triagem de disfagia de Burke, 1058
Triagem de disfágia no acidente vascular cerebral agudo, 1059
Triagem nutricional, 1056
Triglicerídeos, 877t, 1047
Trilhos laterais, 386
Trimestres, 141
Tristeza exagerada, 744
Troca gasosa prejudicada, 880q

Troca gasosa respiratória, 865, 865f
Trombo, 405, 404f
no pós-operatório, 1283t-1284t
prevenção, 417-420
Tromboembolismo, venoso, 1255-1258, 1285q
Tromboflebite pós-operatória, 1283t-1284t
Trombose venosa, 405
Trombose venosa profunda (TVP), 412, 417
Troponinas cardíacas, 877t
Trrato gastrointestinal, 1141, 1142f
aumento da produção de vômitos e diarreia, 945q
avaliação pós-operatória de, 1281
como porta de saída, 437
complicações pós-operatórias, 1283t-1284t
equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico e, 939t, 940-941
fatores de risco cirúrgicos, 1256t-1257t
história de cirurgia ou doenças que afetam, 1147
indicações para nutrição enteral e parenteral, 1067q
mecanismos de defesa contra infecção, 438t
medicamentos e, 1143
mudanças relacionadas com a idade no, 177t, 1143, 1256t-1257t
nutrição e, 1065t
terapia nutricional médica para, 1072-1073
Tuberculose (TB), teste cutâneo, 875, 877q
Tubman, Harriet, 6

Tubo de cárter Salem, 1158
Tubos de traqueostomia, 907-914, 910f, 913f
Tubos endotraqueais (ET), 887, 887f
administração de medicamentos por meio de, 609
aspiração através de, 899-906
método de fita para, 908, 909f
procedimento para, 907-914
Tubos G, 628q-629q, 1082-1086
Tubos J, 628q-629q, 1082-1086
Tubos para cultura de feridas (*culturette)*, 1192f
Tubos/sondas de gastrostomia, 628q-629q, 1082-1086
Tubulação
para transfusão de sangue, 955f
procedimento para, 973-978, 977f
substituição dos recipientes intravenosos de fluidos, equipos e curativos, 951-952
Tumores, 540, 541q
Turgor, 539
Turgor da pele
avaliação para, 539, 540f
em desequilíbrios hidroeletrolíticos e acidobásicos, 942t
Turismo de saúde, 26
Turnos de enfermagem, 384q
Tussilago, 689t
Tylenol (paracetamol), 602, 1027

U

Ulceração, 1180
Úlceras, 540, 541q
pressão, *Ver* lesões por pressão
úlceras de decúbito, 1177-1179
Ultrassonografia, 1150q
bexiga, 1106t
renal, 1106t
Umbigo, 579-580
Umidade, 1179
Umidificação, 883
Unha(s), 542-544, 814-817, *Ver tambím* Sistema tegumentar
avaliação da, 536-544, 819
ensino do paciente para, 544q
história de saúde no histórico de enfermagem para, 543t
inspeção e palpação, 543-544
baqueteamento, 544q, 876t
componentes da, 542, 543f
cuidado da, 830-831, 846-854
diretrizes para, 830-831
procedimento para, 854-857, 856f
questões de avaliação de higiene, 818q
em bandas pigmentadas, 543, 544f
encravadas, 822t
normal, 543-544, 544q

problemas associados, 822t
unha em colher, 544q
Unhas em colher, 544q
Unidade de cuidado pré-cirúrgico (UCPC), 1273
Unidade de cuidados pré-anestésicos, 1273-1274
Unidades de cabeceira pós-operatórias, 1279
Unidades de cuidados agudos, 613-615
Unidades de cuidados intensivos, 18
Unidades de injeção descartável, 636, 637f
Unidades de terapia intensiva (UTI), 19
Unidades/instalações de vida assistida, 22f
Unidades pós-operatórias, 1270
Unidades V.A.C., 1204, 1204f
Uniform Anatomical Gift Act/Lei de Doação de Órgãos, 303
Uniform Determination of Death Act/Lei de Determinação de Morte, 305
United States Adopted Names (USAN) Council, 602
United States Pharmacopeia (USP), 602
Ureia (BUN), 1266t
Ureteres, 1095
Ureterostomia, 1097
Uretra, 1095
Urgência, 1102t
Urina
avaliação da, 1103-1104

características da, 1103-1104
cor da, 1103-1104
limpidez da, 1104
não fresca, 531t
odor da, 1103
Urinálise, 1104t-1105t
Urina residual, 1102t
Urinar/micção
ato de, 1095-1098
fatores que influenciam, 1095-1099
padrão de, 1101
Urômetro, 1103f
Urticária, 605t
Choose MyPlate program/Programa Escolha meu Prato, 1050, 1050f
Dietary Guidelines for Americans/Diretrizes Dietéticas Americanas, 2010, 1050
U.S. Department of Agriculture (USDA)
U.S. Department of Health and Human Services (HHS), 31, 368q, 1050
U.S. Department of Veterans Affairs (VA), 368q
Uso do fio dental, 831-833
USP-ISMP Medication Error Reporting Program/Programa de Notificação de Erro de Medicação USP-ISMP, 614t-615t
Utilitarianismo, 292
Úvula, 556, 556f

V

Vacina antipneumocócica, 13, 880
Vacinação contra influenza (gripe), 880
Vacinações, 880
gripe, 880
hepatite B, 462q
para os trabalhadores da saúde, 462
vacina pneumocócica (PCV13), 880
Vacina contra o bacilo de Calmette-Guérin (BCG), 877q
Vagina, 438t
Valeriana, 688t
Validação, 218
Valores, 291, 1271-1272
cultural, 291q
definição de, 291
esclarecimento de, 291
Valores a salvaguardar, 1271-1272
Valores culturais, 291q
Valores diários, 1050
Valores diários de referência (VDR), 1049
Variação de movimento do dedo
descrição, 408
exercícios para, 408t-409t
Variação do movimento e da amplitude de movimento no tornozelo, 408t-409t, 410
Variâncias, 358-359

Variáveis, 56
Variáveis interpessoais, 316
Vascularização, 539
Vasculite, 539t
Vasectomia, 710
Vasoconstrição, 481
Vasodilatadores, 497t
Vedação hermética, 1205q
Veia jugular
  anatomia da, 558, 568-569
  distensão da, 569, 569f
Veias do pescoço, 876t
Veias periféricas, 572
Velocidade do fluxo de infusão, 950
Velocidade do pulso
  em idosos, 503q
  fatores que afetam, 491t
  nos desequilíbrios hidroeletrolíticos e acidobásicos, 942t
Venenos, 369
Ventilação, 492-495, 864
  avaliação da, 493-494
  estudos diagnósticos, 879t
  hiperventilação e, 494t, 869
  hipoventilação e, 494t, 868
  não invasiva, 889-890

Ventilação mecânica invasiva, 888-889
Ventilação não invasiva (VNI), 889-890
Vergonha e dúvida
  autonomia *versus*, 134
  desenvolvimento de, 694q
Verrugas plantares, 822t
Vesículas, 541q
Vestido, 535
Via intraocular, 609, 630
Vias aéreas
  artificiais, 886-887
    métodos de comunicação para pacientes com, 1246q
    procedimentos para, 907-914
  avaliação pós-operatória de, 1279
  eliminação ineficaz, 881q
Vias aéreas endotraqueais (ET), 887, 887f
Vias parenterais, 607-608
  para administração de medicamentos, 603t, 635-638
  para reposição de líquidos e eletrólitos, 947
Vias respiratórias orais, 886-887, 887f
Vibração
  avaliação, 596t
  parede torácica, 884
Vício, 1035-1036
  definição de, 1036q

pseudovício, 1035
Vida, 730, 730q
Vida assistida, 21
Vida familiar, 124q
Vida intrauterina, 141-142
Viés, 58
percepção, 314
sobre a dor, 1011q
Vilos, 1049
Violência
doméstica, 120
em adolescentes, 155
em adultos jovens, 162-163
familiar, 120
lateral, 6, 320-321
na escola, 155q
parceiro íntimo, 535q
programas de prevenção para, 155q
Violência de parceiro íntimo (VPI), 162-163, 535q
Vírus, 436t
Vírus da hepatite A, 436t
Vírus da hepatite B
descrição, 436t, 461-462
vacinação contra, 462q
Vírus da hepatite C, 436t, 461-462, 462q

Vírus da imunodeficiência humana (HIV), 436t, 462q, 711
fatores de risco para, 712q
terapia clínico-nutricional para, 1073
Vírus herpes simples, 436t
Visão
do paciente, 213q
sentidos da, 547f
Visão de mundo, 105-106, 106f
Visão holística, 736
Visão Mundial da Enfermagem Baseada em Evidências, 55t
Viscosidade, 495
Visualização, 685, 773
criativa, 685, 685q
Visualização por televisão, 150
Vitamina(s), 1047
A, 1186t
C, 1186t
E, 1186t
hidrossolúvel, 1047
lipossolúvel, 1047
Vocabulário, 317
Vocação, 730q, 732
Volume de fluido
desequilíbrios da osmolalidade e, 931f
insuficiente

relacionado com o aumento da produção GI de líquido, vômitos e diarreia, 945q
relacionado com perda de líquido GI via vômitos, 943q
Volume de líquido extracelular
deficiência de, 931, 932t
desequilíbrios, 931
excesso de, 931, 932t
Volume de sangue, 495
Volume sistólico, 865
Volumes pulmonares, 864
Vômitos, 939t, *Ver tambím* Náuseas e vômitos
com alimentação por sonda enteral, 1071t
perguntas de avaliação de enfermagem para, 1148q
volume de líquido deficiente em relação à perda de líquidos via GI, 943q, 945q

W

Wald, Lillian, 6
Watson, Jean
fatores caritativos, 81t
teoria do cuidado transpessoal, 46t-47t, 81
Webster v Serviços de Saúde Reprodutivos, 307

X

Xantelasma, 876t
Xaropes, 603t

Xerostomia, 815, 1235q

Y

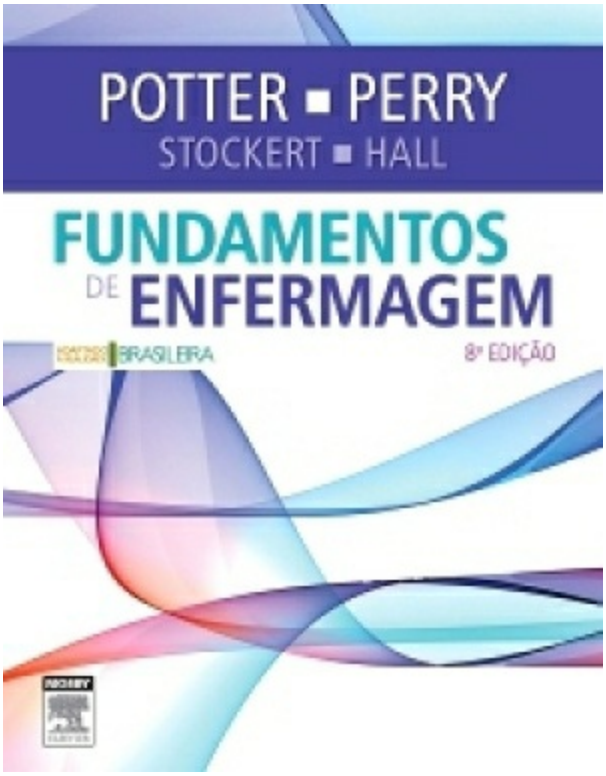
Yang, 686-687

Yin, 686-687

Yoga, 681t-682t, 684, 684f

Z

Zinco, 1186t


POTTER ■ PERRY
STOCKERT ■ HALL
FUNDAMENTOS
DE ENFERMAGEM
EDIÇÃO BRASILEIRA
8ª EDIÇÃO

Fundamentos de Enfermagem

Potter, Patricia

9788535268508

1424 páginas

Compre agora e leia

A nova edição possui conteúdo preciso e atualizado, com as últimas pesquisas baseadas em evidências para favorecer os estudantes de enfermagem nas aulas e no competitivo campo profissional. Escrito por experts da área, o livro tem uma abordagem didática e estudo integrado à prática, facilitando a compreensão e construção do raciocínio clínico no cuidado do paciente. Adaptado à Realidade Brasileira, destacando-se as políticas de saúde do SUS, como a estratégia de Saúde da Família e assistência à saúde do idoso no Brasil. Além de informações sociodemográficas e epidemiológicas, código de Ética de Enfermagem, Legislações

Brasileiras, medicamentos, informações da Anvisa e Procedimentos. Apresenta quadros de Construção de Competências, práticas baseadas em evidências e educação do paciente e estudos de casos clínicos com mais de 725 questões de revisão para praticar os conceitos de plano de cuidado e mapas conceituais. Inclui mais de 55 demonstrações de habilidade para guiar você passo a passo para a realização de cuidados de enfermagem com total segurança e modelos de raciocínio crítico que demonstram como aplicar o processo de enfermagem para resultados clínicos bem sucedidos. Resultados NOC, intervenções NIC e os mais recentes diagnósticos NANDA incorporados aos Planos de Cuidados refletem os padrões de cuidados que você encontrará na prática. Glossário de enfermagem que fornece acesso rápido e conveniente através de definições de todos os termos-chave.

Compre agora e leia

NIC
Classificação das
Intervenções de Enfermagem
Tradução da 6ª edição
Gloria M. Bulechek
Howard K. Butcher
Joanne M. Dochterman
Cheryl M. Wagner
ELSEVIER

NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem

Bulechek, Bulechek

9788535269185

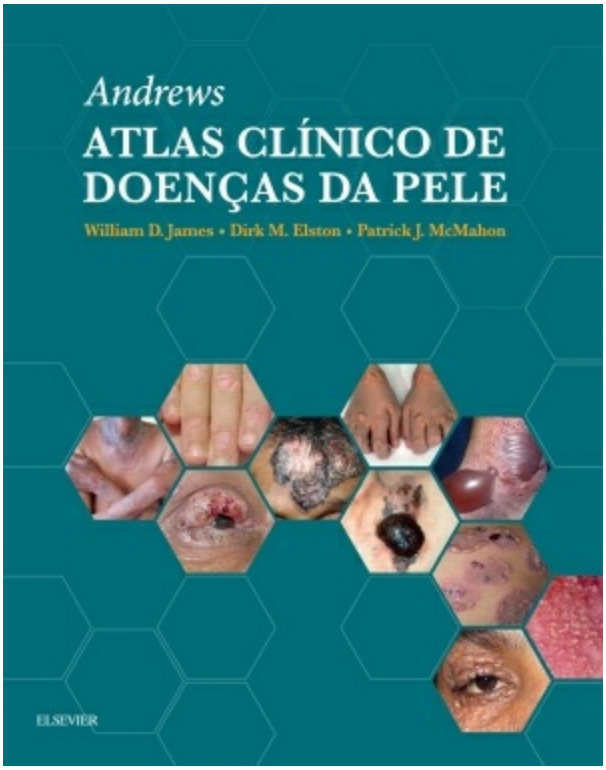
640 páginas

Compre agora e leia

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) é uma ferramenta clínica quepadroniza a linguagem para a documentação das intervenções de enfermagem e auxiliao profissional na seleção das intervenções adequadas. Esta taxonomia é ideal para profissionaisda área de enfermagem (enfermeiros, estudantes, gestores e docentes) quebuscam melhorar ampliar seu conhecimento e aperfeiçoar sua prática.Novidades desta edição• O texto em duas cores proporciona maior facilidade de leitura.• 554 títulos de intervenção de enfermagem com quase 13.000 atividades específicas.• 23 intervenções

adicionais incluem: Controle de Dispositivo de Acesso VenosoCentral, Atribuição de Mérito, Toque Curativo, Controle da Demência: Perambulação,Melhora de Habilidades de Vida, Planejamento da Dieta: Cirurgia para Perda dePeso, Infusão de Células-tronco, e muitos mais.• 133 intervenções revisadas para 49 especialidades, incluindo 5 novas intervençõesessenciais das áreas de especialidade.• A lista atualizada do tempo estimado e do nível educacional foi expandidapara abordar todas as intervenções incluídas no texto.

Compre agora e leia


Andrews
ATLAS CLÍNICO DE DOENÇAS DA PELE
William D. James • Dirk M. Elston • Patrick J. McMahon
ELSEVIER

Andrews atlas clínico de doenças da pele

James, William D.

9788535290295

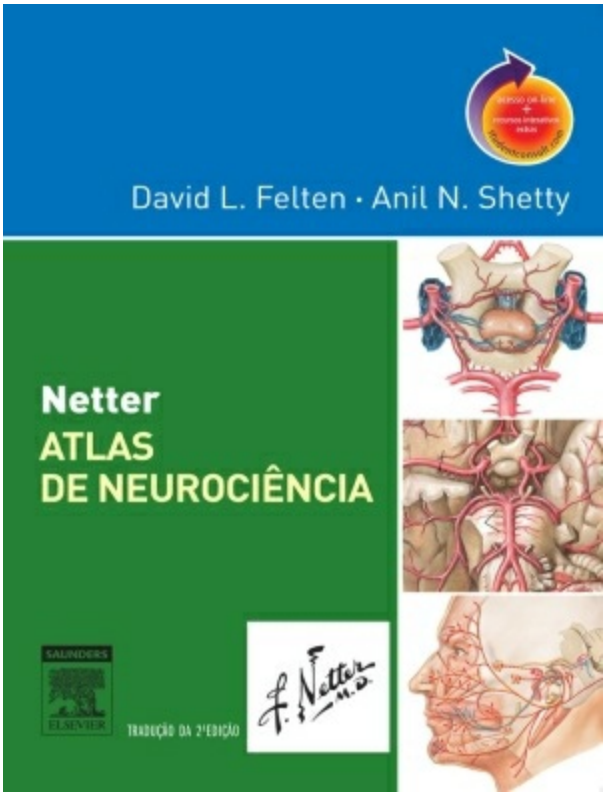
624 páginas

Compre agora e leia

Este livro apresenta uma coleção de mais de 3.000 imagens de alta qualidade, incluindo novas doenças e condições raras, além de cabelo, unha e descobertas na membrana mucosa para atender as necessidades dos dermatologistas no momento do diagnóstico. Apresenta ainda um texto introdutório conciso para cada capítulo com uma visão geral e compreensiva para auxiliar no diagnóstico.Veja mais de 3.000 fotografias coloridas de alta qualidade que retratam o aspecto completo de doenças da pele em todos os tipos de pele em adultos, crianças e recém-nascidos; Destaca uma grande variedade de subtipos

de condições comuns, tais como lichen planus, granuloma annulare e psoríase; Novas descobertas de doenças em cabelo, unha e membrana mucosa são apresentados no livro; Inclui representações de importantes condições sistêmicas como sarcoidose, lúpus eritematoso e doenças infecciosas; Apresenta imagens nunca antes publicadas contribuídas por 54 líderes globais em dermatologia; Texto introdutório conciso em cada capítulo fornece aos leitores uma visão geral rápida e compreensiva da doença abordada.

Compre agora e leia


David L. Felten · Anil N. Shetty
Netter
ATLAS
DE NEUROCIÊNCIA
SAUNDERS
ELSEVIER
TRADUÇÃO DA 2ª EDIÇÃO
F. Netter M.D.

Netter atlas de neurociência

Felten, David L.

9788535246261

464 páginas

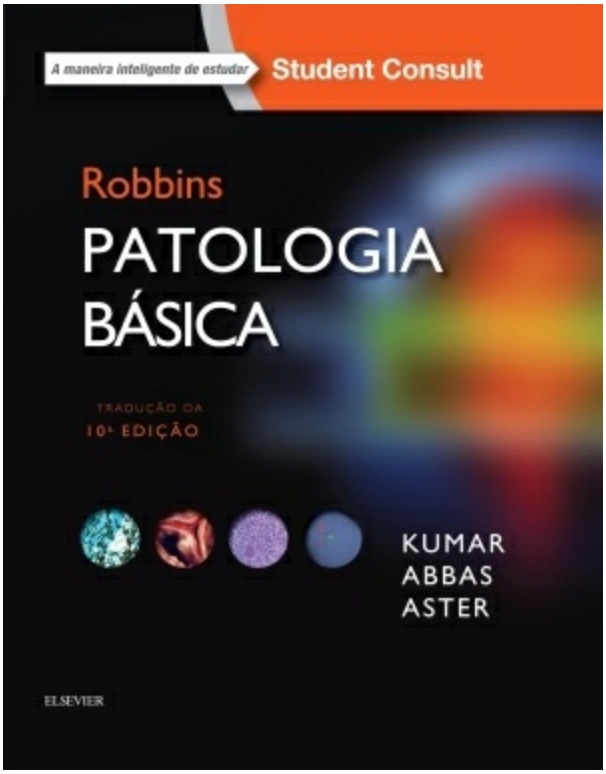
Compre agora e leia

A nova edição do Netter Atlas de Neurociência oferece rica orientação visual, combinada a um texto conciso para ajudar você a dominar os princípios complexos, porém importantes, da neurociência.Uma cobertura de fácil entendimento dividida em três partes — uma visão geral do sistema nervoso, neurociência regional e neurociência sistêmica — permite o estudo das estruturas e sistemas neurais em múltiplos contextos. No conteúdo, você encontrará:• Informações atualizadas e novas figuras que refletem os atuais conhecimentos dos componentes neurais e de tecido conjuntivo, regiões e sistemas do cérebro, medula espinal e periferia

para garantir que você conheça os avanços mais recentes.• Novas imagens coloridas em 3D de vias comissurais, de associação e de projeção do cérebro.• Quase 400 ilustrações com a excelência e o estilo Netter que destacam os conceitos-chave da neurociência e as correlações clínicas, proporcionando uma visão geral rápida e fácil de memorizar da anatomia, da função e da relevância clínica.• Imagens de alta qualidade — Imagens de Ressonância Magnética (RM) de alta resolução nos planos coronal e axial (horizontal), além de cortes transversais do tronco encefálico — bem como angiografia e venografia por RM e arteriografia clássica — o que oferece uma melhor perspectiva da complexidade do sistema nervoso.• Anatomia esquemática transversa do tronco encefálico e anatomia cerebral axial e coronal — com RM — para melhor ilustrar a correlação entre neuroanatomia e neurologia.• Uma organização regional do sistema nervoso periférico, da medula espinal, do tronco encefálico, cerebelo e prosencéfalo — e uma organização sistêmica dos sistemas sensitivos, sistemas motores (incluindo o cerebelo e os núcleos

da base) e dos sistemas límbicos/hipotalâmicos/autonômicos — que torna as referências mais fáceis e mais eficientes.• Novos quadros de correlação clínica que enfatizam a aplicação clínica das neurociências fundamentais.A compra deste livro permite acesso gratuito ao site studentconsult.com, um site com ilustrações para download para uso pessoal, links para material de referência adicional e conteúdo original do livro em inglês.

Compre agora e leia


A maneira inteligente de estudar
Student Consult
Robbins
PATOLOGIA
BÁSICA
TRADUÇÃO DA
10ª EDIÇÃO
KUMAR
ABBAS
ASTER
ELSEVIER

Robbins Patologia Básica

Kumar, Vinay

9788535288551

952 páginas

Compre agora e leia

Parte da confiável família Robbins e Cotran, Robbins Patologia Básica 10ª edição proporciona uma visão geral bem ilustrada, concisa e de leitura agradável dos princípios de patologia humana, ideal para os atarefados estudantes de hoje em dia. Esta edição cuidadosamente atualizada continua a ter forte ênfase na patogênese e nas características clínicas da doença, acrescentando novas ilustrações e diagramas mais esquemáticos para ajudar ainda mais no resumo dos principais processos patológicos e expandir o já impressionante programa de ilustrações.

Compre agora e leia